

# Troubles du langage chez les enfants de migrants

## Problèmes de diagnostics et d'orientation thérapeutique

Benoît Virole

2007-2021

### Résumé

La pratique consultative en audiophonologie à l'hôpital montre une incidence forte de troubles du développement du langage chez des enfants de familles de migrants. Ces troubles sont généralement l'occasion d'une consultation à l'entrée en l'école. Ils se présentent sous des aspects divers et couvrent l'ensemble de la sémiologie allant des difficultés articulatoires à des troubles sévères de la compréhension du langage oral en passant par des formes de mutisme. De façon générale, ces troubles ne sont jamais isolés et s'insèrent dans un tableau clinique plus large, caractéristique, de souffrance psychologique associée à des difficultés culturelles, sociales et psychologiques dans lesquelles se débattent la plupart de ces familles. Il convient donc de considérer ces troubles du langage comme relevant d'abord d'une prise en charge médico-psychologique globale articulée sur des temps séquentiels de soins en même temps que le maintien d'une intégration scolaire.

### Mots-clefs

Troubles du langage enfants de migrants

### Introduction

La consultation d'audiophonologie pédiatrique de l'Hôpital Robert-Debré à Paris reçoit des enfants présentant des difficultés de langage et de parole consécutives soit à des troubles auditifs soit à d'autres causes somatiques ou psychologiques. À ces causes classiques des troubles de développement du langage sont venus s'adjoindre depuis une dizaine d'année une forte proportion (entre 40 et 60 % du volume consultatif selon les années) d'enfants de familles migrantes présentant des difficultés de langage et de parole, sans trouble auditif, justifiant leur adresse à une consultation hospitalière. Très généralement, les enfants de migrants qui nous sont adressés le sont aux alentours de 4 ans par l'institution scolaire et les PMI. Les parents de ces enfants ont passé une grande partie de leur vie dans leur pays d'origine et sont en France depuis quelques années. L'enfant est la plupart du temps né en France, mais certains sont nés au pays. La langue parlée entre les parents est la langue originaire du pays. Très majoritairement, les parents parlent également cette langue à leur enfant alors

que celui-ci est au contact du français à la crèche ou à l'école, instaurant ainsi un bilinguisme passif. L'enfant subit alors une exposition non maîtrisée aux deux langues dont les interférences se révèlent négatives. Les pays d'origine des parents sont principalement ceux de l'Afrique de l'ouest, des pays du Maghreb, des îles comoriennes, d'Haïti, de Turquie (kurdes), des Sri Lankais, mais aussi de Chine (Weng zu). De façon remarquable, on observe au fil des années de la pratique de consultation un effet de série en ce qui concerne les pays d'origine. Cet effet est du aux vagues successives d'immigration et aux particularités des accords concernant l'asile politique .

La population étrangère est de 3,6 millions, stable depuis plus de 20 ans : 6,4% de la population totale en 1990, 6,8% en 1975. Cette population est composée essentiellement de portugais (649 714), algériens (614 207), marocains (572 652), italiens (252 759), espagnols (216 047) africains noirs et malgaches (176 745), asiatiques (424 668), 197 712 turcs, 206 366 tunisiens. Ces migrants transplantés arrivent avec leurs habitudes et leurs coutumes, souvent ne parlant pas le français à leur arrivée, posent des problèmes de santé publique. Ils alourdissent

les statistiques de mortalité et de morbidité et nécessitent un effort particulier de Protection Maternelle et Infantile (source internet).

Généralement les enfants qui nous sont adressés présentent des retards d'acquisition et dans certains cas des troubles d'élocution qui inquiètent les professionnels, souvent avant les parents eux-mêmes, et ceci en particulier dans la perspective d'une entrée dans les classes maternelles. Bien que les données cliniques recueillies au sein de cette consultation hospitalière ne peuvent prétendre avoir une valeur épidémiologique, ni refléter de façon valide la réalité statistique des troubles du langage sur l'ensemble de la population de migrants en France, la situation géographique de cette consultation (Paris Nord Est et banlieue Nord Est) lui confère néanmoins un statut d'observation privilégiée.

#### *Le problème du diagnostic*

Ces enfants posent au clinicien hospitalier deux problèmes. Le premier problème est celui du diagnostic. Même s'il est relativement aisé de définir le trouble de langage et de parole de ces enfants en utilisant les différentes classifications sémiologiques, il est évident que la caractérisation d'un type de trouble ne suffit pas à rendre compte des tableaux cliniques de ces enfants. En effet, le trouble du langage constitue dans la majeure partie des cas que le trouble le plus apparent d'un tableau clinique plus complexe comprenant très fréquemment des troubles du comportement de type retrait, ou d'opposition, ainsi que des troubles d'apprentissage. On peut classer les différents tableaux cliniques de la façon suivante.

*Tableau de type 1* - Dans le tableau clinique de type 1, l'enfant présente un trouble d'acquisition du langage isolé sans aucun autre trouble. En dehors des rares cas où il existe une pathologie instrumentale du langage, ces cas sont fréquemment des cas de retard d'acquisition de la parole qui peuvent évoluer négativement vers une forme de mutisme sélectif. Il faut faire la part également des enfants de migrants présentant de fréquentes affections ORL et des hypoacousies transitoires dues aux otites à répétition mal

soignées et se développant parfois dans des conditions d'insalubrité.

*Tableau de type 2* - Le tableau correspondant au type 2 est le plus fréquent dans la consultation d'audiophonologie. Le trouble du langage est accompagné de troubles de comportements parfois *a minima* et de troubles des apprentissages. L'enfant fuit le contact avec le clinicien ou l'enseignant, noue des relations fugaces avec les autres enfants. Parfois, il s'agit d'un comportement d'opposition fort avec des colères fréquentes. À côté de ses troubles du comportement, l'enfant semble réfractaire aux apprentissages et semble fuir la relation pédagogique. Ces trois dimensions interagissent de façon complexe et sont co-impliquées comme co-facteurs dans la dynamique négative du tableau clinique.

*Tableau clinique de type 3* - Le tableau clinique de type 3 constitue le tableau clinique complet d'une aggravation du tableau 2 avec l'émergence de signes psychopathologiques francs accompagnés parfois de troubles somatiques. Ces signes psychopathologiques s'apparentent aux troubles dits « psychotiques » avec rupture de la relation, fuite du regard, agitation, voire mouvements anormaux... Comment comprendre l'existence de ces différents tableaux cliniques? On doit constater d'abord le lien d'aggravation entre eux. Même si on considère que le trouble du langage n'est qu'un symptôme d'appel amenant à la consultation, il est remarquable que ces troubles du langage s'accompagnent majoritairement d'autres troubles. Plusieurs modèles explicatifs peuvent alors être proposés.

1. Le trouble du langage est isolé, non spécifique des enfants de migrants et il peut s'accompagner de troubles associés du fait des conditions sociales de migration sans qu'il y ait de liens structurels entre le trouble du langage et les autres troubles. Ce modèle s'applique à un très faible nombre de cas. Par exemple, des enfants présentant des dyspraxies bucco-faciales ou d'autres troubles articulatoires.
2. Le trouble du langage est isolé, non spécifique des enfants de migrants, mais il se répercute négativement sur les autres aspects du développement. Ce modèle s'applique à un plus grand nombre de cas. En particulier, les retards d'acquisition de la parole déclenchent des comportements de maîtrise par l'action qui ne sont mal tolérés par l'entourage en-

traînant l'enfant dans une spirale de frustrations et de colères.

3. Le trouble du langage est non spécifique et il n'est qu'un des composants d'un *trouble multiforme touchant l'ensemble du développement*. On peut considérer que ces enfants de migrants présentent un trouble dynamique du développement dont la face manifeste est le trouble d'acquisition du langage mais dont la face latente est bien une désorganisation globale du développement.
4. Le trouble du langage est isolé, spécifique et premier et se répercute négativement sur les autres aspects du développement (comportement, apprentissage) qui sont alors altérés secondairement.

Ce dernier modèle postule une fonction particulière du langage dans la maturation des apprentissages et des comportements. Il pose que les conditions de la migration et la désorganisation transculturelle chez les parents entraînent une altération particulière dans la transmission symbolique qui se manifeste activement et spécifiquement dans la détermination d'un trouble du langage chez l'enfant. Bien que nous n'ayons pas de moyens objectifs de valider ce modèle, il nous semble le plus opératoire pour comprendre l'existence de ces tableaux cliniques présents chez beaucoup d'enfants de migrants.

L'investigation clinique montre en effet des enfants vivant une véritable désorientation du développement dans des contextes familiaux marqués par la précarité et la désorganisation culturelle. On sait que ces enfants vivent dans des conditions sociales difficiles, ce qui est un facteur de risque reconnu pour les difficultés de langage<sup>1</sup>. Chaque année de consultation nous amène également plusieurs cas de troubles du développement liés à un saturnisme découlant des conditions précaires de logement des familles nouvellement arrivées. La plupart des familles vivent dans une seule pièce dans des conditions où il est impossible d'élever normalement des enfants. Les troubles

1. Selon un enquête de la direction de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de l'emploi et de la solidarité, en partenariat avec l'éducation nationale (« Etudes et résultats, N° 155, publication DREES » menée au cours de l'année scolaire 1999-2000 sur un échantillon représentatif de 30 000 élèves, les enfants scolarisés en ZEP montrent plus de trouble du langage (incapacité à élaborer des phrases correctes avec subordonnées et une élocution anormale) que les enfants scolarisés hors ZEP.

du comportement de beaucoup d'enfants de migrants trouvent ici une de leurs causes premières.

La vulnérabilité spécifique des enfants de migrants est également démontrée avec en particulier une fréquence plus importante de dépression de l'enfant. Cette vulnérabilité se conçoit aisément lorsqu'on sait dans quelles conditions souvent traumatiques sont vécues les migrations des familles. Ruptures des liens, changements de repères, séparations sont le lot commun de ces enfants. Les enfants de migrants vivent une situation qui a été décrite comme celle d'un *traumatisme permanent* (Cf. M.R. Moro). Perte des repères référentiels, rupture des transmissions dans les savoir-faire parentaux, désorganisation des modes de vie, altération des sentiments d'identité, tous ces aspects ont été décrits utilement par les travaux des cliniciens et chercheurs en ethnopsychiatrie. Souvent masqués à l'arrière plan des anamnèses, ces aspects sont pourtant les plus actifs et sur ceux que doit porter la recherche des facteurs causaux des troubles de l'enfant.

La question de la pré-nomination de l'enfant est une façon de prendre conscience de l'importance de la détermination transculturelle. Beaucoup d'enfants nés en France de familles africaines possèdent un prénom d'état-civil français alors que le prénom donné par la famille, souvent après la présentation de l'enfant au pays, est tout autre. L'enfant est ainsi nommé à l'école par un prénom autre que celui qui lui est donné au sein de la famille. La notion de famille doit aussi être comprise de façon relative car la famille nucléaire occidentale n'est pas l'unité familiale des migrants africains qui ne connaissent en fait que la famille élargie (le groupe). Dans la plupart des ethnies africaines, la loi est portée par le frère de la mère (relation avunculaire). Quant aux familles antillaises, le matriarcat est la norme culturelle et la place des pères est ainsi essentiellement différente de celle qui est attribuée normativement en métropole. Ce ne sont que des exemples épars montrant l'importance des différences culturelles qui ont un impact majeur sur le développement des enfants. On pourrait également donner en exemple les questions de différence de structure de langue : en Soninke où il n'existe que deux temps (présent et passé) et où de façon générale, le temps est marqué

par l'événementiel. En Turc, il n'existe pas d'article, pas de genre, pas de pré et de post préposition. . .

Une histoire clinique marquée par les traumatismes et les séparations, la désorientation culturelle se répercutant sur l'éducation des enfants, des conditions sociales et de logement précaires et souvent insalubres, tous ces éléments sont impliqués dans la détermination causale du tableau clinique présenté par ces enfants dont le trouble de la communication constitue l'élément le plus apparent. L'attribution d'un qualificatif sémiologique aux difficultés de langage de ces enfants doit donc être maniée avec précaution car elle risque de mettre l'accent sur un seul aspect du tableau clinique et de négliger la complexité des traits anormaux présentés par ces enfants. Ceci ne signifie pas qu'une consultation en audiophonologie soit une mauvaise orientation et qu'il faille en première intention envoyer systématiquement ces enfants en consultation spécialisée pour les enfants de migrants (d'orientation ethnopsychiatrique).

Sur notre file d'active d'enfants de migrants consultants en consultation d'audiophonologie, les troubles non spécifiés sont importants. D'une part, un petit nombre de ces enfants présentent réellement des pathologies du langage très spécifiques (bégaiement, dyspraxie bucco-phonatoire, conséquences auditives des problèmes ORL, etc.). Une investigation spécialisée en audiophonologie reste donc toujours nécessaire. D'autre part, il fait partie de la mission de l'hôpital général de s'adresser à tous et c'est aux consultations hospitalières de se former à l'accueil de ces enfants de migrants. Le problème diagnostique consiste surtout à l'appréciation du poids représenté par le trouble du langage à l'intérieur du tableau clinique et à tenir compte de cette appréciation pour la définition d'un projet thérapeutique.

#### *L'orientation thérapeutique*

On rencontre alors le second problème qui est celui de l'orientation thérapeutique. Classiquement, le repérage d'un trouble du langage amène à la prescription d'un bilan orthophonique, voire neuropsychologique, complet suivie d'une rééducation orthophonique, soit en libéral soit en CMP ou CMPP si les conditions cliniques nécessitent des actions pluridis-

ciplinaires de type psychomotricité, psychothérapie, etc. Pour les enfants de migrants présentant ces tableaux cliniques comprenant un trouble du langage, cette orientation est, dans la grande majeure partie des cas, inadéquate et inefficace. Pour parvenir à des résultats thérapeutiques réels, il faut s'atteler à la tâche d'une aide en profondeur de ces familles et des enfants qui doit intégrer les dimensions cliniques, sociales et culturelles. C'est là, que le manque de références techniques de travail ainsi que de ressources adéquates se fait cruellement sentir. Beaucoup d'enfants de migrants restent sans prise en charge adéquate et vont conserver des difficultés linguistiques qui vont pénaliser gravement leur scolarisation (un sur trois selon notre estimation sur notre file active à l'hôpital Robert-Debré). Pour essayer d'aider de façon adéquate ces enfants, nous avons été amené à orienter un petit nombre d'entre eux vers une prise en charge spécifique comportant l'admission dans une structure hospitalière fonctionnant de façon séquentielle sur un nombre variable de demi-journées au sein d'un secteur de pédopsychiatrie combinée avec le maintien d'une scolarisation à l'école publique de quartier avec un dispositif de type contrat d'intégration.

#### *Prise en charge*

À l'intérieur de cette unité de soins ambulatoires intensifs, l'enfant de migrants bénéficie d'un accueil thérapeutique par une équipe pluridisciplinaire ainsi que des activités de groupe. Ces groupes utilisent différentes médiations qui sont choisies de façon à travailler sur les axes suivants :

*Axe psychoaffectif* de réassurance par l'installation d'un cadre thérapeutique constant et d'une écoute centrée sur l'enfant. Cet axe est inspiré directement des principes généraux du travail thérapeutique d'orientation psychanalytique.

*Axe développemental* par l'aide à l'enfant sur le plan de son développement cognitif et linguistique. Toutefois, l'enfant ne bénéficie d'une rééducation orthophonique individuelle que dans un second temps après une approche de groupe. La question du bilinguisme est posée ici et doit être appréciée avec prudence selon les différents cas. De façon générale, l'objectif est de

### types de troubles observés

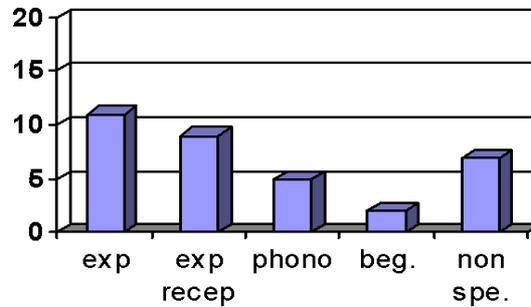


Figure 1 – Types de troubles du langage observés en nombre de cas sur la file active des années 2000 et 2001. Enfants de migrants (parents ayant vécu une partie de leur vie dans leur pays d’origine et parlant une autre langue que le français à la maison avec leur enfant. (avec *exp* = trouble expressif, *exp.recep.* = trouble expressif réceptif, *phono* = trouble phonologique, *non spe.* = trouble non spécifié.)

renforcer la qualité naturelle des relations entre parents et enfants. Dans ce cadre, l’usage de la langue familiale, transmettant des significations et la culture d’origine, renforce cette naturalité du positionnement parental et évite l’artificialité de l’usage d’une langue qui n’est pas la leur. D’un autre côté, beaucoup d’enfants de migrants fragilisés et vulnérables sont désorientés par l’exposition à la présence de deux langues (une langue à la maison et une langue en collectivité). La seule solution pour gérer ces deux éléments contradictoires est d’essayer de transformer un bilinguisme passif désorientant et néfaste en un bilinguisme actif structurant et utile. Cela pose le problème de la capacité des parents à adopter une vision métalinguistique de leur propre langue. Un accent particulier est mis sur les difficultés de communication de l’enfant. Nous avons été amenés à utiliser les ressources de la langue des signes des sourds pour certains enfants en grande difficulté linguistique.

*Axe culturel* par l’installation de rencontres fréquentes avec les parents sous cinq modalités techniques :

1. Des rencontres régulières avec le couple parental centrées sur la parentalisation, l’écoute des difficultés

rencontrées par les parents avec leur enfant, leur propres difficultés à vivre en France et leur rapport avec la culture française. Ces rencontres ont pour objectifs d’aider les parents, dans le respect de leur différence, à mieux comprendre les façons de vivre et d’éduquer les enfants en France ainsi que les façons de faire de l’école. L’évocation partagée par les parents et le clinicien du projet migratoire constitue un moment charnière de ce travail. Dans un certain nombre de cas, le matériel de ces rencontres est d’ordre clairement psychopathologique et renvoie à des troubles mentaux existant chez les parents. Certains de ces troubles relèvent de la désorganisation culturelle et de l’impact de la migration. D’autres parents peuvent montrer des difficultés psychopathologiques existant antérieurement à la migration.

2. Des réunions collectives entre l’équipe et l’ensemble des parents afin de permettre l’installation d’une dynamique groupale et de partage d’expériences. Dans ce cadre, les parents migrants peuvent rencontrer des parents français de souche ayant eux-mêmes des enfants avec des difficultés. La fratrie de l’enfant est invitée à participer à ces réunions.
3. Des réunions spécifiques pour les pères animés uniquement par des hommes membres de l’équipe thérapeutique. Ces réunions sont particulièrement

importantes par leur impact thérapeutique car dans beaucoup de pères venant de culture africaine et du Maghreb rechignent à évoquer la vie de famille et leurs difficultés devant des cliniciennes femmes ou devant leurs épouses. Les réunions entre hommes offrent la possibilité à ces pères d'un autre rapport à la parole et au récit ainsi qu'au partage d'expériences.

4. Un travail régulier avec les enfants sur les différentes cultures du Monde et sur l'origine et la différence de chacun. Ce travail peut prendre effet lors des activités cuisine avec la composition de plats traditionnels avec l'aide des parents ou du visionnage de documents se rapportant au pays d'origine. L'objectif est de travailler sur la reconnaissance de la différence tout en maintenant l'espace de développement grand ouvert pour l'assimilation de la culture française..
5. La rencontre régulière des membres de l'équipe soignante avec un praticien clinicien ethnopsychiatre externe à l'équipe pour analyser et faire travailler la dimension transculturelle.

### Conclusions

Les troubles du langage chez les enfants de migrants constituent un fait qui mérite une investigation clinique et épidémiologique approfondie, qui devrait être particulièrement difficile à mener étant donné la complexité des facteurs impliqués. Nous n'avons donné ici que des éléments issus de notre expérience de clinicien hospitalier. Cependant, les résultats thérapeutiques engrangés par l'orientation de certains de ces enfants vers un dispositif de soins séquentiels nous invitent à considérer :

1. *Sur un plan clinique* : que les troubles du langage chez ces enfants ne doivent pas faire l'objet d'un traitement direct centré sur la fonction langagière mais qu'il faut prendre en charge la complexité de la situation clinique, sociale et culturelle pour parvenir secondairement à une amélioration du développement du langage.

2. *Sur un plan pratique* : au su de notre expérience, il nous apparaît possible d'aider les enfants de migrants présentant des difficultés de langage, moyennant l'installation de soins séquentiels et une sensibilisation à la dimension ethnopsychiatrique et transculturelle. La difficulté de la généralisation de type de soins est liée

à la disponibilité de ce type de structure qui n'existe pas dans tous les secteurs de psychiatrie. Là où il existe ce type de structures, les places sont statutairement réservées aux enfants présentant des troubles psychotiques et autistiques avérés au sens psychiatrique. Or, les tableaux cliniques présentés par les enfants de migrants peuvent ne pas être tous reconnus comme appartenant à la sphère d'action de la psychiatrie infanto-juvénile.

3. *Sur un plan théorique* : les formes prises par les troubles du langage par les enfants de migrants comme les effets thérapeutiques des prises en charge axées sur les dimensions d'intersubjectivité invitent à relativiser les accents récents mis sur les dimensions neuropsychologiques du langage. La survenue de ces troubles dans des contextes cliniques de traumatisme psychique invite à considérer le langage comme une fonction complexe, certes implémentée neuralemment et à ce titre pouvant subir des pathologies de développement, mais dont la spécificité est bien d'être à l'interface entre la dimension symbolique et la subjectivité. À ce titre, la vulnérabilité spécifique des enfants de migrants aux troubles du langage repose la question princeps de l'articulation entre le psychisme et le langage.

### Bibliographie générale

- Boucherit A. Enfant de migrants, échecs scolaires, problèmes linguistiques ? *Migrants Formation*, Mars 1984, N° 56, pp. 19-21.
- Hamers J.F., Blanc C., Bilinguisme et bilinguisme, Bruxelles, P. Maradaga, 1984, 498 p.
- Halfon O., Pierrehumbert B., Chouchena O., Bader M., A propos de la transmission intergénérationnelle : paradigme psychanalytique et paradigme de l'attachement forment-ils un alliage impur ? *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, 1997, p. 625 à 648.
- Kress J.J., Changement de langue et traumatisme psychique, *Psychologie médicale*, 1984, 16, 8., pp. 1369-1373.
- Dahoun Z. K. S. Les couleurs du silence, Calman-Levy, 1995.

Pour citer ce texte :

*La complexité de soi*, Charielléditions, ISBN 978-2-9528925-5-1, 2011, pp. 149-157.