



HAL
open science

Evaluation en langue première chez des enfants allophones scolarisés en moyenne section de maternelle lors du bilan de santé des 3-4 ans

Agnès Jalabert

► **To cite this version:**

Agnès Jalabert. Evaluation en langue première chez des enfants allophones scolarisés en moyenne section de maternelle lors du bilan de santé des 3-4 ans. Sciences cognitives. 2020. dumas-03086639

HAL Id: dumas-03086639

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03086639v1>

Submitted on 22 Dec 2020

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

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

Année universitaire 2019-2020

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITE
D'ORTHOPHONISTE**

Grade Master

Par Agnès JALABERT

Née le 2 novembre 1982 à Montpellier (34)

**Evaluation en langue première chez des enfants
allophones scolarisés en moyenne section de maternelle lors
du bilan de santé des 3-4 ans.**

**Sous la direction de :
Barbara SUBERVIE-BERNARD**

Membres du jury :

Madame Marie DECROIX, médecin scolaire à la ville de Bordeaux
Madame Christine MAFAYOU, orthophoniste à Floirac

Année universitaire 2019-2020

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITE
D'ORTHOPHONISTE
Grade Master**

Par Agnès JALABERT

Née le 2 novembre 1982 à Montpellier (34)

**Evaluation en langue première chez des enfants
allophones scolarisés en moyenne section de maternelle lors
du bilan de santé des 3-4 ans.**

Sous la direction de :
Barbara SUBERVIE-BERNARD

Membres du jury :

Madame Marie DECROIX, médecin scolaire à la ville de Bordeaux.
Madame Christine MAFAYOU, orthophoniste à Floirac.

Evaluation en langue première chez des enfants allophones scolarisés en moyenne section de maternelle lors du bilan de santé des 3-4 ans.

Résumé : L'objectif de notre étude était d'aider les médecins scolaires dans la détection d'un trouble primaire du langage oral chez des enfants allophones et/ou primo-arrivants scolarisés en moyenne section de maternelle. Au regard des apports théoriques, il nous a paru pertinent d'évaluer ces enfants dans leur langue première pour pouvoir dépister un éventuel trouble du langage et les adresser à un.e orthophoniste. Notre population a été recrutée dans 7 écoles de l'agglomération bordelaise. Tous les enfants correspondaient au profil 3 ou « retard » au test des ERTL4. Le protocole a consisté à évaluer chaque enfant dans sa langue première grâce à l'ELAL d'Avicenne et à remplir avec les parents un questionnaire sur le parcours langagier de leur enfant en présence d'un interprète. Les résultats montrent que si une évaluation en langue première est pertinente chez des enfants allophones scolarisés en moyenne section de maternelle dans le cadre d'un dépistage d'un trouble du langage, elle n'est cependant pas suffisante pour déterminer l'adressage vers un.e orthophoniste. En effet, les particularités liées à une population migrante doivent engager les professionnels (médicaux, paramédicaux, psychologues, enseignants) à travailler en réseau afin d'évaluer ensemble les conséquences de la migration notamment sur le développement du langage.

Mots clés : Évaluation– allophone - enfant – langue première – trouble primaire du langage– migrants – santé publique.

Title : Assesment in their first language with allophone children 4 years old during the school medical examination.

Abstract : The objective of our study was to assist school doctor in the detection of primary oral language disorder in allophone and/or newly-arrived 4 years old children attending kindergarten. Our population was recruited from 7 schools in the Bordeaux area. All the children corresponded to profile 3 or "delay" on the ERTL 4 test. The protocol consisted of assessing each child in his first language using the « ELAL D'Avicenne » and filling in a questionnaire with the parents on their child's language background in the presence of an interpreter. Our study has shown, in agreement with the literature, that while first language assessment in allophone children in middle kindergarten is relevant in the context of screening for a language disorder, it is not sufficient to determine referral to a speech therapist. Indeed, the particularities linked to a migrant population must commit professionals (medical, paramedical, psychologists, teachers) to work in a network in order to evaluate together the consequences of migration, particularly on language development.

Keywords : assessment – allophone- child- first language - language disorder - migrants - public health.

Nombre de pages : 56. Nombre de références : 61

Remerciements

Merci à Marie Decroix et Christine Mafayou d'avoir accepté de faire partie de mon jury.
Merci à Barbara Subervie-Bernard d'avoir encadré ce mémoire.

Je remercie la mairie de Bordeaux en particulier Madame Véronique Delannoy, Directrice Générale des Solidarités et de la Citoyenneté.

Merci au Docteur Marie Decroix pour la confiance que vous avez accordée dès le départ à ce projet ; merci pour votre implication sans faille.

Merci à tous les membres du Centre Médico-Scolaire de la Rive droite en particulier aux infirmières Magali Lecanu et Mélanie Chauveau. Merci à Noémie Bossard, attachée en santé publique à la mairie de Bordeaux, pour son implication dans ce projet.

Merci à Cécile Prévost du CASNAV d'Aquitaine pour les nombreuses informations que vous m'avez communiquées.

Merci à Marie-Rose Moro et Coralie Sanson pour leur bienveillance, leurs encouragements ; sans l'ELAL, ce mémoire n'existerait pas.

Merci aux orthophonistes Paulette Antheunis, Françoise Coquet, Dominique Crunelle, Anne Frouard, Anne Lamothe-Corneloup, Brigitte Roy pour tous nos échanges et vos connaissances du métier d'orthophoniste que vous m'avez fait partager.

Merci aux différents intervenants rencontrés au fil de ces 5 années au sein du CFUOB, à Sandess Makni et à l'équipe pédagogique. J'adresse mes remerciements particuliers à Elisabeth Longère qui n'a cessé de m'accompagner tout au long de cette année.

Merci à toutes mes maîtresses de stage notamment Cynthia Jaen-Guillerm et Clémence du Parc dont les encouragements m'ont portée au fil des mois.

Merci à Anne Debelleix pour sa confiance.

Merci à Sophie Thiriet, orthophoniste, relectrice assidue, excellente clinicienne mais bien plus encore à mes yeux !

Merci à Barbara Subervie-Bernard pour nos échanges, pour tes mots, toujours doux.

Merci à mes partenaires plus ou moins vieilles de reconversion et de promotion notamment Claire D., Hedwige, Marie A. et Adèle ma future collègue de cabinet. On l'a fait !

Merci à mes anciens collègues et amis du Rhône et d'Isère, Aurélie, Myriam, Sonia et Greg, d'avoir cru en ma reconversion.

Merci à ma belle-sœur, Marie-Anne, pour ton soutien indéfectible depuis 5 ans et ton écoute.

Merci à mes parents, merci pour votre amour.

Enfin merci à mes fils, mes soleils et à Pierre, à la belle âme que tu es. Je vous aime. Ce mémoire clot un chapitre ; puisse l'avenir en écrire d'autres, aussi fous !

À mes grands-mères.

TABLE DES MATIERES

Première partie : partie théorique	7
Introduction	7
1. Troubles du langage et bilinguisme	9
1.1 Définition du trouble primaire du langage.....	9
1.2 Trouble du langage versus acquisition d'une langue seconde.....	10
1.3 Bilinguisme consécutif	10
1.4 Bilinguisme consécutif à une migration	11
2. Migration et transculturalité	12
2.1 Le concept de migration	12
2.2 Vulnérabilité et migration.....	13
2.3 Évaluation du langage chez l'enfant allophone	15
2.4 L'ELAL d'Avicennes et la démarche transculturelle	17
3. Prévention et orthophonie	18
3.1 La prévention et les grandes lois de santé publique en France.....	18
3.2 Le dépistage : au cœur des politiques de prévention	19
3.3 Le dépistage des troubles du langage oral	20
3.4 L'orthophoniste dans la prévention	21
Problématique et hypothèses	22
Deuxième partie : matériel, méthode et résultats	23
4. Matériel et méthode	23
4.1 Participants	23
4.2 Recrutement.....	24
4.3 Matériel.....	25
4.4 Déroulement	26
5. Résultats	28
5.1 Questionnaire parental	28

5.2	ELAL.....	31
Troisième partie : discussion		35
6.	Discussion	35
6.1	Hypothèse 1	35
6.2	Hypothèse 2	38
6.3	Cas cliniques.....	40
6.4	Biais et limites	43
Conclusion générale et perspectives.....		45
Bibliographie.....		46
Annexes.....		52

Table des tableaux

Tableau 1 - Description des participants	23
Tableau 2 - Exposition au français	24
Tableau 3 - Transmission L1 et apprentissage L2.....	28

Table des figures

Figure 1 : Description population.....	23
Figure 2 - Niveau estimé de L1	28
Figure 3 – Langue(s) familiale(S) ET sociale(s)	29
Figure 4 – Langue(s) des loisirs	29
Figure 5 - Langue(s) parlée(s) selon les situations.....	30
Figure 6 - Scores en production.....	31
Figure 7 - Scores en compréhension	31
Figure 8 - Scores en production de récit.....	32
Figure 9 - Scores production et compréhension	33
Figure 10 - Scores couleurs	33
Figure 11 - Scores localisation spatiale	34
Figure 12 - Scores lexique sur images.....	34

Table des annexes

Annexe 1 - Questionnaire parental	52
Annexe 2 - Consentement éclairé.....	54
Annexe 3 - Autorisation d'enregistrement des données	56

« L'enfant de migrants est un métis empruntant à plusieurs univers, plusieurs logiques, plusieurs appartenances. Cette construction est dynamique, mouvante et complexe. »

Marie-Rose Moro

PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE

INTRODUCTION

En France, le parcours de santé scolaire est jalonné par deux temps forts : la visite médicale de tous les élèves âgés de 3 à 4 ans puis celle de ceux âgés de 5 à 6 ans. La visite de moyenne section mentionnée à l'article 2212-1 du Code de la santé publique (Code de la santé publique - Article R2112-1, 2003) fait partie des missions de la Protection Maternelle Infantile (PMI). Elle a pour objectif le dépistage des troubles : neurodéveloppementaux (langage oral, trouble du spectre de l'autisme), sensoriels, staturaux-pondéraux et psycho-affectifs. Cette visite est en règle générale organisée par les services de la PMI sauf dans les 11 villes françaises dont le service de santé scolaire est municipal ; tel est le cas à Bordeaux. La ville de Bordeaux dispose de cinq centres médico-scolaires répartis dans l'agglomération. Au sein de chaque centre, on compte un médecin scolaire, une ou deux infirmières, une assistante et à toutes ces équipes s'ajoutent deux orthoptistes. Depuis 5 ans, les médecins scolaires de la ville de Bordeaux constatent lors des bilans de santé en maternelle une augmentation du nombre d'enfants allophones. On définit comme allophone un individu dont la langue maternelle est étrangère à la communauté dans laquelle il se trouve ; nous appellerons celle-ci L1. Or, l'ensemble des outils recommandés dans le dépistage des troubles du langage oral sont destinés à des enfants francophones et monolingues (Dellatolas, 2005). En l'occurrence, à Bordeaux, les médecins utilisent le protocole des Épreuves De Repérage des Troubles du Langage 4 (ERTL 4- (Roy et al., 1996) ; cette évaluation permet de définir trois profils : « normal », « insuffisant », « retard » (Garrigues, 2015). Or, ce test de dépistage est destiné à des enfants francophones voire monolingues ; en effet, aucune cotation particulière n'est envisagée dans le cadre d'un éventuel bilinguisme. Une telle évaluation ne peut donc pas s'adresser à des enfants allophones, confrontés au français depuis seulement quelques mois pour certains. À Bordeaux, selon l'INSEE en 2016, sur 252 040 habitants, 26 965 étaient immigrés dont 1426 âgés de moins de 15 ans (INSEE, 2016). En 2012, on comptait 963 élèves allophones arrivés en France et

scolarisés dans l'académie de Bordeaux (Ministère de l'Education nationale et de la jeunesse, 2014). Aussi, les médecins scolaires de la ville de Bordeaux se sont interrogés sur la pertinence d'un outil qui prendrait en compte la particularité linguistique des enfants allophones et c'est ce que permet l'ELAL (M.-R. Moro, 2017), en évaluant les connaissances en langue première d'enfants allophones à partir de l'âge de 3 ans et demi et jusqu'à 6 ans et demi. Aussi, utiliser L'ELAL comme outil de prévention à destination d'un public allophone semble opportun car en révélant les compétences langagières et linguistiques de l'enfant, il peut éventuellement mettre à jour un trouble primaire du langage.

1. TROUBLES DU LANGAGE ET BILINGUISME

1.1 DEFINITION DU TROUBLE PRIMAIRE DU LANGAGE

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5), les critères retenus pour identifier un trouble primaire du langage sont les suivants (Avenet et al., 2016) :

- **Critère A** : troubles persistants dans l'utilisation du langage dans toutes les modalités dus à des déficits en compréhension ou en production (incluant une réduction lexicale en connaissance et en utilisation, des limitations dans la structuration syntaxique, troubles discursifs)
- **Critère B** : qualitativement et quantitativement en deçà de ce qui est attendu à l'âge réel, avec retentissement dans la communication et/ou dans la réussite académique, et/ou dans la performance au travail
- **Critère C** : début précoce
- **Critère D** : non secondaire à un déficit sensoriel, condition médicale ou neurologique, handicap intellectuel ou retard global de développement.

Il nous paraît important de rappeler que le mot « trouble » *-disorder-* est actuellement celui qui fait consensus. Le trouble du langage est un trouble neurodéveloppemental à l'instar du trouble du spectre de l'autisme *-autism spectrum disorder-*, du trouble déficitaire de l'attention – *attention deficit disorder-*, il est à distinguer des difficultés de langage *-language needs-*. (Bishop et al., 2017)

Enfin, aux critères énumérés précédemment s'ajoutent les marqueurs ou les symptômes caractéristiques d'un trouble primaire du langage, pour lesquels nous nous appuyerons sur la définition donnée par l'Ordre des Orthophonistes et audiologistes du Québec, citée par Lussier, Chevrier et Gascon (Lussier et al., 2018) :

« Trouble primaire du langage, dans les sphères expressive ou expressive et réceptive, qui s'observe par des atteintes variables affectant le développement de plus d'une composante du langage, phonologie, morphologie, syntaxe, sémantique, pragmatique. En plus d'une hétérogénéité des manifestations de ce trouble d'un individu à l'autre, il se caractérise, chez un même individu, par sa persistance, la variabilité du portrait clinique dans le temps, de même que par une forte probabilité qu'il y ait peu d'évolution sans intervention. »

Le diagnostic de trouble primaire du langage repose sur des critères d'inclusion pour lesquels l'enfant doit présenter des déficits sur le versant réceptif et/ou expressif d'au moins

deux fonctions langagières telles que : la phonologie, le lexique, la morphosyntaxe, le discours, la sémantique et la pragmatique. En conséquence, l'évaluation doit mettre à jour des atteintes isolées ou concomitantes des composantes langagières citées précédemment.

1.2 TROUBLE DU LANGAGE VERSUS ACQUISITION D'UNE LANGUE SECONDE

Pourtant, un enfant ayant des difficultés de langage car il parle une langue allogène et dont le temps d'exposition à la langue utilisée à l'école -la langue seconde- n'a pas été suffisant, ne doit pas être identifié comme porteur d'un trouble primaire du langage sauf si ses habiletés langagières sont en deçà des compétences attendues pour son âge au regard du critère B du DSM 5 (Bishop et al., 2017). Dans le cas d'un enfant allophone, il est important de déterminer les compétences de l'enfant dans sa langue première. En effet, le multilinguisme n'entraîne pas de trouble langagier (Paradis, 2016) néanmoins quand l'expérience de la langue utilisée à l'école est restreinte, l'enfant peut avoir besoin d'une aide supplémentaire (Cattani et al., 2014). Si toutefois on suspecte un trouble primaire du langage oral chez un enfant bilingue, alors on le retrouvera dans toutes les langues parlées par le sujet (Håkansson et al., 2003). Aussi, des compétences langagières insuffisantes en L2 d'un enfant bilingue ne signent pas nécessairement un trouble.

1.3 BILINGUISME CONSECUTIF

Dans le cadre de notre étude, nous n'aborderons que le développement d'une L2 dans le bilinguisme dit « consécutif » qui désigne l'apprentissage d'une langue 2 avant l'âge de 6 ans ; on emploie parfois le terme de bilinguisme séquentiel ; en général l'acquisition de cette nouvelle langue se fait à l'entrée à l'école maternelle. Abdelilah-Bauer observe quatre étapes d'acquisition (Abdelilah-Bauer, 2015) :

- 1) Mutisme et retrait
- 2) Compréhension passive : il observe silencieusement et compile des mots
- 3) Phase télégraphique : il commence à produire quelques mots
- 4) Production active : il acquiert de plus en plus de mots et maîtrise de plus en plus de structures morphosyntaxiques.

Comme nous l’abordions précédemment, les enfants bilingues dont le développement de la L2 est typique mais qui manquent d’exposition à celle-ci tendent à présenter les mêmes difficultés qu’un enfant monolingue avec un trouble primaire du langage oral (Armon-Lotem, 2012 ; Hamann 2012 cités in de Almeida et al., 2016). D’autre part, dans le développement du bilinguisme consécutif, entre en compte l’âge d’acquisition de la L2 ; Hagège parle « d’un seuil fatidique de la onzième année » (Hagège, 2005) mais la littérature ne parvient cependant pas à trouver un consensus sur cette notion de seuil. Dans un article, Perani (Perani et al., 2003) montre que lors d’une tâche de production, l’âge d’acquisition ainsi que l’exposition à la langue affectent le modèle d’activation cérébrale chez les bilingues, même si les deux langues sont acquises tôt et avec un niveau de compétence comparable. Enfin, la quantité et le temps d’exposition vont également intervenir dans le processus d’apprentissage d’une L2 (Cohen & Mazur-Palandre, 2018). Thordardottir (Thordardottir, 2011) a comparé les performances de 84 enfants dans une tâche évaluant le vocabulaire en expression. Les résultats démontrent que les performances en vocabulaire augmentent au fur et à mesure que la durée d’exposition à une langue augmente. Enfin, dans le cas particulier du français comme langue seconde, Hilaire-Debove et alii nous rappellent que plus le système de la L1 est éloigné de la langue à acquérir, plus la L2 mettra du temps à être apprise (Hilaire-Debove et al., 2012). Dans le cadre de notre étude, les enfants allophones rencontrés par les médecins scolaires de la ville de Bordeaux obtenaient en grande majorité un score à l’ERTL 4 qui correspondait au profil « retard ». Ce score les définit comme des profils à risques susceptibles d’être porteurs d’un trouble primaire du langage. En effet, cette évaluation, comme la majorité des tests de langage oral utilisés en France, est étalonnée sur des normes monolingues. Aussi, les scores obtenus dans de tels tests ne reflètent pas les réelles compétences langagières de l’enfant (Schmitt & Simoës-Perlant, 2014) et en conséquence, le risque de sur-diagnostic de trouble structurel (H. Bijleveld & Estienne, 2018) est majeur, ou à l’inverse de sous-diagnostic (Taly, 2018), lorsqu’on ne parvient pas à faire la distinction entre un retard d’apprentissage de la L2 et un réel trouble structurel. Enfin, on ne peut traiter du bilinguisme consécutif sans aborder le contexte de développement de celui-ci ; notamment lorsqu’il s’agit d’un bilinguisme lié à un parcours migratoire.

1.4 BILINGUISME CONSECUTIF A UNE MIGRATION

Si l’un des aspects du bilinguisme consécutif est inhérent à l’âge d’apprentissage de la L2 et au temps d’exposition, nous pouvons aussi dans le cadre de notre étude, associer le terme « consécutif » à celui de la migration. En effet, le bilinguisme des enfants de migrants possède

des caractéristiques particulières et il semble plus que jamais lié à la notion de bilinguisme, situation caractérisée par « un état psychologique d'un individu qui a accès à plus d'un code linguistique ; le degré varie sur un certain nombre de dimensions d'ordre psychologique, cognitif, psycholinguistique, sociopsychologique, sociologique, sociolinguistique, socioculturel et linguistique. » (Hamers & Blanc, 1983). Qui plus est dans le cas d'enfants migrants ou d'enfants de migrants, nombreux sont les paramètres qui entrent en jeu dans le développement du bilinguisme. Rezzoug (Rezzoug et al., 2007) cite les suivants : le groupe culturel d'appartenance, le rang dans la fratrie, l'histoire familiale et migratoire. Elle ajoute que « les représentations culturelles générales et celles relatives aux langues sont liées à l'histoire singulière, familiale et collective des migrants dans leur pays d'origine. (...) marquées par d'éventuelles ruptures, en particulier traumatiques survenues avant la migration et pouvant être à l'origine de celle-ci. ». La transmission d'une langue première comme l'apprentissage d'une langue seconde ne doivent pas seulement être mesurés à l'aune d'une unique évaluation linguistique, en effet, il en va également de la culture et de l'histoire individuelle des migrants. C'est pourquoi dans une deuxième partie, nous allons développer les concepts de migration et de transculturalité.

2. MIGRATION ET TRANSCULTURALITE

2.1 LE CONCEPT DE MIGRATION

Par le terme « migrant » on désigne une personne qui effectue une migration, un déplacement. Il n'est pas synonyme du terme « étranger ». Administrativement, en France, on désigne par « étranger » une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité, soit qu'elle n'en ait aucune. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France, c'est le cas des mineurs étrangers notamment. Un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. (INSEE, 2018)

En 2018 selon l'INSEE, 6,5 millions d'immigrés vivent en France, soit 9,7 % de la population totale. La population étrangère vivant en France s'élève à 4,8 millions de personnes, soit 7,1 % de la population totale.(INSEE, 2019)

Quoiqu'il en soit, l'enfant migrant ou l'enfant de migrants est souvent étranger et en conséquence confronté à l'apprentissage d'une deuxième langue -celle du pays d'accueil- à l'entrée en petite section de maternelle. Par enfant migrant, nous désignons un enfant né à l'étranger, comme ses parents. Alors que l'enfant de migrant désigne un enfant né en France, dont les parents sont nés à l'étranger (Martin, 2015). En 2015, selon l'INSEE, les personnes vivant dans les ménages immigrés sont davantage exposées à la pauvreté : leur taux de pauvreté s'élève à 38,6 % alors que celui de la population des ménages non immigrés est de 11 %. Selon Wresinski, fondateur du mouvement des droits de l'Homme ATD Quart Monde, la pauvreté correspond à « un état de manque en termes de biens (économique et de ressources de santé) ou de position sociale, telle que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société. ». Quant à la précarité, elle désigne « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. (...) Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. » (Wresinski, 1987). Aussi, migration et précarité ne sont pas intrinsèquement liées et il serait caricatural de le penser. Néanmoins, le niveau socio-économique plus faible des migrants les rend plus vulnérables (Bouchaud & Cha, 2012), et par conséquent ces inégalités sociales qui vont découler de cette vulnérabilité vont se traduire dans de nombreux domaines et en particulier celui de la santé ; ce sont les Inégalités Sociales de Santé (ISS). (HCSP, 2009)

2.2 VULNERABILITE ET MIGRATION

Les inégalités sociales de santé se construisent selon 3 mécanismes (Adam, 2017) :

- Le rôle de l'environnement (niveau d'éducation – revenus et accès l'emploi – conditions de logement...)
- Les comportements des individus qui souvent peu informés vont faire des choix défavorables à leur santé
- L'accès aux soins

À ces inégalités sociales sont associés des déterminants de santé (Dhalgren et al., 1991) notamment les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. On voit combien tous ces facteurs vont rendre pour les populations migrantes l'accès aux soins difficile et les rendre plus vulnérables, plus exposées.

Nous citerons pour exemple, les résultats de Kohl et alii sur une étude rétrospective menée sur une population de 47 enfants souffrant de troubles du langage et évalués dans le cadre du Centre Référent Langage de l'hôpital Necker. Les résultats ont montré que sur le groupe d'enfants bilingues, le trouble du langage demeure plus souvent associé à la présence d'un trouble envahissant du développement qu'à un trouble développemental du langage, qui a d'ailleurs une prévalence quasi identique que dans le groupe des enfants monolingues. Aussi Kohl et alii concluent-ils que « le multilinguisme pourrait être associé à une situation de vulnérabilité" prédisposant à des troubles du développement comportant une atteinte du langage, plutôt qu'un facteur prédisposant à un trouble spécifique du langage. » (Kohl et al., 2008). Cette vulnérabilité des enfants de migrants Marie-Rose Moro l'a longuement étudiée. Elle écrit « le fonctionnement psychique de l'enfant vulnérable est tel qu'une variation minime interne ou externe entraîne un dysfonctionnement important (...) un arrêt, une inhibition ou un développement à minima de son potentiel » (M. R. Moro, 2004).

Aussi, il est plus que nécessaire de renforcer l'accès aux soins et à la prévention des populations vulnérables; ce que met en avant notamment la loi de 2016 (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016) avec la mise en place de « référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques (qui) définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. » Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel « les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. » C'est également ce qu'a mis en place la mairie de Bordeaux dans le cadre du Contrat Local de Santé qui court de 2019 à 2023 dont l'axe 4 s'intitule « Renforcer les actions de prévention et de repérage des difficultés dans l'enfance ». Mais ce repérage des difficultés, notamment si elles sont liées au langage, doivent se faire de façon pertinente et adaptée ; il paraît donc indispensable de penser au mieux l'évaluation du langage chez l'enfant allophone.

2.3 ÉVALUATION DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT ALLOPHONE

Afin d'éviter l'écueil d'un sur-diagnostic de trouble du langage chez les enfants allophones, il apparaît qu'une partie de l'évaluation se fasse dans leur langue première. Comme le rappellent Schmitt et Simoës-Perlant dans leur mémoire (Schmitt & Simoës-Perlant, 2014), les initiatives de tests qui envisagent et évaluent toutes les langues de l'enfant deviennent de plus en plus courantes en France. En effet, évaluer le langage d'un enfant allophone dans l'éventualité de mettre à jour un trouble du langage oral nécessite une évaluation des compétences de cet enfant dans les deux langues ; comme nous l'avons vu, si un trouble du langage existe, les deux systèmes linguistiques seront affectés ; et à l'inverse des scores définis comme « faibles » ou « pathologiques » en L2, obtenus lors de tests, peuvent être seulement marqueurs d'un manque d'exposition à celle-ci (Dumoulin, 2015). Dans ce contexte, la nécessité d'évaluer la langue première des enfants apparaît comme indéniable ; c'est ce que propose le test d'Évaluation Langagière pour Allophones et primo-arrivants (ELAL d'Avicenne), test destiné à des enfants âgés de 3 à 6 ans (Bennabi-Bensekhar & Moro, 2016).

L'ELAL d'Avicenne est né du travail d'un groupe de recherche du Centre du Langage de l'hôpital Avicenne à Paris, groupe qui s'est constitué en 2003 sous l'égide du Professeur Marie-Rose Moro. Le manque d'outils pour l'évaluation d'enfants bilingues est à l'origine de ce projet. L'ELAL est constitué de trois échelles qui évaluent la production, la compréhension et la production de récit sur images. Les auteurs ont cherché à évaluer « les éléments qui constituent l'armature sémantique de l'acquisition du langage. ». On cherche les « invariants d'acquisition » dans des langues différentes ; ce qui constitue un socle minimal commun à toutes les langues. En utilisant ce test, on recherche les compétences de l'enfant dans sa langue première.

L'ELAL se définit comme un outil :

- **Interlinguistique** : selon les travaux de Slobin pour qui chaque langue possède des contraintes spécifiques qui influencent son acquisition ; en effet, selon l'organisation de la langue et sa complexité, le délai entre la compréhension- aspect sémantique- d'une notion et la production – utilisation du langage- variera. (*The crosslinguistic study of language acquisition, Vol. 1, 1985*)
- **Transculturel** : aspect que nous développerons plus tard.

A l'issue de la cotation du test et de la démarche évaluative qui comprend également une évaluation du français grâce au test des Nouvelles Epreuves de l'Evaluation du Langage (Chevrie Muller & Lemaître, 2001) se dégageront **4 profils linguistiques** :

- **Harmonie des langues** : un équilibre entre les deux langues existe, l'enfant peut produire des phrases dans sa L1, il peut comprendre et produire des mots ou des énoncés ; on constate qu'il a acquis des bases dans sa langue première et qu'il a des compétences dans la langue 2.
- **Dysharmonie des langues au profit de la langue maternelle** : l'enfant a acquis des bases dans sa L1 et il est cours d'acquisition du français, ce qui correspond à un processus normal d'apprentissage. Mais selon l'équipe du Pr Moro, on retrouve également ce profil chez des enfants qui n'ont pas investi le français, qui sont très inhibés. Les difficultés en français peuvent mimer celles d'un trouble du langage. Dans ce cas de figure, les enjeux psychoaffectifs doivent être pris en compte.
- **Dysharmonie des langues au bénéfice du français** : la L1 n'est pas considérée par l'enfant comme fonctionnelle ; la compréhension est globalement meilleure que la production -sauf pour certains items du lexique en production. La production de récit est échouée. A terme, ce désintéressement peut aboutir à l'attrition de la L1. L'attrition correspond au fait que les connaissances linguistiques acquises en une langue se tassent lorsque les stimulations incitant à son usage cessent tandis que l'usage d'une deuxième langue est renforcé. La langue première s'affaiblit parce qu'elle n'est plus suffisamment pratiquée et ce d'autant plus si une langue seconde vient à fragiliser le socle d'une langue première peu investie. Ce phénomène n'est pas rédhibitoire, il suffit que la langue première redevienne une langue de communication et que son usage soit valorisé pour qu'elle ne s'étiolle pas.
- **Vulnérabilité langagière** : l'enfant rencontre des difficultés dans les deux langues ; si celles-ci se portent sur la phonologie et/ou la morphosyntaxe et/ou le lexique, un trouble primaire du langage pourra être évoqué. Néanmoins, on peut également relever ce type de profil, lorsque l'enfant évolue dans un milieu où l'on rencontre « des carences linguistiques » avec peu d'investissements de la famille autour de la L1.

L'ELAL se déroule dans la langue première de l'enfant il est donc nécessaire -sauf lorsque le thérapeute maîtrise celle-ci- d'avoir recours à un interprète, celui-ci doit « restituer la parole de l'enfant » de la façon la plus transparente, il ne doit ni la transformer ni l'interpréter. Son rôle reste primordial, il doit veiller à n'employer rigoureusement que la langue première de l'enfant lors de la passation. Enfin, lors de l'évaluation de l'enfant bilingue, le recours à un questionnaire parental est préconisé. C'est ce que tend à montrer le programme COST (European Cooperation in Science and Technology). Le but du programme est de développer une aire de recherche commune en Europe, en s'intéressant à l'évaluation des troubles du langage dans les sociétés multilingues, en utilisant notamment le questionnaire PaBiQ5 (Questionnaire for Parents of Bilingual Children) (de Almeida et al., 2016). Ce questionnaire permet d'appréhender le développement langagier de l'enfant et son parcours linguistique dans différents contextes linguistiques (en famille, avec ses camarades, dans ses activités) (Le groupe langage, 2011). Evaluer la langue première de l'enfant, questionner son parcours langagier, tout ceci s'inscrit dans une démarche où la prise en compte de la culture de l'enfant et de sa famille se situent au premier plan ; c'est ce que propose la démarche transculturelle.

2.4 L'ELAL D'AVICENNES ET LA DEMARCHE TRANSCULTURELLE

La démarche transculturelle ou ethnopsychanalytique, par la reconnaissance, en tant que de « l'altérité en soi » ; se décentrer de ses propres représentations pour pouvoir aller à la rencontre de l'autre (M. R. Moro, 2015); c'est une clinique ouverte sur le monde et la connaissance de la diversité. La notion de transculturalité est à la croisée de la psychanalyse, de l'anthropologie mais aussi de la linguistique. Moro dit « l'ethnopsychanalyse est avant tout une pragmatique des liens et des métissages. ». C'est donc dans cette démarche que s'inscrit l'ELAL. Ses concepteurs au vu des populations rencontrées dans leurs consultations se sont interrogés sur les langues des migrants : « lorsque l'on s'interroge sur les langues des migrants, c'est la transmission, la construction identitaire que l'on interroge implicitement. » (H.-A. Bijleveld et al., 2014). Comme l'explique Moro (M. R. Moro, 2004), le bilinguisme des enfants de migrants s'exprime au travers de la langue du « dedans » celle du foyer, et la langue du « dehors » celle du pays d'accueil. Aussi, cette problématique du « dedans » et du « dehors » ne peut pas être étudiée au seul prisme d'une évaluation linguistique pure. Qui plus est, du point de vue de la santé publique, utiliser un test comme l'ELAL s'inscrit dans une démarche de prévention à l'égard d'un public dit vulnérable comme nous l'avons vu.

3. PREVENTION ET ORTHOPHONIE

3.1 LA PREVENTION ET LES GRANDES LOIS DE SANTE PUBLIQUE EN FRANCE

La prévention désigne l'ensemble des mesures destinées à éviter un événement qu'on peut prévoir et dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité. En santé, la prévention se décline selon trois axes (Bail et al., 2007):

- La prévention primaire où l'on agit en amont sur les causes de la maladie
- La prévention secondaire où l'on dépiste
- La prévention tertiaire qui tend à limiter les séquelles et les complications d'une maladie.

Cette classification demeure celle retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé ; Gordon propose une approche populationnelle. (Gordon, 1983)

Elle distingue :

- La prévention universelle (pour tous)
- La prévention sélective (pour des sous-groupes de populations spécifiques, comme les femmes enceintes par exemple)
- La prévention ciblée (pour des sous-groupes de population spécifiques présentant des facteurs de risque).

En France, c'est le Fonds National de Prévention d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS) qui constitue l'organisme de référence en terme de politique préventive (Lajarge, 2017) crée en 1988 et financé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Selon le Code de la santé publique (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002), la politique de prévention vise à améliorer l'état de santé de la population, notamment en améliorant les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en développant des actions d'information et d'éducation pour la santé et en encourageant des actions d'éducation thérapeutique.

Si la loi de mars 2002 définit les axes de la politique de prévention , celle du 9 août 2004 (LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, 2004) affirme la responsabilité de l'État et fixe 100 objectifs de santé publique, évalués tous les 5 ans et déclinés en plans stratégiques pluriannuels.

La loi de 2009 quant à elle (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009, p. 20) dite loi HPST, définit la santé comme compétence de l'Etat, est à l'origine de la création des Agences Régionales de Santé, pierre angulaire du déploiement des politiques préventives au sein des territoires régionaux. Les ARS sont signataires du Contrat Local de Santé des villes, contrat qui montre la détermination des communes à s'impliquer dans la santé de leurs habitants.

Enfin, la loi de modernisation du système de santé de 2016 (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016) va dans la continuité des lois précédentes concernant le rôle de la prévention et de la promotion de la santé en visant une organisation territoriale du parcours de soins centrés sur les inégalités sociales et en abordant également le thème de la médiation sanitaire qui consiste à aller vers les populations vulnérables -dont les migrants- avec notamment le rôle de l'interprétariat linguistique. Enfin, dans le cadre de notre projet, il nous paraît intéressant de mentionner le Contrat Local de Santé de la ville de Bordeaux qui s'échelonne sur 4 ans, de 2019 à 2023. Il contient **4 axes stratégiques** :

- Le renforcement du pouvoir d'agir et le bien-être des personnes
- La prévention des conduites addictives, des risques et des dommages
- Le développement d'environnements favorables à la santé
- L'amélioration de l'accès aux droits et à la santé

Ce dernier axe contient lui-même trois objectifs dont le premier « renforcer les actions de prévention et de repérage des difficultés dans l'enfance ». Ce qui nous conduit à présent à aborder la notion de dépistage.

3.2 LE DEPISTAGE : AU CŒUR DES POLITIQUES DE PREVENTION

Le dépistage s'inscrit dans une démarche préventive, celle de la prévention secondaire. Dans un rapport de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES, 2004) et qui s'appuie sur la définition donnée par l'OMS, on montre qu'il existe différents types de dépistage :

- **Systematique** dit « de masse » : la population recrutée est non sélectionnée
- **Sélectif ou ciblé** : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (facteurs de risque mis en évidence par des études)

- **Organisé ou communautaire** : la population est recrutée dans la communauté ; le dépistage s'appuie sur la participation volontaire des sujets
- **Opportuniste** : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins.
- **Multiple** : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections.

Notre étude s'inscrit dans une démarche de dépistage sélectif puisque la population sélectionnée demeure celle d'enfants allophones et concerne la prévention dans les troubles du langage oral. Dans les préconisations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2020), on conseille un repérage et un dépistage systématique de façon précoce (18 mois). Ainsi, un tel dépistage requiert le concours de différents professionnels médicaux et paramédicaux, dont les orthophonistes sont au premier plan (Colas et al., août 2019).

3.3 LE DEPISTAGE DES TROUBLES DU LANGAGE ORAL

L'article L. 4341-1 de la loi de janvier 2016 de modernisation de notre système de santé rapporte que « La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales. » En orthophonie, la démarche préventive n'est pas nouvelle ; on recense différentes actions notamment dans le dépistage des troubles du langage oral (Kremer & Lederlé, 2016):

- Le **TDP 81** (premier test de dépistage précoce validé scientifiquement) de Pierre Ferrand ; devenu le PER 2000.
- **ERTL 4** : Épreuves de Repérage des Troubles du Langage chez l'enfant de 4 ans (Brigitte Roy et Christine Maeder, Nancy, 1992)
- **PEL** : Protocole d'Examen du Langage (SDOG, E. Ezelin et coll., orthophonistes de Guadeloupe)
- **DPL 3** : Dépistage Précoce du Langage à 3 ans (Françoise Coquet, Douai)
- **ERTL 6** : Épreuve de Repérage des Troubles du Langage Écrit à 6 ans (Brigitte Roy, Christine Maeder, Agnès Piquard, Nancy), test paru en 2003.

Dans le cadre de notre étude, nous allons décrire plus en détails le test des Épreuves de Repérage des Troubles du Langage. Les ERLT 4 utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans est un test destiné aux enfants de 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois. Il permet de sonder la

parole, le langage et la voix de l'enfant. Son temps de passation est de 5 minutes environ. Il est composé de trois épreuves phares : les nains et les indiens (répétition de logatomes), le petit chien (évaluation du vocabulaire spatial et accès au lexique), la toilette (récit sur images). La voix et le débit sont analysés de façon transversale tout au long des épreuves.

Après cotation, trois profils se dégagent :

- Profil 1 : langage satisfaisant
- Profil 2 : enfants à risques « nécessitant une surveillance médicale » - à revoir dans 6 mois
- Profil 3 : enfants suspectés d'un retard ou d'un trouble de langage - « demande immédiate de bilan » (ORL, psychiatrie/psychologique, psychomoteur, orthophonique).

Ainsi, grâce à de tels dispositifs de dépistage précoce, on peut repérer les enfants susceptibles d'avoir un retard ou un trouble structurel du langage (Coquet, 2007) et en outre permettre aux familles un meilleur accès aux soins orthophoniques précoces (Petit-Carrié et al., 2003).

3.4 L'ORTHOPHONISTE DANS LA PREVENTION

Inscrire l'orthophoniste au cœur de la prévention, c'est lui conférer non seulement un rôle de dépistage mais également d'informations auprès des professionnels de la petite enfance et des familles. L'orthophoniste doit pouvoir mettre son expertise au service des professionnels de santé et de l'éducation. Une pratique en réseau (Denni-Krichel, 2001) s'avère indispensable, dépister ne suffira pas si un suivi n'est pas mis en place par la suite. Enfin, l'accompagnement familial ou parental doit également constituer un principe fondamental de la prévention en orthophonie (Antheunis et al., 2007). Il s'agit d'informer les parents au sujet du langage et de son développement. Qui plus est, en tant que professionnels de soins de proximité, les orthophonistes restent des acteurs essentiels de la prévention ce qui leur permet notamment d'agir auprès des populations les plus en marge de la société (Topouzkhianian et al., 2018) et ce qui s'inscrit pleinement dans une démarche de santé publique.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Comme nous l'avons vu, l'apprentissage d'une langue seconde nécessite du temps et le décalage que l'on peut observer chez des enfants bilingues par rapport à des enfants monolingues peut parfois amener à des diagnostics erronés d'un trouble primaire du langage. Aussi, évaluer le langage oral d'enfants bilingues ou allophones nécessite des outils adaptés. Jusqu'à présent, la majorité des tests utilisés étaient étalonnés sur des normes monolingues ; ainsi les résultats obtenus ne pouvaient être considérés comme suffisants pour évoquer un trouble du langage. Illustrer les performances langagières d'un enfant bilingue ou allophone implique de l'évaluer dans sa langue première. C'est ce que propose le test de l'ELAL d'Avicenne. Qui plus est, dans le cadre de notre étude, nous avons rencontré des enfants allophones migrants ou enfants de parents migrants, population singulière puisque le parcours langagier de ces enfants demeure intrinsèquement lié à leur parcours migratoire. Aussi, ces dimensions sociale et anthropologique doivent pouvoir éclairer nos observations cliniques et théoriques, comme se propose de le faire la démarche transculturelle. Au vu de l'augmentation de la population migrante dans l'agglomération bordelaise, les médecins scolaires du service municipal de santé se sont interrogés sur la pertinence de leurs outils destinés à des enfants monolingues et d'un dépistage biaisé, révélateur de faux-positifs ou à l'inverse de faux-négatifs.

Ainsi, l'évaluation en langue première du langage oral chez des enfants allophones permet-elle lors du bilan de santé de la 4^{ème} année de dépister un éventuel trouble du langage oral chez ces enfants ?

Hypothèse 1 :

- L'évaluation en langue première chez des enfants allophones accompagnée d'un questionnaire parental est pertinente dans une démarche de dépistage.

Hypothèse 2 :

- L'évaluation en langue première lors du bilan de santé de moyenne section est suffisante pour décider d'une prise en soins orthophoniques.

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL, METHODE ET RESULTATS

4. MATERIEL ET METHODE

4.1 PARTICIPANTS

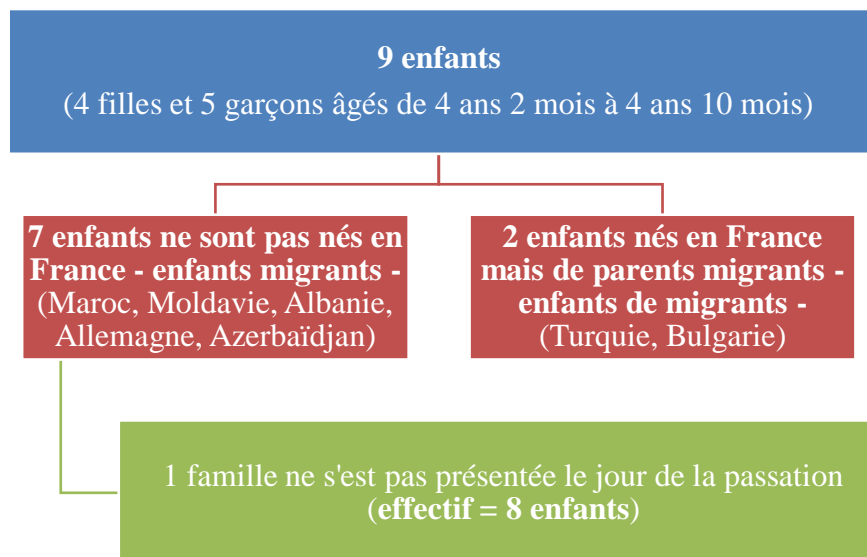


FIGURE 1 : DESCRIPTION POPULATION

	Sexe	Age	Pays de naissance	Langue 1	Rang dans la fratrie
1	M	4A10M	Maroc	Arabe	2/3
2	F	4A10M	France	Turc	2/2
3	F	4A5M	Moldavie	Roumain	1/1
4	M	4A2M	Moldavie	Moldave	2/2
5	M	4A10M	Albanie	Albanais	1/1
6	M	4A5M	France	Bulgare	1/1
7	F	4A7M	Allemagne	Allemand	1/1
8	F	4A9M	Azerbaïdjan	Azéris	1/2

TABEAU 1 - DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

	Date d'arrivée en France	Premier lieu d'exposition au français	Durée d'exposition au français
1	07/2019	école - MS	3 M
2	×	école- PS	15 M
3	05/2019	école - PS	7 M
4	03/2019	école - PS	9 M
5	03/2016	école - PS	15 M
6	×	crèche	23 M
7	2017	crèche	20 M
8	2016	école - PS	17 M

TABLEAU 2 - EXPOSITION AU FRANÇAIS

4.2 RECRUTEMENT

Le médecin scolaire a recruté les enfants lors du bilan de santé de Moyenne Section de maternelle. Après un examen somatique qui évalue la vision, l'audition, l'évolution staturo-pondérale et le calendrier vaccinal, l'infirmière scolaire ou le médecin ont fait passer à chaque enfant le test de l'ERTL 4 en français.

- **Critères d'inclusion** :
 - Enfants allophones
 - Scolarisés en Moyenne Section de maternelle
 - ERTL 4 : profil 3 ou retard
- **Critères de non-inclusion** : Aucun des enfants ne devait suivre une rééducation orthophonique.

Lieu : L'étude s'est déroulée de novembre 2019 à fin février 2020. Toutes les passations ont eu lieu au Centre Médico-Scolaire de Bastide-Rive Droite à Bordeaux.

Les interprètes : Pour faciliter les échanges, les interprètes présents lors des passations étaient ceux que les familles avaient déjà rencontrés lors du bilan de santé de Moyenne Section de maternelle.

Pour 2 enfants, les familles ont préféré la présence d'un interprète familial. Les infirmières scolaires ont contacté l'association Intermed Gironde avec chaque passation pour s'assurer de la disponibilité des interprètes le jour de la passation.

4.3 MATERIEL

1) Dossier médical de l'enfant mis à disposition contenant :

- Les résultats obtenus à l'ERTL 4
- Les résultats de l'audiogramme et de l'examen de la vision
- Les antécédents médicaux de l'enfant
- Le questionnaire rempli par les enseignants relatifs aux apprentissages, au comportement de l'enfant en classe et avec ses pairs.
- Les observations du médecin scolaire et /ou de l'infirmière notées lors de la visite médicale

2) Un questionnaire parental (cf. annexe 1) pour permettre d'établir la durée d'exposition au français et de retracer en présence des familles « le parcours langagier » de l'enfant. Ce questionnaire a été élaboré à partir du PABIQ et d'échanges avec l'équipe du Pr Moro.

Le questionnaire abordait la langue via 5 items :

- La/les langue(s) de la famille
- Le lien avec le pays d'origine
- La/les langues(s) de l'enfant
- La/les langues à l'école
- La transmission linguistique

3) L'ELAL d'Avicenne : la mallette de test a été empruntée à la bibliothèque universitaire de la Victoire.

L'ELAL se décline selon trois axes :

- La compréhension : (/32 points)
 - Désignation de couleurs (/8)
 - Qualification d'états ou de formes (/5)

- Localisation spatiale (/4)
 - Enoncé à thème et prédicat (/3)
 - Lexique sur images (/12)
- La production (/32 points)
- Dénomination de couleurs (/4)
 - Dénombrement (/2)
 - Localisation spatiale (/4)
 - Lexique sur images (/10)
 - Lexique avec objets (/12)
- La production de récits (/36 points)

Cette épreuve comporte 4 suites séquentielles de 4 images chacune ; 3 suites sont évaluées, la première sert à bien illustrer la consigne : « Regarde bien, ces images racontent une histoire. Est-ce que tu veux bien me la dire ? ». Si spontanément, l'enfant ne parvient pas à répondre à la consigne, des questions viendront étayer son récit. Les productions ont été enregistrées.

Pour certains items, lorsque l'enfant échoue, on propose des items dits « besace » (en bas de page et écrits en bleu) qui permettent à l'enfant d'éventuellement pouvoir améliorer son score ; tel est le cas pour les items : dénomination de couleurs – qualification d'état ou de formes – compréhension d'énoncés à thème et prédicat – production de lexique sur images et sur objets.

4) Chaque passation s'est faite en présence d'un interprète et de l'étudiante en orthophonie.

4.4 DEROULEMENT

Les passations se sont déroulées en présence de l'enfant, son parent, l'interprète et l'étudiante en orthophonie. Nous avons contacté chaque famille par appel téléphonique ou SMS, trois jours avant la passation pour leur rappeler la date et le lieu de l'évaluation. Dans un premier temps, nous avons rencontré l'interprète sans la présence de l'enfant et de sa famille, afin de lui expliquer le déroulement de l'évaluation ainsi que le rôle qu'il allait jouer.

Après cette discussion avec l'interprète, nous allions chercher l'enfant et son parent pour débiter l'évaluation. Nous avons fait le choix de débiter celle-ci par le questionnaire parental. L'interprète traduisait simultanément. Le questionnaire parental permettait de déterminer le parcours langagier des familles et de l'enfant. Après la discussion autour du questionnaire (entre 15 et 25 minutes), la passation de l'ELAL pouvait débiter. La durée de passation était estimée à 1h00 : 15 minutes pour le questionnaire et 45 minutes pour l'ELAL.

5. RESULTATS

5.1 QUESTIONNAIRE PARENTAL

NIVEAU DE L1 DE L'ENFANT APPRECIE PAR LES PARENTS

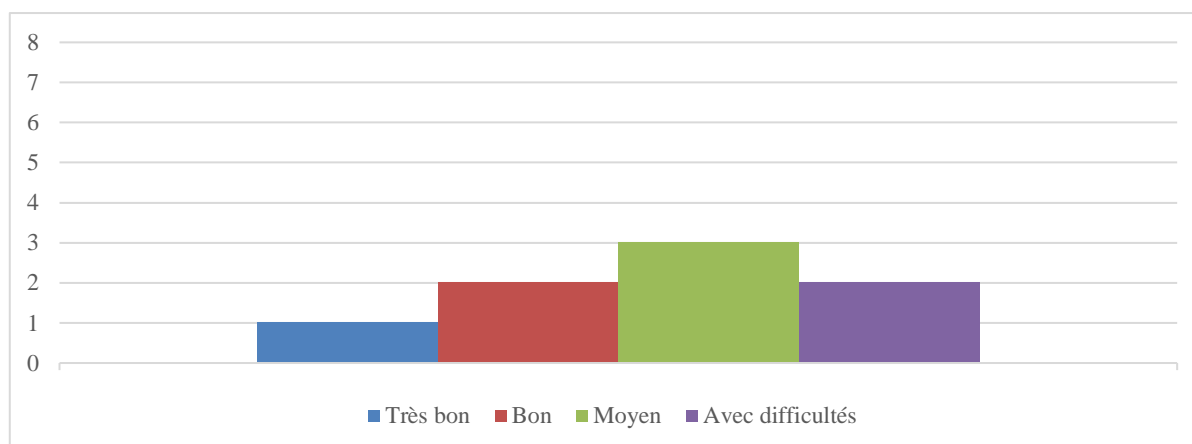


FIGURE 2 - NIVEAU ESTIME DE L1

TRANSMISSION DE LA L1 ET APPRENTISSAGE DU FRANÇAIS SELON LES PARENTS

L1	Français
1 Garder un lien avec la famille.	Être autonome.
2 Pour retourner vivre dans le pays d'origine et le servir.	C'est important de pouvoir parler, lire et écrire.
3 Parler avec les grands-parents.	Être autonome – aspects positifs de parler plusieurs langues.
4 Garder un lien avec la famille.	Pour l'apprendre à ses parents.
5 Pour ne pas oublier la L1.	Pour rester vivre ici.
6 Mère : Parler avec les grands-parents ; c'est une richesse.	Mère : Pour communiquer ; c'est la langue de l'école.
Père : Pas important de transmettre la L1 ; aucun avenir dans le pays d'origine.	Père : Priorité d'apprendre le français pour rester ici définitivement.
7 Ne peut pas répondre à la question car impossible d'identifier la L1 de sa fille.	Important, quelle que soit la langue.
8 Préférence pour l'apprentissage du français, plutôt que la transmission de la L1.	Très important.

TABLEAU 3 - TRANSMISSION L1 ET APPRENTISSAGE L2

LANGUE(S) PARLEE(S) PAR L'ENFANT AVEC DIFFERENTS INTERLOCUTEURS

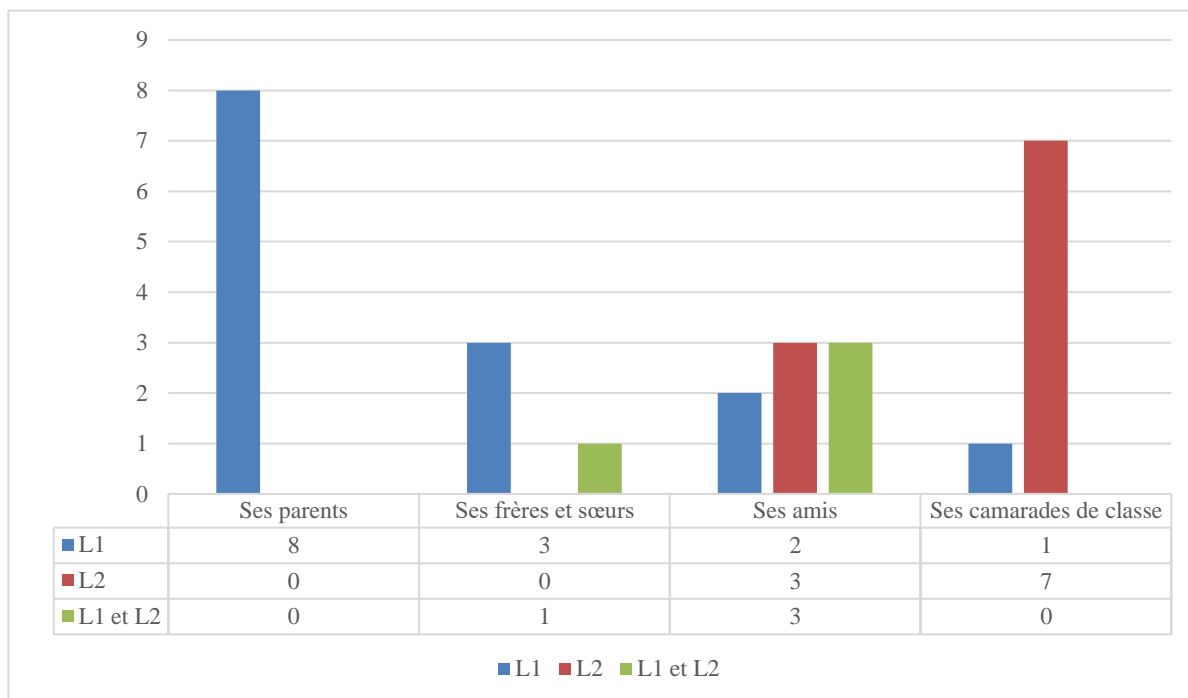


FIGURE 3 – LANGUE(S) FAMILIALE(S) ET SOCIALE(S)

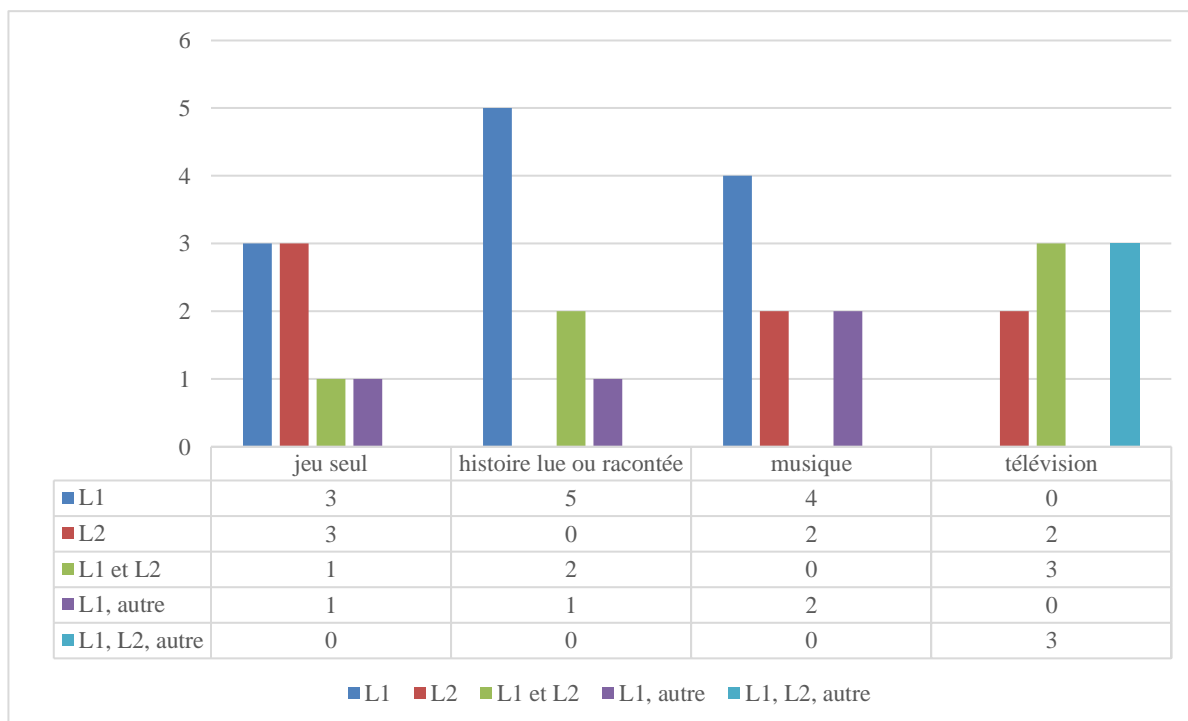


FIGURE 4 – LANGUE(S) DES LOISIRS

LANGUES PARLEES DANS LA FAMILLE

Nous avons demandé aux familles quelle langue était utilisée : par la mère, par le père, dans le couple, avec leur(s) enfant(s), via les réseaux sociaux. Sur les 8 familles rencontrées, 7 ont répondu que la langue première était celle utilisée lors des échanges précités ; une seule famille (enfant 7 de notre échantillon) utilisait d'autres langues.

COMPARAISON LANGUE(S) PARLEE(S) SELON LES SITUATIONS

On recense 8 situations possibles pour chaque enfant :

Situations familiales (4) : parlée avec les parents, les frères et sœurs (4 enfants de l'échantillon), entendue lors des histoires lues ou racontées, la musique.

Situations sociales (2) : parlée(s) avec les amis du cercle proche, les camarades de classe.

Situations de loisirs (2) : parlée(s) dans le jeu solitaire, entendue à la télévision.

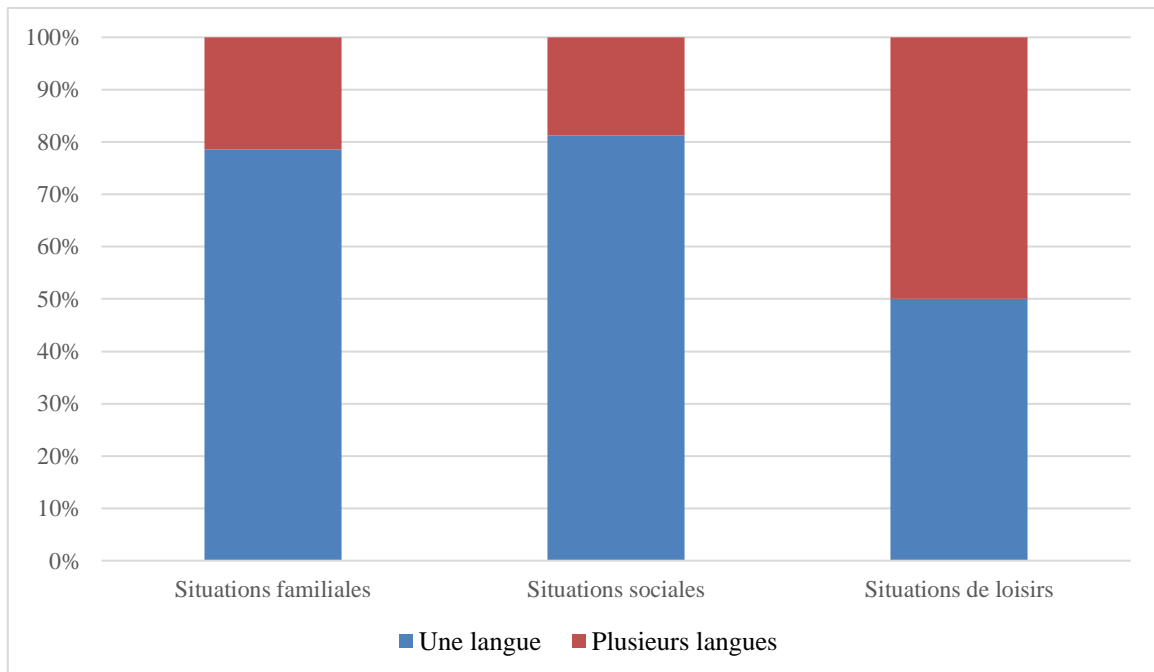


FIGURE 5 - LANGUE(S) PARLEE(S) SELON LES SITUATIONS

5.2 ELAL

Dans les tableaux suivants, nous présentons les scores obtenus en production, en compréhension et en production de récits. Les scores sont représentés pour chaque enfant de façon cumulative :

- chaque colonne correspond au total obtenu par l'enfant dans chaque échelle
- chaque couleur correspond à un item

Les enfants 7 et 8 ont réalisé le test dans leur langue première puis en français (résultats 7 bis et 8 bis).

ECHELLE DE PRODUCTION

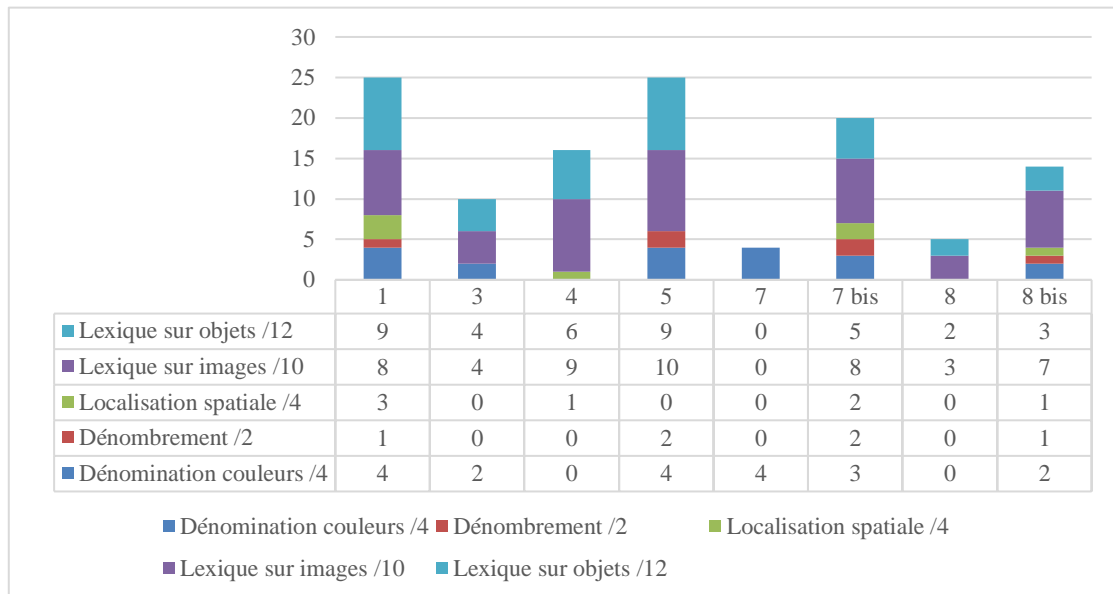
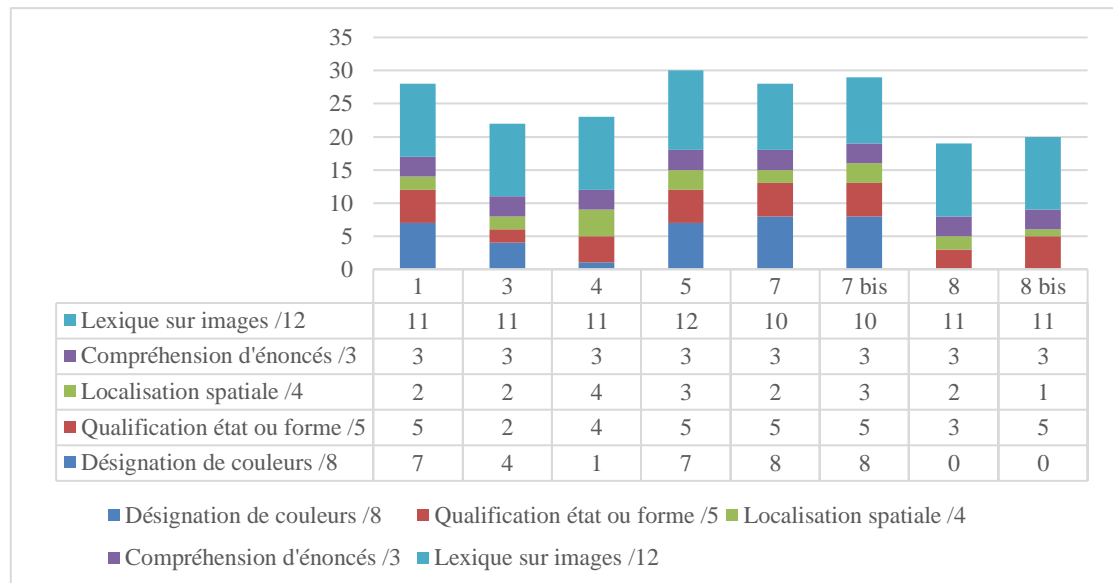


FIGURE 6 - SCORES EN PRODUCTION



ECHELLE DE COMPREHENSION

FIGURE 7 - SCORES EN COMPREHENSION

PRODUCTION DE RECIT

- A** : identification du protagoniste principal ou des acteurs
- B** : identification de l'action principale
- C** : identification d'une des actions qui fondent l'évolution du récit
- D** : Expression du dénouement de l'histoire ou pour tout autre élément de chronologie

- 0 point** : en l'absence de récit
- 1 point** : le récit est possible avec l'aide de questions
- 2 points** : le récit est spontané et imprécis / incomplet / généralisateur
- 3 points** : le récit spontané et élaboré

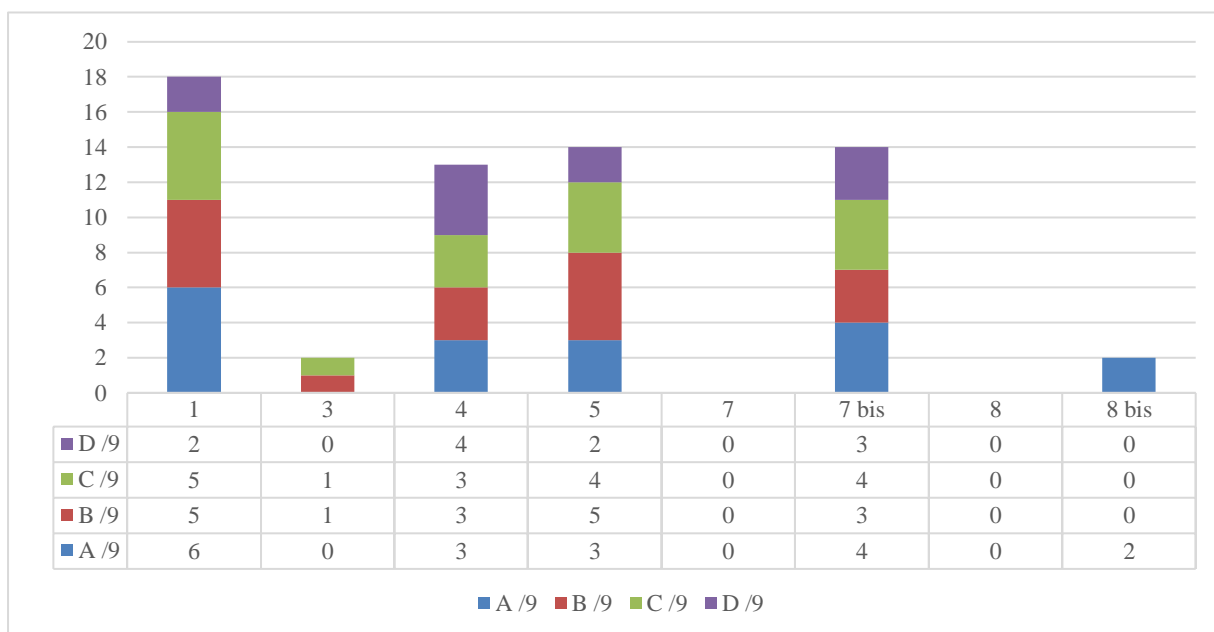


FIGURE 8 - SCORES EN PRODUCTION DE RECIT

Dans les tableaux suivants, nous avons comparé les scores totaux obtenus par les enfants en production et en compréhension. Puis, nous avons effectué la même démarche en sélectionnant trois items : couleurs, localisation spatiale et lexicale sur images.

COMPARAISONS DE SCORES

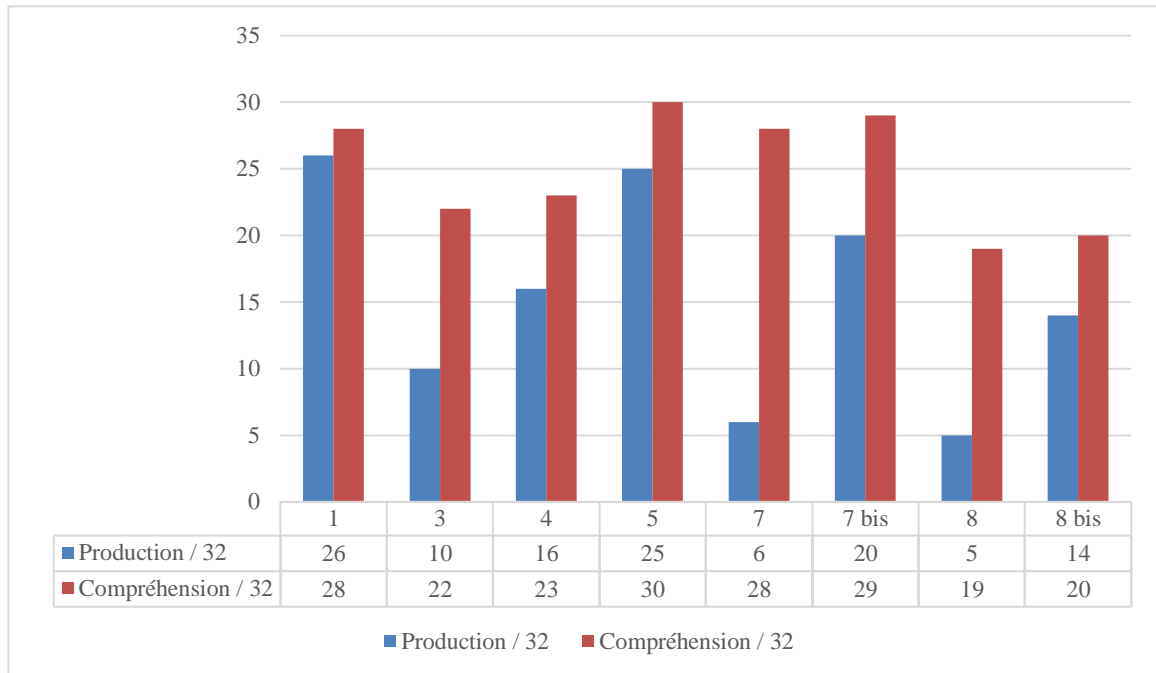


FIGURE 9 - SCORES PRODUCTION ET COMPREHENSION

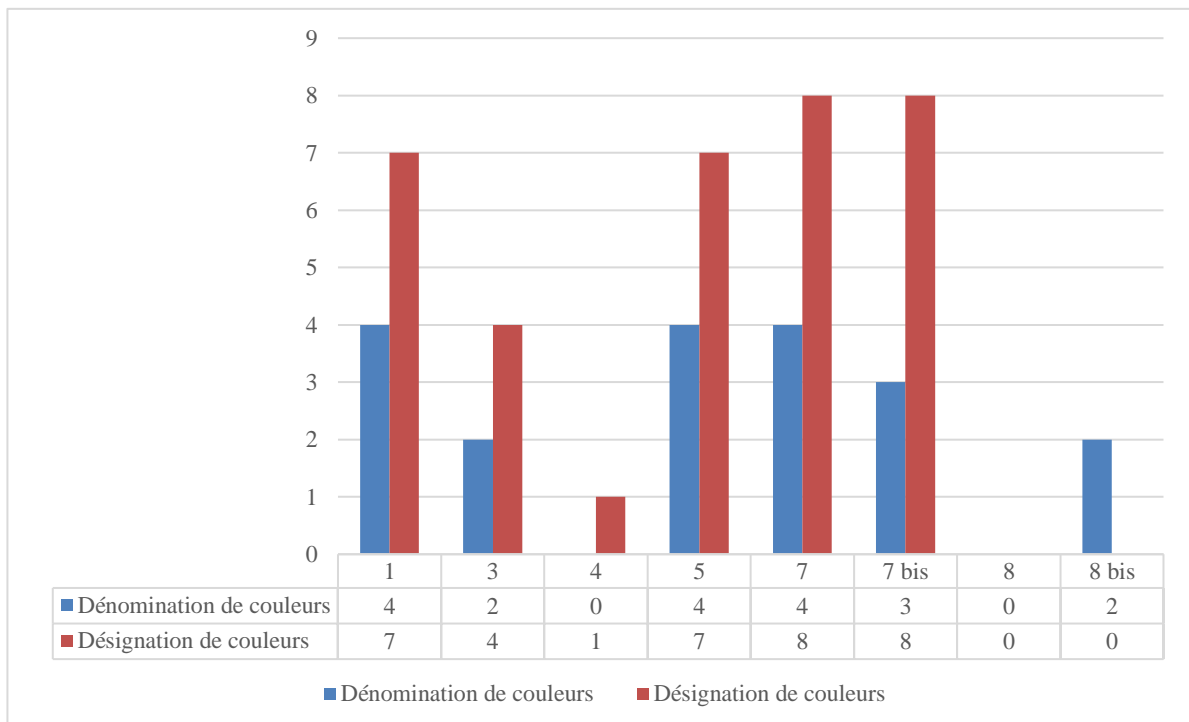


FIGURE 10 - SCORES COULEURS

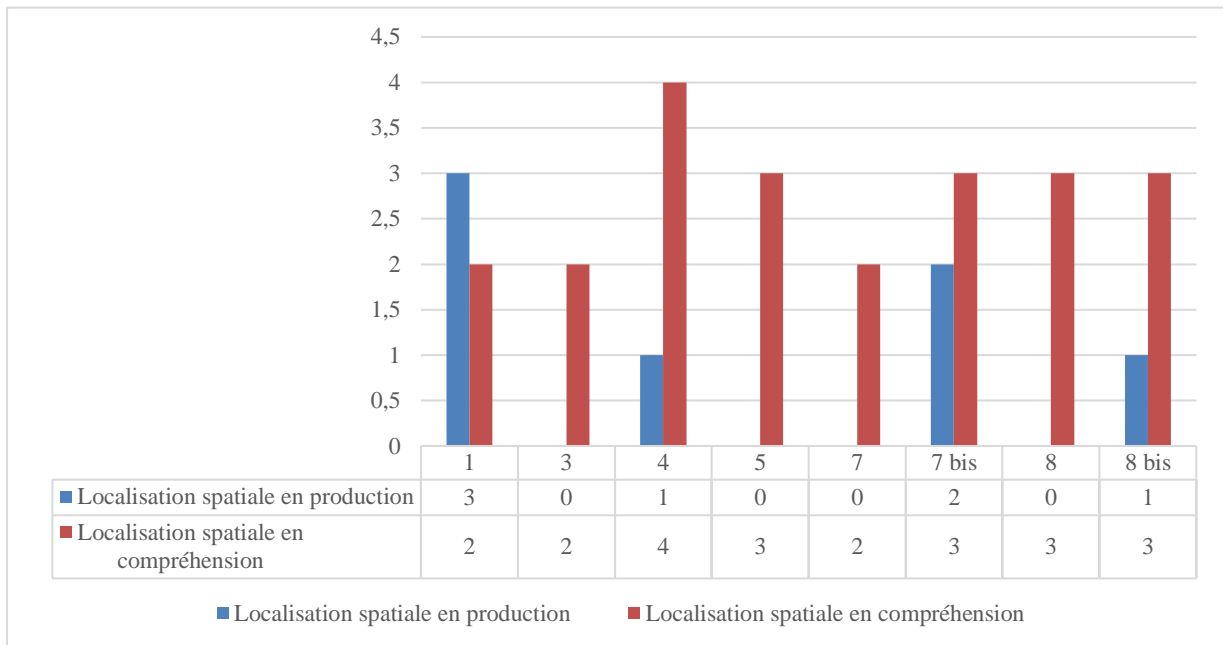


FIGURE 11 - SCORES LOCALISATION SPATIALE

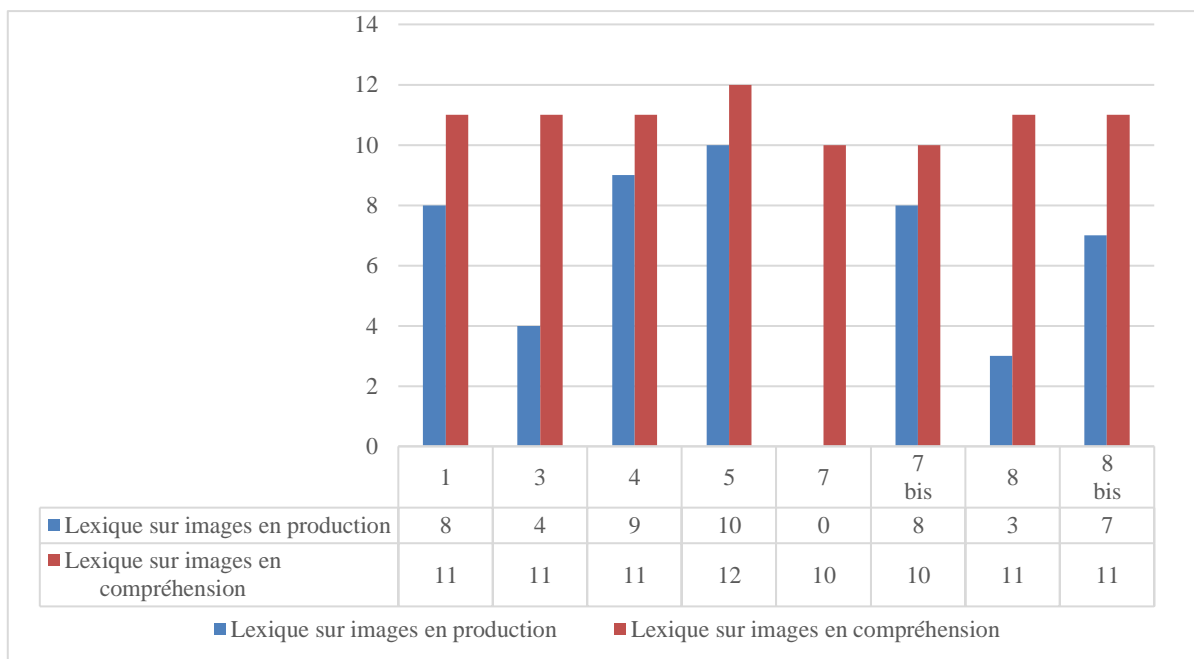


FIGURE 12 - SCORES LEXIQUE SUR IMAGES

6. DISCUSSION

6.1 HYPOTHESE 1

L'évaluation en langue première chez des enfants allophones accompagnée d'un questionnaire parental est pertinente dans une démarche de dépistage. L'hypothèse est validée.

Les réponses obtenues dans le questionnaire parental ont montré la répartition des langues utilisées par l'enfant et sa famille au quotidien. Nous constatons que la L1 est systématiquement parlée par les parents, dans le couple et à leur(s) enfant(s). C'est également la langue utilisée sur les réseaux sociaux, celle qui permet de maintenir le lien avec les proches restés dans le pays d'origine. La transmission de la L1 ne revêt pas les mêmes dimensions selon les familles, pour quatre d'entre elles, la langue première permet de garder un lien avec la famille, d'échanger avec les grands-parents. Un père, quant à lui, nous dira que cette transmission permettra à sa fille (enfant 2) de retourner en Turquie pour pouvoir « servir le pays » ; il semble que parmi les populations immigrées, les Turcs soient très attachés à la transmission de leur langue (de Tapia, 2014); notons que sa fille est née en France et qu'il est avec sa famille en 1976 sur le territoire français. Néanmoins, il n'a pas été possible de rencontrer l'enfant 2 pour la passation de l'ELAL, nous ne pouvons donc estimer son niveau en L1 qu'en nous appuyant sur les propos de son père qui le juge « moyen ». Cependant, le questionnaire rempli par l'enseignant relève des difficultés en français : peut-être la langue première, chargée de représentations familiales fortes, prend-elle l'ascendant sur le français ? Deux parents nous diront que l'apprentissage du français est plus important que la transmission de leur langue, il s'agit du père de l'enfant 6 et de la mère de l'enfant 8 de notre échantillon. Il est intéressant de noter que l'enfant 6 a refusé de passer l'ELAL malgré deux rencontres proposées et que l'enfant 8 a spontanément réalisé le test en français, les résultats obtenus dans sa L1 sont très faibles comparativement à ceux de la L2, notamment en production. Pour ces deux enfants, les parents diront de leur niveau en L1 qu'il est « moyen ». Il semblerait que le français ait pris le pas sur leur L1. Ces deux enfants font partie de ceux qui lorsqu'ils jouent seuls parlent en français, tous deux comptent parmi les plus exposés au français, d'ailleurs l'enfant 6 est né en France et a été gardé en crèche. Nous avons rencontré le père et la mère de celui-ci, cette dernière s'inquiétait du niveau de L1 de son fils et pour elle, la transmission du bulgare restait primordiale. À

l'inverse, pour son époux, cet héritage linguistique n'avait pas de réel intérêt puisqu'un retour en Bulgarie était inenvisageable, il ajoutera « il n'y a pas d'avenir là-bas ». On peut dès lors comprendre que cette scission familiale puisse entraîner chez l'enfant une dysharmonie des langues voire une attrition de la L1. Quant à l'apprentissage d'une L2 (le français), il est la condition *sine qua non* pour accéder à une autonomie. En effet, il demeure primordial pour l'ensemble des familles que leur enfant puisse parler le français pour pouvoir être indépendant et ne pas avoir recours à un tiers pour comprendre. La L2 est la langue par excellence parlée par les enfants avec leurs camarades de classe, sauf pour une enfant (enfant 3) qui ne parlait avec aucun de ses pairs, comme le soulignait son enseignant, si ce n'est lors des récréations avec un enfant roumain dont elle partageait la langue. La L2 est aussi parlée dans l'entourage proche mais non pas de façon systématique ; il semble que cela dépende des lieux d'habitation des familles. En effet, pour les enfants dont les familles sont sédentarisées, le français demeure la langue privilégiée lors des échanges avec leurs voisins. Alors que pour les familles dont le lieu de vie était précaire (squat, hôtel, ...), la L2 était celle partagée avec leur entourage qui appartenait souvent à la même communauté linguistique. On peut donc dire qu'en majorité une seule langue est parlée lors des échanges familiaux et sociaux, et en majorité, il s'agit de la L1. Les chiffres sont plus nuancés quant aux activités de loisirs et notamment dans les histoires lues ou entendues à la télévision. Nous avons constaté qu'une seule famille avait la télévision (enfant 2) et tous les autres enfants avaient accès à des histoires et des dessins animés via le téléphone portable de leurs parents. On a réalisé en menant ce projet la place prépondérante du téléphone portable parmi les familles migrantes. En effet comme le montre Diminescu, il permet de conserver un lien avec leur pays d'origine mais également de favoriser leur intégration au sein du pays d'accueil (Diminescu, 2002). C'est aussi l'objet qui tient lieu de télévision et les enfants rencontrés semblaient en disposer à leur guise. Par conséquent, les enfants se promenaient de dessins animés en dessins animés selon les algorithmes proposés par le moteur de recherche. Aussi, peu importait la langue et ce qui les motivait, était le dessin animé lui-même. Ce qui explique que trois enfants de notre échantillon avaient accès à des dessins animés en anglais ou en chinois, en plus de leur langue 1 et/ou 2. Il faut donc s'imaginer que certains pouvaient entendre jusqu'à quatre langues différentes par jour, ce qui rend difficile la mise en place d'un bilinguisme consécutif. Il nous a paru nécessaire d'expliquer à ces familles l'impérieuse nécessité de valoriser leur L1 et s'ils le souhaitaient d'augmenter le temps d'exposition à la L2 en ne montrant à leurs enfants que des dessins animés dans ces deux langues. Il s'agit en tant qu'orthophoniste d'informer ces familles sur l'effet délétère que pourrait avoir un usage linguistique inadapté.

À propos des scores obtenus à l'ELAL, on remarque que pour 6 enfants les scores en compréhension sont plus élevés qu'en production notamment dans les items ayant trait aux couleurs, au lexique sur images et aux prépositions. Au vu de ces résultats contrastés entre la production et la compréhension, on peut se demander si la fréquence et la durée d'exposition à leur langue 1 sont suffisantes pour avoir de bonnes compétences. Il semblerait donc que dans notre échantillon, certains enfants s'inscrivent dans une « vulnérabilité langagière » qui tend à affecter leur L1 : est-ce dû à un sous-investissement de la L1 du fait notamment d'interactions parents/enfants limitées liée à l'exiguïté et la précarité du logement familial ? Néanmoins, concernant les enfants 3 et 4, les interprètes ont rapporté un lexique très pauvre, ainsi que des déformations phonologiques. Nous aborderons plus en détails le cas de l'enfant 3 dans la partie « cas cliniques », quant à l'enfant 4, il était très inhibé et a parfois refusé de réaliser les épreuves, ce qui là encore doit pondérer ses scores. Enfin, les enfants 1 et 5 obtiennent globalement de bons scores dans toutes les échelles. On note que l'enfant 5 avait une attention très labile ce qui a certainement eu un effet délétère sur ses performances. L'analyse des scores en production de récits reste limitée puisque cette épreuve arrive en fin de protocole, tous les enfants étaient fatigués et nous pensons que les scores obtenus ne reflètent pas réellement leurs compétences. On peut toutefois relever que l'identification des personnages et notamment du personnage principal et/ou de l'action principale ont été possibles pour plus de la moitié de l'échantillon. Cependant, seul l'enfant 1 a pu raconter les histoires en récit spontané, tous les autres ont eu besoin des questions d'étayage pour élaborer leur récit. Enfin, nous aborderons le cas des enfants 7 et 8, qui spontanément ont réalisé le test en L1 et L2. Malgré nos incitations et celles des interprètes à le réaliser dans leur langue première, ces deux enfants ont spontanément répondu en français. Concernant l'enfant 8, ceci semble corroborer les propos de la maman qui ne considérait pas important de transmettre sa langue ; aussi la petite fille parle-t-elle plus volontiers le français que le turc azéri. Toutefois, l'interprète présente parlait turc, et les deux langues même si elles restent proches, comportent des différences. On peut supposer que la traduction n'était pas parfaitement fidèle. Nous nous interrogeons plus sur le cas de l'enfant 7 qui grandissait dans un contexte plurilingue, avec un père serbe, une mère géorgienne qui parlaient entre eux l'anglais, sachant que leur parcours migratoire les avait poussés à vivre quelques temps en Allemagne, où leur fille est née. Cette même petite fille regardait des dessins animés dans d'autres langues que sa L1 ou la L2. Le père n'a pas pu identifier la L1 de sa fille lorsqu'on lui a demandé, sachant qu'il s'adressait à elle en anglais. L'enfant 8 quant à elle, s'est exprimée spontanément en français dès le début du test. Les scores de l'enfant 7, s'ils sont bons

voir très bons en compréhension dans les deux langues, montrent une différence en production, en faveur du français.

6.2 HYPOTHESE 2

L'évaluation en langue première lors d'une action de dépistage est suffisante pour décider d'une prise en soins orthophonique – hypothèse partiellement validée.

Nous venons de le détailler, évaluer les enfants avec un test comme l'ELAL permet de connaître leurs compétences dans leur langue première ; grâce au questionnaire parental, on peut retracer le parcours langagier de l'enfant dans différentes situations sociales et d'en déduire l'investissement qu'il fait de sa langue première et du français. Ce couplage est donc pertinent. Pourtant, d'un point de vue purement instrumental, bien que les scores de l'ELAL ne soient pas étalonnés, la majorité des enfants de notre échantillon semblent rencontrer des difficultés dans leur langue 1, notamment en production. On pourrait donc se dire que ces fragilités dans la langue première peuvent nous alerter sur un éventuel trouble du langage et adresser ces enfants à un.e orthophoniste de ville. Néanmoins, il faudrait pouvoir les tester en français. Mais il faut que la durée d'exposition à la L2 soit suffisante afin d'éviter les biais des tests étalonnés sur une population monolingue, que nous avons pu détailler précédemment. Dans la population rencontrée, deux enfants nous ont réellement inquiétés, les enfants 3 et 4. Nous avons proposé aux familles de les rencontrer en fin d'année scolaire pour voir comment l'enfant avait évolué et éventuellement donner une prescription médicale pour un bilan orthophonique. Au vu de la situation sanitaire actuelle liée au COVID-19, cette nouvelle rencontre ne semble pas envisageable. Quant aux autres enfants, les scores totaux obtenus à l'ELAL, en deçà de la moyenne, ne constituent pas un argument suffisant pour adresser ces enfants à un.e orthophoniste. Si l'évaluation en langue première est pertinente, elle ne peut à elle-seule constituer un indicateur de prise en soins orthophoniques. Il faut prendre en compte également la bilinguïté de l'enfant, entendre le contexte de l'acquisition de sa L1 au regard de parcours migratoires parfois très chaotiques. On l'a vu le parcours migratoire des familles rencontrées engendre des traumatismes : la précarité et la vulnérabilité de ses familles peuvent empêcher un développement du langage harmonieux et par conséquent rendre ses enfants plus vulnérables d'un point de vue psychopathologique comme le montre la littérature. Mais ces aspects n'entrent pas dans le champ de compétences de l'orthophoniste mais plutôt des psychologues, et notamment ceux formés à la clinique transculturelle. En conséquence, pratiquer une démarche préventive des troubles du langage oral auprès d'enfants allophones et migrants exige une pratique en réseau comprenant la médecine scolaire, la.le psychologue scolaire et les

enseignants. En outre, les situations de testing proposées ont pu mettre à mal les enfants, aucun d'entre eux n'a souhaité faire l'évaluation sans son parent. En particulier, l'enfant 6 qui a refusé de faire la passation, alors même que nous l'avons rencontré par 2 fois. Le père de l'enfant 7 a été très méfiant, refusant de répondre à certaines questions. On a pu observer une forme de mutisme systématiquement en début d'épreuve et des enfants toujours déstabilisés de devoir parler leur langue première.

Les scores à l'épreuve de production de récits croisés aux réponses du questionnaire parental nous ont amenés à nous interroger sur les moments de partage autour de récits dans les familles. La transmission orale et la lecture de livres de jeunesse ont été peu évoquées par les familles. Aussi, comment raconter un récit, respecter une chronologie, identifier des personnages si on ne le fait qu'à l'école et dans une autre langue que la sienne ? Force est de constater que la singularité des enfants et des familles rencontrés, ainsi que leur parcours migratoire rendent difficiles l'indication d'une prise en soins orthophoniques en ne s'appuyant seulement sur un test en langue première. D'autres aspects, outre ceux inhérents au développement langagier, entrent en compte dans une démarche de dépistage de troubles du langage chez des enfants allophones et/ou migrants. Néanmoins, dans une démarche préventive auprès de ces populations, il nous a paru indispensable d'accompagner ces familles pour notamment les inciter à continuer à parler leur langue première avec leur enfant, à la valoriser, à leur signifier que l'apprentissage d'une nouvelle langue requiert du temps et par conséquent à leur expliquer les étapes du bilinguisme consécutif. Enfin, un accompagnement parental nous a semblé nécessaire pour signifier à ses familles quelques recommandations quant à l'usage du téléphone portable : en limiter l'accès à leurs enfants et favoriser la langue première ou le français lors de visionnage de dessins animés.

Enfin, une telle démarche de dépistage auprès d'un public vulnérable telle que nous l'avons envisagée nécessite pour être efficace un travail en réseau. Le parcours migratoire est jalonné d'événements qui peuvent constituer un frein au développement langagier. Pourtant, détecter les impacts psychologiques inhérents à la migration n'est pas du ressort de l'orthophoniste. Aussi, pour pouvoir déterminer l'éventuelle prise en soins orthophoniques d'enfants allophones migrants ou enfants de migrants, il nous paraît indispensable de travailler en lien avec des psychologues ou psychiatres.

6.3 CAS CLINIQUES

Au vu de la pluralité des profils rencontrés, nous avons fait le choix d'illustrer nos observations cliniques au travers de deux études de cas qui nous semblent pertinents pour étayer notre démarche. (Les prénoms ont été changés).

ENFANT 1 – AZDINE

Nous rencontrons Azdine en décembre 2019, il est venu accompagné de sa mère ; il vient du Maroc et est arabophone. Lui et sa famille sont arrivés en France en juillet 2019. Les parents et leurs trois enfants ont quitté le Maroc pour que leur fille cadette, épileptique, puisse bénéficier de soins adaptés à sa pathologie. Azdine a été scolarisé 4 mois au Maroc avant son départ vers la France. La maman estime que son fils parle bien l'arabe ; l'interprète partagera le même avis qu'elle. Pour cette famille, la transmission de l'arabe est importante afin de conserver un lien avec les proches restés au Maroc. Quant à l'apprentissage du français, la mère le considère indispensable pour évoluer de façon autonome comme individu au sein de la société française. Celle-ci ajoutera que même si elle et sa famille étaient restées vivre au Maroc, ses enfants auraient appris le français, langue très valorisée dans son pays. Azdine est scolarisé en moyenne section de maternelle depuis la rentrée de septembre 2019 ; la mère semble dire que l'enseignante est satisfaite, même si elle décrit Azdine comme timide. La maman explique qu'au vu de la pathologie de sa fille cadette, elle n'a pas le temps de raconter des histoires à ses enfants. Au sujet des écrans, il n'y a pas de télévision à la maison mais lorsque Azdine souhaite regarder des dessins animés -plutôt en français- il utilise le téléphone. Lors de la passation de l'ELAL, Azdine s'est montré coopératif ; l'interprète possédait une posture très adaptée, ce qui a facilité le contact. Au vu des scores obtenus par Azdine (enfant 1) et d'après les informations données par l'interprète, Azdine possède de bonnes compétences dans sa langue première ; il est l'enfant dont les scores sont les plus élevés dans notre échantillon. Il est également le seul enfant à avoir fait l'épreuve de production de récits sans que nous ayons eu recours aux questions d'étayage. Il a néanmoins refusé de raconter la dernière histoire, ce qui permet de nuancer le score obtenu (19/36). L'interprète a pu nous dire qu'en arabe, la syntaxe était de qualité, les phrases bien construites. Aucune altération phonologique n'a été observée et les scores obtenus en lexique (production et compréhension) semblent indiquer un bon vocabulaire. D'un point de vue pragmatique, Azdine était très adapté, il pouvait soutenir le regard ; ses réponses en arabe comme en français étaient tout à fait appropriées. Lors d'échanges spontanés à la fin de notre rencontre, on a pu constater qu'un échange en français demeurerait possible.

Azdine a pu répondre à des questions simples comme « Peux-tu me donner la balle ? ». Azdine semble donc posséder de bonnes compétences dans sa L1 qui lui permettent d'avoir des échanges fonctionnels avec ses interlocuteurs. *A priori*, au vu des échanges spontanés observés en français, il semble en mesure de développer de bonnes compétences dans la langue seconde. Aussi, les scores obtenus par Azdine dans sa langue première ne suscitent pas d'inquiétude, et pour l'acquisition du français semble suivre une évolution favorable. Par conséquent, une prise en soins orthophoniques n'est pas indiquée.

ENFANT 7 – EDNA

Nous rencontrons Edna le 12 décembre 2019, elle est âgée de 4 ans et 5 mois au moment de la passation ; d'un point de vue somatique, le dossier médical d'Edna atteste d'un développement psychomoteur normal. Elle est née en Moldavie et parle le roumain. Il nous faut préciser que la langue officielle de Moldavie demeure le moldave ou appelé aussi roumain. Néanmoins, dans notre échantillon, nous avons rencontré deux familles moldaves mais toutes deux n'ont pas prétendu parler roumain. En effet, ceci s'explique par l'histoire linguistique de la Moldavie. La Moldavie, pays plurilingue, est en quête depuis la fin du bloc soviétique d'une langue symbole d'identité nationale. Aussi, suivant les appartenances politiques, d'aucuns diront qu'ils parlent « moldave », les « Moldovénistes », attachés à leur indépendance quand d'autres, favorables à un rapprochement avec la Roumanie, pays frontalier, diront qu'ils parlent roumain, « Roumanistes ». Il faut enfin ajouter que le russe est également considéré en Moldavie comme une langue de communication (Tacea, 2014). Cette précision nous permet donc de comprendre que la mère d'Edna parle roumain avec son conjoint mais prétend parler couramment le russe. La famille a quitté la Moldavie en 2015, peu de temps après la naissance de leur fille. Ils ont alors rejoint l'Angleterre où ils ont partagé une maison avec une famille russe et les échanges entre les familles se faisaient en russe, les parents d'Edna maîtrisant cette langue. À cette époque, Edna était gardée par sa grand-mère moldave, pendant que ses parents travaillaient. Elle a été scolarisée 6 mois en Angleterre. Ils sont arrivés en mai 2019 en France, la grand-mère étant retournée en Moldavie. Quand nous rencontrons Edna et sa mère, la petite fille a été scolarisée pour la première fois en France en moyenne section de maternelle en septembre 2019. Lors de la visite médicale scolaire, la maman a fait part de ses inquiétudes quant au développement du langage chez son enfant. Elle dira lors de l'échange autour du questionnaire parental qu'elle estime le niveau de sa fille comme « moyen », en ajoutant que celle-ci cherche beaucoup ses mots et a un défaut de prononciation. Ses propos seront appuyés

par les informations recueillies auprès de l'interprète. En effet, celui-ci nous dira que les phrases sont syntaxiquement mal construites, que les mots de base ne sont pas connus et il faudra faire souvent appel à la maman ou faire répéter Edna pour la comprendre. Le questionnaire parental montre qu'Edna a été confrontée à plusieurs langues : le roumain – le russe – l'anglais – le français. Aussi, d'après la mère d'Edna, la petite fille peut utiliser dans une même phrase le roumain et le russe quand elle s'adresse à ses parents, et lorsqu'elle joue, elle utilise le roumain et l'anglais. Le français est entendu lorsque Edna regarde des dessins animés et à l'école. Toutefois, Edna ne parle quasiment pas à ses pairs et à son enseignante et le seul camarade à qui elle s'adresse, est roumain. Elle utilise donc sa langue première avec cet enfant. En dehors du temps scolaire, Edna est décrite comme une petite fille « timide » qui refuse de parler aux autres enfants qu'elle peut rencontrer. La transmission de la langue première est importante pour qu'Edna puisse parler avec ses grands-parents ; néanmoins, elle refuse d'utiliser les réseaux sociaux pour le faire. Les scores obtenus par Edna à l'ELAL sont parmi les plus faibles de notre échantillon. En production, les épreuves de dénombrement ainsi que l'utilisation des prépositions spatiales sont échouées. Les scores en lexique sont très faibles. La compréhension est meilleure, notamment pour les items en compréhension d'énoncés et de lexique sur images où Edna obtient la quasi-totalité des points. La production de récits demeure quasiment impossible malgré un étayage soutenu. Nous remarquons des difficultés de compréhension qui obligent l'interprète à répéter les consignes, une hypotonie globale du visage, et des difficultés morphosyntaxiques ainsi qu'un défaut d'articulation signifiés par l'interprète. Edna a également un recours accru à la suppléance gestuelle, notamment quand le mot lui manque. Tout au long du test, nous constatons qu'Edna est très en retrait, et manque d'incitation verbale. Au vu des inquiétudes de la mère, des observations de l'interprète, des scores obtenus à l'ELAL ainsi que des éléments d'observation clinique, nous sommes en mesure de penser qu'Edna a une faible maîtrise de sa langue première et certains signes peuvent évoquer un trouble du langage. Nous proposons à la mère de nous revoir en fin d'année scolaire afin de voir comment Edna a évolué mais dans l'immédiat, il nous paraît urgent qu'Edna puisse faire un bilan orthophonique plus poussé afin d'investiguer la communication non-verbale, les compétences en français, la mémoire ainsi que les fonctions exécutives.

6.4 BIAIS ET LIMITES

Au fur et à mesure de nos passations, nous avons constaté plusieurs biais. D'abord, ceux inhérents à l'ELAL et au contexte de passation. En premier lieu, une des limites de l'ELAL reste l'absence d'étalonnage ; aussi il est difficile d'objectiver un trouble sans pouvoir comparer le score obtenu par l'enfant au score de sa classe d'âge et de l'interpréter. Nous avons donc rencontré des difficultés au moment de la cotation. Comment distinguer ce qui est pathologique ou très faible selon l'âge de l'enfant ? Nous avons cependant conscience que l'étalonnage d'un test en langue première constitue une entreprise colossale au vu de la pluralité linguistique. D'autre part, dans la cotation-même de l'épreuve de production de récit, les scores sont à nuancer. En effet, l'épreuve arrive à la fin du protocole et les enfants étaient moins disponibles. Or cette épreuve est très importante pour déterminer le profil langagier des enfants. En conséquence, peut-être que proposer une deuxième rencontre aux familles durant laquelle serait évalué l'enfant dans cette épreuve, aurait été plus adapté. Dans la forme même de l'ELAL, on relève aussi une difficulté dans la consigne de l'item de production de localisation spatiale ; les enfants n'ont jamais spontanément produit la préposition attendue mais seulement l'adverbe : « là ». On a pu également remarquer que les images de la production auraient supporté d'être plus grandes.

Au sujet du questionnaire parental que nous avons élaboré en nous inspirant du PABIQ mais également en nous appuyant sur les conseils prodigués par l'équipe du Professeur Moro, nous avons regretté de ne pas avoir fait préciser aux familles le temps d'exposition à la L1 et la L2. Il aurait été plus éclairant d'interpréter nos résultats en comparant par exemple le temps et la fréquence d'exposition à la langue première et à la langue seconde et interroger en outre l'exposition passive aux deux langues versus les interactions de l'enfant avec un tiers.

Enfin, si la majorité des interprètes avaient une posture adaptée, certains n'ont pas saisi l'intérêt du test en langue première et ont eu parfois recours au français durant la passation ou ont pu indiquer l'enfant dans ses réponses ; ce qui peut par conséquent empêcher parfois une lecture totalement objective des résultats.

Pour finir, le nombre restreint d'enfants de notre échantillon représente une limite. Force est de constater que le lien avec les familles en amont de la rencontre n'a pas toujours été aisé. Malgré nos appels une famille ne s'est pas présentée aux rendez-vous proposés, une autre famille venue trop tôt, n'a pas souhaité revenir à l'heure qui avait été fixée, ce qui explique que l'enfant 2 n'ait pas pu réaliser le test. Qui plus est, le questionnaire parental a pu parfois être

vécu comme intrusif notamment pour certaines familles dont le statut ne semblait pas avoir été régularisé. Un père nous a demandé si nous faisons partie de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides et n'a pas souhaité répondre à toutes les questions. Une formation en clinique transculturelle nous aurait peut-être permis d'appréhender les rencontres autrement pour adopter un positionnement plus adapté.

CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES

L'objectif de notre étude était d'aider les médecins scolaires de la ville de Bordeaux dans la démarche de dépistage d'un trouble primaire du langage chez des enfants allophones scolarisés en moyenne section de maternelle. En nous appuyant sur un test en langue première (ELAL d'Avicenne) ainsi que sur un questionnaire parental comme le préconise la littérature, nous avons pu montrer la pertinence d'une telle démarche. Pourtant, afin de déterminer si une prise en soins orthophoniques est nécessaire, il semble que dans le cas d'enfants allophones, et notamment migrants, seul un test de langage oral ne suffise pas. Il faut pouvoir appréhender le parcours langagier de l'enfant en tenant compte de sa bilinguïté et de l'éventuel traumatisme qu'a pu engendrer la migration. Aussi, un travail en collaboration avec un.e psychologue - scolaire ou non- semble indispensable pour pouvoir évaluer l'impact d'un tel bouleversement sur le langage de l'enfant. Néanmoins, notre étude a montré que l'orthophoniste possède toute sa place dans l'accompagnement parental, *a fortiori* auprès d'un public allophone. Informer les parents sur le bilinguïse et les conditions de son bon développement s'inscrivent dans une démarche préventive de promotion de la santé auprès d'un public vulnérable comme le préconisent les recommandations officielles. D'un point de vue orthophonique, les perspectives sont nombreuses. On peut imaginer que notre travail perdure en développant un partenariat avec les enseignants de maternelle et le Centre Académique pour le Suivi des Nouveaux Arrivants des Voyageurs d'Aquitaine, afin de pouvoir former le personnel de l'Education nationale sur les multiples aspects du bilinguïse, en particulier chez les enfants migrants. Au-delà de ce public singulier que sont les enfants allophones, développer un partenariat entre la médecine scolaire de la ville de Bordeaux et le centre de formation en orthophonie permettrait de confirmer le rôle fondamental que doivent tenir les orthophonistes dans une politique de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdelilah-Bauer, B. (2015). *Le défi des enfants bilingues. Grandir et vivre en parlant plusieurs langues*. La Découverte.
- Adam, C. (2017). *La santé des populations vulnérables* (Ellipses).
- ANAES. (2004). *Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage?*
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. Le travail avec les outils Dialogoris 0/4 ans et Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste. *Contraste*, 26.
- Avenet, S., Lemaître, M.-P., & Vallée, L. (2016). *DSM5 : Quels changements pour les troubles spécifiques du langage oral ?* 64.
- Bail, J.-N., Chicoye, A., El Hasnaoui, A., Geoffard, P.-Y., & Journée d'économie de la santé (Éds.). (2007). *Place de la prévention dans la politique de santé : 7e Journée d'économie de la santé (JES), Paris, 31 mai 2006*. John Libbey Eurotext.
- Bennabi-Bensekhar, M., & Moro, M. R. (2016). Un test pour évaluer le langage de l'enfant bilingue. L'ELAL d'Avicenne.
- Bijleveld, H., & Estienne, F. (2018). *Multilinguisme et troubles du langage : État des lieux et modes d'action auprès d'enfants de la région de Bruxelles*. XXIII. Cairn.info.
- Bijleveld, H.-A., Estienne-Dejong, F., & Vander Linden, F. (2014). *Multilinguisme et orthophonie : Réflexions et pratiques à l'heure de l'Europe*. Elsevier Masson.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE : A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080.

- Bouchaud, O., & Cha, O. (2012). 8. Migrants, précarité et vulnérabilités. In *Innover contre les inégalités de santé* (p. 105-116). Presses de l'EHESP.
- Cattani, A., Abbot-Smith, K., Farag, R., Krott, A., Arreckx, F., Dennis, I., & Floccia, C. (2014). How much exposure to English is necessary for a bilingual toddler to perform like a monolingual peer in language tests? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(6), 649-671.
- Chevrie Muller, C., & Lemaître, M. (2001). *N-EEL - Nouvelles épreuves pour l'examen du Langage*. ECPA.
- Code de la santé publique—Article R2112-1, R2112-1 Code de la santé publique (2003).
- Cohen, C., & Mazur-Palandre, A. (2018). Le langage oral en production chez les enfants bilingues : Quels liens avec l'exposition ? *SHS Web of Conferences*, 46, 10004.
- Colas, P., Ruiz, S., & Delteil, F. (août2019). *Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification*. 16.
- Coquet, F. (2007). Mise en place d'un dispositif de repérage des troubles du langage à l'école maternelle. *Contraste*, 26, 285-302.
- de Almeida, L., Ferré, S., Morin, E., Prévost, P., dos Santos, C., Tuller, L., & Zebib, R. (2016). L'identification d'enfants bilingues avec Trouble Spécifique du Langage en France. *SHS Web of Conferences*, 27, 10005.
- de Tapia, S. (2014). L'immigration turque en France. Ancrages territoriaux et identités composées. In *Migrations et mutations de la société française* (p. 111-120). La Découverte.
- Dellatolas, L. V. G. (2005). *Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage*. 129.
- Denni-Krichel, N. (2001). La prévention des troubles du langage : Un objectif prioritaire des orthophonistes à l'école. *Enfances & Psy*, 16(4), 150-153.

- Dhalgren, Göran, & Whitehead. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*.
- Diminescu, D. (2002). L'usage du téléphone portable par les migrants en situation précaire. *Hommes & Migrations*, 1240(1), 66-79.
- Dumoulin, F. (2015). *Mémoire de master*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Genève.
- Garrigues, C. (2015). Dépistage et prévention des troubles du langage en Meurthe-et-Moselle. In *Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel* (p. 97-104). ERES.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Hagège, C. (2005). *L'enfant aux deux langues*. O. Jacob.
- Håkansson, G., Salameh, E.-K., & Nettelbladt, U. (2003). Measuring language development in bilingual children : Swedish- Arabic children with and without language impairment. *Linguistics*, 41.
- Hamers, J. F., & Blanc, M. (1983). *Bilinguisme et bilinguisme* (Bruxelles: Mardaga).
- HAS. (2020). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages*.
- HCSP. (2009). Les inégalités sociales de santé : Sortir de la fatalité. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique.
- Hilaire-Debove, G., Chalumeau, S., & Efthymiou, T. (2012). *Acquisition du français dans le cadre du bilinguisme consécutif : Études sur les populations lusophone, turcophone et russe*. Bilinguisme et biculture: nouveaux défis?
- INSEE. (2016). *Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2016 – Commune de Bordeaux (33063) –Étrangers—Immigrés en 2016*.

- INSEE. (2018). *Statistiques et études*. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
- INSEE. (2019). *Étrangers – Immigrés – Tableaux de l'économie française | Insee*.
- Kohl, M., Beauquier-Maccotta, B., Bourgeois, M., Clouard, C., Donde, S., Mosser, A., Pinot, P., Rittori, G., Vaivre-Douret, L., Golse, B., & Robel, L. (2008). Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : Étude rétrospective. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 577-595.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2016). Chapitre III. La prévention des troubles du langage. *Que sais-je?*, 8e éd., 86-94.
- Lajarge, E. (2017). *Santé publique : Aide-mémoire : en 13 notions : législation, démographie, épidémiologie*.
- Le groupe langage, I., Université de Tours. (2011). *PABIQ*.
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 (2002).
- LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, 2004-806 (2004).
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 (2009).
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 (2016).
- Lussier, F., Chevrier, E., & Gascon, L. (2018). Chapitre 5. Troubles neurodéveloppementaux. In *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent: Vol. 3e éd.* (p. 247-511). Dunod.
- Martin, L. (2015). *La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants : Étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile*. UFR des Sciences Médicales - Bordeaux.
- Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse. (2014). *La scolarisation des élèves allophones arrivants*.

- Moro, M. R. (2004). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Dunod.
- Moro, M. R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous. *Le Carnet PSY*, 188(3), 18-21.
- Moro, M.-R. (2017). *ELAL : Évaluation langagière des allophones et primo-arrivants, Eurotests*. Giunti psychometrics.
- Paradis, J. (2016). The Development of English as a Second Language With and Without Specific Language Impairment : Clinical Implications. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 59(1), 171-182.
- Perani, D., Abutalebi, J., Paulesu, E., Brambati, S., Scifo, P., Cappa, S. F., & Fazio, F. (2003). The role of age of acquisition and language usage in early, high-proficient bilinguals : An fMRI study during verbal fluency. *Human Brain Mapping*, 19(3), 170-182.
- Petit-Carrié, S., Verret, C., Cossard, A., & Maurice-Tison, S. (2003). Accès aux soins orthophoniques précoces en Gironde : Évaluation d'une campagne de dépistage des troubles du langage à 4 ans (1999–2001). *Archives de Pédiatrie*, 10(10), 869-875.
- Rezzoug, D., Plaën, S. D., Bensekhar-Bennabi, M., & Moro, M. R. (2007). Bilinguisme chez les enfants de migrants, mythes et réalités. *Le français aujourd'hui*, n° 158(3), 58-65.
- Roy, B., Maeder, C., & Alla, F. (1996). *ERTLA*. Com-Médec.
- Schmitt, C., & Simoës-Perlant, A. (2014). *L'évaluation du langage oral chez les enfants bilingues au moyen d'Exalang 5-8* (p. 91) [Mémoire pour le certificat de capacité orthophoniste].
- Slobin, D. I. (1985). *The crosslinguistic study of language acquisition* (p. xx, 1332 (set)). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Tacea, A. (2014). Gouverner les sociétés plurilingues dans les anciennes démocraties populaires. Le retour aux pratiques soviétiques dans la République de Moldavie entre 2001 et 2009. *Revue internationale de politique comparée*, 21(4), 37-57.

- Taly, V. (2018). Chapitre 2. La dysphasie. In *Approche clinique des troubles instrumentaux* (p. 81-117). Dunod.
- Thordardottir, E. (2011). The relationship between bilingual exposure and vocabulary development. *International Journal of Bilingualism*, 15(4), 426-445.
- Topouzkhanian, S., Rencontres d'orthophonie, Sabadell, V., & Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (France) (Éds.). (2018). *Prévention, dépistage, éducation thérapeutique du patient : Quelles spécificités en orthophonie ?*
- Wresinski, J. (1987). *Rapport WRESINSKI - Grande pauvreté et précarité économique et sociale* (Journal officiel de la République française). Conseil économique et social.

ANNEXES

ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE PARENTAL

Questionnaire parental

Nom :
Prénom :
Ecole :
Classe :
Date de la passation :

Famille

Quel est votre pays d'origine ?

Quel est le pays d'origine de vos parents ?

Quelles ont été les étapes depuis votre point de départ jusqu'au pays d'accueil ?

Avez-vous des enfants ? Si oui quels âges ont-ils et où sont-ils nés ?

Quelles sont les langues pratiquées à la maison ?

Avec vos enfants ?

Avec votre conjoint. e ?

Dans quelle(s) langue(s) vos enfants parlent-ils entre eux ?

Au quotidien, avec votre famille élargie, vos voisins, vos amis quelle langue parlez-vous ?

Lien avec le pays d'origine

Utilisez-vous des moyens de communication (WhatsApp ; Skype) ?

Si oui, dans quelle(s) langue(s) ?

Vos enfants communiquent-ils via ses canaux ; dans quelle(s) langue(s) ?

Enfant

Dans quelle langue vous parle votre enfant ?

Comment parle-t-il votre langue : très bien – bien – moyen – il a des difficultés (à faire préciser)

Lui chantez-vous des chansons/comptines ou lui racontez-vous des histoires ?

Si oui, dans quelle langue ?

Votre enfant regarde-t-il la télévision ?

Dans quelle langue ?

Combien de temps par jour ?

Votre enfant écoute-t-il de la musique ?

Dans quelle langue ?

Quand il joue seul, dans quelle langue parle votre enfant ?

Quand il joue avec ses frères et sœurs ?

Avec ses copains -chez vous- ?

À l'école

Quand il est avec ses camarades, quelle langue parle-t-il ?

A quel âge a débuté son exposition au français ?

Votre enfant bénéficie-t-il de cours de français (type FLS ou UPE2A) ?

Si oui, combien d'heures par semaine ?

Transmission

Pensez-vous qu'il est important que votre enfant parle votre langue ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi ?

Pensez-vous qu'il est important que votre enfant parle français ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi ?

Autre

Avez-vous des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Formulaire de consentement éclairé

Titre du projet : Dépistage des troubles spécifiques du langage oral chez les enfants allophones dans les suites du bilan de 3/4ans réalisées chez les élèves de Moyenne Section Bordeaux Bastide et Centre.

Responsables du projet : Marie DECROIX (médecin coordonnateur Mairie de Bordeaux) et Barbara SUBERVIE (orthophoniste).

Lieu de recherche : Centres médico-scolaires municipaux de la ville de Bordeaux

Présentation du projet : Etudiante en Master 2 d'orthophonie au Centre de Formation de Bordeaux, réalisation d'un mémoire de fin d'études sur le dépistage des troubles du langage oral chez les enfants allophones scolarisés dans les suites du bilan 3/4 ans en Moyenne Section de maternelle.

L'évaluation ne nécessitera aucune mesure invasive et se fera en présence d'un interprète, à partir :

- D'un test de langage oral - ELAL d'Avicennes (45 minutes)
- D'un questionnaire parental (15 minutes).

L'objectif de mon projet est d'améliorer l'orientation des enfants allophones dans les suites du bilan 3-4 ans et de déterminer si leur suivi relève ou non de la prise en charge orthophonique.

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

- Toutes les informations recueillies lors du bilan et du questionnaire parental seront traitées de façon anonyme et resteront confidentielles. Celles-ci seront conservées dans un fichier informatique respectant la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004.
- Ma participation et celle de mon enfant ne fera l'objet d'aucune rétribution.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps : Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation et celle de mon enfant.

Diffusion : Les résultats obtenus à l'issue du traitement de ce questionnaire pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais l'identité des participants ne sera pas révélée, et aucun renseignement pouvant révéler votre identité ou celle de votre enfant ne sera dévoilé.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche à tout moment par courrier électronique avec Agnès JALABERT (agnes.jalabert@etu.u-bordeaux.fr).

Consentement à la participation : Vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus et que l'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré que mon enfant participe à cette étude :

Nom et signature :

À Bordeaux, le

Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées

Dans le cadre du projet présenté dans le formulaire de consentement éclairé, je soussigné(e) _____

RAYER LA MENTION INUTILE

- Autorise / n'autorise pas à enregistrer en audio mon enfant

- Autorise/ n'autorise pas l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)

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

Nom et signature :

À Bordeaux, le