

**Pratiques en orthophonie en contexte bilingue
auprès de patients issus de la migration**
États des lieux et perspectives

Nedjma Messaouden
DIU Santé des migrants - Orthophoniste
Année 2019
nedjma.messaouden@gmail.com

TABLE DES MATIERES

Plan

1. Une entrée par la clinique : questionnement à partir d'un cas clinique
 - A. Trouble spécifique du langage oral ou difficultés d'acquisition d'une langue seconde ?
 - B. Quelle récupération dans quelle langue pour l'aphasique bilingue ?
 2. Qui sont les bilingues ?
 1. La question du choix de la terminologie : pourquoi utiliser le terme d'« allophone » plutôt que « bilingue » ? Une utilisation par qui et dans quel but ?
 2. S'extraire du « mythe du bilingue parfait »
 3. Une population très hétérogène
 4. Quelle transmission de la langue maternelle ?
 5. Focus sur le cas particulier des enfants de migrants
 3. La prise en compte du bilinguisme dans les pratiques professionnelles : un fait nouveau ?
 - C. Des recherches émergentes aux nouveaux outils
 - D. les patients bilingues : une patientèle spécifique ?
 4. Questionner les pratiques de différenciation
 - A. La prise en compte du bilinguisme, quelle légitimité professionnelle ?
 - B. Les cas frontières : le bilinguisme choisi versus subi / les bilingues « idéaux » et les autres
 - C. Les familles bilingues sont-elles envisagées comme un public spécifique par les orthophonistes ?
 - D. Des orthophonistes spécialisées ?
 5. Les adaptations au contexte bilingue
 - E. au moment de l'évaluation
 - F. la question de l'interprétariat
 - G. au moment de la rééducation
5. CONCLUSION
6. BIBLIOGRAPHIE
7. ANNEXES

Introduction

Pourquoi j'en suis venue au sujet ?

Je me suis intéressée à l'évaluation et la prise en charge orthophonique des enfants bilingues (dont la majorité dans mon exercice dans le nord est-parisien/région parisienne sont des enfants d'immigrés) d'abord en tant que clinicienne, car je trouvais que l'origine sociale et les dimensions culturelles supposées faisaient écran à la prise en charge. Je trouvais qu'elles « empêchaient » les orthophonistes (CMP, CMPP etc) et les équipes pluridisciplinaires dans lesquelles elles travaillaient de mettre en évidence des pathologies éventuelles du langage et des apprentissages. Cela se résumait à quelque chose comme : on ne peut pas être dysphasique ou dyslexique et immigrés ou enfants d'immigrés.

Les positions d'analyse des difficultés de l'enfant en terme neurodéveloppementaux me paraissaient alors être une perspective intéressante car elle semblait mettre idéalement tous les sujets à égalité, détachés de toutes classes sociales supposées, de lien avec la migration, du bilinguisme. Mais la déconvenue a été graduelle. Les enfants d'immigrés sont en réalité souvent exclus des études sur les troubles spécifiques du langage et des apprentissages mais aussi des étalonnages des tests de dépistage des troubles du langage et des apprentissages utilisés par les orthophonistes du fait de leur bilinguisme (ou plutôt dans les terminologies employées « d'une autre langue à la maison », « de leur allophonie ») et pour certains d'entre eux, de l'appartenance à un « environnement socio-économique défavorisé ». Ainsi Ziegler et ses collaborateurs décrivent la population des enfants avec des troubles des apprentissages « classiques » comme des enfants unilingues au QI élevé vivant dans un milieu socio-économique favorisé (Bertrand, Ziegler, Billard, 2009). En effet, prenons par exemple le champ de la dyslexie (dont la littérature est abondante) : les chercheurs en sciences cognitives ne cessent de rappeler que la définition stricte de la dyslexie se manifeste par une difficulté à apprendre à lire, malgré un enseignement conventionnel, une intelligence adéquate et un bon environnement socioculturel (rapport de l'INSERM, 2007). Les sujets provenant d'un milieu socio-économique défavorisé sont donc exclus de la définition stricte (par exemple Bertrand, Ziegler 2009). On voit bien ici le paradoxe dans lequel se trouve les sciences cognitives : la dyslexique dont l'origine est neurobiologique serait donc un trouble qui n'affecterait que les enfants de milieux « favorisés » comme si le biologique présélectionnait « le social ».

Par ailleurs, dans les recherches sur les troubles du langage, la terminologie de « bilinguisme » a tendance à être réservée aux classes sociales privilégiées. Quand les études se penchent sur les troubles d'acquisitions du langage et des apprentissages en contexte défavorisé, les enfants immigrés sont décrits comme « parlant une autre langue à la maison » ou étant « allophones » (voir Billard 2009) mais le vocable « bilingue » est très rarement utilisé. Il est important de souligner que les familles migrantes dont la première langue a un statut minoritaire, ne se présentent que très rarement comme bilingue (« on parle notre langue » etc).

Les enfants d'immigrés de classe populaire qui présentent des difficultés de langage et/ou des apprentissages ne seraient donc ni « bilingues » ni « dyslexiques » ou « dysphasiques » mais « immigrés » ? Que le bilinguisme, la migration et la classe sociale fassent écran ou soient niés, il me semble que c'est une façon d'évacuer la réflexion sociologique et clinique, et c'est aussi une façon de tenir à distance la question des inégalités.

Contexte

Les personnes grandissant en contexte de bilinguisme ou de plurilinguisme représentent environ un quart de la population de la région parisienne (Deprez, 2008) c'est-à-dire qu'ils parlent et/ou comprennent une autre langue que le français, dans un cadre familial essentiellement. En effet, plus d'un tiers des franciliens âgés de 18 à 50 ans ont un rapport à la migration qu'ils soient immigrés (nés à l'étranger d'au moins un parent étranger) ou descendants d'immigré. Dans certains territoires franciliens, les enfants et adultes bilingues ou plurilingues, représentent même la norme plutôt que l'exception, à l'instar du quartier de Belleville ou de la Goutte-d'Or à Paris.

Il est difficile de recenser les différentes langues parlées sur ce territoire ainsi que le nombre de locuteurs de chaque langue - seule la variable « pays d'origine » est présente dans les enquêtes ce qui renseigne imparfaitement car cela ne correspond pas forcément à une unique langue (cf. l'enquête Trajectoire et Origine, Ined 2008). Ainsi le Sri-Lanka, par exemple, a deux langues officielles, le cingalais et le tamoul. En conséquence, les orthophonistes qui ont pour mission de prévenir, d'évaluer et de prendre en charge les difficultés ou troubles principalement du langage oral et écrit ainsi que de la communication reçoivent de nombreux enfants et d'adultes dont la langue maternelle n'est pas le français, ce qui représente un défi tant en terme d'évaluation diagnostique que de prise en charge (ce qui a été révélé lors de l'étude exploratoire que j'avais menée en 2010 ainsi que par les enquêtes menées auprès d'orthophonistes au Royaume Uni (Broomfield, Dodd 2004) et aux Etats-Unis (Kohnert et al. 2006)). Il est à noter que la répartition du nombre de patients bilingues dans la patientèle est inégale sur le territoire national et métropolitain : à la Réunion comme dans des départements d'Île-de-France comme la Seine-Saint-Denis ou encore à l'intérieur de certains arrondissements parisiens comme le XIXème ou le XXème, la totalité des orthophonistes prennent en charge plus de 50 % d'enfants bilingues (Messaouden 2010).

L'orthophonie est une profession de santé récente qui a statut légal d'auxiliaire médical depuis 1964. Il y a 20 611 orthophonistes en France dont 20 % exercent en Ile de France (DREES, 2012). C'est une profession majoritairement féminine, à 97 %, c'est l'un des métiers de la santé les plus féminisés après celui de sage-femmes dès son origine. L'orthophonie intervient dans le secteur médico-social avec la particularité d'être à l'interface entre plusieurs disciplines : la médecine, la psycholinguistique, la psychologie cognitive et la pédagogie. Ainsi la formation initiale, d'une durée de cinq ans depuis 2016, dispensée dans les facultés de médecine et soumise au numerus clausus, a une double tutelle : le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education Nationale. Selon le code de la santé publique, l'orthophoniste a pour mission de prévenir, d'évaluer et de traiter les difficultés ou troubles du langage oral, écrit et de la communication, de la voix, des fonctions oro-myo-faciales et la cognition mathématique. Si le recours à l'orthophonie se fait sous prescription médicale, cette prescription chez l'enfant est souvent motivée par l'institution scolaire et les professionnels de la petite enfance (éducatrice, puéricultrice, psychologue crèche et PMI) qui ont repéré des fragilités dans l'acquisition de la langue française.

Leur champ d'action est très large : les orthophonistes interviennent au près d'enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux du langage (troubles spécifiques du langage oral) et des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie) et de la parole mais aussi des troubles fonctionnels (troubles articulatoire, trouble phonologique isolé etc) mais aussi dans le champ des pathologies neurologiques acquises de l'enfant et des Troubles du Spectre Autistique (TSA). Elles interviennent aussi auprès d'enfants et d'adultes sourds où la question du bilinguisme langue des signes / langue français écrit et/ou oral peut intervenir. Chez l'adulte, les orthophonistes interviennent essentiellement dans le champ de la voix (dysfonctionnelle ou après une chirurgie) et de la parole (bégaïement par exemple) mais aussi dans le cadre de pathologies neurologiques (Accident Vasculaire Cérébral,

Traumatisme Crânien etc) et des pathologies liées au vieillissement (démences, trouble de la déglutition par exemple). Les orthophonistes exercent majoritairement en libéral pour plus de deux tiers d'entre elles, mais aussi dans les services hospitaliers spécialisés (principalement chirurgie maxillo-faciale, neurologie, pédopsychiatrie, neuropédiatrie, ORL) et dans les centres (CMP, CMPP, CAMSP, EHPAD, CRF, CMPR...etc). Elles travaillent avec différents groupes professionnels, en premier lieu les médecins prescripteurs (médecin scolaire, généraliste) mais aussi de spécialité en fonction des pathologies du patient (neurologue, ORL, phoniatre, pédopsychiatre, gériatre, pédiatre principalement), et en second lieu, les enseignants et d'autres professionnels du monde médico-social (assistantes sociales, psychologue, ergothérapeute, psychométricien, neuropsychologue, kinésithérapeute, éducateurs spécialisés). Nous avons vu brièvement le statut officiel et les champs d'action des orthophonistes, mais comment s'inscrit la notion « de bilinguisme » dans l'activité des orthophonistes ? Dans le cadre de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge ?

La prise en compte du bilinguisme dans les pratiques professionnelles : un fait nouveau ?

Le bilinguisme est présenté comme une nouvelle thématique professionnelle à différents niveaux. Sur le plan de la formation initiale, de nouveaux cours sur le bilinguisme sont proposés aux étudiant.e.s en orthophonie ces dernières années : à titre d'exemple à l'école d'orthophonie de Paris, depuis 2017, des cours intitulés « bilinguisme et fonctions exécutives » et « bilinguisme et langage écrit » ainsi que « bilinguisme et langage oral » font désormais partie de la plaquette de formation. Dans le domaine de la formation continue, on observe un engouement général des travailleurs de la santé sur les questions de santé et migration (dont la problématique du bilinguisme est un des aspects). « Nous ne pouvons pas négliger cette nouvelle patientèle » affirme Nicole Denni-Krichel intervenante au Congrès européen des orthophonistes en 2006. Le congrès de l'UNADREO parle de « bilinguisme et biculturel : **nouveaux** défis ? Le témoignage d'une orthophoniste exerçant en libéral à Paris dans le XI^{ème} arrondissement lors d'un moment de socialisation professionnelle hors travail, un dîner entre collègues nous éclaire également sur cette voie : « j'ai regardé, **désormais** je n'ai plus de prénom français dans ma patientèle ». Pourquoi le bilinguisme est-il considéré/vécu comme un fait nouveau ? Y-a-t-il plus de personnes bilingues issus de l'immigration vivant en France ? Sur la question du flux de migrants, la France est historiquement une terre d'immigration mais le chiffre d'immigrés arrivés sur le territoire est resté relativement stable depuis les années 2000 selon François Héran, à part un pic en 2015. On peut se demander si ce n'est pas en partie le fruit de l'émergence d'un champ de recherche en construction sur les thématiques de la santé et de la migration depuis les années 2000, notamment sur les questions de VIH (Enquête PARCOURS) mais aussi l'enquête Trajectoire et Origine (Téo) qui a permis un sursaut sur ces questions auparavant « tabou » (avec l'idée que l'inégalité sociale de santé suffit et la peur aussi de stigmatiser des groupes qui subissent déjà une discrimination en France). L'enquête TéO, en 2008-2009, a eu pour objectif d'analyser l'influence de l'origine, immigrés et descendant d'immigrés, sur les conditions de vie et la trajectoire sociale. Si le bilinguisme n'est pas un fait nouveau, son inscription dans la rhétorique professionnelle des orthophonistes paraît relativement récent.

Problématiques

- Comment le bilinguisme des patients issus de la migration questionne les frontières de l'exercice professionnel orthophonique ?
- Quelle(s) différenciation(s) dans les pratiques ?

- Pourquoi le bilinguisme continue à apparaître comme exceptionnelle alors qu'il est parfois la norme ?
- Comment la culture professionnelle intègre la dimension du bilinguisme des patients ?
- Les patients bilingues sont-ils envisagés comme « des clients idéaux » ou comme « des mauvais clients » au sens d'Howard Becker ?

J'ai choisi de limiter ici la réflexion à l'évaluation et à la prise en charge orthophonique de l'enfant bilingue issu de la migration essentiellement. Quelques pistes seront évoquées néanmoins sur les pratiques de différenciation auprès de l'adulte bilingue avec une pathologie neurologique acquise (aphasie post-avc et Alzheimer) car le questionnement est légèrement différent.

Méthodologie :

Elle repose sur un état des lieux de la littérature professionnelle lié au sujet, conjugué aux apports de la sociologie du travail et de la santé. Les résultats d'une étude par questionnaires sur les pratiques en orthophonie auprès d'enfants bilingues que j'avais menée en 2010 dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en orthophonie seront également mobilisés. L'étude a été menée auprès d'une centaine d'orthophonistes en France métropolitaine et dans les DOM.

1. Une entrée par la clinique : questionnements à partir de deux cas cliniques.

A. Trouble spécifique du langage oral ou difficultés d'acquisition d'une L2¹ ?

Gigi X. est âgée de 8 ans 6 quand je la reçois en consultation. Elle est née à Bordeaux et a vécu à Angoulême où elle a effectué sa scolarité maternelle. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants : sa mère et sa petite sœur sont parties vivre en Chine, dans la région du Wenzhou quand Gigi a eu 3 ans. Les parents sont séparés. Elle vit désormais chez sa grand-mère dans le 20ème arrondissement de Paris avec son père et une de ses sœurs depuis son CP. Gigi est actuellement en CM1. Son enseignante s'inquiète devant ses difficultés de langage écrit, lecture et d'écriture, ainsi que de compréhension orale. Elle décrit une enfant peu socialisée, très gênée dans sa prise de parole par sa prononciation et qui n'est pratiquement pas lectrice. Sur le plan administratif, Gigi et son père arrivent en consultation sans l'ordonnance du médecin généraliste nécessaire à la réalisation du bilan orthophonique car, m'explique Monsieur X., ils ne consultent qu'un médecin traditionnel chinois. On voit ici que l'adresse par l'école a été faite sans l'aide de l'assistante sociale qui aurait plus explicitement le parcours de soins orthophoniques. Peut-être l'adressage est vécu comme implicite par les prescripteurs, enseignant et médecin scolaire. Le recueil anamnestique est difficile à réaliser car le père est peu francophone ; il a donc été réalisé en deux fois : une première fois avec un bricolage de traduction via l'application «google traduction» en mode conversation mais en mandarin (alors que la famille parle majoritairement le wenzhou!) car il n'existe pas de traduction dans cette langue et une deuxième fois,

Quelle(s) langue(s) ?

Lors de l'anamnèse, le père de Gigi m'explique « on parle notre langue à la maison ». Comme, on le verra dans la suite du mémoire, il est très rare que les locuteurs d'une langue minoritaire nomment d'emblée la langue qu'ils parlent. Mais de quelle langue s'agit-il ? La famille est originaire de la ville de Wenzhou qui compte près de 10 millions d'habitants.



Ils parlent un dialecte wenzhou (ou oujiang), dérivé du Wu. Les migrants chinois, originaires de cette région et de cette ville sont historiquement très présents dans le quartier de Belleville depuis les années 80-90. Ils représentent actuellement 70 % de personnes originaires de la République Populaire de Chine vivant en France (Bernhard, 2014) dont près des deux tiers vivent à Paris.

Le dialecte wenzhou est peu compréhensible pour un locuteur mandarin. Le père de Gigi étant issu d'une classe sociale favorisée, il a des notions de mandarin standard. Par ailleurs, il est à noter que Gigi prend des cours de mandarin standard, parlé et écrit à l'association Pierre Ducerf. L'écriture, le mandarin standard, est la même sur tout le territoire qu'elles que soient les langues parlées, car elle n'encode pas les sons mais les concepts.



| Consonnes du dialecte Wenzhou | | abaisse du [ɣ], [ʃ], [ʒ] | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------|------------|------------------|----------|---------|----------|
| | | bilabiale | labio-dentale | alvéolaire | alvéolo-palatale | palatale | vélaire | glottale |
| nasales | voisée | m | | n | | ɲ | | ŋ |
| | voisée | b | | d | | | | g |
| occlusives | sourde non aspirée | p | | f | | | | k |
| | sourde aspirée | pʰ | | fʰ | | | | kʰ |
| | voisée | | ɸ | | | | | |
| fricatives | sourde | | ɸ | s | | | | h |
| | voisée | | | dz | ds | | | |
| affriquées | sourde non aspirée | | | ts | tsʰ | | | |
| | sourde aspirée | | | tsʰ | tsʰʰ | | | |
| | voisée | | | | | | | |
| spirantes | | | | | | | | |
| | latérale spirantes | | | l | | | | |

Les langues chinoises

- Mandarin - 850 millions (premier ordre)
- Wu - 70 millions
- Cantonais - 70 millions (deuxième ordre)
- Min (sans lewano) - 60 millions
- Jin (souvent groupé avec le mandarin) - 45 millions
- Xiang - 35 millions
- Hakka - 34 millions (premier ordre)
- Gan - 31 millions
- Hui (souvent groupé avec le wu) - 12 millions
- Ping (souvent groupé avec le cantonais) - 8 millions

¹ Deuxième langue dans le cadre d'un bilinguisme.

avec l'aide d'une interprète wenzhou de l'association franco-chinoise Pierre Ducerf. Ce deuxième entretien a été réalisé à l'école de Gigi pour des raisons pratiques, après une réunion avec l'équipe éducative.

Il est à noter lors du premier entretien, Gigi ne parvient pas à traduire à son père même des éléments factuels simples ce qui nous donne un premier élément d'information sur sa maîtrise du langage. Le père m'explique que « tout va bien dans notre langue ». Gigi est née à terme, et a dit ses premiers mots à l'âge de 3 ans, ce qui est en réalité tardif. Le père rapporte qu'il n'y a pas d'antécédents familiaux de troubles du langage oral. On voit bien ici la difficulté d'évoquer les symptômes langagiers qui nous permettent d'évoquer plusieurs pistes de réflexion : 1/ les repères développementaux sur le langage sont très variables d'un sujet à l'autre 2/ Il y a là question aussi de la personne auprès de qui est effectué le recueil anamnestique : cette personne est-elle celle qui était au plus près de l'enfant pendant sa petite enfance ? et 3/ la question du retard par rapport à une norme, reconnaître une difficulté, c'est inscrire son enfant dans le champ du handicap, « perdre la face » (S.Wang, 2013). S. Wang montre bien qu'évoquer en consultation un retard développemental peut-être vécu par les familles comme une honte en renvoyant à « inutilité sociale » de l'individu.

J'ai fait passer un questionnaire d'usage des langues en présence de l'interprète et du père (Gigi n'était malheureusement pas présente lors de cet entretien). Ce questionnaire est un questionnaire « maison », que l'on trouvera en annexe car il n'existe pas encore de questionnaire normé² et standardisé accessible. Voici les résultats de ce questionnaire :

| Wenzhou | Français |
|--|---|
| Gigi parle exclusivement en wenzhou avec son père et sa grand-mère. | Elle échange préférentiellement avec sa sœur dans cette langue. |
| En wenzhou : elle n'a pas de difficulté selon son père, mais il souligne tout de même qu'elle est moins à l'aise dans cette langue que sa sœur. Elle cherche souvent ses mots. | Quand elle ne trouve pas ses mots en wenzhou, elle privilégie le français notamment dans des domaines particuliers tels que l'école, les sorties où la socialisation se fait essentiellement en français. |

Ce qui ressort du questionnaire, c'est qu'il n'y pas de gêne communicative en Wenzhou et que sa sœur cadette est plus à l'aise qu'elle dans cette langue. Toutefois, nous n'avons pas d'information sur ses éventuelles difficultés langagières, d'autant plus que son père est peu « disert » sur ses compétences en wenzhou. Il est dommageable que Gigi n'est pas été présente au moment de l'entretien ce qui aurait pu permettre d'apprécier qualitativement ses compétences dans cette langue (malgré toutes les limites d'un test informel que nous verrons ultérieurement notamment en terme de traduction).

Le bilan orthophonique proprement dit a été réalisée en français, à l'aide d'outils d'évaluation normés sur une population monolingue francophone³. Il met en évidence un retard mixte, sur le plan expressif et réceptif, en français :

- un répertoire phonétique quasi-complet à l'exception des groupes consonantiques en [r] tels que /kr/, /pr/ produit avec effort. Il est à noter qu'il n'y a pas de [r] en wenzhou, y a-t-il une influence de cette L1 sur la L2, le français ?
- associé à un trouble phonologique qui n'altère pas son intelligibilité en spontané.
- un stock lexical réduit.
- une expression morphosyntaxique altérée avec une compréhension limitée qui peut altérer son informativité.

² Un questionnaire sur l'usage des langues, adaptée de celui de Johann Paradis, PaBIQ par l'équipe de Tours.

³ Liste des évaluations utilisées : EVALEO (6-15ANS), L'ALOUETTE

- sur le plan du langage écrit, on note un retard conséquent en lecture comme en transcription, supérieur à 36 mois. Qualitativement, on note des confusions sourdes/sonores en lecture classiques dans les troubles spécifiques du langage écrit (ou dyslexie-dysorthographe⁴). Il existe des sons voisés en whenzhou donc le dévoisement ne peut être attribué à l'influence de la L1 sur la L2.

Voici un tableau répertoriant de manière synthétique les résultats du bilan

| LO | Versant expressif | | | Versant réceptif | | |
|--|-----------------------|--|-----------------------|--|--------------------------|--------------|
| | Encodage Phonologique | Lexique actif | Expression syntaxique | Compréhension lexicale | Compréhension syntaxique | |
| LE | Lecture | | | Transcription | | |
| | Précision | Temps | Compréhension lecture | Phonétique | Usage | Grammaticale |
| Norme de ce qui est attendu pour l'âge | | Score subnormal (Entre -0,5 et -1,65 ds) | | Score pathologique (en deçà de -1,65 ds) | | |

LO = langage oral ; LE = langage écrit

Une fois les résultats du bilan recueillis, comment les interpréter ? Quel diagnostic orthophonique pour Gigi ? S'agit d'un retard dans l'acquisition du français, sa L2 ou d'un Trouble Spécifique du Langage Oral (ou dysphasie) ? En somme, la question qui se pose toujours au clinicien « de manière théorique » c'est la nature des difficultés de développement du langage sont-elles *internes* ou *externes* au sujet ? Quelle relation entre les deux ?

⁴ Définition dyslexie-dysorthographe selon le DSMV

Troubles du langage chez l'enfant bilingue : des troubles particuliers ou classiques ?

Les enfants bilingues sont suivis majoritairement pour des troubles spécifiques du langage oral (TSLO) et du langage écrit (TSLE, anciennement dyslexie-dysorthographe) (Santelli 2016, Ankici 2011, Messaouden 2010), c'est à dire pour les troubles les plus fréquents dans la population générale (Laurence Tain, 2007). En effet, ces données sont congruentes avec les recherches en psycholinguistique qui ont montré que les enfants et adultes bilingues présentent les mêmes types de troubles (Dodd, Stow 2006) et la même prévalence de troubles du langage et de la parole que les monolingues (Winter 1999, Kohl 2008). De Houwer (1999) résume très bien cette position : "il n'y a aucune raison scientifique à ce jour pour penser que l'exposition à deux langues ou plus conduit à des troubles d'acquisition du langage. Beaucoup d'enfants à travers le monde grandissent avec deux ou plusieurs langues dès l'enfance sans montrer des signes de retard ou de troubles spécifiques du langage".

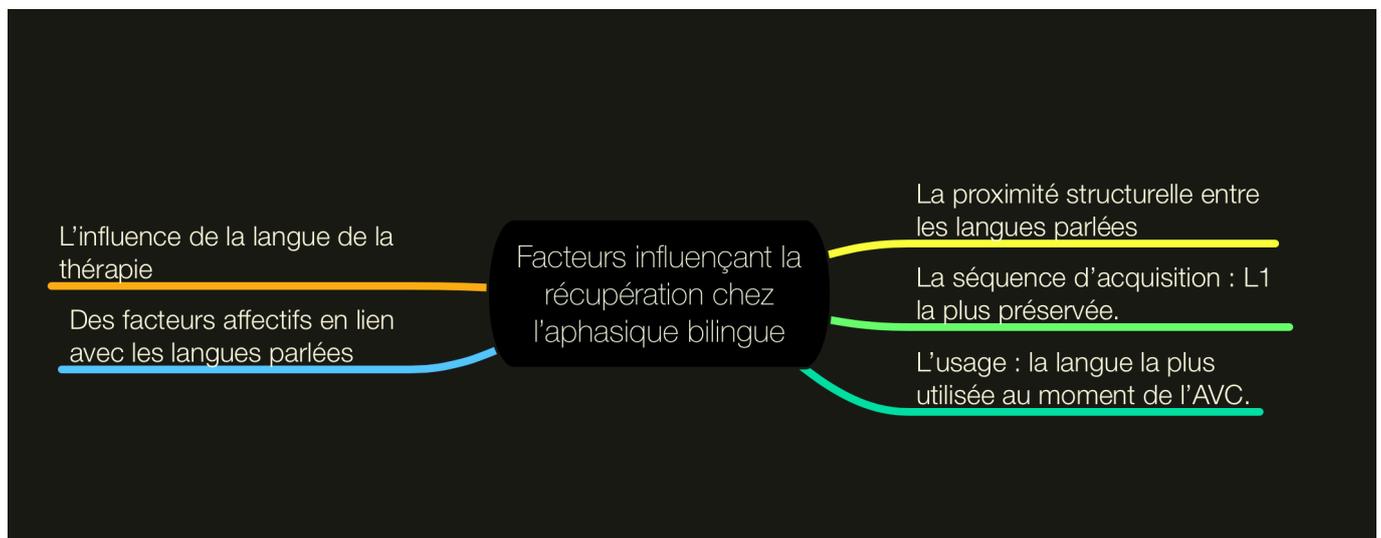
On entend par Trouble Spécifique du Langage Oral (TSLO), un trouble neurodéveloppemental c'est à dire un trouble durable qui affecte le développement langagier et adaptatif des enfants sans qu'aucune explication ne puisse être trouvée (retard intellectuel, lésions acquises, troubles sensoriels, troubles du spectre de l'autisme, maladie neurologique acquise ou génétique identifiable...etc.). Des éléments quantitatifs et qualitatifs permettent de poser le diagnostic : on observe des performances langagières inférieures à ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant (résultats aux tests montrant une différence d'au moins deux écarts-type par rapport à la norme correspondant à 5% des plus faibles parleurs/compreneurs ou lecteurs/transcripteurs de la classe d'âge de l'enfant). L'héritabilité est admise. Le déficit langagier est présent dans les deux langues chez les enfants bilingues TSLO/LE. Pour le langage oral il affecte toutes les modalités (Kohnert, 2008): lexicale (Bedore Pena 2008, Thordardottir et al 1997), morphosyntaxique (Paradis, Crago, Bélanger 2005) et phonologique (Holm, Dodd 1999). Si l'atteinte est présente dans les deux langues, on observe tout de même un degré d'atteinte et des caractéristiques des TSLO qui diffèrent suivant les langues parlées par l'enfant. La même chose est visible dans le TSLE même s'il est moins fréquent que les enfants aient des compétences en littérature dans une autre langue que le français, langue de la scolarisation.

On entrevoit ici la position particulière dans laquelle se trouve le clinicien : quelle est la validité de ces résultats pour un enfant bilingue alors que l'on a utilisé un outil d'évaluation standardisé et étalonné sur une population monolingue ? Y a-t-il un risque de sur-identification de trouble du langage ? Les bilingues ont-ils les mêmes performances que les monolingues ? Quel est le profil langagier de l'enfant bilingue issu de la migration normo-typique : y a-t-il des différences suivant le statut sociolinguistiques des langues parlées, les modalités de transmission des langues, l'histoire migratoire ? Quel transfert de la première langue sur la deuxième langue ? Comment diagnostiquer un trouble du langage quand on ne peut pas évaluer le sujet dans ses deux langues parlées ? Quels outils sont à la disposition du clinicien ? Quels outils seraient utiles au clinicien ?

B. Quelle récupération dans quelle langue pour un patient aphasique bilingue ?

M. L. est âgé de 71 ans, droitier, ayant exercé la profession de magasinier (niveau scolaire : 9 ans d'études, école coranique puis spécialisée en Tunisie). Il est célibataire et père de trois enfants vivant en région parisienne. Il vit en France depuis une quarantaine d'années et est bilingue (arabe/français). Il a suivi des stages de perfectionnement de français oral et écrit à son arrivée en France. Il est né en Tunisie. Je le reçois en consultation à sa sortie du service de l'hôpital de neurologie vasculaire à Saint-Antoine. Les explorations font état d'un AVC ischémique sylvien superficiel gauche. L'examen clinique met en évidence une dysarthrie persistante en fin d'hospitalisation avec une relative préservation de l'intelligibilité en français. Le compte rendu de bilan orthophonique en phase aiguë réalisée par Mme B. montre une importante dysarthrie en français ainsi "qu'une plainte sur un manque du mot qu'il s'agira d'investiguer davantage dans le cadre d'un bilan orthophonique complet". La langue arabe (L1 du patient) n'a jamais été évaluée. Le patient ne décrit pas de plainte en arabe ni sur le plan de la parole ni sur le plan du manque du mot. Ses enfants ont toutefois constatés qu'il cherche également souvent ses mots en arabe mais n'ont pas observés de difficultés de prononciation. Leur père "switche" entre ses deux langues ce qu'il a toujours fait même avant l'AVC- le code switching (ou alternance linguistique) est en réalité une pratique courante chez les bilingues. Là-dessus, plusieurs remarques s'imposent pour le clinicien d'un point de vue clinique et même éthique, les deux

langues du patient aphasique sont-elles récupérées de la même façon ? Dans quelle(s) langue(s) doit-il être évalué(s) et avec quel outil ? Dans quelle(s) langues(s) doit-il être rééduqué d'un point de vue écologique ? Si on a le choix, laquelle choisir ? Une fois la rééducation démarrée, y a-t-il des effets de la rééducation d'une langue à l'autre ?



Carte heuristique réalisée suivant les données de Köpke, Prod'homme (2009)

A l'heure actuelle, l'évaluation et la rééducation ne sont pratiquées, la plupart du temps, que dans la langue du lieu de soins, le français pour des raisons pratiques. Dans certains cas extrêmes, le bilinguisme n'est même pas envisagé avant qu'un proche du malade ne le souligne : une collègue m'a raconté que ce que l'équipe de soins prenait pour un jargon chez un patient avec une aphasie globale était en réalité du cinghalais ! L'équipe s'en est rendue compte grâce au frère du patient. La recherche sur l'aphasie montre que les langues ne sont pas forcément récupérées de la même façon ; dans la majorité des cas la récupération est *parallèle* (environ 60 % des cas) mais parfois on observe une récupération *sélective* - une langue n'est pas récupérée du tout -ou *antagoniste*- la langue qui est retrouvée en premier est finalement remplacée par une autre et redevient inaccessible (Paradis, 1999). Une évaluation complète des capacités linguistiques et communicatives du patient est indispensable pour des raisons éthiques et

**Pourquoi aussi peu de prise en compte du bilinguisme ?
1ère explication = les orthophonistes sont-elles bilingues ?**

Une des premières raisons de l'évaluation en "français seulement" est le faible taux d'orthophonistes bilingues. La grande majorité des orthophonistes sont monolingues, 98% dans l'étude menée en 2010 sur un échantillon de 101 orthophonistes. Il semblerait que le faible taux d'orthophonistes bilingues soit également observé à l'échelle internationale (Jordaan, 2008). Les orthophonistes ont des notions scolaires dans une ou plusieurs autres langues qu'elles ne pratiquent pas régulièrement : majoritairement en anglais, espagnol, italien et allemand apprises à l'école mais aussi en créole pour les orthophonistes exerçant ou ayant exercé dans les DROM COM. Les connaissances académiques dans une L2 sont à mettre en lien avec les diplômes antérieurs des orthophonistes : elles accèdent aux concours à niveau bac mais de plus en plus à bac+2 voire bac +5 (Laurence Tain, 2007 p.100, statistiques du concours de Paris 2009). Il est à noter le décalage entre la grande diversité des langues parlées par les patients bilingues suivis en orthophonie, plus d'une quarantaine de langues répertoriées et les quelques langues connues des orthophonistes (mémoire de fin d'étude, 2010). D'autant que les langues les plus fréquemment parlées par les orthophonistes n'ont pas le même statut sociolinguistique que celles les plus couramment parlées par les patients : les langues telles que le tamoul, l'arabe et le turc ont un statut minoritaire alors que l'anglais ou l'espagnol sont des langues majoritaires, valorisées par la société, les institutions et le système éducatif.

diagnostiques, mais elle ne peut se faire qu'avec des outils adéquats conçus pour la comparaison des capacités linguistiques du patient. Nous évoquerons au cours de ce mémoire les adaptations existantes.

2. Qui sont les bilingues ? Qui désigne t-on comme bilingue (et pourquoi ?)

A. La question du choix de la terminologie : pourquoi utiliser le terme de « allophone » plutôt que « bilingue » ? Une utilisation par qui et dans quel but ?

La façon dont les bilingues sont définis dans la littérature professionnelle orthophonique est intéressante dans ce qu'elle dit des représentations sous-jacentes. Il y a dans ce domaine une différence importante entre les enfants et les adultes, entre la littérature sur les pathologies de développement du langage et les pathologies acquises.

Ainsi, par exemple, en clinique transculturelle auprès d'enfants issus de la migration, on utilise fréquemment le terme d'allophone plutôt que bilingue⁵ témoigne l'intitulé de l'outil d'évaluation des langues maternelles chez l'enfant, L'ELAL (Évaluation Langagière pour les enfants Allophones et Primo-arrivants) même si on note une différence ces dernières années (les articles publiés depuis 2010 mettent davantage l'accent sur la terminologie « bilingue »). Le terme d'allophone est généralement utilisé pour parler d'un enfant qui parle une autre langue (généralement hors langue valorisée socialement) que le français à la maison. En revanche, on attribue peu le qualificatif allophone pour décrire un enfant scolarisé en France qui parle anglais à la maison. C'est un terme qui est très utilisé dans le monde scolaire (classe UPE2A). Il est d'ailleurs intéressant que les mots clés « bilingue » ou « bilinguisme » soit encore si peu efficaces dans les bases de données pour rechercher des pratiques de différenciations auprès des populations bilingues issus de la migration, alors que le terme « allophone » en France donne lieu à davantage de références. D'autres articles en santé publique sur les troubles du langage par exemple utilisent systématiquement la variable socio-économique et parle d'enfant de « milieu défavorisé » sans évoquer la question du bilinguisme, pourtant fréquente chez les populations immigrées (par exemple, Fluss, Billard et al. 2009). Le terme de « bilinguisme » n'est pas attribué à n'importe qui. Il semblerait qu'il y ait des langues qui relèvent de la sphère domestique et qui ne sont pas prises en compte à ce titre dans la prise en charge. Les orthophonistes ne savent souvent pas quelles langues sont parlées par leur patient, on ne la nomme pas (« il parle sa langue »). Et les patients qu'ils reçoivent ne la nomme pas forcément « on parle notre langue » et ne l'évoque pas, ne se vivant pas comme bilingue. Cette question terminologique nous permet de replacer au centre de l'histoire politique et du statut des langues comme en témoigne les différences internationales dans d'autres pays francophones, comme le Canada (que nous évoquerons ultérieurement).

B. S'extraire du « mythe du bilingue parfait » :

Bloomfield décrivait le bilingue comme ayant la même compétence qu'un locuteur natif dans ces deux langues (cité par Elmiger, 2000). Or, les études psycholinguistiques ont montré « qu'il n'y a pas deux monolingues dans une même personne » (Grosjean, 2005) et a remis en cause la notion de compétence pour décrire le bilinguisme. La notion d'usage paraît dès lors une plus pertinente. Les bilingues utilisent différemment leur langues suivant les domaines de leur vie. Les compétences du locuteur bilingue sont une réponse à un ensemble de besoins et de circonstances. Par exemple, un enfant gardé à la maison dans sa petite enfance, de parents non francophones, aura

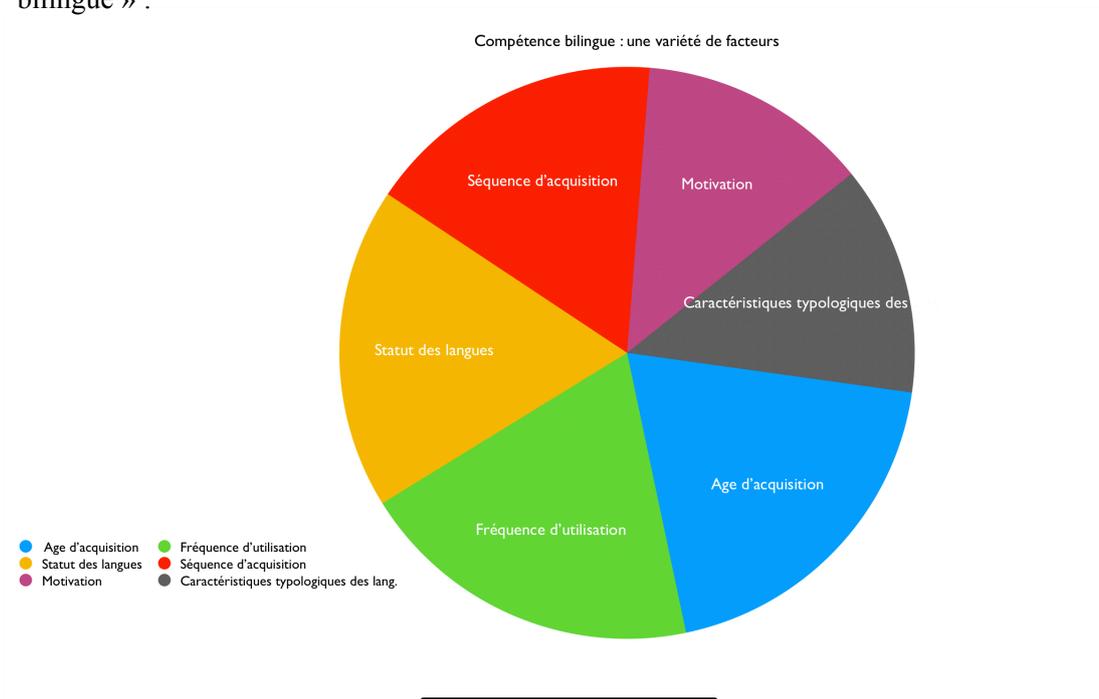
⁵ par exemple Marie Rose Moro. Enfants d'ici venus d'ailleurs. 2002

une compétence réceptive en français par les médias et l'environnement puis progressivement avec la scolarisation deviendra un bilingue actif. Il existe un flux et un reflux des langues tout au long de la vie. Les compétences linguistiques diffèrent suivant les tâches et le contexte :

- par exemple, on peut avoir des compétences orales dans une langue mais pas à l'écrit (comme notre cas clinique, Gigi, qui a des compétences à l'oral mais pas à l'écrit en wenzhou).
- une langue peut être utilisée préférentiellement pour la vie domestique et une autre pour la vie professionnelle ou scolaire etc.

On utilisera dans ce mémoire le terme bilingue pour décrire une personne qui est confronté à une autre langue que le français dans sa vie quotidienne (qu'elle que soit son niveau de compétence).

Voici un schéma synthétisant les différents facteurs intervenant dans « la compétence bilingue » :



C. Une population très hétérogène :

Tout d'abord, soulignons que les bilingues ne forment pas un groupe homogène : certains facteurs relèvent des conditions et de l'âge d'acquisition ou d'apprentissage des langues, d'autres se réfèrent aux caractéristiques structurelles ou sociologiques des langues ainsi que de l'usage que fait le bilingue de ses langues (cf. tableau ci-dessous). Le bilinguisme se répartit dans toutes les catégories socioprofessionnelles (Deprez, 2008).

Les différents types de bilinguisme :

| Critères | Les oppositions | |
|--|------------------------|-------------------------|
| <i>La séquence d'acquisition du langage</i> | Bilinguisme séquentiel | Bilinguisme simultané |
| <i>Le statut sociolinguistique des langues parlées</i> | Langue majoritaire | Langue minoritaire |
| <i>Degré de compétence dans les deux langues</i> | Bilinguisme additif | Bilinguisme soustractif |
| <i>L'âge d'acquisition d'une seconde langue</i> | Bilinguisme précoce | Bilinguisme tardif |
| <i>Le versant du langage (compréhension vs expression)</i> | Bilinguisme passif | Bilinguisme actif |

Les bilingues séquentiels représentent la majorité de bilingues. Pour les enfants, ils parlent généralement une langue minoritaire à la maison et acquièrent leur seconde langue, la langue majoritaire, après l'âge de 3 ans à l'entrée en école maternelle, par opposition aux bilingues simultanés, issus le plus souvent de couples mixtes, qui apprennent leurs deux langues avant l'âge de 3 ans. Pour les jeunes et les adultes bilingues, la seconde voire troisième langue peut être acquises dans un contexte migratoire. L'utilisation du terme de « langue minoritaire », qui pourrait être appliqué par exemple à la langue tamoule en France, exprime le fait qu'il y a moins de possibilités de développer ou d'utiliser cette langue que la langue majoritaire et que cette langue est moins valorisée socialement (Genesee, 2004).

Quelles spécificités dans le développement langagier chez l'enfant bilingue ?

Le développement bilangagier malgré des séquences de développement du langage relativement semblables à celles des monolingues dans toutes les modalités du langage, lexicale phonologique et morphosyntaxique (Tabors , 2008) connaît des spécificités. Trois caractéristiques dans l'acquisition du langage oral chez l'enfant bilingue ont été identifiées : une distribution inégale des compétences dans les deux langues, une interaction entre les deux systèmes distincts qui sous-tendent l'acquisition bilangagière et des différences interindividuelles importantes (Kohnert, 2010). En effet, on observe une hétérogénéité extraordinaire des enfants bilingues : Ils diffèrent les uns des autres en fonction de la séquence d'acquisition des deux langues, du statut sociolinguistique des langues parlées, du niveau socioéconomique de la famille ou encore de leur expérience et du degré de compétence obtenu dans chacune de leur langue. En outre, le bilinguisme semble avoir des bénéfices sur le plan cognitif avec des capacités exécutives supérieures aux monolingues (flexibilité, attention divisée) et dans le domaine métalinguistique (métaphonologie, conscience syntaxique etc.) (Bialystock, 2001).

D. Quelle transmission de la langue maternelle ou langue première ?

La transmission des langues est très dépendante du statut sociolinguistique des langues parlées et du type de bilinguisme comme on l'a vu précédemment. Dans le cadre du bilinguisme séquentiel, l'immersion dans une nouvelle langue avec la scolarisation "remet en jeu pour les parents la transmission et le maintien de leur langue d'origine" (Yaémur et Akinci, 2003) contrairement au cadre du bilinguisme simultané. Pour Prohic et Varro (2007 cité par Akinci) chez les personnes porteuses à la fois d'une langue dominante et d'une langue dominée, on observe le choix presque inconscient de ne pas transmettre à ses enfants la langue dominée, sous prétexte de faciliter leur intégration dans un contexte où l'idéologie dominante voit le bilinguisme comme un frein, un handicap. Il est d'ailleurs très intéressant de constater que dans les familles qui pratiquent deux langues avec des statuts socio-linguistiques différents comme le français et le soninké par exemple, les enfants à l'instar de leurs parents, ne se revendiquent pas et ne se considèrent pas comme bilingues ; ce bilinguisme est par ailleurs souvent ignoré par l'institution scolaire et le monde médico social (Akinci 2011). Dans une enquête menée en 2003 par Akinci et Yagmur dans des écoles et collèges d'un quartier défavorisé, près du quart des élèves parlaient à la maison une autre langue que le français mais avaient été identifiés par l'institution comme monolingues. Comme le rappelle Hélot (2007, p.85), « il faudrait commencer par reconnaître le bilinguisme des enfants issus de l'immigration qui parlent ou comprennent les langues de leurs parents tout comme celui des enfants de couples mixtes et de milieu social favorisé, et par dire que ces enfants sont bilingues. Ceci peut sembler une évidence mais

ce n'est pas une pratique courante dans l'institution scolaire » et je pourrais ajouter : dans le monde médicosocial non plus.

E. Le cas particulier des enfants de migrants :

Il existe une influence des facteurs migratoires et culturels sur l'acquisition du langage (Gaddour, Abaza et al. 2004). Deux phénomènes ont été décrits dans la littérature comme spécifiques aux enfants de migrants :

- le phénomène d'attrition de la L1
- le mutisme extra-familial

Le processus d'attrition de la langue première

L'attrition est la réduction ou l'extinction d'une langue initialement apprise (Bensekhar-Bennabi, Serre 2005). Ce phénomène d'attrition est un exemple de restructuration de la L1 sous l'effet de l'exposition à la L2 (Grosjean, 2004). La langue est un véhicule de transmission de la culture, des valeurs et des croyances pour les familles de migrants (Kohnert, 2006). Les enfants qui perçoivent des attitudes négatives au sujet de leur expérience linguistique à la maison peuvent refuser de l'utiliser et finir par perdre la connaissance de leur langue première. L'attrition de la langue première est plus fréquemment observée chez les puînés que chez les aînés, les puînés étant exposés plus précocement à la L2 souvent par leurs aînés (Rezzoug et al. 2007). Notons que ce phénomène d'attrition n'est pas observé cependant pour les bilingues séquentiels qui apprennent la langue de la communauté majoritaire à la maison (par exemple l'anglais au Québec) et qui participent à des programmes d'enseignement dans une langue différente comme le français (Kohnert, 2010). Ceci s'explique probablement parce que dans ce cadre les deux langues parlées sont plébiscitées et soutenues par la société, les institutions et le système éducatif. D'une manière générale, le soutien de la langue première est indispensable au développement social, affectif, cognitif, scolaire et même professionnel des enfants bilingues séquentiels (Kohnert et al. 2005).

Le mutisme extra-familial

Le mutisme extra-familial est un trouble rare qui reflète également la complexité du rapport aux langues des enfants de migrants. Ces enfants mutiques parlent sans difficulté avec leurs proches quand ils sont à la maison mais deviennent muets quand ils sont à l'extérieur ou qu'ils doivent prendre la parole en présence d'étrangers (Bennabi-Bensekhar, Serre 2005). Généralement, c'est à l'entrée à l'école maternelle que le mutisme est déclaré. Il témoigne d'une difficulté à passer du "monde du dedans", celui de la cellule familiale, au "monde du dehors", celui de l'école et de la société extérieure (Bennabi-Bensekhar, Serre 2005).

4. Questionner les pratiques de différenciation

A. La prise en compte du bilinguisme, quelle légitimité professionnelle ?

Une orthophoniste belge, Caroll Rudd dans son ouvrage « Pratiquer l'orthophonie » (2012) feint ainsi de s'interroger auprès de ses collègues sur « la pertinence de notre présence auprès de ces populations dites marginales ». Cette formulation soulève deux questions : pourquoi la population bilingue est-elle considérée comme marginale ? Est-ce une position de l'ensemble du groupe professionnel ? De plus, à qui est donc attribué ce

qualificatif « bilingue » ? Et surtout pourquoi le champ de légitimité professionnelle des orthophonistes serait constitué d'une population « majoritaire » uniforme en gommant les particularismes, les singularités ? Est-ce lié à l'héritage d'une vision de la pratique médicale ? Ou au contraire à un héritage dans le champ de la pédagogie ?

B. Les cas frontières : le bilinguisme choisi versus subi / les bilingues « idéaux » et les autres

Dans la pratique orthophonique auprès de l'enfant qui présente des difficultés d'acquisition du langage ou d'une seconde langue, la dimension sociale semble être au centre de l'analyse en terme de légitimité professionnelle. Pour reprendre l'exemple de l'analyse de Howard Becker sur les enseignantes à Chicago⁶ (1970), il semblerait y avoir de « clients idéaux » et de « mauvais clients ». Le bilinguisme « des riches » (migrant ou non) est valorisé avec une pratique orthophonique privée qui se développent pour cette patientèle identifiée comme particulière avec un développement des outils bilingues d'évaluation français/ anglais par exemple (adaptation d'un test entre 5 et 8 ans pour les bilingue français-anglais, Clémence Gordon Dana). De l'autre côté, comme le décrit Laurence Tain, « l'exercice professionnel ne semble pas avoir intégré des dispositifs spécifiques pour accueillir une patientèle bilingue de milieu populaire » hormis les consultations transculturelles au CHU Avicenne à Bobigny, nous y reviendrons. La rhétorique professionnelle sur ces questions est assez ambivalente, sur l'angle « bilinguisme : richesse et dangers ». La question de la réussite scolaire des enfants issus de l'immigration est au centre (le plus souvent quand on parle en France d'enfants d'immigrés on pense enfants d'immigrés et enfants immigrés de milieu populaire, même si ce n'est pas toujours précisé). Ils sont perçus comme une entité homogène même si la recherche montre que le rapport des familles d'immigrés à la réussite scolaire est différente selon l'origine (Ichou, Oberti, 2007) même si le rapport aux langues ne détermine pas tout. La position la plus fréquente dans les rhétoriques professionnelles, est d'éviter l'écueil de « pathologiser le bilinguisme » et en même temps de placer le curseur social au centre : le bilinguisme des pauvres serait à risque car « un semi-linguisme » et celui des riches serait avantageux notamment en terme cognitif, de potentiel de communication etc. En réalité si les discours généraux valorisent le bilinguisme, il reste appliqué aux enfants bilingues de milieu populaire cette idée sous-jacente qu'il faut « abandonner » cette langue secondaire qui serait « mal transmis » et accepter le monolinguisme, en français, vecteur d'intégration sociale et de réussite scolaire et professionnelle.

C. Les familles bilingues sont-elles envisagées comme un public spécifique par les orthophonistes ?

Les patients bilingues peuvent être considérés comme une population clinique particulière (Jordaan 2008), en ce **sens qu'ils posent un certain nombre de questions aux praticiens qui rencontrent des obstacles spécifiques dans l'évaluation et la prise en charge, notamment car la norme envisagée reste monolingue.** En effet, plus des trois quarts des orthophonistes déclarent avoir des difficultés dans l'évaluation et la prise en charge des enfants bilingues (Messaouden, 2010). Des difficultés similaires sont rencontrées par les orthophonistes de différents pays : par exemple en Angleterre (Winter, 1999), au Canada (Paradis, 2005), aux Etats-Unis (Kritikos, 2003 ; Kohnert et al. 2005) ou encore en Suède (Håkansson et al., 2003). Plusieurs études ont montré que l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés conçus pour une population monolingue n'est pas adéquat pour identifier les difficultés chez les enfants bilingues : l'examen dans une seule langue, le français, sous-estime les compétences de l'enfant bilingue surtout s'il est en cours d'acquisition de cette langue ou s'il ne s'agit pas de sa langue dominante (celle où il

⁶ H. S. BECKER, « Social-Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship », art. cit., repris dans H. S. BECKER, Sociological Work. Method and Substance, Chicago, Aldine Publishing Company, 1970, p. 137-150.

est le plus compétent). L'évaluation du langage traditionnel se concentre sur l'identification de troubles du langage en déterminant le niveau actuel de l'enfant à une tâche donnée par rapport au niveau de ses pairs, généralement monolingues de classe moyenne appartenant à la culture dominante, et locuteur de langue majoritaire (Kohnert, 2006). En outre, les enfants bilingues avec des troubles du langage ont un risque d'être sous-diagnostiqués si les difficultés linguistiques sont considérées comme des différences linguistiques (Gutierrez-Clellen, Pena 2001) ou moins fréquemment d'être sur-diagnostiqués (Paradis, 2005) s'ils sont identifiés à tort comme ayant un TSLO. Comme le rapporte Tzivinikou (2005) dans l'évaluation des enfants bilingues, la question n'est pas « comment comparer ces enfants à une norme nationale monolingue ? » mais « comment les comparer à une population locale allophone ? ». Pour ces enfants bilingues, les cliniciens devraient pouvoir utiliser des méthodes adaptées pour différencier les enfants qui ont un développement bilingue normal des enfants avec un trouble du langage (Gutierrez-Clellen, Pena 2001). Les normes de tests standardisés pourraient être recueillies pour les enfants monolingues et bilingues, séparément, et ces normes pourraient être organisées en fonction à la fois de l'âge de l'enfant mais aussi du temps d'exposition à la langue cible (Paradis, 2010). En plus de la question de la norme, il y a la question de la validité des tests en raison du biais culturel et des tâches et compétences qui peuvent être langue-culture dépendantes. D'autres difficultés ont également été pointées par les orthophonistes dans l'évaluation des enfants bilingues : elles rencontrent des difficultés dans le recueil anamnestique lorsque les familles sont non francophones. Le recours aux interprètes est compliqué pour les orthophonistes exerçant en libéral (pas de financement dédié, pas de préconisations des Agences Régionales de Santé) et faible dans les services hospitaliers ou les structures médicosociales. D'autre part, elles ont noté que les informations sur les compétences de l'enfant dans sa langue maternelle manquaient parfois sur le plan diagnostique et pronostique.

| Synthèse des commentaires des orthophonistes sur les difficultés rencontrées pendant l'évaluation

Exemples de commentaires des orthophonistes

Difficultés dans le recueil anamnestique

« J'ai du mal à réaliser l'anamnèse quand les parents ne parlent pas français »

Ne pas pouvoir apprécier les compétences dans la L1

« Le plus gênant pour moi c'est de ne pouvoir évaluer la L1 de l'enfant »

Les outils d'évaluation ne sont pas adaptés

« Les évaluations à l'aide d'outils d'évaluation classiques ne sont pas très fiables »

Une orthophoniste parlant d'un cas clinique : « J'aurais voulu un bilan orthophonique en turc (L1) pour m'assurer qu'il s'agissait bien d'une dysphasie »

Des difficultés à distinguer les débuts d'acquisition d'une L2 d'un TSDLO

« Ma plus grande difficulté est de différencier le retard dans l'acquisition du français d'une dysphasie qui existerait aussi dans la langue maternelle »

« (...) difficile de faire la différence entre une acquisition différente et une réelle pathologie »

« Je suis souvent confrontée aux difficultés diagnostiques »

On note que si la population bilingue issue de la migration est envisagé comme un public spécifique sous l'angle des difficultés, cela a-t-il donné lieu à des « cliniciens spécialisés », faute on le verra d'un développement massif de pratiques de différenciation ?

D. Des orthophonistes spécialisées ?

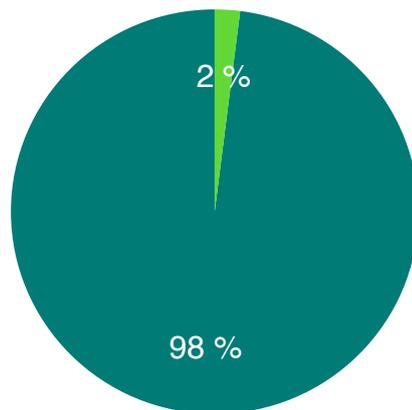
Deux types de spécialisation dans le domaine de l'évaluation et de la prise en charge des patients en contexte bilingue existent :

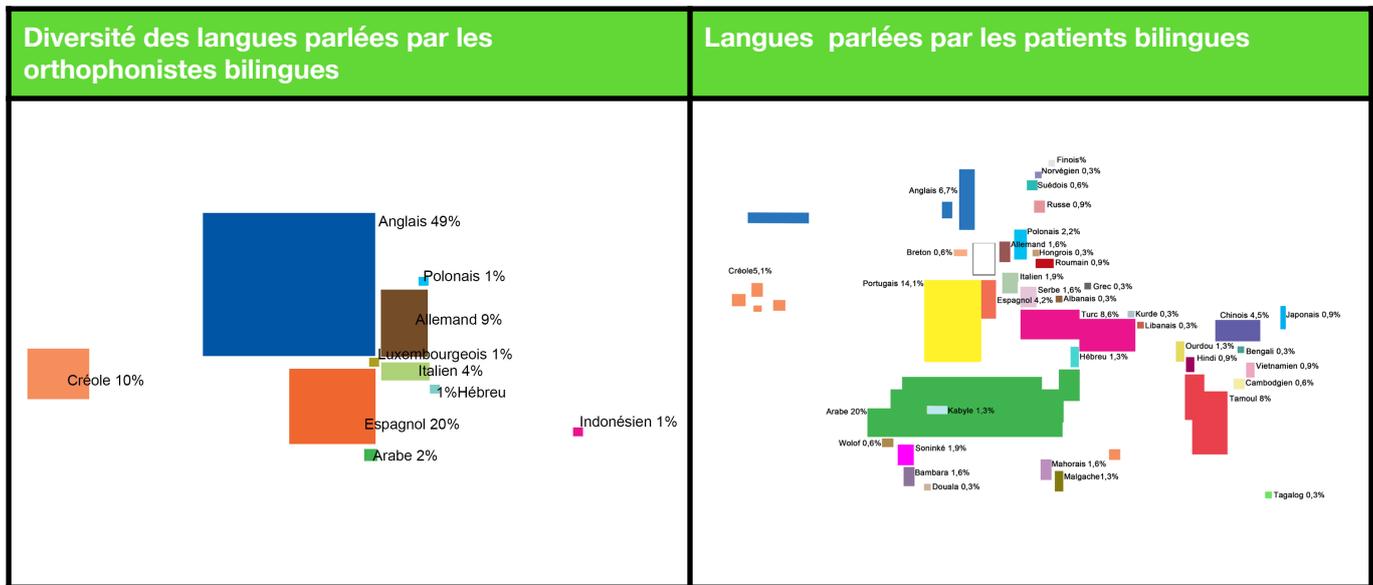
- dans le cadre d'une clinique transculturelle comme le service de pédopsychiatrie et le Centre Référent du Langage d'Avicenne, auprès des populations migrantes.
- des orthophonistes spécialisées développant une pratique privée auprès des populations expatriées (essentiellement bilingues français/anglais), des orthophonistes travaillant avec des écoles bilingues français/anglais.

On voit ici apparaître les deux extrêmes d'un même continuum avec, d'un côté le bilinguisme des riches aux langues valorisées (suédois, anglais, allemand) de l'autre le bilinguisme (entendu souvent comme un semi-bilinguisme) des pauvres, aux langues liées à l'immigration populaire (arabe, soninke, tamoul). Comment peut-on expliquer cette dichotomie et le fait que la majorité des orthophonistes ne se saisissent pas de ces questions ?

Un des éléments de réponse est la très faible proportion d'orthophoniste issues de classe populaires et bilingues (que l'on retrouve à l'échelle internationale, Jordaan 2008) et a contrario une très grande diversité des langues parlées par les patients bilingues (cf. iconographies ci-dessous) qui n'ont d'ailleurs pas le même statut sociolinguistique que celle parlées par leurs patients.

● Orthophonistes bilingues
● orthophonistes monolingues





Une autre explication de la faible adaptation des pratiques auprès de patients bilingues est le manque de formation initiale et continue sur ces questions : plus d'un tiers des orthophonistes participant à l'étude de 2010, n'ont eu aucune formation sur l'évaluation et la prise en charge des patients bilingues. Alors que les enfants bilingues représentent la moitié de leurs patients dans certaines zones géographiques, les orthophonistes se déclarent peu formés sur les questions relatives au bilinguisme. À titre indicatif, il n'existe une formation sur le bilinguisme à l'école d'orthophonie de Paris (en dernière année du cursus universitaire) que depuis deux ans. Certaines orthophonistes seulement ont accédé à des cours universitaires sur le développement du langage chez le sujet bilingue et la thématique « trouble du langage et bilinguisme ». Il s'agit majoritairement d'orthophonistes formées en Belgique. On peut émettre l'hypothèse qu'en Belgique, les orthophonistes sont davantage formées à recevoir des patients bilingues car la Belgique est un pays de plurilinguisme national. Il est à noter que la plupart des intitulés des formations quand elles existent sont essentiellement sous l'angle : "bilinguisme : avantage ou handicap ?" (Denni-Krichel, N. (2012), ainsi « Bilinguisme précoce, avantage ou handicap? », formation réseau TAP, « Avantages et inconvénients du bilinguisme pour un enfant "Dys"» Aude Laloi 2015. Dans cette configuration, le bilinguisme est vu comme un concept « double face » : dans une grille de lecture en terme cognitif et psycholinguistique, il serait une richesse pour l'enfant car vecteur de meilleures compétences sur le plan cognitif (métalinguistique, flexibilité mentale) et dans l'autre, dans une grille « origine sociale », le bilinguisme serait un handicap pour les enfants issus de l'immigration de classe populaire dans leur perspective d'intégration sociale, de réussite sociale et professionnelle avec en toile de fond l'idée que l'option monolingue (le français) est la meilleure option.

e. Changer d'échelle pour mieux comprendre : le cas canadien. Quelles différences dans la légitimation des pratiques de différenciation auprès de patients bilingues en orthophonie ?

Y a-t-il des différences dans les pratiques de différenciation quand le bilinguisme est institutionnalisé comme au Canada et que le modèle de société est dit « multiculturelle » par exemple ? Une des premières grandes différences est l'existence d'un champ de recherche spécifique sur ses thématiques de troubles du langage en contexte bilingue ou multilingue et aussi au sens large, de la « santé des minorités culturelles » depuis plus de trente ans. Ce champ a permis l'impulsion d'une politique organisée pour dépister et soigner l'ensemble de la population en tenant compte

des particularités linguistiques et de la diversité culturelle. C'est probablement le fruit de la conjonction d'un pays où le bilinguisme est officiel, qui se présente comme « multiculturel », d'une immigration importante mais aussi historiquement un contexte colonial particulier qui a amené la coexistence de langues inuits (indigènes) et française et anglaise (langues des anciens colons). Ainsi de nombreux outils adaptés au contexte bilingue en tenant compte aussi de l'histoire migratoire se sont développés sur le sujet quand bien même les pratiques ne se sont pas tout à fait ajustées (Borri- Anadon, Savoie- Zajc, Monique Lebrun, 2015). Laurence Kotobi (2017) montre bien le gap entre le développement de l'interprétariat en santé dans le pays anglo-saxons, de manière organisée et soutenu par les états et le modèle français qui repose essentiellement sur une association *Inter Service Migrants* (ISM) car « cela ne va pas de soi ». En France, on tend vers une uniformisation des pratiques dans une perspective normalisatrice. Ainsi on ne met pas en place de pratiques spécifiques pour les populations bilingues car le métier d'orthophoniste se vit comme une pratique dont l'objectif est d'évaluer l'enfant en terme de compétences altérées par rapport à une norme (monolingue, culturellement homogène, de classe moyenne). De plus, historiquement la politique linguistique en France est celle de l'uniformisation avec la volonté de réduction de la pratique des langues régionales au profit du français (Deprez, 2008). On constate toutefois un léger sursaut ces dix dernières années avec de plus en plus de mémoires d'orthophonie (par exemple, Simoes et Schmitt “ L'évaluation du langage oral chez les enfants bilingues au moyen d'Exalang 5-8”, 2015) et de thèses en sciences du langage sur ces questions (par exemple, Aude Laloi en 2015).

5. Les adaptations au contexte bilingue

A. Au moment de l'évaluation



Il existe différents types d'adaptations que nous rassemblerons pour plus de clarté dans une carte heuristique.

Nous avons choisi de synthétiser dans un tableau les différents outils francophones créés pour la population bilingue en fonction des pathologies. Il n'est pas très rempli, et symbolise bien le peu d'outils existants sur ces questions.

| | Création d'outils standardisés | Outils additionnels ou alternatifs aux évaluations standardisés classiques |
|-----------------|---|--|
| Azheimer | <ul style="list-style-type: none"> - création d'un test de dénomination pour des patients bilingues Azheimer avec 16 items « neutres culturellement » pas d'étalonnage pour l'instant (Gambette, Gayraud al. 2013) - test conçu dans le cadre du projet ALIBI (alzheimer, Immigrations, bilinguisme) en 2014 par Gayraud, Barkat-Defradas | <ul style="list-style-type: none"> - adaptation du questionnaire du screening BAT (Gayraud F, |
| Aphasie | <ul style="list-style-type: none"> - le BAT (<i>Bilingual Aphasia Test</i>, Paradis, Libben 1987) dans - création d'une épreuve de dénomination pour l'aphasique bilingue français-créole (Mouton, 2013) - le screening BAT dans 8 langues (Kopke et al) - l'androidBAT (Marquis et al, 2013) | <ul style="list-style-type: none"> - site tradaphasia (N.guidel) : outils de démutisation des patients non francophones |
| TSLO | <ul style="list-style-type: none"> - L'ELAL d'Avicenne © - le BEOCLER, batterie d'évaluation orthophonique des compétences langagières des enfants réunionnais (Noël, 2015) | <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire d'usage et de développement des langues - Alberta Language and Development Questionnaire (ALDeQ)© (Paradis, 2010) - la tâche de répétition de non-mots (LITMUS, 2016) |

Il est à noter que les recherches et outils sont historiquement plus développés dans les pathologies acquises de l'adulte en France que dans celles de l'enfant où la dimension développementale se pose.

Focus sur les outils standardisés en contexte bilingue en France

Quelques outils spécifiques ont été développés en France cette dernière décennie. Par exemple un outil d'évaluation du langage dans la langue première, l'ELAL d'Avicenne © pour les enfants de 3 ans à 6 ans, dont l'étalonnage vient de se terminer. Il a été élaboré dans une perspective transculturelle par une équipe de recherche d'origines culturelles et linguistiques variées. Il explore trois versants : production, compréhension et production de récits dans la langue maternelle (sur le modèle de la NEEL). Il a été étalonné en trois langues, le tamoul, l'arabe et le soninké, mais son usage et sa diffusion restent confidentiels et il nécessite des moyens (interprètes, professionnels formés, diffusion du matériel), peu accessibles en dehors des services spécialisés comme le Centre Référent du Langage du CHU d'Avicenne à Bobigny. On pourrait également citer l'adaptation du test l'ELO et l'EVALO sur une population bilingue créole/français à la Réunion (2008). D'autre part, il est à noter qu'il existe des approches alternatives et/ou additionnelles aux tests standardisés que je ne développerai pas dans le cadre de cette note de projet de recherche, comme l'évaluation dynamique qui a été proposée par Pena et ses collègues (2001). Des questionnaires sur l'usage des langues avec une cotation existent tels que le questionnaire d'Alberta, ALEQ (Paradis 2010, traduit en français par Aude Laloi et repris par l'équipe de recherche de Tours) mais ils sont souvent peu diffusés et vraisemblablement méconnus des praticiens. La complexité est de créer des outils à la fois normés

sur une population bilingue, prenant en compte les compétences du sujet dans toutes ses langues mais aussi des aspects culturels. En effet, les tests linguistiques actuellement disponibles reposant sur des compétences culturellement apprises, l'appartenance à un groupe culturel (groupe national, groupe social, etc.) et le degré de connaissances culturelles (historiques, sociales, géographiques, économiques, religieuses, etc.) sont susceptibles d'influencer la réponse d'un sujet indépendamment de sa compétence linguistique (Desroches et al., 2006). Ainsi il existe des différences culturelles notamment dans les ustensiles de cuisine, dans les aliments ou le type de jouets utilisés (Stow, Dodd 2003) : une étude allemande a montré que certains items d'une épreuve de mémorisation (ET 6-6) comme l'item « carotte » représenté par une carotte dessinée avec la partie verte de la plante a dû être supprimé car les enfants de migrants d'origine turque étaient peu exposés aux carottes et à cette variété de carottes en particulier et oubliaient systématiquement cet item, qu'il identifiait comme une « plante indéterminé ».

B. Focus sur la question de l'interprétariat

Devant le manque d'orthophonistes bilingues et la diversité des langues parlées par les patients bilingues, les orthophonistes peuvent avoir recours à des interprètes pendant l'évaluation. Les interprètes s'ils sont formés permettent de recueillir des données anamnestique auprès du patient et de sa famille mais aussi éventuellement d'évaluer globalement le niveau du patient dans sa première langue- le prérequis étant de s'assurer que l'interprète parle le même dialecte que le patient et sa famille. Cependant, il y a quelques limites à l'utilisation d'interprètes dans la pratique clinique (Dodd, Stow 2003) :

- la traduction est une tâche complexe, surtout pour identifier les marqueurs syntaxiques.
- il faut prendre un temps de débriefing avant et après la séance. Or les services hospitaliers sont de plus en plus surchargés, avec une pression importante « de rentabilité » sur les professionnels.
- les interprètes, en France, n'ont pas les mêmes obligations de confidentialités que les orthophonistes.
- le coût de l'interprétariat qui n'est pas encore

Soulignons pour finir, qu'utiliser les membres de la familles ou des collègues hospitaliers qui font office d'interprète n'est pas souhaitable pour des raisons éthiques (neutralité, confidentialité, déontologie) mais que dans nombreux cas, il n'y a pas d'autres solutions. En fait, l'interprétariat est indispensable dans la pratique clinique quelle qu'elle soit : c'est un droit pour que tout patient quelque soit sa langue puisse comprendre ce qu'on lui propose mais aussi être entendu et compris. Mais il faut une organisation, une institutionnalisation des pratiques et des formations à l'échelle nationale afin que les soignants puissent y avoir recours sur l'ensemble du territoire (DROM compris). C'est d'ailleurs une recommandation de la HAS, en octobre 2017, qui a défini précisément les fonctions et les formations requises de l'interprétariat en santé même si les soutiens financiers et la volonté politique ne suit pas (L. Kotobi 2017)

C. Au moment de la prise en charge

On s'intéressera ici essentiellement aux aménagements dans la prise en charge des enfants bilingues. Sur le plan des aménagements particuliers dans la prise en charge, deux types d'aménagements dans la prise en charge par les enfants bilingues ont été décrits par les orthophonistes le plus fréquemment :

- Un partenariat rapproché avec les familles et l'école. Par exemple, les parents d'enfants bilingues sont invités à assister à certaines séances).
- Un travail spécifique sur le vocabulaire de la vie courante en français notamment par la manipulation d'objets.

Début de prise en charge plus tardive

« Lorsque l'enfant est en petite section de maternelle et qu'il parle peu le français, je demande aux parents de me recontacter fin juin afin d'attendre que l'enfant ait fait quelques acquisitions »

« Il faut laisser du temps avant toute prise en charge orthophonique, au moins un an de bain de langage en français grâce à l'école »

Un partenariat rapproché avec les parents

« Je fais souvent des séances avec un des parents »

Un lien renforcé avec l'école

« Je renforce le dialogue avec l'école quand les parents ne parlent pas français »

Travailler le lexique en français

« Je monte un stock lexical en français en lien avec les éléments de la vie courante. En effet, souvent les bilingues séquentiels ont plus de vocabulaire abstrait qui a trait aux acquis scolaire mais ont des difficultés avec le vocabulaire de la vie quotidienne ».

« Je travaille le vocabulaire usuel varié à l'aide de support concret, de manipulation »

Utiliser des supports particuliers

« J'utilise un magnétophone numérique sur lequel j'enregistre des mots de vocabulaire que l'enfant a dans son cahier pour qu'ils puissent les travailler à la maison en me réécoutant »

« J'utilise un carnet de vocabulaire dans les deux langues »

« J'utilise des imagiers bilingues »

Chercher des informations sur la L1 de l'enfant

« J'échange avec les parents et l'enfant sur leur langue et leur culture »

« Je m'interroge sur la structure linguistique de la L1 de l'enfant (morphosyntaxe, phonologie) pour comprendre les éventuels difficultés de l'enfant ».

Faire des liens entre les deux langues

« J'aborde en séance de la situation de bilinguisme, les difficultés ressenties par l'enfant face aux statuts différents des langues pratiquées »

« Je valorise la L1 en demandant à l'enfant de m'apprendre des mots. Ils sont souvent très fiers. »

« En cas de manque du mot en français, je leur demande le mot dans sa langue maternelle pour vérifier la nature du trouble ».

Adaptation dans le choix du matériel proposé

« Je choisis du matériel propre à la culture de l'enfant (par exemple je propose une image de goyave plutôt que celle de la pomme à la Réunion). »

« Je fais attention à la culture du patient (ex : je ne parle pas d'hamburger à un enfant tamoul végétarien) »

D'autres aménagements ont été décrits par les participantes lors de cette étude de 2010 comme la documentation sur la L1 du patient, l'adaptation du matériel proposé, l'utilisation de liens entre les deux langues, et l'utilisation de supports spécifiques (imagiers bilingues par exemple). Enfin, une minorité d'orthophonistes ont « une position attentiste » qui consiste à retarder l'âge de la prise en charge, adoptée également par un certain nombre d'orthophonistes en Angleterre. Il s'agit d'intervenir seulement si l'enfant n'a pas progressé dans sa L2 (Broomfield, Dodd 2004). Une seule orthophoniste dans l'étude de 2010 a déclaré avoir assuré une prise en charge bilingue, même si beaucoup d'orthophonistes ont des stratégies pour assurer le développement des deux langues.

Pour répondre à la spécificité des enfants bilingues, la grande majorité des orthophonistes prodiguent des conseils particuliers aux familles d'enfants bilingues concernant l'usage des langues. Il y a globalement deux types de conseils donnés aux familles quant à l'usage des langues (cf. tableau ci-dessous) :

- Une grande partie des orthophonistes recommande aux parents de continuer à parler leur langue (L1) avec l'enfant. Il s'agit d'un type d' « approche bilingue » (Gutierrez-Clellen, 1999) qui promeut à la fois le développement de la L1 et la L2.
- Cependant, une petite minorité d'orthophonistes (n=12, p=13,19%) recommande au contraire aux familles de parler uniquement en français à la maison. Il s'agit de l'approche « français seulement » (Gutierrez Clellen, 1999) : dans cette optique, le bilinguisme est progressivement remplacé par le monolinguisme dans la langue « majoritaire ».

Historiquement, l'utilisation de la L1 a été longtemps perçue comme un désavantage dans le développement du langage de l'enfant. Le bilinguisme était alors considéré comme un handicap qui expliquerait les mauvais résultats scolaires des enfants de migrants de milieu défavorisés (Gutierrez-Clellen, 1999). Toutefois, les études actuelles remettent en cause les conseils qui privilégient uniquement l'usage du français à la maison (Restrepo, 2005)

comme nous l'avons noté lors des rappels théoriques. Il semblerait que l'approche « français seulement » n'a aucun effet bénéfique sur le développement du langage en français (Genesee, 2004) et a un effet préjudiciable sur le développement socio-affectif de l'enfant (Kohnert et al. 2005). En outre, les jeunes enfants qui n'ont pas eu suffisamment d'occasions de développer des habiletés cognitives et langagières dans leur langue maternelle avant l'apprentissage d'une langue seconde, ont plus de risque de présenter des retards que leurs pairs ayant pu développer et utiliser leur langue maternelle (Cummins, 1984). Compte tenu de l'évolution des conseils sur l'usage des langues, nous nous attendions à ce que ce soit plutôt les orthophonistes ayant obtenu leur diplôme dans les années 80 qui conseillent l'approche « français seulement ». Toutefois, il semblerait qu'il n'y ait pas d'effet de cohorte sur le type de conseils prodigués. Il semblerait que face au manque de formations des orthophonistes sur le bilinguisme la croyance personnelle oriente les conseils. Le fait que la majorité des orthophonistes de l'étude reconnaissent l'importance d'accepter et de valoriser la culture d'origine et la langue des enfants est un résultat très encourageant.

Tableau Synthèse des commentaires des orthophonistes sur l'usage des langues

Exemples de commentaires des orthophonistes

La langue maternelle doit être pratiquée à la maison

« Je leur conseille de transmettre leur langue à la maison et leur culture sans crainte que cela ne remette en cause leur intégration »

« Je recommande aux familles de parler dans la langue où ils sentent le plus à l'aise. C'est souvent leur L1 »

« Je leur conseille de ne pas parler le français à tout prix comme cela est parfois recommandé par l'école, surtout s'ils ne maîtrisent pas très bien cette langue »

« Mieux vaut que les familles parlent une langue qu'il maîtrise plutôt qu'un français approximatif »

« Je conseille aux familles de continuer à utiliser leur langue maternelle, qui est une richesse (...) et de ne pas réserver la langue maternelle pour gronder ou pour les câlins »

Il faut privilégier le français

« Je recommande aux familles surtout d'introduire du vocabulaire français à la maison au quotidien car c'est la langue de l'école et du pays »

« Je leur conseille de moins utiliser leur langue étrangère »

« J'insiste sur l'importance de leur parler en français (au moins à table) régulièrement »

« Privilégier la langue française à la maison permettra d'enrichir la syntaxe et le vocabulaire de l'enfant surtout s'il présente un retard de parole et langage »

« Je conseille de privilégier le français si l'enfant présente un retard parole et langage ou une dysphasie »

« Il faut réserver la langue maternelle pour les moments d'intimité, ou de réconfort »

CONCLUSION

En France, la question de l'évaluation et de la prise en charge orthophonique adaptée aux spécificités linguistiques et culturelles des populations bilingues issus de la migration est en train d'émerger même si nous n'en sommes encore qu'aux balbutiements, notamment en ce qui concerne un ajustement des pratiques.

Il y a une nécessité à la fois à changer de paradigme (s'extraire de l'opposition des « bons et les mauvais bilingues ou du vrai bilinguisme versus le semi-linguisme » ou encore de la thématique, « bilinguisme précoce : avantages ou handicap ?⁷ ») ; mais aussi et surtout d'apprendre à questionner son rapport à la norme. Il s'agira par exemple de questionner la norme et de la validité des tests linguistiques couramment utilisées, standardisés et étalonnés sur une population monolingue de classe moyenne avec des référentiels culturels communs, des outils d'évaluation diagnostiques qui sont au cœur de la pratique orthophonique. De plus, l'orthophoniste a un rôle central à jouer dans la reconnaissance du bilinguisme en général, notamment des patients issus de la migration, afin de leur reconnaître ce « statut » de bilingue et de dévoiler leurs compétences au delà de l'utilisation d'une *autre* langue dans la sphère domestique (cf. la terminologie « allophone »), dans la relation thérapeutique mais aussi dans leur inclusion à des populations cliniques d'étalonnage, des recherches, pour que de *biais* d'étude, la population bilingue issue de la migration, passe à *objet* d'étude.

En outre, et ce n'est pas anecdotique, il est impératif d'un point de vue éthique et scientifique de questionner le patient sur ses langues et leur usage, malgré la crainte de certains orthophonistes de stigmatiser l'enfant et sa famille. Tenter de gommer les particularités (d'autant plus quand on est un thérapeute du langage !) est contre-productif et risque de faire penser au patient et à sa famille que les différences linguistiques vécues ne doivent pas être nommées mais cachées car elles seraient honteuses.

Enfin, le développement d'un véritable champ de recherche sur la santé et la migration qui mélange à la fois des cliniciens mais aussi des chercheurs en sciences sociales (sociologie du travail, de la santé, des migrations et anthropologie notamment) est une perspective enthousiasmante afin de penser et d'interroger les pratiques de soins en générale et orthophoniques en particulier. C'est d'autant plus important quand on questionne la différenciation des pratiques auprès d'une population spécifique dans un objectif de lutte contre les discriminations ; les sciences sociales sont un « garde-fou » qui permet d'éviter tout culturalisme, toutes adaptations aux différences culturelles supposées qui aurait pour ambition une meilleure prise en charge mais qui loin d'amener à l'équité des soins serait en réalité vecteur d'inégalités voire de discriminations⁸.

⁷ C'est le titre d'un article écrit par Denni-Krichel paru en 2012, formatrice à l'université de Nancy et ancienne présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes, principal syndicat de la profession.

⁸ Voir sur ses question, par exemple, l'article de Dorothee Prud'Homme. *Du soin global " au traitement discriminatoire. La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service gynéco-obstétrique parisien*" paru en 2016.

Bibliographie

- Akinci, M. A. (2011). Orthophonie, bilinguisme et immigration: Le cas des enfants bilingues franco-turcs en France. Lederlé, Emmanuelle (éd.), *Le trouble du langage écrit: regards croisés*. Isbergues: Ortho-édition, 265-292.
- Barrouillet, P., Billard, C., De Agostini, M., Démonet, J. F., Fayol, M., Gombert, J. E., ... & Valdois, S. (2007). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie: bilan des données scientifiques* (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)).
- Broomfield, J. And Dodd, B. (2004) Children With Speech And Language Disability: Caseload Characteristics. *International Journal Of Language & Communication Disorders* 39 (3), Pp. 303-324.
- Bedore, L. M., & Pena, E. D. (2008). Assessment of bilingual children for identification of language impairment: Current findings and implications for practice. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 11(1), 1-29.
- Bensekhar-Bennabi, M., & Serre, G. (2005). L'univers du bilingue et la réalité des familles bilingues. *Entretiens de la petite enfance*, 17.
- Richard Beraha, « Les Wenzhous de Paris et d'ailleurs », *Hommes & migrations* [En ligne], 1308 | 2014, mis en ligne le 01 octobre 2017, consulté le 23 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/2994> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.2994
- Bialystok, E. (2001). *Bilingualism in development: Language, literacy, and cognition*. Cambridge University Press.
- Billard, C., Fluss, J., Ducot, B., Warszawski, J., Ecalle, J., Magnan, A., ... & Ziegler, J. (2008). Étude des facteurs liés aux difficultés d'apprentissage de la lecture. À partir d'un échantillon de 1062 enfants de seconde année d'école élémentaire. *Archives de pédiatrie*, 15(6), 1058-1067.
- Borri-Anadon, C., Savoie-Zajc, L., & Lebrun, M. (2015). Pratiques évaluatives des orthophonistes scolaires à l'égard des élèves de minorités culturelles: Différenciation, uniformisation et normalisation. *Recherches & éducations*, (14), 81-92.
- Cartier, M. (2005). Perspectives sociologiques sur le travail dans les services: les apports de Hughes, Becker et Gold. *Le mouvement social*, (2), 37-49.
- Corina Borri- Anadon, Lorraine Savoie- Zajc et Monique Lebrun (2015), « Pratiques évaluatives des orthophonistes scolaires à l'égard des élèves de minorités culturelles : », *Recherches & éducations*, 14, 81-92.
- Cummins, J. (1984). *Bilingualism and special education: Issues in assessment and pedagogy* (Vol. 6). Taylor & Francis Group
- De Houwer, A. (1999). Environmental factors in early bilingual development: The role of parental beliefs and attitudes. *Bilingualism and migration*, 75-96.
- Desgrées du Loû, A., & Lert, F. (2017). *Parcours: parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*.
- Deprez, C. (2008). La transmission des langues d'immigration dans l'enquête sur l'histoire familiale annexée au recensement de 1999. *Migration et plurilinguisme en France*, 3.
- Di Meo, S., Sanson, C., Simon, A., Bossuoy, M., Rakotomalala, L., Rezzoug, D., ... & Moro, M. R. (2014). Le bilinguisme des enfants de migrants. Analyse transculturelle. *Multilinguisme et orthophonie. Réflexions et pratiques à l'heure de l'Europe*, 149-182.
- Fluss, J., Bertrand, D., Ziegler, J., & Billard, C. (2009). Troubles d'apprentissage de la lecture: rôle des facteurs cognitifs, comportementaux et socio-économiques. *Développements*, (1), 21-33.
- Genesee, F. (2004). What do we know about bilingual education for majority language students. *Handbook of bilingualism and multiculturalism*, 547, 576.
- Grosjean, F. (2004). Studying bilinguals: Methodological and conceptual issues. *The handbook of bilingualism*, 32-63.
- Gutiérrez-Clellen, V. F., & Peña, E. (2001). Dynamic assessment of diverse children: A tutorial. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 32(4), 212-224.
- Hélot, C. (2007). *Du bilinguisme en famille au plurilinguisme à l'école*.
- Holm, A., & Dodd, B. (1999). A longitudinal study of the phonological development of two Cantonese-English bilingual children. *Applied Psycholinguistics*, 20(3), 349-376.

- Jordaan, H. (2008). Clinical intervention for bilingual children: An international survey. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 60(2), 97-105.
- King, K., & Fogle, L. (2006). Bilingual parenting as good parenting: Parents' perspectives on family language policy for additive bilingualism. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 9(6), 695-712.
- Kohl, M., Beauquier-Maccotta, B., Bourgeois, M., Clouard, C., Donde, S., Mosser, A., ... & Robel, L. (2008). Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant: étude rétrospective. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 577-595.
- Kohnert K., Windsor J., Yim D. (2006), Do Language-Based Processing Tasks Separate Children With Language Impairment From Typical Bilinguals?, *Learning Disabilities Research & Practice*, Volume 21, Number 1, February, Pp. 19-29.
- Kohnert, K. (2010). Bilingual children with primary language impairment: Issues, evidence and implications for clinical actions. *Journal of communication disorders*, 43(6), 456-473.
- Köpke, B. (2013). Bilinguisme et aphasia. *Rééducation orthophonique*, 253, 5-29.
- Kritikos, E. P. (2003). Speech-language pathologists' beliefs about language assessment of bilingual/bicultural individuals. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12(1), 73-91.
- Ichou, M. (2013). Différences d'origine et origine des différences: les résultats scolaires des enfants d'émigrés/immigrés en France du début de l'école primaire à la fin du collège. *Revue française de sociologie*, 54(1), 5-52.
- Lippé, S. (2016). PRÉSENTATION. *Revue québécoise de psychologie*, 37(2), 1-2.
- Messaouden, N. (2010). Les troubles spécifiques du développement du langage oral (TSDLO) chez l'enfant bilingue: pratiques en orthophonie étude qualitative exploratoire des marqueurs psycholinguistiques des TSDLO, en contexte linguistique.
- Paradis, J., Crago, M., & Bélanger, C. (2005). Le développement langagier bilingue chez les enfants: incidence sur l'évaluation du trouble primaire du langage. *Fréquences*, 17(3), 27-30.
- Paradis, J. (2007). Bilingual children with specific language impairment: Theoretical and applied issues. *Applied Psycholinguistics*, 28(3), 551-564.
- Paradis, J. (2010). The interface between bilingual development and specific language impairment. *Applied psycholinguistics*, 31(2), 227-252.
- Paradis, J. (2010). The Alberta Language Environment Questionnaire (ALEQ). *Haettu*, 15, 2016.
- Restrepo, M. A. (2005). The case for bilingual intervention for typical and atypical language learners. *Development*, 71(1), 153-163.
- Rice, M., & Wexler, K. (2001). *Rice Wexler Test of Early Grammatical Impairment*. Hove.
- Ringard, J. C. (2000). À propos de l'enfant dyslexique, l'enfant dysphasique. *Rapport Ringard*.
- Rudd, C. (2012). L'orthophonie face au multilinguisme. In *Pratiquer L'orthophonie* (pp. 209-215). Elsevier Masson
- Sanson, C., Serre, G., & Moro, M. R. (2008). Les langues de Krishna: l'orthophoniste face au bilinguisme. *L'Autre*, 9(2), 195-202.
- Stow C., Dodd B. (2003) Providing An Equitable Service To Bilingual Children In The Uk : A Review, *International Journal Of Language & Communication Disorders*, Jan 2003, Vol. 38, No. 4, Pages 351-377.
- Salameh, E. K., Håkansson, G., & Nettelbladt, U. (2004). Developmental perspectives on bilingual Swedish-Arabic children with and without language impairment: a longitudinal study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 39(1), 65-90.
- Tabors, P. O. (2008). *One child, two languages: A guide for early childhood educators of children learning English as a second language* (No. Sirsi) i9781557669216). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Tain, L. (2016). *Le métier d'orthophoniste*. Langage, genre et profession.
- Thordardottir, E. T., Weismer, S. E., & Smith, M. E. (1997). Vocabulary learning in bilingual and monolingual clinical intervention. *Child Language Teaching and Therapy*, 13(3), 215-227
- Tzivinikou*, S. (2005). Identification and differential diagnosis of developmental speech problems in a bilingual child. *Early Child Development and Care*, 175(2), 165-178.

- Yagmur, K., & Akinci, M. A. (2003). Language use, choice, maintenance, and ethnolinguistic vitality of Turkish speakers in France: Intergenerational differences. *International Journal of the Sociology of Language*, 107-128.
- Wallon, E., Rezzoug, D., Bensekhar, M. B., Sanson, C., Serre, G., Yapou, M., ... & Moro, M. R. (2008). Évaluation langagière en langue maternelle pour les enfants allophones et les primo-arrivants. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 597-635.
- Williams, C. J., & McLeod, S. (2012). Speech-language pathologists' assessment and intervention practices with multilingual children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 292-305.
- Winter, K. (1999). Speech and language therapy provision for bilingual children: Aspects of the current service. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34(1), 85-98.

Annexes

Questionnaire parents Usage des langues

Date :

Nom et prénom de l'enfant :

DN :

Âge :

Classe :

Âge de la scolarisation en maternelle :

Rang dans la fratrie :

Langues parlées par les parents :

Développement du langage et transmission des langues

- 1) A quel âge a-t-il produit ses premiers mots ?
- 2) Exemple :
- 3) A quel âge a-t-il pu assembler des mots ensemble pour faire des phrases courtes ? (exemple, « papa parti » ou « encore gâteau »)
- 4) Pensez vous que votre enfant était différent des autres enfants de même âge quand il a commencé à parler ?
- 5) A-t-il été exposé au français avant sa première année de maternelle ?
Nombre de mois d'exposition :
- 6) Dans quelle langue parlez-vous à votre enfant ? Et votre conjoint, ses frères et sœurs ?
- 7) Quelle langue utilise votre enfant pour parler préférentiellement et avec qui ?
- 8) Dans quelle langue votre enfant se sent-il le plus à l'aise ?

Histoire des troubles

- 1) Est-ce que d'autres membres de la famille ont eu des difficultés dans l'acquisition du langage, de la parole ou des difficultés d'apprentissages en général ?

2) Qui s'est inquiété devant les difficultés de votre enfant ? Vers quel âge ?

Informations sur ses compétences actuelles dans la L1

1) En comparaison avec d'autres enfants bilingues du même âge, comment pensez-vous que votre enfant s'exprime ?

2) A-t-il des difficultés de prononciation ?

3) En comparaison avec d'autres enfants bilingues du même âge, pensez vous que votre enfant a des difficultés à comprendre ce qu'on lui dit ? Vous souvenez vous d'une situation particulière ?

4) Est-il facile pour votre famille ou des amis d'avoir une conversation avec votre enfant ?

5) En comparaison avec d'autres enfants du même âge, votre enfant a-t-il des difficultés à produire une phrase correcte (vocabulaire et syntaxe approprié) ?

6) Est-ce que votre enfant a des difficultés à trouver les mots exacts pour s'exprimer ? (« mot sur le bout de la langue »)

7) Est-ce que votre enfant à du mal à expliquer ou décrire les choses ?

8) Est-il facile pour lui de vous raconter ce qu'il a fait dans sa journée ?

9) Votre enfant est-il frustré parce qu'il ne se fait pas comprendre comme il voudrait ?

10) Est-ce que votre enfant mélange les deux langues au sein d'une même phrase ?