



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Orthophonie

N° de mémoire 1858

Mémoire de Grade Master 2 en Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Grade de Master 2 en Orthophonie

Par

CABOTTE Géraldine

**Le soin face à la multiculturalité :
approche ethnographique des enjeux et modalités de la pratique
orthophonique avec des patients migrants**

Directeur de Mémoire

GUILHOT Nicolas

Date de soutenance

24 mai 2018

Membres du jury

TOPOUZKHANIAN Sylvia

WOOLLVEN Marianne

GUILHOT Nicolas



Université Claude Bernard  Lyon 1

Président
Frédéric FLEURY

Vice-président CFVU
CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
REVEL Didier

Vice-président CS
VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
MARCHAND Dominique

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur
Pr. RODE Gilles

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Pr. BOURGEOIS Denis

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directrice
Pr BURILLON Carole

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directrice
Pr VINCIGUERRA Christine

Département de Formation et
Centre de Recherche en Biologie
Humaine
Directeur
Pr SCHOTT Anne-Marie

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Dr Xavier PERROT

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (CCEM)
Pr COCHAT Pierre



Université Claude Bernard  Lyon 1

Institut Sciences et Techniques de Réadaptation Département ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Xavier PERROT

Equipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation
Agnès BO

Responsables des travaux de recherche
Nina KLEINSZ
Agnès WITKO

Responsables de l'enseignement clinique
Johanne BOUQUAND
Ségoène CHOPARD
Claire GENTIL

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du certificat de capacité en orthophonie
Solveig CHAPUIS
Céline GRENET

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Secrétariat de direction et de scolarité
Aurélie CHATEAUNEUF
Véronique LEFEBVRE
Olivier VERON

Résumé

Les flux migratoires, en constante progression, résultent de plus en plus d'une dégradation des conditions de vie qui impose à des populations la décision d'un exil. Aujourd'hui, l'orthophonie doit répondre à une demande croissante de soins provenant de patient·e·s ne maîtrisant pas, ou peu, la langue française et porteur·se·s de cultures éloignées de nos représentations. Ces différences, bien que riches d'enseignements, pourraient avoir de fortes répercussions sur l'exercice orthophonique. Afin de s'interroger sur ce qui fait la pratique d'orthophonistes suivant des patient·e·s migrant·e·s, une approche ethnographique a été choisie pour ce travail. Des entretiens ont été réalisés ainsi que des observations de séances, sans hypothèses préalables, dans le but de relever, sans *a priori* aucun, des paradoxes et questionnements autour de telles rééducations. Les professionnel·le·s sont conduit·e·s à s'inscrire dans cette réalité et penser leur pratique à travers une approche multiculturelle, pratique qui se doit de rester dans un cadre professionnel tout en conservant souplesse, empathie, et neutralité.

Mots-clés

Allophonie

Migration

Pratiques professionnelles

Plurilinguisme

Légitimité

Norme

Abstract

Migration flows, which are steadily increasing, are more and more the result of a deterioration in living conditions that forces people to make the decision to go into exile. Nowadays, speech therapy must respond to a growing demand for care from patients who have little or no command of the French language and carry cultures that are far from our representations. These differences, while enriching, could have a strong impact on speech therapy practice. In order to question the practice of speech therapists following migrant patients, an ethnographic approach was chosen for this work. Interviews were conducted as well as observations of sessions, without prior assumptions, in order to identify, without a priori, any paradoxes and questions around such re-education. Professionals are led to work within this reality and think their practice through a multicultural approach, a practice that must remain in a professional context while maintaining flexibility, empathy, and neutrality.

Key words

Allophony

Migration

Professional practices

Plurilinguism

Légitimacy

Norm

Glossaire :

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision

CLIS : Classe pour l'inclusion scolaire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

PMI : Protection maternelle et infantile

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Remerciements

Je remercie tout d'abord, Nicolas Guilhot pour ses conseils, son soutien et son écoute pour de l'encadrement de ce mémoire.

Je remercie les orthophonistes qui ont accepté de participer à ce travail pour leur contribution enthousiaste, leur disponibilité et leurs encouragements. Merci à elles de toute cette énergie pour donner le meilleur à leurs patients.

Je tiens à remercier K., V. et A. qui sont, d'une certaine manière, à l'origine de ce mémoire, merci à leurs familles à l'accueil si chaleureux.

Je remercie spécialement ces amis, rencontrés à travers ce parcours en orthophonie :

Merci à Alice, à ses goûts musicaux plus que contestables, aux interros redoutables, à Marie-Galante comme ailleurs.

Merci à Anna, pour sa douceur sans limites, ses avertissements avisés, à tous nos blind-tests-cinés-apéros, à la Bretagne qui reste à découvrir.

Merci à Baptiste, celui qui apaise, celui qui écoute, pour nos discussions, pour son rire et sa bienveillance.

Merci à Caro, ma chère binôme du premier jour, mon opposée en tous points, pour sa parfaite complémentarité.

Merci à Virginie, pour ses conseils et encouragements dans les moments difficiles, à son entrain et son déhanché.

Merci à Aline et Caro pour leurs précieuses relectures.

Merci à ma jumelle, à Julie, Helen, Joël, Mirela, Aline, Cécilia, Clémence et mon clan, pour tout ce qu'ils sont, tout simplement.

Merci aux mercredis, sans lesquels cette année n'aurait pas été la même.

Sommaire

I Partie théorique	1
1 Introduction	1
2 Revue de littérature.....	2
2.1 Les migrant·e·s, une population vulnérable	2
2.1.1 La position d'immigré·e	2
2.1.2 La santé des migrant·e·s.....	3
2.2 Multiculturalité et plurilinguisme.....	4
2.2.1 L'imposition de la langue française	4
2.2.2 Précisions terminologiques sur des situations de contacts de langues...	5
2.2.3 Orthophonie et plurilinguisme	6
2.2.4 Orthophonie et multiculturalité	7
2.3 L'orthophonie, discipline plurielle.....	8
2.3.1 A la croisée des disciplines	8
2.3.2 Une pratique basée sur des compétences variées	9
2.3.3 Une approche personnalisée	10
3 Problématique	10
II Méthode.....	11
1 Préparer un mémoire en sciences sociales : une approche ethnographique.....	11
1.1 Devenir ethnographe : prendre de la distance.....	11
1.2 Devenir ethnographe : lire	12
2 Choix d'outils méthodologiques	13
2.1 Démarche fondée sur le terrain	13
2.2 Des entretiens	13
2.3 Des observations de séances de rééducation orthophoniques	13
2.4 Constitution de la population et terrain d'enquête.....	14
3 Recueil de données	15

3.1	Elaboration de la grille et réalisation des entretiens	15
3.2	Observation et vidéos	16
4	Analyses des données	16
III	Résultats et Discussion	18
1	Une demande sociale : comment répondre à l'exigence normative ?	18
1.1	Des attentes scolaires fortes	18
1.2	Le français standard et la norme face au pathologique, des visions contrastées	19
2	Un cadre professionnel fragilisé	20
2.1	L'alliance thérapeutique : une construction délicate	20
2.2	Des difficultés liées à l'évaluation de l'enfant allophone	22
2.3	Des difficultés liées à la prise en charge de l'enfant allophone	23
3	Un engagement personnel aux limites du cadre professionnel	24
3.1	Un don de son temps	24
3.2	Un engagement personnel	25
3.3	Agir au-delà du champ orthophonique	25
4	Apprendre	27
4.1	Le goût du savoir	27
4.2	Un intérêt personnel	27
5	Légitimer sa pratique	28
5.1	Se sentir utile et efficace	28
5.2	Se sentir formée pour être efficace	28
	Conclusion	29
	Références	31

I Partie théorique

1 Introduction

Phénomène qui existe depuis toujours, les migrations humaines constituent une réalité bien vivante aujourd'hui, qu'elles soient dues à un mode de vie nomade, à des persécutions, des famines, ou épidémies. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) estime qu'il y aurait aujourd'hui 200 millions de migrants internationaux, soit 3% de la population mondiale, nombre qui s'est accru de façon considérable ces dix dernières années. Conséquence de ces mouvements, une large partie de la population mondiale est aujourd'hui bilingue, voire plurilingue. Cependant, il s'avère que la norme en France reste exclusivement monolingue.

Les mouvements migratoires actuels, à travers la question de la langue, de la culture, mais aussi de la situation précaire dans laquelle se trouvent la plupart des migrant·e·s, constituent un réel défi pour les systèmes de santé. L'orthophonie d'aujourd'hui, en tant que profession paramédicale, est confrontée à la réalité de ces mouvements de population. Elle doit repenser sa pratique thérapeutique en tenant compte du bilinguisme et de la multiculturalité. Il paraît important pour les orthophonistes de se dégager de la référence monolingue française, d'étoffer leur réflexion en s'ouvrant à la question multiculturelle car « en réalité, presque toutes les sociétés sont multiculturelles [...] composées de populations qui se distinguent par leur milieu social, par leurs appartenances religieuses, ethniques, nationales ou régionales, par leurs pratiques, ou encore par leur système de valeurs » (Bénichou, 2015, p.13).

Discipline paramédicale, certes, mais qui reste à la croisée d'autres disciplines, des sciences humaines à la médecine, l'orthophonie repose sur des bases théoriques autant que sur l'expérience clinique des praticiens. Toutes ces ambivalences peuvent placer ces professionnel·le·s dans des situations à la frontière de leur champ de compétence.

La réflexion de ce mémoire s'articulera donc autour de la délicate condition des migrant·e·s dans la société et particulièrement face au système de santé, puis de la question plurilingue et multiculturelle dans le cadre d'un travail de remédiation orthophonique et enfin, de la position de l'orthophonie au sein de notre système de santé.

2 Revue de littérature

2.1 Les migrant·e·s, une population vulnérable

Les migrant·e·s constituent une population hétérogène. Le mot *migrant* renvoie à maintes réalités : l'exil contraint, la solitude, la peur, la violence, mais aussi le départ rêvé, les rencontres et le renouveau.

2.1.1 La position d'immigré·e

... Étranger : un statut ; immigré : un parcours.

Est « étrangère » toute personne résidant en France qui ne détient pas la nationalité française. Un « immigré » est une personne née étrangère à l'étranger et venue s'installer en France pour un an au moins, qu'elle ait acquis ou non la nationalité française par la suite (Héran, 2016, p.26).

La multiplicité des termes employés pour en parler : immigrés, étrangers, réfugiés, demandeurs d'asile, sans papiers, exilés, primo-arrivants, etc., termes superposables, exprime la diversité des situations. Pour Mazzella (2016) ces flux concernent autant d'hommes que de femmes, de tous âges et classes sociales mais également des enfants voire des mineur·e·s isolé·e·s. Une enquête longitudinale sur l'intégration des primo-arrivant·e·s en 2010 faisait état de motivations multiples (suivre ou retrouver sa famille, fuir l'insécurité, sauver sa vie, fuir la pauvreté, raisons médicales, catastrophes climatiques etc.) (Héran, 2016).

Toute personne migrante a un profil singulier en ce qui concerne sa trajectoire, sa langue et sa culture : « pour certains migrants, il s'agit déjà de conjuguer des identités multiples plutôt que de se définir entre un pays de résidence et un pays d'origine » (Barou, 2007, p.20). Profil singulier mais souvent compliqué, lié au trauma de l'exil, à la disparition de repères sociaux et familiaux, souvent soumis à un certain isolement et une grande précarité. En plus de ce déracinement, ces populations doivent faire face à des problématiques administratives et sanitaires.

Des expressions telles que « crise des migrants » ou « risque migratoire », largement répandues en politique et dans les médias, teintent le mot « migrant » d'une connotation négative. Les représentations associées à l'immigration varient en fonction des points de vue : économique, politique ou social : de la « menace pour les normes sociales françaises » (Mathieu, 2016, p.41) aux « élans temporaires de compassion et d'émotion quant à la vulnérabilité et au désespoir qui pousse des populations à entreprendre un voyage difficile et dangereux » (2016, p.42). La sociologue S. Mathieu, considère d'ailleurs qu'en France « l'idée que l'étranger est

un danger pour la cohésion, pour l'ordre social » (2016, p.42) reste un invariant au niveau des représentations. Face à cela, Sayad, également sociologue, soulève cette question : « comment exister dans un ordre sociopolitique qu'on appelle la nation – même de cette existence mineure, accidentelle, inessentielle, toute chétive, étriquée, mutilée, qu'on accorde aux immigrés sans exister politiquement ? » (2006, p.13). Trouver une place au sein du pays d'accueil semble donc être une tâche difficile pour ces populations subissant déjà de nombreux traumatismes.

2.1.2 La santé des migrant·e·s

Plivard (2014, p.119) explique que la variable « origine » n'a été introduite dans une recherche sur la santé dans les recherches de l'INSEE qu'en 2002-2003 en prenant en compte le pays de naissance et la nationalité. Les personnes migrantes sont souvent en meilleure santé que la moyenne nationale lorsqu'elles arrivent en France (à âges et sexes comparables). Cela s'explique par le fait que ce sont principalement les personnes ayant de bonnes conditions physiques qui font le choix de l'exil. Cependant, les conditions difficiles (conditions de vie, de travail, de logement, qualité du lien social, éducation, etc.) dans le pays d'accueil détériorent leur état de santé. Tarragano, Grassineau, Astre et Gaillard (2017) parlent de ce phénomène connu sous le terme de *Migrant Effect* qui précise que la santé des primo-arrivants est très marquée par la conjonction de toutes ces vulnérabilités.

En France, la législation propose la Protection Universelle Maladie (PUMa) pour les étranger·e·s en situation régulière et les demandeur·se·s d'asile. Elle offre également l'Aide Médicale d'Etat (AME) pour les personnes en situation irrégulière mais sur le sol français depuis au moins trois mois. Ces aides couvrent ainsi une large majorité des migrant·e·s. Tarragano et al. (2017) notent pourtant que certaines organisations non gouvernementales telles Médecins du Monde déplorent un parcours très compliqué pour l'accès aux soins de cette population. Face à ces conditions de grande précarité, la question du soin est souvent reléguée à un plan secondaire : se loger, s'alimenter, faire face à l'insécurité, deviennent alors des priorités. Devoto (2010) met en avant les représentations de la maladie, les difficultés de communication, l'environnement inconnu comme autant d'entraves supplémentaires. Plivard parle également de l'obstacle linguistique, « une mauvaise connaissance du système de soins, alliée à des capacités linguistiques dans la langue autochtone plutôt faibles entraînent des effets sur la santé des migrants, [...] freine la

consultation médicale et nuit aux interactions entre professionnels de santé et migrants » (2014, p.121). Elle ajoute enfin que la non maîtrise de la langue peut également gêner le respect de la prescription. Cette problématique linguistique affecte doublement la rééducation orthophonique : l'enjeu concerne donc l'accès aux soins mais également l'accès à la langue française.

2.2 Multiculturalité et plurilinguisme

Les personnes allophones arrivant sur le territoire français n'échappent pas à l'imposition de la langue française : « en France, les flux migratoires de masse sont soumis à une pression d'adaptation « normative » ou à une injonction d'intégration » (Bennabi Bensekhar, Simon., Rezzoug, et Moro, 2015).

2.2.1 L'imposition de la langue française

En France, l'histoire linguistique montre, qu'à partir d'une diversité initiale des langues sur le territoire, l'Etat a souhaité instaurer une langue unique avec des normes et des règles et ce dès l'Édit de Villers-Cotterêts, en 1539. La volonté du pouvoir est de réunir le peuple français via une uniformisation de la langue qui se prolonge avec l'école obligatoire de Jules Ferry ou, plus récemment, la Charte Européenne des langues régionales ou minoritaires, non ratifiée par la France en 1992. Ce processus de politique linguistique monolingue a visé l'élimination des dialectes et des variétés de langues au profit d'une langue nationale unique « comme si, en somme, la nation elle-même refusait de prendre en compte les particularismes et les différenciations culturelles » (Bénichou, 2015, p.104).

Le français écrit, qui correspond à une norme (grammaticale, lexicale et orthographique) serait perçu comme la langue de la France, son symbole. Figée, sans variations possibles, sa maîtrise paraît pour certain·e·s être indispensable à une bonne intégration sociale. Cette norme du français standard occupe une place centrale dans l'enseignement mais aussi dans le quotidien des personnes face aux institutions de la république. Kerlan explique cela par des raisons historiques et politiques : « c'est autour de la langue de l'école, impérative et impérieuse [...] que s'est construite la république, son unité, contre les particularismes » (2016, p.177). L'imposition de cette langue est au cœur de la réflexion de Bourdieu et Passeron qui affirment que les enjeux de son usage sont multiples et s'entretiennent dans des rapports de domination. Cette imposition, sans contrainte physique, subtile, qu'ils décrivent comme une violence symbolique « en tant qu'imposition, par un pouvoir

arbitraire, d'un arbitraire culturel » (1970, p.19), permettrait de maintenir un ordre, bien qu'inégal. Les enseignant·e·s seraient des agents d'imposition et de contrôle de cette langue et « cette langue d'état devient la norme théorique à laquelle toutes les pratiques linguistiques sont objectivement mesurées » (Bourdieu, 1982, p.27).

2.2.2 Précisions terminologiques sur des situations de contacts de langues

Tout d'abord, il paraît nécessaire de faire un rapide rappel terminologique. La compétence langagière doit être ici considérée dans son entièreté, et non pas seulement à travers le prisme exclusif du français monolingue. Bilinguisme, pluri ou multilinguisme, diglossie, allophonie... La liste est longue. La terminologie dans ce domaine est vaste et varie d'un auteur à l'autre. Les didacticiens, s'intéressant à l'acquisition d'une nouvelle langue en situation plurilingue et multiculturelle, vont plutôt utiliser les notions de *bilinguisme* (quand il s'agit de l'emploi de deux langues par une même personne ou au sein d'un pays), de *multilinguisme* (connaissance d'un certain nombre de langues par une personne ou la coexistence de langues différentes dans une société donnée) ou du *plurilinguisme* (approche qui insiste sur la construction d'une compétence communicative, au-delà de la langue). *Allophone* est utilisé par les institutions en référence aux élèves dont le français n'est pas ou pas uniquement la langue première. Ce terme qui englobe une variété de situations, semble être le plus adapté pour notre étude. Le plurilinguisme, en faisant référence aux compétences langagières comme culturelles, nous semble à retenir également. La notion de *diglossie* apparaît en sociolinguistique avec Ferguson en 1959, avec une hiérarchisation de deux formes linguistiques qui coexistent au sein d'une même communauté, entre une variété « haute » (qui jouit d'un prestige social, très normée, acquise à l'école) et une variété « basse » (acquise naturellement et moins reconnue, utilisée dans des situations familières et quotidiennes). Le concept de diglossie va évoluer comme l'explique Calvet : « il peut y avoir diglossie entre plus de deux codes, et, surtout, que ces codes n'ont pas besoin d'avoir une origine commune, une relation génétique » (2011, p.36) afin de comprendre les phénomènes qui apparaissent lorsque diverses langues sont mises en contact suite à des migrations.

Dans les deux cas, ces histoires linguistiques sont intimement liées à des histoires de vies, à la construction d'identités. Abdelilah-Bauer (2015) explique que « par la

maîtrise de la langue, l'individu est en mesure d'acquérir un sens de soi, de son identité, de ses racines ». La personne allophone n'apprend pas qu'une autre langue, en plus de sa langue maternelle, mais une véritable compétence langagière, une culture différente, une nouvelle façon d'entrer en communication avec l'autre.

2.2.3 Orthophonie et plurilinguisme

Estienne et Vander Linden (2014, p.101) définissent les trois phases de l'apprentissage de la langue, chez un enfant en immersion au sein d'une langue qu'il ne connaît pas. Elles décrivent une première phase d'observation (non verbale, où l'enfant retient en silence), puis une phase télégraphique où l'enfant produit des mots, et enfin une dernière phase d'acquisition des structures morphosyntaxiques et de développement du lexique.

Même si de nombreuses études vantent aujourd'hui les avantages du plurilinguisme dans divers domaines, il est souvent accusé d'être la source de nombreux troubles du langage (retard, bégaiement, ...) (Estienne et Vander Linden, 2014, p.97). La CIM-10 (2009) définit le trouble du langage comme un « déficit spécifique du développement dans la capacité de l'enfant à utiliser un langage oral expressif significativement inférieur à son âge mental ». Estienne et Vander Linden (2014, p.101) expliquent que les trois critères sur lesquels repose le diagnostic de trouble du développement du langage oral, à savoir : le décalage, l'exclusion et la résistance, ne sont pas suffisants dans le cas d'une situation de plurilinguisme et que cela « ne tient pas compte de nombreuses causes qui peuvent expliquer un trouble du langage : génétiques, biologiques, perceptuelles, motrices, cognitives, socioculturelles, langagières, comportementales, affectives » (2014, p.101). Toutes sont à envisager avant la pose du diagnostic d'un enfant qui ne parle pas ou peu le français.

La démarche d'évaluation devient ainsi bien plus complexe, d'autant plus que les batteries de tests sont étalonnées selon une population francophone et que l'anamnèse est parfois impossible à réaliser sans un tiers traducteur. Une évaluation en français et une autre dans la langue maternelle de l'enfant, pourraient alors être proposées. Di Meo et al. expliquent que « les évaluations bilingues, même si elles sont indispensables, restent complexes et reconnaissent des limites [...] la modalité langagière considérée, va être plus ou moins évaluable selon la structure de la langue maternelle » (2014, p.163). Les difficultés à évaluer un enfant allophone et à poser un diagnostic orthophonique renvoient à Canguilhem et ses réflexions sur le

normal et le pathologique (1966). Ce qui relève du normal ou du pathologique n'est pas clairement défini et le score des patient·e·s ne peut être ainsi considéré comme une valeur objective. C'est pourquoi Estienne et Vander Linden ajoutent qu'« une analyse qualitative des résultats sera également plus significative que l'application stricte des normes » (2014, p. 113).

2.2.4 Orthophonie et multiculturalité

Afin de comprendre les codes culturels des professionnel·le·s de l'orthophonie, il semble intéressant de s'interroger sur leurs origines sociales. Comme le souligne Bretin il s'agit d'une : « une pratique professionnelle essentiellement assurée par des filles issues de classes aisées » (2016, p.96). Elle ajoute également que l'empathie et la bienveillance sont deux aptitudes ancrées dans les représentations du travail d'orthophoniste (2016, p.99). Barusse et Vilboux expliquent qu'au-delà d'un simple choix de métier, la pratique de l'orthophonie est un « engagement social de femmes issues de milieux favorisés, qui, [...] renouent avec une pratique d'aide, d'accompagnement et de soin » (2016, p.93). Malgré ces compétences, en situation multiculturelle, le décalage entre les représentations des soignant·e·s et celles des patient·e·s, risque d'être exacerbé et il paraît important de penser sa pratique via une approche transculturelle. Moro travaille sur l'anthropologie médicale et la thérapie transculturelle, disciplines qui envisagent la prise en soin à travers le contexte culturel dans lequel évolue les patient·e·s. Elle affirme que « la reconnaissance de la dimension culturelle de toute interaction y compris de la relation thérapeutique a été longue et conflictuelle tout particulièrement en France » (2013, p.31). Elle ajoute, à propos du soin en situation transculturelle que « le patient comme le thérapeute, a des appartenances et est inscrit dans une histoire collective qui imprègne ses réactions et dont il doit être conscient » (2007, p.210).

Concernant les patient·e·s migrant·e·s allophones, Baubet et Moro expliquent que « la migration vient révéler une pathologie antérieure » ou bien que « c'est l'élaboration que nécessite la migration qui va donner lieu à l'apparition de troubles » (2013, p.55) et suggèrent au clinicien de s'interroger afin de comprendre « quels liens ces troubles peuvent entretenir avec l'évènement migratoire » (2013, p.54). Rosenbaum, orthophoniste travaillant également sur la médiation ethnoculturelle, met les orthophonistes en garde, rappelant que « nos pratiques et nos outils professionnels ne sont ni neutres, si universels » (2012, p.392). Elle incite ensuite à

interroger la pratique orthophonique en situation multiculturelle, en affirmant combien notre représentation francophone, ethnocentriste, est insuffisante pour comprendre ces patient·e·s.

2.3 L'orthophonie, discipline plurielle

Entre l'exercice libéral ou le salariat, les divers domaines décrits dans le Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013, force est de constater que les pratiques orthophoniques sont plurielles. Ali et Wolf (2016) décrivent cet état de fait depuis la fondation de la discipline au début du XXème siècle, avec des orientations différentes dans la manière d'envisager le soin en orthophonie.

2.3.1 A la croisée des disciplines

Kremer et Lederlé affirment « que l'orthophonie française est ancrée dans le champ de la médecine et de la santé, et que les orthophonistes seront des professionnels de santé » (2016, p.23). La profession est inscrite au Code de la santé publique depuis le 10 juillet 1964, l'article L.4341 stipulant que l'orthophoniste traite des anomalies de la voix, de la parole, du langage oral et écrit (Bétrancourt, 2016, p.91). Par sa compétence technique, l'orthophoniste est considéré comme un expert dans le domaine du langage, domaine à la définition « très complexe puisqu'elle concerne des disciplines variées : c'est un acte physiologique [...], psychologique [...], social. Mais c'est aussi une réalité historique constatée dans le monde entier à des époques différentes et sous des aspects divers » (Brin-Henry, 2011, p.147). Il serait donc réducteur de ne l'envisager que sous cet angle purement linguistique. Le sommaire des Savoirs fondamentaux de l'orthophoniste (Kremer, Lederlé, Maeder, 2016) montre que les connaissances des orthophonistes relèvent à la fois des neurosciences, de la gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, oto-rhino-laryngologie comme de la psychologie et de la psychanalyse, mais aussi des sciences du langage et de l'éducation. Les orthophonistes se retrouvent ainsi dans un cadre délicat à délimiter. De plus, Le Feuvre montre par l'évolution de la nomenclature des actes orthophoniques (modifiés en 1972, 1992 puis en 2002) « l'existence d'un processus d'élargissement des domaines d'intervention légitimes des orthophonistes dans le temps » (2016, p.4). Selon Kremer et Lederlé, l'orthophoniste peut, dès lors :

... proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et

éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. (2016, p.27).

2.3.2 Une pratique basée sur des compétences variées

Le premier contact d'un·e orthophoniste et de ses patient·e·s est en lien avec l'évaluation du trouble. Le bilan orthophonique vise à objectiver une plainte (Coquet, 2002), la démarche évaluative va passer par des tests permettant de se référer à des normes (Estienne, 2004). Le rapport orthophoniste-patient·e ne peut se traduire par des aspects affectifs ou personnels. Bien au contraire, sa pratique et son plan de soins doivent être basés sur ses compétences théoriques et techniques, définies à partir du diagnostic. L'évaluation orthophonique est un « acte à facettes multiples » pour Kremer et Lederlé, (2016, p.84) qui affirment qu'elle permet, outre l'objectivité des tests étalonnés, d'établir une relation d'écoute et une certaine souplesse par l'observation clinique. Ceci montre bien que les compétences des orthophonistes ne s'arrêtent pas à un savoir théorique et objectif. Le cadre éthique adopté pour la pratique de l'orthophonie au sein de l'Union Européenne recommande une démarche basée sur les preuves (Maillard et Durleux, 2014) telle que l'*Evidence-Based Medicine* définie par Sackett, Gray, Haynes et Richardson en 1996. Cette approche, appliquée en orthophonie sous le nom d'*Evidence-Based practice* propose aux clinicien·ne·s de fonder leur pratique sur les données issues de la recherche scientifique mais également de vérifier l'efficacité des actes réalisés (Maillard et Durleux, 2014).

Pour Williamson (2007), l'approche du soin ne peut pas relever des seuls savoirs théoriques mais se base sur les trois niveaux de savoir et d'expertise que sont les connaissances concrètes issues de la pratique clinique quotidienne, académiques et éthiques. Fortin, Guth et Tain font, quant à elle, part de trois modèles de pratiques orthophoniques. Ces modèles sont axés sur le soin thérapeutique pur (lié à l'identification de la pathologie en rapport avec le modèle biomédical) ou une conformité sociale en adéquation avec les normes sociales, et un dernier modèle basé sur la cohérence interne de la personne (centré sur le ressenti du patient et la cohérence de l'être) (2016, p.242). Pour une bonne pratique de l'orthophonie, il faut donc envisager que le seul savoir théorique n'est pas suffisant, l'écoute et l'observation clinique viennent également compléter cette approche scientifique (Jaffredo, 2016).

2.3.3 Une approche personnalisée

Jaffredo affirme que « nos références thérapeutiques, nos observations cliniques restent éminemment singulières quand on accepte de respecter le langage de chaque patient » (2016, p.187) puis explique que c'est le-la patient·e qui nous apprend la clinique. Le travail de l'orthophoniste ne consiste pas uniquement à constater un écart à la norme mais à savoir recevoir et écouter ce que les patient·e-s ont à apporter. De plus, il faut garder en tête que le trouble est toujours à mettre en lien avec la personnalité des patient·e-s et le système dans lequel il-elle évolue (Kremer et Lederlé, 2016). La relation qui s'élabore entre orthophoniste et patient·e s'articule autour d'une thérapie duelle basée sur une relation de soin. Or, soigner ne va pas de soi et demande un aménagement personnalisé de la posture des praticien·ne·s face aux patient·e-s. Pour Bouchayer, la construction personnalisée du soin correspond « à des processus socio-anthropologiques fondamentaux constitutifs de la relation d'aide à autrui par le soin qui requiert de l'empathie, de l'intérêt pour les échanges interpersonnels, de la disponibilité psychologique et morale (2010, p.14). La prise en charge orthophonique par une approche personnalisée, « sur mesure » permet de faire naître un réel besoin d'échange (Kremer et Lederlé, 2016).

3 Problématique

Le travail orthophonique, dont les pratiques sont multiples et variées, est au carrefour de nombreuses disciplines qui demandent aux thérapeutes d'acquérir un savoir théorique et également un savoir-faire et un savoir-être. Cette tâche est d'autant plus délicate en situation plurilingue. De plus, la pratique pourrait être mise à mal, avec des patient·e-s migrant·e-s, dans un contexte qui va au-delà de la question du plurilinguisme et de la multiculturalité par la condition d'extrême vulnérabilité dans laquelle se retrouvent les enfants suivis.

Exercer en tant qu'orthophoniste aujourd'hui peut impliquer d'être confronté·e à de telles situations de prise en charge. Ces patient·e-s ne parlant pas le français et évoluant dans un environnement social souvent dramatique, engageant, de fait, les orthophonistes dans des rééducations singulières et délicates. Afin d'observer au plus près ce qui se joue dans la pratique orthophonique face à cette patientèle, j'ai choisi d'aborder ce thème de façon inductive, par une approche ethnographique, en recueillant les détails qui rendent ces prises en soin spécifiques.

II Méthode

1 Préparer un mémoire en sciences sociales : une approche ethnographique

A travers cette approche qualitative, j'ai choisi d'aller sur le terrain. J'ai effectué des entretiens avec des orthophonistes travaillant avec des patient·e·s allophones et observé des séances de rééducation orthophonique afin d'analyser au mieux les enjeux de cette relation thérapeutique : « l'ethnographie désigne la transcription des données premières sur le terrain. Elle est le plus souvent considérée comme la phase initiale de toute recherche ethnologique » (Géraud, Leservoisier, Pottier, 2016, p.10)

1.1 Devenir ethnographe : prendre de la distance

Le parcours de formation initiale qui me prépare à devenir orthophoniste, bien que riche et varié, reste basé sur une approche clinique fondée principalement sur des sciences expérimentales, et n'apporte pas les clés pour un travail ethnographique. En plus des nombreuses lectures, il m'aura fallu apprendre à me distancier, à me dégager dans la mesure du possible de mes *a priori* pour aborder mon travail sous l'angle des sciences sociales. En effet, le travail ethnographique impose une posture qui ne supporte aucun point de vue préalablement établi sur ce que nous observons, car « l'ethnographe ne juge pas » (Beaud et Weber, 2015, p.7).

Cette mise à distance a débuté par un travail d'introspection. Ce travail d'auto-analyse me permettra de tenter d'explicitier mes préjugés et de d'objectiver ma position comme le recommandent Beaud et Weber (2015, p.21). En effet, comment se distancier sans prendre le temps de penser les raisons qui m'ont emmenée jusqu'à ce sujet ? Pourquoi m'estimer libre de toute détermination sociale ?

Bourdieu va même plus loin : « ce qu'il s'agit d'objectiver, en effet, ce n'est pas l'anthropologue faisant l'analyse anthropologique d'un monde étranger, mais le monde social qui a fait l'anthropologue et l'anthropologie consciente ou inconsciente qu'il engage dans sa pratique anthropologique ; pas seulement son milieu d'origine, sa position et sa trajectoire dans l'espace social, son appartenance et ses adhésions sociales et religieuses, son âge, son sexe, sa nationalité, etc. mais aussi et surtout sa position particulière dans le microcosme des anthropologues » (Bourdieu, 2003, p.44).

J'ai ainsi commencé par rédiger une brève note sur le processus de mes choix : issue, du côté maternel, d'une famille d'origine espagnole, les problématiques de la double culture, de langues différentes vécues au sein d'un même foyer et de l'intégration dans la société française, m'accompagnent depuis toujours.

De plus, mon parcours professionnel est intimement lié à ces sujets. En reconversion, ancienne formatrice en Français Langue Etrangère et alphabétisation, puis étudiante en orthophonie, la question de la relation thérapeutique avec des patient·e·s ne maîtrisant que peu (ou pas) la langue française m'a rapidement interpellée.

Une dernière raison, qui me tient particulièrement à cœur, vient d'une situation sociale et politique qu'on ne peut ignorer, spécialement en tant que soignant. Il me paraît essentiel de me positionner en actrice de la pratique en l'inscrivant dans un contexte citoyen : « L'enquête ethnographique dans les sociétés contemporaines n'est pas un outil neutre de la science sociale. Elle est aussi l'instrument d'un combat à la fois scientifique et politique » (Beaud et Weber, 2015, p.8).

Prendre conscience de ce qui me construit pour tenter de m'en détacher et me permettre de mieux observer et suivre les conseils de Lévi-Strauss : « l'ethnographe est quelqu'un qui recueille les faits, et qui les présente (s'il est un bon ethnographe) conformément à des exigences qui sont les mêmes que celles d'un historien » (1974, p.30).

1.2 Devenir ethnographe : lire

Ma démarche s'est ainsi basée sur des observations attentives et leur restitution : « la description ethnographique [...] ne consiste pas seulement à voir, mais à faire voir, c'est-à-dire à écrire ce que l'on voit. C'est un processus généralement implicite tant il paraît aller de soi, alors qu'il est d'une complexité inouïe » (Laplantine, 2015, p.10). Face à cette complexité, j'ai également beaucoup lu « pour découvrir et constituer des outils de travail » (Kaufmann, 2016, p.38). Kaufmann conseille ainsi au chercheur de « lire pour lui, avec curiosité et appétit, pour développer un échange enrichi avec son propre terrain » (2016, p.38).

2 Choix d'outils méthodologiques

2.1 Démarche fondée sur le terrain

La démarche ethnographique est « par définition fondée sur le terrain » (Copans et Singly, 2016, p.9). J'ai choisi de suivre les principes de la Grounded Theory conçue par Glaser et Strauss en 1967, forgée sur des faits observés sur le terrain, que Novo et Woestelandt décrivent comme « une méthode qui favorise l'innovation scientifique grâce à une approche inductive venant d'une analyse enracinée dans les données du terrain » (2017). Mon analyse va se développer à partir des données collectées, sans hypothèse préalable.

2.2 Des entretiens

L'entretien, expliquent Blanchet et Gotman, correspond à « la production d'un discours in situ. C'est en cela qu'il est une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'informations » (2007, p.15). Kaufmann (2016) explique que l'entretien compréhensif « reprend les deux éléments (théorie et méthode), mais il inverse les phases de la construction de l'objet : le terrain n'est plus une instance de vérification d'une problématique préétablie mais le point de départ de cette problématisation ».

Même s'il est au préalable déjà structuré par la grille que j'avais élaborée afin de cibler la discussion, d'éviter des oublis, etc., l'entretien est à chaque fois singulier. Ce n'est pas qu'une rencontre technique. C'est un outil flexible qui demande sans cesse des ajustements. La grille de questions reste très souple, mais elle me permet de guider l'entretien : « c'est un simple guide pour faire parler les informateurs autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème » (Kaufmann, 2016, p.45).

2.3 Des observations de séances de rééducation orthophoniques

Les sciences sociales sont des disciplines qui impliquent une observation de la vie sociale. J'ai choisi d'observer les séances afin d'être dans la mesure du possible physiquement présente dans les situations avec lesquelles j'ai choisi de travailler. Arborio et Fournier précisent que l'observation permet « de s'assurer de la réalité des pratiques évoquées en entretien » (2010, p.8). J'ai bien conscience des limites de cette pratique. En effet, il est impossible d'être complètement extérieur à la situation

observée, il existe comme « un dilemme entre observer comme observateur au risque de perturber la situation et observer en participant au risque de se voir contraint dans sa capacité à observer » (Arborio et Fournier, 2010, p.30). Il me paraissait cependant important de participer à la réalité du travail orthophonique avec ces patient·e·s, d'en observer le contenu réel sans se limiter à une vérité, peut-être différente, produite lors des entretiens.

2.4 Constitution de la population et terrain d'enquête

La constitution de ma population d'étude a été longue et laborieuse. J'ai commencé par contacter diverses associations venant en aide aux migrant·e·s, puis des structures proposant des cours de Français Langue Etrangère et d'alphabétisation, sans succès. S'il était difficile d'entrer en contact avec des migrant·e·s recevant des soins orthophoniques, ma deuxième option passait donc par une approche directe des orthophonistes. J'ai alors commencé par du bouche-à-oreille parmi les étudiant·e·s, profitant des situations de stage de chacun·e, puis décidé d'envoyer un message à la liste des orthophonistes de la région lyonnaise. Ce message indiquait que, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'étais à la recherche d'orthophonistes travaillant avec des patient·e·s migrant·e·s, arrivé·e·s depuis peu en France, ne connaissant pas ou peu la langue française mais nécessitant un suivi orthophonique. Il précisait que ce travail participerait à une réflexion sur la relation thérapeutique avec une population vulnérable et serait probablement suivi d'entretiens et d'observations. Après diverses relances, j'ai obtenu des réponses d'orthophonistes volontaires pour participer à ce mémoire. C'est ainsi que j'ai formé ma population d'étude en gardant en tête que « la recherche qualitative, menée par entretiens, suppose de s'intéresser à une petite partie de la population totale. Elle n'est pas régie par la quantité mais par la qualité et la variété des recueils » (Sauvayre, 2013, p.27).

Concernant les conditions d'inclusion à ce travail, j'ai souhaité trouver des patient·e·s migrant·e·s, arrivés en France depuis moins de 18 mois, qui ne maîtrisaient pas le français. Les trois orthophonistes ayant répondu et dont les patient·e·s répondaient à mes critères travaillent en libéral à Lyon, Villeurbanne et Saint-Priest. Ce sont trois femmes âgées entre 25 et 35 ans.

Les trois patient·e·s allophones sont des enfants d'âges différents et d'origines différentes également. La raison de leur suivi en orthophonie n'est pas due à un

retard de langage ou de parole liés à l'acquisition du français en tant que nouvelle langue mais s'inscrit dans un retard global dû à un syndrome ou une déficience intellectuelle. Les orthophonistes C., O. et J. suivent respectivement K. (quatre ans, vient de Mongolie et a pour langue maternelle le mongol, il a un retard global dû à un syndrome non connu de l'orthophoniste), V. (sept ans, arrive d'Ukraine, de langue maternelle russe, avec une déficience intellectuelle, suivi orthophonique en Ukraine) et A. (huit ans, du Kazakhstan mais a vécu en Russie également, de langue maternelle kurde, est épileptique avec des troubles envahissants du développement, l'orthophoniste suspecte également une déficience intellectuelle).

K. et V. sont suivis deux fois, et A. trois fois par semaine. K. est ici seul avec sa mère, V. vit en France avec sa mère et sa grande sœur, A. vit avec ses deux parents mais J. ne rencontre que le père. Aucun des parents ne parle le français, seule la mère de V. vient de commencer des cours. La mère de K. ne connaît que quelques mots en anglais qu'elle utilise pour communiquer avec C.

3 Recueil de données

Les observations ont été effectuées entre début novembre 2017 et mi-février 2018. Selon les patient·e·s, les suivis n'ont pas toujours été réguliers. J'ai cependant pu travailler sur 37 vidéos correspondant chacune à 30 minutes de rééducation orthophonique. Ensuite, sont venus les entretiens courant mars 2018, 3 entretiens variant de 48 minutes à 1h06.

3.1 Elaboration de la grille et réalisation des entretiens

J'ai réalisé un entretien avec chacune des trois orthophonistes (C., O. et J.) travaillant avec des patient·e·s migrant·e·s qui ont accepté de participer à ce travail. J'ai alors entamé une négociation sur les termes de ces entretiens. Nous avons choisi un lieu calme : les entretiens ont été réalisés au cabinet, dans le bureau des orthophonistes ou pour J., à son domicile. Nous avons convenu que l'entretien se ferait sur une plage d'une heure au moins, tout en précisant qu'un deuxième entretien, sûrement plus court, pourrait être envisagé si nous n'avions pas terminé. Le premier s'est déroulé sur une plage d'une heure libre pour C., sur la pause déjeuner pour O. qui était disponible pendant 1h30 et au domicile de J. qui a libéré une après-midi pour travailler chez elle. Nous n'avons pas eu besoin de réaliser une seconde série de rencontres. Lors de ces entretiens, les informations ont été

collectées de façon orale et directe durant une heure environ. Les orthophonistes interrogées n'y voyant pas d'inconvénients, les entretiens ont été enregistrés, complétés par de rapides notes, pour apporter des informations supplémentaires sur le non-verbal. La grille (annexe B) était classée selon divers thèmes qui s'articulaient autour d'une suite logique. Les questions avaient été pensées comme à destination d'interlocuteur·rice·s fictif·ive·s pour lequel·le·s j'aurais tenté de prévoir les réactions. Dans un souci de précision et pour rester dans un certain cadre, les points à aborder pour chaque question étaient mentionnés dans la grille. Les interlocutrices et les situations étant différentes, les réactions n'ont évidemment pas été celles imaginées mais cela m'a permis de créer une dynamique dans la conversation et éviter d'énumérer les questions à la manière d'un questionnaire. J'ai choisi d'adopter un ton conversationnel, afin de « briser la hiérarchie » comme le recommande Kaufmann (2016, p.48). En effet, dans ce type d'interaction, « l'enquêté se soumet à l'enquêteur, acceptant ses catégories, et attend sagement la question suivante » (2016, p.48). J'ai ainsi délibérément choisi d'employer des mots simples, d'être curieuse sur des anecdotes et des informations pouvant sembler triviales.

3.2 Observation et vidéos

Les conditions d'observation se déroulant au sein du cabinet d'orthophonie, j'ai choisi d'adopter une position d'étudiante stagiaire qui observe, plutôt que d'étudiante chercheur, afin d'endosser un rôle existant dans ce lieu. Je me plaçais ainsi dans une forme d'observation participante dans une situation réelle tout en gardant un rôle existant d'observatrice, installée dans le fond de la salle. Cependant, les contraintes de stages ne m'ont pas permis d'assister à toutes les séances de rééducation orthophonique. Certaines ont été filmées par les orthophonistes et récupérées par mes soins ultérieurement. La première séance observée avait juste fait l'objet d'un enregistrement audio accompagné de notes. Lors de l'écoute, malgré ma prise de notes attentive, j'ai perçu les limites de la seule écoute et le choix de la vidéo s'est ainsi très vite imposé.

4 Analyses des données

Afin d'éviter une lecture trop sélective de mes entretiens, j'ai entrepris de les retranscrire intégralement et le plus fidèlement possible car « la retranscription exhaustive et le traitement de l'intégralité du contenu apparaissent comme une

condition première pour tendre vers une certaine objectivité de l'analyse » (Ramos, 2015, p.100). J'ai choisi d'utiliser le logiciel Express Scribe pour m'aider dans cette tâche. Une fois retranscrit, j'ai pris le temps de découper chaque entretien pour « mettre au jour » et « nommer les critères à partir desquels on opère les regroupements thématiques » (Ramos, 2015, p.101) puis d'en relever les propos congruents, ou au contraire, contradictoires. Des thématiques ont commencé à émerger. J'ai ensuite effectué une analyse inter-entretiens et mis ensemble les éléments qui me paraissaient signifiants. J'ai ensuite extrait des citations qui semblaient pertinentes afin de les réutiliser pour illustrer mes résultats.

Parallèlement à cela, j'ai travaillé sur les vidéos à partir de grilles élaborées auparavant (annexe A) selon les aspects verbaux et non verbaux de la communication. Pour ce faire, je me suis inspirée de divers modèles dont les grilles d'Evalo BB. Il était important pour moi d'observer, en plus du déroulé chronologique de la séance de rééducation (temps administratif, activités proposées lors des rééducations, etc.), les postures, regards, gestuelles des participant·e·s ainsi que les langages utilisés lors des séances (langue française, traductions, signes, pictogrammes ou dessins, etc.). Mes observations avaient pour but une analyse fine des situations de rééducation à mettre en lien avec ce qui était énoncé par chacune des orthophonistes lors des entretiens.

III Résultats et Discussion

Observer des séances de rééducation d'enfants allophones, avec ou sans tiers, et recueillir les témoignages d'orthophonistes à travers des entretiens m'a permis de mettre en lumière certains points, parce que leurs pratiques ou représentations divergeaient ou au contraire se retrouvaient totalement, parce qu'à l'intérieur même du discours de chacune j'ai pu observer des ambiguïtés, parce que chacune a su, à sa manière de le raconter, me montrer que ce sujet la touchait particulièrement. C'est à partir de ces points que j'ai choisi d'orienter ma réflexion et mon analyse.

1 Une demande sociale : comment répondre à l'exigence normative ?

1.1 Des attentes scolaires fortes

Les orthophonistes rencontrées pour ce travail suivent ces trois patients dans le cadre d'une activité libérale. Les entretiens montrent que les enfants allophones rencontrent le plus souvent des orthophonistes suite à des recommandations émanant de l'institution scolaire, mais également d'assistantes sociales ou de pédiatres. Ici, V. et A. ont été adressés à la demande d'un enseignant et pour K. il s'agissait d'une association d'aide aux réfugiés.

Les statistiques montrent que les enfants de migrants, lorsqu'ils sont scolarisés en France, sont surreprésentés dans les classes spécifiques de l'éducation nationale (type ULIS, CLIS, SEGPA) et qu'en cumulant des facteurs de vulnérabilité, ils font partie des élèves courant le plus grand risque de difficultés scolaires (Couëtoux-Jungman et al., 2018). L'entrée à l'école peut donc se révéler traumatique pour les enfants mais également faire naître une angoisse d'échec et une volonté de les voir réussir très forte au sein de la cellule familiale. Une étude menée auprès de comoriens à Marseille (Mohamed-Girard, 2012) révèle que les familles sont mobilisées afin de répondre aux demandes scolaires et qu'elles envisagent l'école comme un espoir de mobilité sociale. O. admet qu'elle a subi une forte pression de la mère, qui se soucie énormément de la scolarité de son enfant. Sa pratique s'en est trouvée modifiée : « *je subissais son attente* », explique-t-elle ; « *pour elle, l'important c'est de réussir à l'école, pas de parler français* ». Au début de la prise en charge en septembre, O. souhaitait que la mère de V. assiste aux séances mais il y avait de telles attentes sur les apprentissages qu'elle n'osait pas suivre son projet thérapeutique tel qu'elle l'avait pensé : « *je ressens une grosse pression de la maman, je me sens presque illégitime quand dans ses attentes, elle refuse de le voir*

'jouer' en séances [...] je pouvais pas décoller du scolaire ». Pour certains parents, le fait que leurs enfants soient suivis en orthophonie pourrait favoriser une réussite scolaire et atténuer les différences avec les enfants issus de milieux plus favorisés. Ils semblent attendre du soin une aide à l'apprentissage du français mais également une solution au trouble du langage (Santelli, 2016). Outre les fortes attentes de la mère et la situation de précarité sociale de la famille, la barrière de la langue a été un réel frein aux négociations entre la thérapeute et la mère sur la manière de mener la prise en charge. La décision de faire les séances seule avec V. s'est donc imposée assez rapidement et d'après les observations des séances filmées, le cadre est posé par O. qui travaille selon ses objectifs. Depuis peu, une proposition d'orientation en classe ULIS a été formulée. La mère semble avoir compris qu'il y avait d'autres enjeux : *« elle met moins de pression sur l'ortho ».*

1.2 Le français standard et la norme face au pathologique, des visions contrastées

La question de l'institution scolaire et de la norme de langage qu'elle impose est une réalité dans la pratique orthophonique. Les orthophonistes évoquent ainsi cette question *« je pars plutôt du principe que quand l'enfant considère qu'il va bien, et qu'il est lancé, je m'en fiche qu'il soit dans la norme »* affirme O. qui ajoute *« je me réfère pas du tout à la norme du français »*, puis *« de toute façon quand il y a un trouble, la norme, ben, tu l'atteins jamais ! »*. La question concerne plutôt l'arrêt du soin pour C. : *« c'est quand tu estimes que le niveau est suffisant... Et c'est hyper difficile ! [...] c'est aussi très lié à l'environnement de la personne. On va pas en faire des Einstein de nos patients et c'est super difficile de savoir quand on estime que c'est là son niveau, surtout avec ces patients, c'est encore des questions que je me pose à chaque prise en charge »*. Elle s'interroge *« je sais pas parce que c'est jamais parfait, est-ce qu'on s'arrête quand c'est parfait ou quand il fait pas trop de fautes ? »*. J., à l'inverse, affirme très vite *« moi, la norme, je trouve ça super important »*. Elle insiste sur l'importance de la maîtrise d'un français standard et du langage écrit dans un but d'autonomie future pour ses patient·e·s dont A. : *« aujourd'hui, ça régit tout ! et le langage écrit ça devient super important, pour eux, tout passe par le papier »*. Elle insiste sur la valeur de cette langue standard et normée pour que ses patient·e·s soient en mesure *« de comprendre et d'expliquer »*. J. justifie ainsi la maîtrise de la langue comme étant nécessaire pour exister dans la

société et nous ramène aux travaux de Bourdieu (2001) qui dénonce l'imposition d'une langue par le groupe social dominant. En légitimant cette norme, même si elle envisage cela pour le bien de ses patients en affirmant « *je veux qu'ils puissent choisir leur métier, ce qui est important pour eux* », elle participe aux rapports de pouvoir et de domination décriés par le sociologue. Il paraît donc indispensable de penser le soin orthophonique dans ce cadre et d'adapter sa pratique aux patient-e-s comme O., qui ne semble se préoccuper que très peu de la norme du français standard imposé par l'institution scolaire. Elle en subit pourtant la pression à travers les fortes attentes de la mère, ce qui a conséquences sur son travail. C. est plus modérée, s'interrogeant surtout sur l'arrêt du soin, mais il faut rappeler que ces questionnements sont plus généraux pour elle car K. n'est pas scolarisé et aucune pression normative n'est attendue de la part d'institutions le concernant. La notion de variation (et par conséquent de la norme) dans l'acquisition du langage semble beaucoup plus délicate à envisager en situation de plurilinguisme et de multiculturalité (Akinci et Delamotte, 2012).

2 Un cadre professionnel fragilisé

2.1 L'alliance thérapeutique : une construction délicate

L'alliance thérapeutique nécessite une réelle collaboration entre le patient et le thérapeute. Pour A. Braconnier (2002), elle est basée sur quatre aspects fondamentaux que sont : la négociation (s'accorder sur le cadre thérapeutique), la mutualité (agir ensemble), la confiance et finalement l'acceptation d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient). L'engagement de la famille dans des objectifs communs et l'acceptation de la stratégie d'intervention par les parents sont une part primordiale de la construction d'un projet thérapeutique (Drieu et Raynaud, 2015). L'analyse des vidéos de séance de rééducation montrent que C. est la seule à travailler avec la mère de K., et ce à chaque séance. Les regards adressés à la maman sont nombreux, elle est totalement intégrée à la séance bien qu'elle ne parle que le mongol et quelques mots d'anglais :

C. silencieuse attrape le dossier de K. et regarde ce qu'elle avait noté auparavant, de l'autre côté du bureau, K. joue avec des figurines, et la mère attend sans dire un mot. Elle interagit en mongol avec K. et lui sourit, alternant ses regards entre son fils et l'orthophoniste. C. relève la tête et sourit à l'enfant puis se tourne vers la mère et fait de même. Elle annonce à K. qu'ils vont

commencer, d'une voix douce et les regarde en souriant. Ses phrases sont courtes, en français et bien que la séance soit centrée sur K., son attention va de l'un à l'autre. (Observation du 05 décembre 2017)

La mère ne comprend que quelques mots isolés de français, mais elle fait une totale confiance à C. qui nous confie « *ça n'empêche pas du tout la confiance avec les familles. Ils ont... En fait, ils me font confiance* ». L'alliance thérapeutique est bel et bien vivante avec cette mère et son enfant, C. estime qu'ils ont une « *confiance absolue* » en elle et dans le travail qu'elle leur propose. Elle ne peut être négligée quand on sait que la qualité du lien et un projet thérapeutique partagé sont les meilleurs indicateurs pour prédire l'efficacité d'une intervention psychothérapeutique (Horvath & al. 1991). Cependant, si la confiance et l'acceptation de l'influence de l'autre sont très présentes dans les situations observées, la mutualité reste plus difficile à obtenir. En effet, les familles se trouvant dans des situations très précaires, il est souvent compliqué, malgré leur volonté, de s'impliquer hors des séances « *je veux bien faire des efforts et comprendre que c'est pas facile pour elle mais il faut qu'elle m'aide, il y a un moment où il faut qu'elle respecte ce que je fais* » me confie C. Elle ajoute plus tard « *c'est pas 2x30 minutes de rééduc qui vont changer la vie de cet enfant mais tout ce que le parent va pouvoir voir, ce qu'on va échanger autour de ça qui va l'aider à évoluer* ».

Quant à la question de la négociation autour du projet, les trois orthophonistes interrogées estiment que la langue est une véritable barrière : « *Un jour, il est venu juste pour me dire que sa fille ne viendrait pas, il a eu peur que je ne le comprenne pas au téléphone alors il s'est déplacé* » confie O. Les orthophonistes expriment cependant des difficultés surtout concernant les échanges autour de la prise en charge : « *du coup, je fais très peu de retours* » dit J., « *mes retours sont très sommaires et ça c'est une grande frustration* » pour O. et pour C. « *c'est compliqué avec le papa j'y arrive pas, du coup je fais très peu de retours. Je vais pas aussi loin qu'avec un parent qui parle français [...] je trouve ça difficile de pas être claire dans ce que je dis, de trouver les bons mots pour que le parent comprenne* ». Ces difficultés sont compréhensibles quand on sait que la relation thérapeutique s'appuie sur des implicites et des systèmes culturels partagés par le soignant et les familles (Baubet et Moro, 2013). Cela n'empêche pas les orthophonistes de persévérer pour entretenir ce lien : « *on essaie, on attend, on répète ! J'essaie de reformuler, je rame...* » dit J.

2.2 Des difficultés liées à l'évaluation de l'enfant allophone

Avant toute prise en soin, un bilan orthophonique est réalisé. Il convient de noter, tout d'abord, que la question de l'évaluation orthophonique, base de notre travail de rééducation, est très sensible quand il s'agit de patient·e·s allophones. En travaillant sur la question de l'évaluation en milieu diglosse, Mercier et Hamon (2012) tentent d'expliquer les différences de résultats entre les enfants métropolitains et ceux issus du panel réunionnais par trois hypothèses : des milieux socio-économiques, culturels et linguistiques différents du panel ayant servi à l'étalonnage des tests. Les patients migrants reçus par nos orthophonistes conjuguent ces trois différences. Les bilans qu'elles ont dû proposer ont été d'emblée à repenser pour éviter une évaluation incomplète voire totalement faussée. « *Je ne sais pas ! je tâtonne ! j'essaie avec des bilans standardisés mais c'est hyper compliqué* » dit C. O. a choisi d'utiliser la batterie d'Evaluation du Langage Oral de Khomsi, (ELO) et de l'adapter : « *j'essaie de voir ce que ça donne dans sa langue maternelle, j'ai organisé à partir de la ELO une sorte de double évaluation dans les deux langues avec une triple cotation ! pour voir ce que ça donne en français et dans sa langue maternelle et ensuite j'essaie de voir sa communication en global avec les deux langues confondues, je me débrouille quoi* ». J. a opté pour un bilan qualitatif « *j'ai pris le temps d'observer si les pré-requis étaient là, j'ai bidouillé des grilles pour voir ça* », puis ajoute « *pour l'anamnèse c'est la PMI qui m'avait briefée* ». C. explique « *là, il fallait que je fasse le bilan de renouvellement de K. donc on a tâtonné et du coup on a essayé de faire un bilan en mongol... Je voulais voir si en mongol il pouvait dire des mots basiques, donc j'ai fait des planches de mots, j'ai même pas pris un truc qui existait, j'ai vraiment fait avec des mots les plus communs possibles... Et de les faire en compréhension et en production en mongol via la maman pour qu'elle me dise si c'était juste ou pas. J'arrivais pas à estimer son niveau de compréhension. Qu'est-ce que je peux attendre de lui en compréhension en français, si y'a pas de compréhension en mongol ? Du coup, c'est beaucoup de tâtonnement et des essais* ».

La démarche d'évaluation pour laquelle la Haute autorité de santé (HAS) recommande depuis 2001 d'utiliser des conditions standardisées afin de permettre une réelle évaluation est ici mise à mal. Les trois orthophonistes reprennent ou façonnent toutes leurs évaluations à leur manière, hors de tout cadre orthophonique. Ceci afin d'estimer les capacités de l'enfant malgré les difficultés liées à la non-maîtrise du français. L'évaluation pose la question essentielle de la fin et des

moyens, le but étant de définir un profil du patient basé sur ses capacités et difficultés afin de mettre en place des moyens adaptés (Kerlan, 2016). Estienne et Vander Linden, affirment que les objectifs orthophoniques d'un bilan ou d'une remédiation restent les mêmes pour une personne monolingue ou non, et que c'est « le multilinguisme au cœur de la consultation qui va susciter un savoir, un savoir-faire, un savoir-dire et un savoir-être différents » (2014, p. 118). C'est ce qu'essaient d'estimer C., J. et O. même si les situations de plurilinguisme les obligent à faire des entraves aux protocoles.

2.3 Des difficultés liées à la prise en charge de l'enfant allophone

Le projet thérapeutique qui découle de l'évaluation initiale propose des axes de travail que l'orthophoniste s'engage à suivre et à reconsidérer ultérieurement lors de bilans de renouvellement. Ce projet de soin, rédigé par l'orthophoniste, est personnalisé et pensé spécifiquement pour le patient (Kremer et Lederlé, 2016). Les orthophonistes interrogées montrent la difficulté à évaluer leur travail avec les patients allophones. Les retours qu'elles font de leur prise en charge traduisent également ces incertitudes : aucune ne fait référence à un projet de soin précis et elles déclarent agir de manière assez instinctive lors des séances « *J'ai l'impression que des fois je sais pas trop où je vais, je suis entre deux eaux* » m'avoue J.

Elles sont également très ambiguës. Leurs propos oscillent sans cesse : elles prétendent avoir une attitude très protocolaire alors qu'elles estiment toutes, en parallèle, travailler au feeling, avec ces patients. J. affirme au début de l'entretien, « *je suis pas hyper protocolaire, ça c'est sûr !* » puis « *souvent j'y vais à l'instinct* » et plus tard « *les protocoles ça me rassure et ça me permet de me justifier* ». C. se sent « *beaucoup dans le relationnel* » puis « *j'en ai besoin, j'ai besoin de cadre, d'avoir, de maintenir un cadre toujours régulier, toujours le même. Il y a besoin de rigueur et donc de technique* ». O. explique agir « *au feeling* » et ajoute « *il y a des jours avec V. où je suis extrêmement technicienne parce que tu sens que tu peux pas faire autre chose* ». On retrouve ainsi un clivage décrit par Perdrix : relation-technique. Ces deux pôles semblent fonder la pratique, mais « chaque orthophoniste modélise à sa manière l'articulation entre les deux » (2016, p.153). Nos trois entretiens montrent que les orthophonistes interrogées envisagent les deux pôles comme décrits ainsi par Perdrix : « la compétence relationnelle est un préalable à l'application des techniques orthophoniques » (2016, p.153). Cependant, autre

ambiguïté, il leur paraît normal, à la manière des bilans, d'adapter cet aspect technique au patient allophone : « *je peux prendre un peu de souplesse* », « *j'arrive pas toujours à m'y tenir* », « *c'est à ma sauce quand même* ».

Des entraves aux protocoles d'évaluation standardisés et un « bricolage » méthodologique sur des aspects techniques de la rééducation, il faut ainsi constater que ces prises en charge mettent les orthophonistes dans une position sous tension, parfois en marge des recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

3 Un engagement personnel aux limites du cadre professionnel

3.1 Un don de son temps

Les analyses de vidéos montrent que le temps de séance passé autour du soin est essentiellement basé sur des aspects pratiques, qui concernent principalement les rendez-vous suivants (plusieurs rappels à l'oral, notés à l'écrit auparavant). Temps variable selon les orthophonistes et les séances mais qu'elles ne semblent pas distinguer lors des entretiens. En effet, J. affirme « *je fais pas plus, ou moins, qu'avec les autres !* » puis qu'il lui est parfois difficile d'accepter ce qu'elle nomme « *différences culturelles* » en références aux retards répétés ou annulations non justifiées ni anticipées par les familles. A propos de la régularité des séances avec K., C. me confie qu'elle est beaucoup plus indulgente qu'avec ses autres patient-e-s « *là, par exemple pour K., j'ai laissé passer beaucoup de choses* » et ajoute « *enfin, à chaque fois... (soupirs), je me disais... est-ce que c'est à cause des papiers ? Pourquoi elle vient pas ?* » et essaie de comprendre l'absence injustifiée « *Il doit y avoir une raison !* ». Elle m'explique ensuite « *j'ai fini par lui donner mon numéro perso !* » et termine ainsi « *mais oui... Je pense que je suis beaucoup, beaucoup plus tolérante... oui je pense, oui ! (rires)* ».

O. avoue pourtant que « *malheureusement, ça demande de se tenir au courant de pas mal de choses... mais on n'a pas toujours le temps* » et pointe ici le travail supplémentaire qu'implique un tel type de prise en soin. Son ton de regret traduit un écart entre ce qu'elle souhaiterait et sa pratique effective. Il est intéressant de remarquer que, paradoxalement, chacune se défend de préparation préalable ou de travail supplémentaire. Elles sont catégoriques sur ce point et le justifient par un manque de temps.

Kerlan explique que « le praticien, dans son cabinet, n'a pas le temps pour consulter la littérature, de l'analyser et de la critiquer » (2016, p.126).

3.2 Un engagement personnel

O. explique que ce type de rééducation est complexe et qu'il lui demande un investissement important « *ça déborde souvent, j'y pense souvent sur mon temps personnel* ». L'engagement de ces orthophonistes dans leur pratique semble donc se situer aux frontières du personnel et du professionnel. Elles en sont conscientes et le justifient dans un premier temps par leur propre caractère « *je me sens... (sourires), j'ai une empathie un peu cognée, quoi !* » pour O. et « *mais c'est mon côté bonne pâte ! mais c'est pas forcément quelque chose que je suis contente de faire* », pour C. Elles semblent avoir conscience d'être dans une zone limite, qui dépasse le cadre thérapeutique. C. m'a expliqué un jour où je venais filmer une séance que la mère de K. l'avait contactée, un soir, très inquiète à propos de son fils qui avait une forte fièvre pour lui demander quoi faire. Des sms échangés dans un anglais approximatif qui montrent la difficulté de l'orthophoniste à rester dans son rôle.

3.3 Agir au-delà du champ orthophonique

J. semble avouer « *Des fois, t'as l'impression de faire du social... plus que de l'ortho* », O. dit « *on n'est pas que des ortho !* » et C. affirme « *y'a besoin pas que... de séances en fait, il y a tout, autour de l'ortho, qui est important dans ces prises en charge* ». La question de l'orthophonie à la croisée des disciplines est ici soulevée. Kremer et Lederlé expliquent que « *dès l'origine de sa création, il est clair que l'orthophonie française est ancrée dans le champ de la médecine et de la santé, et que les orthophonistes seront des professionnels de santé* » (2016, p.23). C. me dit même, en souriant, que la mère de K. l'appelle « *Docteur* ». Klein (2011) nuance ce lien,

... si l'orthophonie reste intimement liée à la médecine, tant institutionnellement (elle s'enseigne en faculté de médecine), que terminologiquement (elle utilise des catégories nosologiques médicales), pratiquement (elle intervient sur requête médicale), méthodologiquement (elle pratique des diagnostics, de la prévention et de la thérapeutique) et épistémologiquement (statutairement elle est une activité paramédicale), leur relation apparaît néanmoins paradoxale. En effet, tout en se développant comme profession, l'orthophonie en tant que discipline scientifique s'est élargie, au point de se disperser, définissant progressivement son activité comme éducative, préventive et non plus spécifiquement curative. Dès lors,

l'orthophonie revendique des méthodologies et des approches relevant des sciences humaines et sociales.

Lors des entretiens menés, nos trois orthophonistes placent la définition de l'orthophonie autour de la notion de communication « *l'orthophonie, c'est le langage, la communication !* », « *c'est la rééducation de tout ce qui touche à la communication* », « *c'est pour aider tous ceux qui ont des difficultés, soit pour parler, soit pour écrire, soit pour se concentrer* » et non pas autour du médical. Estienne affirme que « l'orthophonie est aux confins de plusieurs disciplines, telles que la médecine, la psychologie, les sciences du langage, l'ethnographie, les sciences de la communication, l'informatique » (2004, p.9) et montre ainsi à quel point le champ d'action des orthophonistes est vaste et se trouve au carrefour de nombreux autres domaines. Avec ce type de prises en charge, coûteuses en temps, en investissement, le risque est pour ces orthophonistes de franchir les limites de la profession. Perdrix explique que :

... l'orthophonie est une discipline paramédicale, pas une science, et doit puiser dans des champs connexes et multiples des fondements théoriques propres à éclairer sa pratique. Cette pluridisciplinarité la place *de facto* face à des inférences plurielles [...] dont la compatibilité ou l'articulation n'est pas toujours évidente. S'il est possible que les orthophonistes jonglent aisément avec l'ensemble de ces savoirs, on peut aussi envisager qu'un choix est opéré, privilégiant telle inférence plutôt qu'une autre. (2016, p.154).

Les orthophonistes interrogées ne se sentent pas particulièrement hors-cadre, C. se dit même stimulée par « *le fait que ça touche à plein de domaines* ». O. conclut sur ce sujet en affirmant « *globalement, je me sens plus thérapeute qu'ortho, tu vois, j'accepte de me dire, je suis pas qu'ortho quoi. Je prends un peu tout en me disant... va falloir accepter à la fois toute la psychologie, toute l'histoire, enfin voilà, il y a beaucoup beaucoup beaucoup plus* ».

J. justifie ces écarts en affirmant que ce qui importe pour elle, c'est de « *se sentir utile* » même si cela va plus loin que son travail d'orthophoniste.

4 Apprendre

4.1 Le goût du savoir

La question du savoir est très importante chez ces orthophonistes. Hénault rappelle que « dès 1972, la profession d'orthophoniste a construit sa propre formation continue » et que « peu à peu, les syndicats professionnels se sont constitués en organismes de formation » (2016, p.181). Elle ajoute que la participation au développement professionnel continu (DPC) « obligatoire est vérifiée par l'ARS pour les orthophonistes libéraux, par leur employeur pour les orthophonistes salariés » (2016, p.182). Nos trois orthophonistes suivent toutes et de façon régulière des formations continues et ce dans des domaines variés et plusieurs fois par an, au-delà de ce qui leur est imposé. Ces formations ne sont d'ailleurs pas forcément toujours en lien avec leur patientèle. J., la plus récemment diplômée, me confie « *Si je pouvais retourner à la fac demain, j'y retournerais !* ».

Je constate que les trois ne sont pas satisfaites de la formation initiale qu'elles ont reçue sur le bilinguisme : « *trop restreint* », « *frustrée* », « *trop théorique* ». Cependant, une seule, parmi elles, a décidé de suivre une formation continue sur le bilinguisme alors que toutes affirment avoir entre un quart et la moitié de leurs patients en situation de plurilinguisme. Il semble que les recherches effectuées sur la prise en soin de patients allophones soient très limitées. C. explique : « *Alors pas en amont parce que j'ai pas eu le temps mais parfois pendant les séances* ». Kerlan explique que « la formation, même si elle est plus que souhaitable, demeure très chronophage et non généralisée aux mêmes niveaux de connaissance » (2016, p.126).

4.2 Un intérêt personnel

L'observation des vidéos met en évidence des recherches effectuées en séances qui ne concernent que des traductions de mots isolés ou une recherche d'images pour illustrer un mot traduit. « *J'apprends plein de trucs, j'adore poser des questions... savoir pourquoi...* » s'exclame J. en me parlant de sa relation avec des patients allophones. La question de la découverte, de la curiosité est pour chacune de ces orthophonistes, explicitement revendiquée : « *ça m'apporte que j'adore me poser des questions* » dit O. et C. confie « *j'adore quand la maman de K me dit comment ça se passe en Mongolie, tout ça !* » ou encore J. « *j'apprends plein de trucs sur la culture des autres et j'adore ça !* ». Cependant, C. nuance son propos et déclare « *Je vois*

beaucoup, beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages » puis ajoute « *C'est vrai que c'est des rééducations compliquées mais on n'est pas obligé d'y trouver un bénéfice !* » recadrant ainsi son propos dans une posture plus professionnelle. Elle finit pourtant par conclure « *Ça m'apporte culturellement, je trouve ça intéressant mais c'est personnel* », elle montre ici son intérêt personnel, montre que cet enrichissement est au-delà du cadre professionnel. O. montre également cette ouverture au monde comme un challenge personnel « *j'aime penser que je vais devoir chercher plus loin que comment je vais faire avec ma langue maternelle !* ».

5 Légitimer sa pratique

5.1 Se sentir utile et efficace

« *Utile* » est l'adjectif qui revient pour chacune des orthophonistes quand nous arrivons sur le terrain de la légitimité. C. certifie « *Oui ! je me sens légitime, je me sens utile en fait, et très légitime parce que là, on a... On touche vraiment à ce qui moi me parle dans l'orthophonie : c'est les difficultés de communication et d'arriver à se faire comprendre par les autres et à comprendre les autres. Et là, l'ortho, elle est tellement un levier indispensable pour que ces enfants-là puissent arriver à se faire comprendre et qu'ils aient un potentiel à venir dans leur vie... Et là, je me sens légitime et efficace !* ». On voit bien ici le lien qui est établi entre le fait de se sentir utile et le sentiment de légitimité. Cette aspiration d'utilité renvoie à une éthique que Ricœur définit comme « la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes » (1990, p.227). La visée éthique de la pratique justifie ici la légitimité professionnelle. Il en va de même pour J., qui admet, « *je ne me sens pas toujours à l'aise... mais c'est intéressant, je me dis... Les gens ont besoin de moi* ». C. Cyr-Staffor, qui témoigne de son vécu dans *Pratiquer l'orthophonie*, revient et s'interroge sur la notion d'efficacité dont parle C. « *je ne sais pas si les orthophonistes actives en ce moment se préoccupent d'efficacité. Je doute également que la question de l'efficacité soit traitée présentement dans l'enseignement universitaire de base* » (2012, p.160).

5.2 Se sentir formée pour être efficace

Pourtant, l'efficacité est au cœur des préoccupations de C., elle valide sa pratique et C. la met en lien avec sa formation : « *mais c'est lié ! parce que je me sens efficace parce que j'ai été formée aussi... mais... et du coup, parce que je vois des résultats concrets* ». Les savoirs légitiment donc aussi la pratique. O. montre aussi le besoin

de sentir efficace : « *je prends tout ! Après, je me dis, concrètement, ça me gênerait pas de faire moins de déglut car je pense pas être la meilleure là-dedans* ». J. affirme qu'elle était « *bonne élève* » et que si elle se sent légitime dans sa position professionnelle, c'est « *parce que j'ai une bonne formation* ». O. explique quant à elle « *non pour le coup, moi le fait que je prenne tout le monde, ça veut dire que je me sens suffisamment à l'aise, j'ai pas de complexe* » et elle ajoute, « *voilà, après, quand ils trouvent personne je les prends ... y'a rien où je dis non et je suis plutôt du genre à me former, par exemple, j'avais jamais fait de handicap moteur. Là je reçois une petite IMC, ben... Je suis du genre à aller chercher, et à le faire ! En général, j'accepte, et je me remonte les manches, et je trouve* ». Encore une fois, la formation, l'appui sur des savoirs semble légitimer la pratique de ces orthophonistes. O. confie cependant « *J'ai pas vraiment de complexe ou penser que je suis une mauvaise ortho, je pense que je suis très honnête sur ce que je sais et ce que je sais pas ! Et... que je suis capable de le dire aux patients... ben, des fois, je me trompe aussi ! Je peux dire que je vais me renseigner et je pense que les gens en général apprécient plutôt. Ils savent sur quel terrain on avance, quoi ! Je pense pas être une ortho incroyable mais je fais mon métier* ».

Conclusion

Ce travail, élaboré à partir d'entretiens et d'observations de terrain, s'inscrit dans le champ des sciences sociales. J'ai ainsi tenté d'interroger la pratique d'orthophonistes travaillant auprès de patient·e·s allophones, vivant une situation d'exil qui les place dans des conditions de vie difficiles. Au terme de ce mémoire, des éléments de conclusion émergent des mécanismes mis en place dans de telles rééducations.

Tout d'abord, les orthophonistes doivent répondre à une exigence normative, sociale qui se manifeste à travers des attentes scolaires fortes. Une forte pression des parents peut apparaître et avoir un impact sur la mise en place du projet thérapeutique. Une bonne maîtrise de la langue, celle de l'école, celle de l'état, interroge également la pratique. Les processus pour y répondre sont différents et rendent compte de la représentation que chacune se fait de la norme. Je note ensuite la force de l'alliance thérapeutique : malgré la barrière de la langue, la confiance est présente dans la relation et si la mutualité n'est pas toujours là, c'est la situation précaire des familles, plus que la volonté d'agir qui semble être un frein à cela. Un autre point se dégage autour du cadre professionnel, fragilisé par des

évaluations et prises en soin difficiles à réaliser avec ces patients. Les orthophonistes oscillent entre protocole et ressenti, elles admettent avancer à tâtons, en improvisant et adaptant sans cesse leur pratique. Ces patients engagent aussi personnellement les thérapeutes dans la rééducation qui investissent énormément le suivi et ce, avec une empathie profonde. Elles semblent même agir au-delà du cadre orthophonique et s'inscrivent dans une dynamique, à la croisée de l'aide psychologique, médicale et sociale. Le travail fourni paraît pourtant être récompensé par une réponse à leur soif de découverte. Elles revendiquent le goût d'apprendre avec ces patients. Même si le suivi nécessite des recherches, elles estiment avoir trop peu de temps pour le faire, pourtant, l'importance du savoir accumulé à l'université ou au cours de leur pratique est considérable pour elles. Chacune s'y réfère pour légitimer sa pratique et se sentir ainsi efficace. Se sentir utile est un autre mécanisme qui permet de justifier et affirmer sa légitimité professionnelle, s'inscrivant ainsi dans un rôle social.

L'implication des orthophonistes dans ces rééducations semble donc aller au-delà du soin. Cependant, l'aspect médical de la profession ne semble pas être mis à mal par un aspect plus social, le suivi des patients n'étant pas conditionné par un retard dû à l'acquisition du français comme langue seconde. Les entretiens, comme les vidéos, montrent que ces professionnelles savent prendre de la distance par rapport aux moyens dont elles disposent et à leurs pratiques : en restant critique vis-à-vis de l'outil d'évaluation et en l'adaptant, en se décentrant, en se fixant un cadre, en travaillant en conscience, en affirmant leur légitimité, en se formant. Elles évoquent cependant peu la question du cadre multiculturel, qui pourrait être à développer pour une meilleure évolution de la prise en soin de ces patient-e-s. D'autre part, la perspective d'un-e interprète n'est pas mentionnée ici, ni celle de la thérapie de groupe. Ces moyens, comme pensés par Moro ou Rosenbaum pourraient être également envisagés dans un tel cadre.

Ce travail montre qu'il existe une dynamique autour de ces prises en soin. Il semble important, d'approfondir ces réflexions, de les étoffer par une meilleure compréhension de la notion de culture afin d'éviter les préjugés et d'apporter un soin de meilleure qualité. Compte-tenu du climat social actuel et de la situation difficile des migrant-e-s, s'inscrire dans un engagement, plus large, citoyen, semble également être une position importante à penser pour aider ces patients.

Références

- Abdelilah-Bauer, B. (2015). *Le défi des enfants bilingues: grandir et vivre en parlant plusieurs langues*. Paris: La Découverte.
- Akinci, M.-A., & Delamotte, R. (2012). Enfants de migrants et enfants créolophone : un défi pour les orthophonistes. In *Bilinguisme et biculture : nouveaux défis ?* (p. 527-552). Isbergues, France: Ortho Editions.
- Ali, I., & Wolf, C. (2016a). *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste*. Eres.
- Ali, I., & Wolf, C. (2016b). Profession, orthophoniste. In *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste*. Toulouse: Eres.
- Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2010). *L'enquête et ses méthodes l'observation directe*. Paris: Armand Colin.
- Barou, J. (2007). *La planète des migrants: circulations migratoires et constitution de diasporas à l'aube du XXIe siècle*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Barusse, V., & Vilboux, R. (2016). *Les pionnières : récit de trajectoires dans les années 1950-1960*. Rennes: ENSP.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2013). Effets de la migration et de l'exil. In *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Beaud, S., & Weber, F. (2015). *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*. Paris: La Découverte.
- Bénichou, M. (2015). *Le multiculturalisme*. Paris: Bréal.
- Bennabi Bensekhar, M., Simon, A., Rezzoug, D., & Moro, M.-R. (2015). Les pathologies du langage dans la pluralité linguistique. *La psychiatrie de l'enfant*, 58(1), 277.

- Bétrancourt, P. (2016). la réglementation de la profession, statut de l'orthophoniste. In *le métier de l'orthophoniste, de la formation, à la vie professionnelle* (Vol. VI). Paris: Lavoisier.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'entretien*. Paris: A. Colin.
- Bouchayer, F. (2010). Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux. (p. 169-188). Rennes: ENSP.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.
- Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 150(5), 43.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1970). *La reproduction: éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Éd. de Minuit.
- Braconnier, A. (2002). Psychanalyse et/ou psychothérapies psychanalytiques: Recherches sur l'alliance thérapeutique et l'analysabilité. *Psychothérapies*, 22(1), 21.
- Bretin, H. (2016). Qui choisit le métier d'orthophoniste... Et comment ? In *Le métier d'orthophoniste* (p. 95-102). Rennes: ENSP.
- Brin-Henry, F. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues, France: Ortho Édition.
- Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013. Consulté à l'adresse <http://www.fno.fr/lorthophonie/fno-formation-initiale/les-textes-reglementant-la-formation-initiale/>
- Calvet, L.-J. (2017). *La sociolinguistique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses universitaires

de France.

Copans, J., & Singly, F. de. (2016). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris: A. Colin.

Coquet, F. (2002). Le bilan de langage oral. *Rééducation orthophonique*, (212), 13-42.

Coquet, F., Ferrand, P., & Roustit, J. (2010). *Evalo BB*. Ortho Editions.

Couëtoux-Jungman, F., Wendland, J., Bodeau, N., Chevalier, C., & David, M. (2018). Bi(multi)linguisme, communication et développement dans la petite enfance. *Devenir*, 30(1), 67.

Cyr-Stafford, C. (2012). Une orthophoniste à la fin du millénaire. In *Pratiquer l'orthophonie*. Paris: Elsevier Masson.

Devoto, J. P. (2010). Santé des migrants : un engagement de santé publique. In *Traité de bioéthique* (p. 432-441). ERES.

Di Meo, S., Sanson, C., Simon, A., Bossuroy, M., Rakotomalala, L., Rezzoug, D., ... Moro, M. R. (2014). Le bilinguisme des enfants de migrants, analyse transculturelle. In *Multilinguisme et orthophonie* (Elsevier Masson). Issy-les-Moulineaux.

Drieu, D., & Raynaud, J.-P. (2014). Éditorial. *Dialogue*, 206(4), 7.

Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité: les fondements d'une pratique*. Marseille: Solal.

Estienne, F., & Vander Linden, F. (2014). Problématique et champs d'action, les orthophonistes face au multilinguisme - résultats d'une enquête. In *multilinguisme et orthophonie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Express Scribe 6.11. (2017). Logiciel de transcription. NCH Software.

Ferguson, C. A. (1959). Diglossia. *WORD*, 15(2), 325-340.

- Fortin, E., Guth, P., & Tain, L. (2016). Entre « parler droit » et « sonner juste » : les arrangements entre orthophonistes et patientèle au cours d'une rééducation vocale. In *Le métier d'orthophoniste* (p. 237-242). Rennes: ENSP.
- Géraud, M.-O., Leservoisier, O., & Pottier, R. (2016). *Les notions clés de l'ethnologie: analyses et textes*. Paris: Armand Colin.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research* (4. paperback printing). New Brunswick: Aldine.
- Henault, C. (2016). La formation professionnelle continue des orthophonistes. In *le métier de l'orthophoniste, de la formation, à la vie professionnelle* (p. 181-183). Paris: Lavoisier.
- Héran, F. (2016). *Parlons immigration en 30 questions*. Paris: La Documentation française.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- Jaffredo, N. (2016). Vous avez dit orthophoniste? In *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste* (p. 193-218). Toulouse: Eres.
- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin.
- Kerlan, M. (2016). *L'éthique en orthophonie: le sens de la clinique*. Louvain-la-Neuve; Paris: De Boeck supérieur.
- Khomsi, A. (2011). *Evaluation du langage oral, ELO*. ECPA.
- Klein, A. (2011). Approche philosophique de l'éthique en orthophonie. Un plaidoyer pour une science orthophonique. *Rééducation orthophonique, (247)*, 13-42.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2016). *L'orthophonie en France*. Paris: Presses universitaires de France.

- Kremer, J.-M., Lederlé, E., & Maeder, C. (2016). Sommaire. In *le métier de l'orthophoniste, de la formation, à la vie professionnelle*. Paris: Lavoisier.
- Laplantine, F. (2015). *La description ethnographique* (Nouvelle présentation). Paris: Armand Colin.
- Le Feuvre, N. (2016). L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes. In *Le métier d'orthophoniste*. Rennes: ENSP.
- Lévi-Strauss, C. (1974). *Anthropologie structurale*. Paris: Pocket.
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation orthophonique*, (257), 71-82.
- Mathieu, S. (2016). L'immigration en France : variations politiques et invariants représentationnels. *Pensée plurielle*, 42(2), 41.
- Mazzella, S. (2016). *Sociologie des migrations*.
- Mercier, S., & Hamon, N. (2012). Evaluation linguistique standardisée dans un milieu diglosse : la problématique réunionnaise et l'étalonnage réunionnais de la batterie d'Evaluation du Langage Oral de A. Khomsi. In *Bilinguisme et biculture : Nouveaux défis ?* (p. 203-231). Isbergues, France: Ortho Editions.
- Mohamed-Girard, N. S. (2012). Ressources familiales et parcours scolaires. La situation des Comoriens de Marseille. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 31(1), 55.
- Moro, M. R. (2013). Les débats autour de la question culturelle en clinique. In *Psychopathologie transculturelle*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Novo, A., & Woestelandt, L. (2017). Recherches qualitatives; grounded theory théorisation ancrée, ses évolutions, sa méthodologie, son application dans la recherche médicale et psychanalytique. *Perspectives Psy*, 56(1), 66-80.

- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10. 1, 1.*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Perdrix, R. (2016). Elaborer des frontières interpersonnelles : un enjeu de légitimité. In *Le métier d'orthophoniste* : Rennes: ENSP.
- Plivard, I. (2014). *Psychologie interculturelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Ramos, E. (2015). L'entretien compréhensif en sociologie: usages, pratiques, analyses.
- Rosenbaum, F. (2012). L'orthophonie ethnoclinique à la croisée des cultures : les pièges et paradoxes des prises en charge des enfants de migrants. In *Bilinguisme et biculture : nouveaux défis ?* Isbergues, France: Ortho Editions.
- Sackett, D. L., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Santelli, E. (2016). Familles d'origine maghrébine et orthophonie : le vécu de la prise en charge. In *Le métier d'orthophoniste* (p. 221-236). Rennes: ENSP.
- Sauvayre, R. (2013). Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Dunod.
- Sayad, A. (2006). *L'illusion du provisoire, l'immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Paris: Raisons d'Agir Ed.
- Tarragano, C., Grassineau, D., Astre, H., & Gaillard, J. (2017). Soigner les migrants dans les PASS. *Laennec, Tome 71(1)*, 25-37.
- Williamson, C. (2007). How do we find the right patients to consult? *Quality in Primary Care*, p. 195-199.

Annexe A

Grilles qualitatives d'analyse des vidéos de séances avec patients allophones

Non verbal

	Vers enfant	Vers parent
Regards		
Gestes naturels		
Gestes conventionnels		
Posture corporelle globale		
Mimiques		
Imitation		
Rires/sourires		
Regards		
Contact physique		
Distance /ajustement physique		
Désignation/ utilisation du contexte, de l'environnement		

Para verbal

	Vers enfant	Vers parent
Intonation, Hauteur, emphase		
Débit, rythme		
Intensité		
Latences entre mots		
Mots phatiques		
Onomatopées		

Verbal

	Vers enfant	Vers parent
Tour de parole (Respect/ chevauchement)		
Longueur de l'énoncé (en nombre de mots)		
Répétitions de mots		
Demande de traduction		
Reprise mots LM parents		
Assertifs (affirmations...)		
Directifs (ordres, demandes ...)		
Promissifs (promesses, offres, ...)		
Expressifs (encouragements, remerciements)		
Déclaratifs		

Grilles d'analyses quantitatives des interactions

Non verbal et para verbal

	Vers enfant	Vers parent
Initier le contact visuel Répondre à un contact visuel Relancer le contact visuel		
Initier un contact physique Répondre à un contact physique Relancer le contact physique Renforcement physique		
S'assurer de la compréhension avec mimiques Initier un échange avec mimiques Répondre à l'échange avec mimiques Relancer l'échange avec mimiques		
Sourires		
Utiliser des gestes naturels Utiliser des gestes conventionnels		
Adapter, modifier son débit naturel Adapter, modifier son intensité naturelle Adapter, modifier sa hauteur naturelle		
Modifier sa posture corporelle si pas de réaction Modifier sa posture si réaction verbale Modifier sa posture si réaction non verbale		

Verbal

	Vers enfant	Vers parent
Prendre l'initiative Laisser l'initiative Entretenir l'échange, relance Provoquer bris de communication Aider à la reprise de la communication Chevauchements Silence S'assurer de la compréhension Adapter la longueur des énoncés Imiter les productions Renforcer verbalement Reformuler <u>Actes de langages</u> Faire une demande d'information nouvelle Faire une demande de répétition Faire une demande de clarification Nommer une personne, un objet Nommer une action Nommer un sentiment Questions ouvertes Questions fermées Faire une injonction Donner un conseil Traduire les sentiments de l'autre Exprimer son sentiment Faire une description, commenter Expliquer Reformuler, mettre des mots sur ce qui est produit		

Annexe B

Grille d'entretien avec orthophonistes

➤ **Informations générales, biographiques sur l'orthophoniste**

Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Quel est votre parcours, qu'est-ce qui vous a amené à devenir orthophoniste ?

➤ **Informations professionnelles**

Pouvez-vous nous parler du quartier où vous exercez/habitez ?

- Cabinet disposition
- Situation géographique
- Population résidant dans le quartier
- Choix du lieu
- Anciens lieux d'exercices

Comment vous expliquez votre travail aux gens en général ? A vos patients ?

- Type d'exercice
- Chronologie professionnelle
- Partenariats privilégiés
- Type de clientèle
- Syndicat

Quel est votre type de clientèle ?

- Qualification de la clientèle
- Nombre RV
- Liste d'attente
- Proportion de patients allophones
- Refus ou appréhension de pathologies
- Attirance pour des pathologies
- Raisons de refus de certains patients

Comment qualifieriez-vous votre position dans la RO, en général ?

- Statut social de la profession
- Reconnaissance professionnelle
- Légitimité
- Analogie avec d'autres professions
- EBP – prise en compte dans la RO
- Quelle position générale de soignant ? rééducateur ?
- Sujet-symptôme (individu au centre de PEC plutôt que volonté de supprimer symptôme)
- Organique-Psychologique (physio-anatomique Vs Psychologique)
- Relation-technique (relationnel Vs. Technique)

Dans votre pratique, comment voyez-vous les enjeux de la RO par rapport à la langue française ?

- Positionnement
- Oral Vs écrit
- Rapport à la norme du français standard
- Limites de la RO

➤ **Rencontres avec patients allophones :**

Pouvez-vous me parler des enfants dont la langue initiale n'est pas le français, que vous rencontrez au cabinet ?

- Nombre
- Origine
- Langues parlées au sein du foyer
- Relation thérapeutique

Concernant ces patients : Qui vous contacte ? Pour quelle raison ?

- Origine de la plainte, demande
- Contact avec enseignants, AS, associations
- Préparation (traducteur, recherches personnelles sur la langue d'origine)
- Déroulé des séances
- Difficultés
- Avantages
- Raison de la PEC

Comment se déroule l'évaluation ?

- Type de bilan utilisé
- Outils spécifiques
- Personnes ressources
- Gestion de l'anamnèse
- Tiers traducteurs, dictionnaires en ligne, ...

Comment s'est passé la pose du diagnostic et la décision de PEC de ces patients ?

- Formulation du diagnostic
- Type de CR, cotation
- Décision ou refus de PEC
- Rôle de la situation vulnérable dans la décision de PEC
- Arguments, Explications données, Réorientation
- Mise en place de l'alliance thérapeutique, contrat
- Attitudes et représentations vis-à-vis du français standard, de la langue/culture d'origine
- Personnes ressources si questionnements/échanges interprofessionnels
- Attitudes lors de la PEC
- Difficultés et avantages

Selon vous, qu'est-ce que les familles savent de l'orthophoniste, que pensent-elles de ce que vous faites en séance ?

- Attentes des familles
- Familles présentes lors PEC, mise en place de séances de guidance
- Différences avec familles francophones
- Difficultés et avantages