

# MEMOIRE

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

**Clémence BEIRNAERT**

soutenu publiquement en juin 2016 :

**Conséquences des évolutions techniques et  
législatives sur les pratiques et les  
représentations de l'orthophoniste qui prend  
en charge des enfants sourds**

MEMOIRE dirigé par :

**Stéphanie CAET, Maître de conférences en Sciences du Langage, Département  
d'Orthophonie, Université de Lille**

**Olivier JANSSEN, Maître de conférences en Psychologie, Université de Lille**

Lille – 2016

---

*« La surdité ne saurait être appréhendée comme un handicap sensoriel parmi d'autres. Perçue comme handicap de la communication, elle constitue une figure emblématique de l'altérité, qui défie la société dans sa capacité d'accueil, d'écoute et de compréhension de la différence »*

*(Avis néo 103 du Comité Consultatif National d'Ethique, 2007)*

---

## Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Madame Caët, qui a accepté d'encadrer ce mémoire et de guider mes recherches tout au long de ce travail. Son écoute et sa disponibilité ont été des aides précieuses dans la progression de mes réflexions.

Merci également à Monsieur Janssen, qui a accepté de co-encadrer ce mémoire, pour le temps qu'il a accordé à nos échanges réguliers et pour ses conseils méthodologiques constructifs.

Je remercie Monsieur André, pour la pré-lecture de ce mémoire et le partage de ses connaissances pointues sur l'implant cochléaire.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers toutes les orthophonistes sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour. Je les remercie de m'avoir consacré du temps pour me parler de leur métier auprès des enfants sourds et d'avoir partagé avec passion leur expériences dans le domaine de la surdité.

Un grand merci également à Madame Minne, pour son aide pour l'accès à la population des orthophonistes rencontrés.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers mes maîtres de stage : Marie-Pierre Buisset, Marie-Laure Lesur, Christine Deruyter qui m'ont rassurée durant les périodes de doute ; à Florence Levasseur et Djeneba Sako pour leurs encouragements durant l'année. Merci aussi à Corinne, d'avoir éclairé mes recherches par son regard d'enseignante spécialisée.

Enfin, je remercie ma famille, mes colocataires et mes amis, qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire.

---

## **Résumé :**

Ce mémoire est dédié à une réflexion sur la profession des orthophonistes qui exercent dans le domaine de la surdité, et plus spécifiquement auprès d'enfants présentant une surdité sévère à profonde. Ce domaine connaît des mutations, liées notamment aux innovations technologiques et à des évolutions sociales et législatives. Nous souhaitons savoir dans quelle mesure ces mutations font évoluer les pratiques des orthophonistes ainsi que les représentations qu'ils se font de leur profession.

Nous avons mené des entretiens auprès de douze orthophonistes qui exercent avec des enfants sourds, au sein d'une structure médico-sociale, d'un hôpital ou en cabinet libéral. Nous avons centré ces entretiens sur la technologie de l'implant cochléaire et sur la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

En plus des nouvelles pratiques induites par la précision des informations auditives reçues grâce à l'implant, les orthophonistes ont parlé de ce qu'il instaurait de nouveau dans leurs relations aux parents et se sont définis par rapport à d'autres professionnels travaillant auprès des enfants sourds. D'autre part, la possibilité pour les enfants sourds d'avoir un projet de communication bilingue a amené les orthophonistes à parler de la façon dont ils conçoivent leur métier face à un enfant ayant une autre langue. La représentation qu'ils se font de leur métier par rapport au développement du langage oriente leurs pratiques auprès des enfants sourds.

L'analyse des entretiens a confirmé que l'acquisition du langage de ces enfants était dépendant de bien d'autres facteurs que de leur simple type d'appareillage et qu'il était nécessaire de s'adapter au plus près des besoins de chacun.

## **Mots-clés :**

Orthophonie – Surdité – Rééducation - Enfant – Représentations professionnelles

---

## **Abstract :**

This research paper aims to reflect on the profession of speech therapists who address deafness, and more specifically deaf children with severe to profound hearing loss. This field undergoes major mutations related to technological innovations, as well as social and legislative evolutions. We focused on the way these mutations are affecting the practices of speech-language pathologists and the representations they have of their profession.

We directed interviews with twelve speech therapists who practice with deaf children, within a medico-social facility, a hospital or in private practice. We focused our interviews on the cochlear implant technology and the law of 11 February 2005 for equal rights and opportunities participation and citizenship of people with disabilities.

Due to the preciseness of the auditory information received through the implant, speech-language pathologists developed new practices. In addition, they explained what it brought to their relationship with the child's parents and how they defined themselves in comparison with other professionals who work with deaf children. Moreover, deaf children now have the possibility to pursue a bilingual communication project, which led speech therapists to talk about their conception of their work when facing a child who speaks a different language. Their approach to their profession regarding language development affects their practice with deaf children.

The analysis of these interviews confirmed that, for deaf children, language acquisition is dependent on many different factors other than the type of hearing aid, and that it remains necessary to adapt to the needs of each child, in the most individualised way possible.

## **Keywords :**

Speech therapy – Deafness – Reeducation – Child – Professional representations

---

# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Contexte théorique, buts et hypothèses</b>  | <b>3</b>  |
| 1.Représentations, pratiques et identités professionnelles                                       | 4         |
| 1.1. Identité professionnelle  | 4         |
| 1.2. Représentations   | 5         |
| 1.2.1. Des représentations sociales  | 5         |
| 1.2.2. Aux représentations professionnelles  | 5         |
| 1.2.3. Fonctions des représentations professionnelles  | 6         |
| 1.3. Pratiques professionnelles  | 7         |
| 1.4. Relations entre identités, représentations et pratiques professionnelles des orthophonistes | 7         |
| 2. Orthophoniste : évolution d'une profession  | 8         |
| 2.1. Officialisation de la profession  | 8         |
| 2.2. Les débuts de l'orthophonie auprès des enfants sourds                                       | 9         |
| 2.3. Évolution des domaines d'intervention des orthophonistes                                    | 10        |
| 3. Évolutions de l'intégration des personnes sourdes dans la société                             | 11        |
| 3.1. Une évolution sociétale   | 12        |
| 3.1.1. La théorie du « logos »   | 12        |
| 3.1.2. Début de l'instruction pour les sourds  | 12        |
| 3.1.3. Une nouvelle approche de la surdité   | 13        |
| 3.1.4. Le « Réveil Sourd »   | 13        |
| 3.2. Des évolutions législatives   | 14        |
| 3.2.1. Loi de 1975   | 14        |
| 3.2.2. Loi du 11 février 2005  | 15        |
| 3.2.3. Arrêté de 2012  | 16        |
| 4. Réhabilitation auditive et évolutions techniques  | 16        |
| 4.1.1. Prothèse auditive et évolutions techniques  | 16        |
| 4.1.2. L'implant cochléaire  | 17        |
| 4.1.2.1. Description et évolutions techniques  | 17        |
| 4.1.2.2. Réglages  | 18        |
| 4.1.2.3. Apports techniques et limites de l'implant cochléaire                                   | 18        |
| 4.1.2.4. Prise en charge orthophonique de l'enfant sourd implanté cochléaire                     | 20        |
| 5. Prise en charge orthophonique et priorités de santé publique                                  | 20        |
| 5.1. Dépistage néonatal de la surdité  | 21        |
| 5.2. Implant cochléaire  | 22        |
| 5.3. Accompagnement des familles et suivi de l'enfant sourd de 0 à 6 ans                         | 22        |
| 6. Problématique, objectifs, hypothèses  | 25        |
| <b>Sujets, matériel et méthode</b>   | <b>28</b> |
| 1. Choix d'un outil méthodologique   | 29        |
| 1.1. L'enquête   | 29        |
| 1.2. L'entretien comme technique d'enquête   | 29        |
| 1.3. Une enquête sur les représentations   | 30        |
| 1.4. Différents usages d'un entretien  | 31        |
| 2. Démarche interactionniste   | 32        |
| 3. Population et terrain d'enquête   | 33        |
| 3.1. Entretiens auprès d'orthophonistes prenant en charge des enfants sourds                     | 33        |
| 3.2. Constitution de la population   | 34        |
| 3.2.1. Souci de diversité et de représentativité   | 34        |

---

|  |           |
|--|-----------|
| 3.2.2.Mode d'accès à la population.....  | 35        |
| 4.Recueil des données .....  | 37        |
| 4.1.Élaboration du guide d'entretien .....   | 37        |
| 4.2.Réalisation des entretiens.....  | 38        |
| 5.Analyse des entretiens.....  | 40        |
| 5.1.Retranscription .....  | 40        |
| 5.2.Analyse de contenu.....  | 40        |
| 5.3.Analyse thématique.....  | 41        |
| <b>Résultats.....</b>  | <b>43</b> |
| 1. Quelles conséquences de la loi de 2005 sur les pratiques des orthophonistes ? .....   | 44        |
| 1.1.Une évolution antérieure à la loi de 2005.....   | 44        |
| 1.2.Différentes pratiques orthophoniques avec la langue des signes.....  | 45        |
| 1.2.1.Présentation des dispositifs régionaux.....  | 45        |
| 1.2.2.La langue des signes pour un accès au français oral .....  | 46        |
| 1.2.2.1.L'accès à la perception du français oral.....  | 47        |
| 1.2.2.2.Une démarche différente de celle d'un projet oraliste.....   | 47        |
| 1.2.2.3.Utilisation des supports scolaires.....  | 48        |
| 1.2.3.Un travail sur le langage écrit, à partir d'une langue visuo-gestuelle... ..   | 48        |
| 1.2.4.Une orthophoniste pour rééduquer la LSF.....   | 49        |
| 1.2.5.Travail des pré-requis à la communication.....   | 49        |
| 1.3.Quelles représentations de leurs pratiques dans le cadre de projets bilingues LSF - Français écrit ou LSF - Français écrit et oral ? .....   | 50        |
| 1.3.1.Pour l'accès au français oral, l'orthophoniste « au second plan ».....   | 51        |
| 1.3.2.Un travail autour du langage écrit similaire à celui entrepris avec un enfant entendant.....   | 51        |
| 1.3.3.La prise en charge d'un retard de langage en LSF « répond à une demande orthophonique ».....   | 52        |
| 1.3.4.L'orthophoniste, « à même de repérer les choses qui sont à travailler en amont de la langue ».....   | 52        |
| 1.3.5.Les orthophonistes ne prenant pas en charge d'enfants sourds ayant un projet de communication bilingue (LSF - Français écrit ou oral)..... | 54        |
| 1.4. Les évolutions remettent-elles en question leur positionnement et la signification qu'ils donnent à leur pratique?.....                     | 56        |
| 1.4.1.Un début de prise en charge orthophonique plus tardif.....   | 56        |
| 1.4.2.Des enfants se retrouvant dans une « interlangue » .....   | 56        |
| 1.4.3.Place auprès des parents.....  | 57        |
| 2.Evolutions techniques : des appareillages de plus en plus performants.....   | 59        |
| 2.1.Réglages et relations aux parents.....   | 60        |
| 2.1.1.Des connaissances techniques à savoir transmettre aux familles.....  | 60        |
| 2.1.2.Relation de confiance et connaissance des parents.....   | 61        |
| 2.1.3.« Leur dire les choses ».....  | 62        |
| 2.1.4.L'importance des compétences relationnelles et du travail sur soi.....   | 64        |
| 2.2.Réglages et relations aux autres professionnels.....   | 65        |
| 2.2.1.Une nouvelle collaboration avec le régleur.....  | 65        |
| 2.2.2.Des informations plus fines à apporter au régleur.....   | 66        |
| 2.2.3.Nécessité de se positionner par rapport aux autres professionnels ...  | 67        |
| 2.2.3.1.L'audioprothésiste.....  | 67        |
| 2.2.3.2.Le médecin ORL.....  | 68        |
| 2.2.3.3. Le psychologue.....   | 68        |
| 2.2.3.4.L'enseignant spécialisé.....   | 69        |
| 2.3.La formation continue pour suivre l'évolution technique de l'implant .....   |           |

---

|   |           |
|---|-----------|
| cochléaire.....   | 69        |
| 2.3.1.Échanges entre orthophonistes .....   | 70        |
| 2.3.2.Collaboration avec d'autres professionnels.....   | 70        |
| 2.3.3.Colloques, conférences et lectures.....   | 71        |
| 2.3.4. Incidence de l'élargissement des indications d'implantation sur le<br>besoin de formation.....                             | 71        |
| 2.4.De nouvelles pratiques.....   | 72        |
| 2.4.1.Éducation auditive : un travail plus précis .....   | 72        |
| 2.4.2.De la finesse des réglages à la capacité de chanter.....  | 74        |
| 2.4.3.Proprioception et outils visuels.....   | 74        |
| 2.4.3.1.Outils de communication visuels.....  | 74        |
| 2.4.3.2.Lecture labiale.....  | 74        |
| 2.4.3.3.Proprioception.....   | 75        |
| 2.4.4.Parler de temporalité dans la pratique.....   | 75        |
| 2.5.Mais des aspects qui ne changent pas.....   | 76        |
| 2.5.1.Le travail du langage.....  | 76        |
| 2.5.2.L'accompagnement des familles .....   | 77        |
| 2.5.2.1.Effondrement psychique des parents.....   | 77        |
| 2.5.2.2.Parents d'un enfant handicapé.....  | 77        |
| 2.5.2.3.Les mêmes attentes parentales.....  | 78        |
| 2.5.3.« Une technique comme une autre ».....  | 78        |
| <b>Discussion.....</b>  | <b>80</b> |
| 1.Synthèse des résultats.....   | 81        |
| 1.1.Les évolutions modifient-elles les pratiques des orthophonistes?.....   | 81        |
| 1.2.Changent-elles la manière dont ils conçoivent leur métier ? .....   | 83        |
| 1.3.Les orthophonistes peuvent être amenés à se positionner.....  | 84        |
| 1.4.Des représentations différentes en fonction du contexte d'exercice .....  | 86        |
| 2.Retour sur le travail de recherche.....   | 88        |
| 3.Ouverture.....  | 90        |
| <b>Conclusion.....</b>  | <b>92</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>   | <b>94</b> |
| Liste des annexes : .....   | 100       |
| Annexe n°1 : Programmes d'intervention précoce, tels que présentés dans les<br>recommandations de bonnes pratiques de la HAS..... | 100       |
| Annexe n°2 : Guide d'entretien.....   | 100       |
| Annexe n°3 : Document de présentation du mémoire adressé aux orthophonistes<br>.....  | 100       |
| Annexe n°4 : Grille d'analyse.....  | 100       |
| Annexe n°5 : Glossaire.....   | 100       |

# Introduction

Ce mémoire part du constat que les techniques de rééducation employées par les orthophonistes prenant en charge des enfants sourds sont multiples. L'usage notamment, d'outils de communication différents, nous a interrogés sur la manière dont ces orthophonistes se représentent leurs prises en charge et sur ce qui fait la spécificité de leur métier auprès des enfants sourds. Ce travail s'inscrit donc dans le cadre des réflexions actuelles autour de l'identité professionnelle de l'orthophoniste.

D'autre part, plusieurs éléments nous semblaient susceptibles d'influencer les pratiques des orthophonistes prenant en charge les enfants sourds : les progrès de la technologie de l'implant cochléaire, la liberté des parents de choisir le mode de communication de leur enfant, la possibilité pour ce dernier de recevoir une éducation bilingue, la reconnaissance institutionnelle de la langue des signes françaises permises par la loi de 2005, les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Nous avons donc cherché à savoir dans quelle mesure leurs pratiques orthophoniques s'en trouvaient impactées, et si ces évolutions modifiaient la manière dont ils percevaient leur métier.

L'enquête par entretien nous a paru l'outil le plus approprié pour recueillir à la fois ce que disent les orthophonistes de leurs pratiques et pour accéder à leurs représentations. Nous avons rencontré douze orthophonistes, exerçant en structure médico-sociale, à l'hôpital ou en libéral.

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire, qui s'inscrit dans le cadre d'une réflexion plus large sur la pratique orthophonique dans le domaine de la surdité. Nous avons plusieurs interrogations : quelles sont les différentes façons dont les orthophonistes exercent leur profession ? Les évolutions médicales, législatives et sociales modifient-elles leurs pratiques ? Ces transformations changent-elles la façon dont ils se représentent leur métier ?

Afin d'obtenir des éléments de réponse à ces questions, une première partie nous permettra de présenter les concepts sociologiques de représentations et d'identité professionnelle, et d'exposer les différentes évolutions qui ont touché directement ou indirectement le domaine de la surdité et celui de l'orthophonie. Nous décrirons ensuite la méthode utilisée pour recueillir et analyser les données de notre recherche. Et nous présenterons nos résultats qui seront discutés dans une dernière partie.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

# 1. Représentations, pratiques et identités professionnelles

Il s'agit dans cette première partie d'exposer brièvement les concepts d'identité professionnelle, de pratiques et de représentations. Ces définitions nous permettront d'apporter un éclairage sociologique à notre recherche consacrée à un groupe de professionnels précis, les orthophonistes qui prennent en charge des enfants sourds, ainsi qu'à ce qu'ils disent de leur pratique professionnelle.

La rédaction des paragraphes qui suivent résulte notamment de la lecture de l'ouvrage de Jean François Blin, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, publié en 1997, dans lequel il fait l'étude des relations entre représentations, pratiques et identités professionnelles.

## 1.1. Identité professionnelle

L'identité professionnelle correspond aux caractéristiques qui font la singularité et la spécificité d'un groupe de personnes dans leur milieu professionnel (Dubar, 1998). Les individus composant les différentes professions, participent à la construction de celles-ci et à leurs évolutions, par la manière dont ils parlent d'eux-mêmes et se représentent leur profession (Hughes et Quemin, 1997, lu par Duffau et Liaunet, 2014).

Ainsi, chaque orthophoniste, par la manière dont il parle de lui-même et se représente son métier, participe à sa construction et à son évolution.

La notion d'identité professionnelle est étroitement liée aux représentations professionnelles des acteurs. « L'étude de ces représentations professionnelles permet d'accéder aux identités professionnelles » (Blin, 1997, p 186). Nous nous intéressons donc aux représentations que les orthophonistes travaillant avec des enfants sourds se font de leur profession.

Notons tout de suite que nous avons constitué un sous-groupe d'orthophonistes, défini à partir de leur patientèle : les enfants sourds. Nous nous centrons sur les pratiques et les représentations de ce sous-groupe, car c'est lui que nous avons rencontré, dans sa multiplicité et dans sa diversité, de par nos lectures et nos stages.

## **1.2. Représentations**

### **1.2.1. Des représentations sociales...**

En sociologie, la notion de représentation est apparue en 1895 dans l'œuvre de Durkheim, sous le titre de représentation collective, que Moscovici reprendra en 1961 sous le terme de représentation sociale (Jodelet, 2003). Il la définit comme une « forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003, p. 53). La notion désigne donc à la fois un processus, une activité et le contenu qui résulte de cette activité.

Depuis, la notion s'est imposée dans les sciences sociales et s'est enrichie au travers des différentes publications dans la littérature, mais recouvre toujours ce double sens : processus d'une part, et produit d'une activité d'autre part (Jodelet, 1994).

Le sociologue Abric la définit ainsi : « la représentation est [...] constituée d'un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes à propos d'un objet donné » (2011, p. 25). Ce sont ces informations, croyances, opinions et attitudes qui forment le contenu de la représentation et qu'il s'agit de mettre à jour dans une étude portant sur les représentations.

D'autre part, Jodelet (2003) décrit les représentations sociales, en tant que processus d'élaboration psychologique et social du réel. Toute représentation sociale est représentation de quelque chose et de quelqu'un, elle est donc relation. Elle est aussi construction car le sujet y est pour quelque chose, il est actif et confère des significations à la représentation qu'il construit. C'est une caractéristique importante pour les problématiques centrées sur les pratiques professionnelles et le sens que les acteurs peuvent leur donner (Blin, 1997).

### **1.2.2. Aux représentations professionnelles**

L'activité professionnelle est une activité sociale et le système des activités professionnelles est bien un système social avec ses représentations, ses pratiques, ses identités liées à un contexte (Martin, 1984; Trinquier et Bouyssières, 1992 cités par Blin, 1997). Blin précise aussi que les milieux professionnels sont générateurs de représentations spécifiques.

Les représentations professionnelles peuvent donc être lues comme des représentations sociales du métier, donc comme un ensemble d'idées que partagent

des individus sur un métier donné. En analysant les représentations professionnelles des orthophonistes, il s'agit de s'interroger sur la manière dont ils se représentent leur profession ainsi que leurs pratiques associées. Ces représentations peuvent remplir plusieurs fonctions.

### **1.2.3. Fonctions des représentations professionnelles**

Les représentations professionnelles, en tant que représentations sociales, en assurent les fonctions principales (Blin, 1997).

Abric (2011) en distingue quatre :

- fonction de savoir : les représentations participent à la construction d'un savoir professionnel qui permet aux acteurs de comprendre et d'expliquer la réalité, et de définir un cadre commun de référence pour communiquer.

- fonction d'orientation : elles guident les pratiques professionnelles. Elles interviennent dans la perception que les personnes ont de la finalité d'une tâche donnée à accomplir et génèrent un ensemble d'anticipations et d'attentes : elles filtrent ainsi les informations provenant de la réalité pour conformer les pratiques à la représentation.

- fonction justificatrice : « les représentations professionnelles permettent, a posteriori, de justifier les prises de position et les pratiques professionnelles » (Blin, 1997, p. 67).

- fonction identitaire : elles définissent l'identité professionnelle et protègent la spécificité des groupes professionnels. A l'intérieur d'un même champ professionnel, « elles marquent aussi les identités, les idéologies [...] et participent des jeux et enjeux institutionnels » (Blin, 1997, p. 68).

Ainsi, au sein de l'ensemble des orthophonistes, et au sein du sous-groupe constitué par les orthophonistes qui prennent en charge des enfants sourds, les représentations que nous souhaitons recueillir sont susceptibles de nous informer sur l'existence d'identités plurielles (fonction identitaire). De plus, l'étude de ces représentations devrait nous permettre de voir en quoi elles orientent leurs pratiques (fonction d'orientation) et expliquent l'utilisation qu'ils font de certains outils de communication (fonction justificatrice). Enfin, ces représentations contribuent à l'élaboration d'un socle de connaissances commun, nécessaire pour échanger avec d'autres orthophonistes (fonction de savoir).

En tant que produit et processus, les représentations professionnelles sont « sous-jacentes à des pratiques mises en œuvre dans des contextes professionnels

par des individus socialement situés » (Blin, 1997, p. 80). Les représentations des orthophonistes s'insèrent donc dans l'ensemble de leurs pratiques, mises en œuvre selon leur contexte d'exercice.

### **1.3. Pratiques professionnelles**

Selon Jodelet et Moscovici (1990), les pratiques sont « des systèmes d'action socialement structurés et institués en relation avec des rôles » (p. 287).

D'une manière générale la pratique se rapporte à toute activité humaine, c'est-à-dire à la transformation intentionnelle de la réalité par les hommes (Blin, 1997). On l'oppose généralement à la théorie, considérée comme abstraite. La pratique constitue un ensemble d'actions s'appuyant sur des savoirs théoriques, mais aussi des savoir-faire et des savoirs pratiques (Mosconi, 2001).

Les savoir-faire sont construits dans l'action. Ce sont des connaissances relatives au moment-même de l'action et ils s'expriment dans un type de pensée qui est tellement lié à l'acte qu'il n'est pas possible de l'en dissocier complètement (Mosconi, 2001). Ainsi, « la pensée du savoir-faire est en très grande part non verbale et reste non consciente » (Mosconi, 2001, p. 28).

Les savoirs pratiques, eux, sont « des formes accomplies de savoir-faire », ce sont des savoirs construits dans « l'après-coup de l'acte ». Ils sont plus facilement verbalisables. Ils constituent des « modèles pour l'action » (Mosconi, p. 29), construits par l'expérience du professionnel, et qui guident son action. Ce sont ces savoirs pratiques que nous souhaitons recueillir au moyen des entretiens.

### **1.4. Relations entre identités, représentations et pratiques professionnelles des orthophonistes**

Les représentations professionnelles et les pratiques s'engendrent mutuellement. « Les représentations sont conçues comme étant en prise avec les pratiques quotidiennes qu'elles orientent, auxquelles elles donnent un sens et à partir desquelles elles peuvent être modifiées » (Blin, 1997, p. 67). Dans le cadre de ce mémoire, nous nous interrogeons sur la manière dont les orthophonistes se représentent leur profession et leurs pratiques associées. Nous avons noté plus haut que ces représentations sont sous-jacentes à des pratiques, mises en œuvre dans un contexte particulier. Et nous avons aussi précisé que ce sont les savoirs pratiques

qui sont le plus facilement verbalisables. « Saisir ces pratiques et expériences peut constituer la voie d'une meilleure saisie de leur propre identité » (Barbier, 2000, p 36)

Ce sont donc ces pratiques qu'il convient d'interroger. Selon Blin (1997), l'utilité de la démarche d'analyse des représentations réside notamment dans le fait qu'elle permet de repérer comment les représentations professionnelles participent aux processus de transformations identitaires. Ainsi, cela nous permettra de nous interroger sur une éventuelle évolution de l'identité professionnelle de l'orthophoniste qui travaille auprès d'enfants sourds, en lien avec les évolutions techniques et sociales.

Notons aussi que Blin ajoute que cette analyse est utile « dans les situations d'incertitude, par exemple pour répondre à des problèmes pratiques, notamment quand les savoirs, procédures ou règles supposées les informer s'avèrent difficilement mobilisables car polémiques, contradictoires ou peu opérationnels ». (Blin, 1997, p. 80). Dans le cadre de notre étude, c'est parce que nous avons constaté que certains orthophonistes exerçaient auprès d'enfants sourds s'exprimant en langue des signes, mais que nous n'avions connaissance d'aucun document explicitant la place qu'ils peuvent occuper auprès de ces enfants, que nous souhaitions avoir accès aux représentations des orthophonistes sur ce point-là.

Nous allons nous intéresser dans les parties suivantes à la profession dont il est question dans ce mémoire, l'orthophonie, ainsi qu'aux différentes évolutions qui ont pu faire évoluer les domaines de l'orthophonie et de la surdité.

## **2. Orthophoniste : évolution d'une profession**

### **2.1. Officialisation de la profession**

Bien que le terme « orthophonie » apparaisse en 1829, lors de la création de l'Institut Orthophonique de Paris par le docteur Colombat (Brin & al., 2004, cités par Philippe, 2007, p. 35), il est d'abord employé spécifiquement pour le bégaiement, l'objectif étant de rendre aux personnes une « voix droite » (orthophonie vient du grec *ortho* qui signifie « droit, régulier » et de *phonos* « son, voix »). Néanmoins, les différents domaines qui utilisent ensuite ce mot (bégaiement, langage, neurologie) ne

créent aucun lien entre eux. Cela ne permet donc pas de donner une définition commune du métier d'orthophoniste et d'officialiser la prise en charge du langage. A l'instar du Centre social de rééducation pour les déficients de l'Ouïe, de la Parole, de la Respiration et pour les Retardés Scolaires, crée en 1935 (Haberer & Voisin, 2003), plusieurs instituts accueillant des enfants sourds sont créés par des initiatives privées, mais aucune valeur professionnelle n'est reconnue aux personnes y exerçant, ni par l'Etat, ni par les corps de métiers, ni par les patients.

Ce sont les interventions de Suzanne Borel Maisonnny qui marqueront une avancée décisive vers l'officialisation du métier d'orthophoniste (Tain, 2007). Phonéticienne et grammairienne, sa rencontre en 1926 avec le Docteur Veau, chirurgien des fentes oro-faciales constitue le point de départ de la rééducation orthophonique (Philippe, 2007). Les recherches qu'elle entreprendra pour généraliser ses connaissances lui permettront de transposer son savoir à d'autres domaines. Progressivement, le territoire de l'orthophonie s'est étendu à l'ensemble des troubles de la communication, des troubles du langage oral et écrit, quelle que soit leur origine (traumatisme, handicap, dysfonction). La création de l'Attestation d'Etudes d'Orthophonie en 1955 officialisera la profession, avant qu'elle n'obtienne son statut légal en 1964.

## **2.2. Les débuts de l'orthophonie auprès des enfants sourds**

Suzanne Borel Maisonnny a développé les bases de la profession d'orthophoniste autour de la surdité avant 1955 (Philippe, 2007). Après avoir mené à son domicile des rééducations d'enfants sourds auxquelles assistaient les parents, elle créa à Paris le premier centre officiel pour enfants sourds, actuel CELEM (Centre d'éducation et du langage pour les enfants malentendants)(Romand, 2003). Il ouvrit en 1954 grâce à l'aide d'orthophonistes qu'elle avait formées et avec le soutien d'associations de parents. L'orthophoniste y faisait un travail sur le langage et une stimulation de la production de la parole. Suzanne Borel-Maisonnny développa des outils spécifiques, issus de recherches en acoustique, notamment le phonaudioscope pour visualiser la parole (De Luca et Vilboux, 2007b). Elle fit des recherches sur les oscillogrammes, qui furent à l'initiative des schémas phonétiques utilisés dans la méthode Borel (Soggiu, 2004), elle organisa des soirées d'étude sur l'analyse de la parole avec des audiophonologistes, orthophonistes, professeurs de sourds, chercheurs, durant lesquelles ils analysaient notamment la composition

acoustique d'instruments et de jouets sonores utilisés en éducation auditive avec les enfants sourds (Romand, 2003).

### **2.3. Évolution des domaines d'intervention des orthophonistes**

Progressivement, les textes officiels ont inscrit dans la loi les différents domaines d'intervention des orthophonistes. L'analyse des décrets de compétences et les différentes nomenclatures permet d'appréhender de manière objective l'élargissement des champs d'intervention des orthophonistes dans le domaine de la surdité.

Les données qui suivent sont notamment issues des travaux réalisés par Cécile Haberer et Marie Laure Voisin dans le cadre de leur mémoire pour le Certificat de Capacité Orthophonique, soutenu en 2003.

D'une part, de nouvelles pathologies apparaissent dans les décrets de compétences (publiés en 1983, 1992, puis 2002). La surdité est présente dès 1983. L'article 1 stipule que « les orthophonistes peuvent accomplir les actes professionnels suivants : éducation précoce et rééducation des divers handicaps du jeune enfant, qu'ils soient moteurs, sensoriels ou mentaux ; apprentissage de la lecture labiale dans les surdités ; démutisation dans les surdités précoces ; rééducation ou conservation du langage, de la parole et de la voix dans les surdités acquises ».

En 2002, l'article 3 du décret mentionne les nouvelles techniques de réhabilitation auditive : les orthophonistes peuvent ainsi accomplir « la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ».

D'autre part, l'analyse de l'évolution des nomenclatures des actes orthophoniques (modifiées en 1972, 1990, 2002) illustre également ce processus d'élargissement des domaines d'intervention : de nouvelles pathologies apparaissent et certaines rééducations viennent compléter celles de domaines déjà existants. Ainsi, la prise en charge de patients sourds, figurant déjà dans la nomenclature de 1972, est complétée en 1990 par l'éducation précoce et l'apprentissage de la lecture labiale dans la surdité de l'enfant. Puis, en 2002, quatre actes concernent la prise en charge de la surdité : éducation précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental ; éducation ou rééducation du langage dans les

handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental ; démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire ; rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire.

La nomenclature a donc suivi les progrès scientifiques et technologiques et cet élargissement du territoire de l'orthophonie n'est pas sans lien avec le contexte de médicalisation et de sanitarisation de la société à la fin de la deuxième guerre mondiale (Philippe, 2007). Les pouvoirs publics reconnaissent d'ailleurs la prise en charge des remboursements des soins orthophoniques en 1947, donnant ainsi la prééminence à la rééducation médicalisée (Philippe, 2007). Le développement de l'orthophonie est ainsi « indissolublement lié à la dynamique extensive de la médecine » (Tain, 2007, p. 14). Dans le domaine de la surdité notamment, des progrès technologiques importants ont été accomplis au cours des dernières décennies (HAS, 2009), du fait de l'évolution constante des techniques médicales.

L'orthophoniste doit donc se tenir au courant de ces évolutions médicales, mais aussi des évolutions d'une manière plus générale. D'après le référentiel de compétences du Bulletin officiel publié en 2013, un orthophoniste doit notamment être capable d'« analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique et des évolutions sociétales, tout comme celles du monde de la santé » (Bulletin officiel n ° 32 du 5 septembre 2013 – Annexe 2 - référentiel de compétences).

A ce titre, nous allons consacrer les prochaines parties de ce travail aux différentes évolutions qui ont pu impacter la prise en charge orthophonique des enfants sourds. Conscients que nous ne pouvons pas être exhaustifs, ni même identifier toutes ces évolutions, nous avons fait le choix de présenter nos recherches sur l'évolution de l'intégration des personnes sourdes dans la société, les évolutions technologiques des réhabilitations auditives, et les priorités de santé publique dans le domaine de la surdité.

### **3. Évolutions de l'intégration des personnes sourdes dans la société**

Il s'agit ici de revenir rapidement sur l'évolution du statut des personnes sourdes dans la société. La manière dont une société intègre les personnes sourdes oriente les différentes prises en charge qui peuvent leur être proposées.

### **3.1. Une évolution sociétale**

#### **3.1.1. La théorie du « logos »**

Le terme grec « logos » désigne à la fois la parole, l'intelligence et la raison. Cette théorie, développée par Platon, a longtemps entretenu une image très négative des personnes sourdes (Benvenuto & Séguillon, 2013). Dépourvues de parole, elles ont ainsi été considérées comme stupides et indignes d'être éduquées. Des lois les privèrent de droits humains fondamentaux, et cela jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle (Sacks, 1996).

#### **3.1.2. Début de l'instruction pour les sourds**

La Renaissance est une période propice à la réflexion sur l'éducation des sourds. Certains humanistes vont critiquer les idées apportées par les philosophes grecs et vont concevoir que les sourds bien que ne communiquant pas oralement, puissent exprimer leurs idées avec des gestes (Presnau, 1989, lu par Descours, 2011).

Au XVI<sup>e</sup> siècle, Pedro Ponce réalise les premières tentatives d'éducation à la parole en Espagne (Manteau, 2005). Une éducation oraliste se met en place : les enfants sourds de familles riches apprenaient à parler, à lire et à écrire dans le but d'acquérir un statut social et juridique et pour permettre la conservation des richesses (Bernard, 1999).

Au XVIII<sup>e</sup> siècle l'Abbé de l'Épée reconnu que les signes pouvaient exprimer la pensée humaine au même titre que la langue orale. Il emprunta les signes utilisés naturellement par les sourds, auxquels il ajouta des signes grammaticaux de son invention, les « signes méthodiques », qui permettaient de signer les temps, les genres, les déterminants ou encore les catégories grammaticales (L'Épée, 1784, cité par Descours, 2011) et d'utiliser la syntaxe du français. Il fonde en 1755 la première école pour sourds, avec pour objectif l'éducation de masse et une meilleure intégration des sourds parmi les entendants. Elle devint en 1791 l'Institut National des sourds-muets de Paris, dirigé par l'abbé Sicard (Sacks, 1996). Grâce à une éducation bilingue (langue des signes/français écrit) des élèves sourds devinrent

professeurs et de nombreuses écoles s'ouvrirent en France et en Europe (Descours, 2011). Elles favorisèrent le rassemblement des sourds autour de revendications communes et contribuèrent à l'émergence dans l'espace public de la « communauté sourde » (Benvenuto, 2004).

### **3.1.3. Une nouvelle approche de la surdité**

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les travaux de médecins de l'Institut des sourds de Paris marquèrent le début de la médicalisation de la surdité : Jean Marc Itard réalisa la première véritable classification audiométrique de la surdité (Virole, 2006). Il tenta de comprendre les causes de la surdité et de la corriger notamment avec l'usage de cornets acoustiques et par un travail quotidien de la perception, de la discrimination et de l'articulation (Descours, 2011).

Le XIX<sup>e</sup> siècle fut aussi le terrain de constantes querelles entre les tenants de l'éducation oraliste et ceux de l'éducation bilingue. En 1880, se tint à Milan le "congrès international pour l'amélioration du sort des sourds-muets" pour débattre de la méthode à préférer pour l'enseignement des sourds-muets. Les lois Ferry rendant l'école obligatoire, laïque et gratuite ont accru le besoin d'unité et la demande d'une méthode unique pour prendre en charge la surdité (Gillot, 1998).

Les résolutions du Congrès de Milan visèrent à ce que l'éducation des jeunes sourds se rapproche le plus possible de celle des élèves entendants. La langue des signes fut formellement proscrite dans les écoles car on jugea que l'utilisation simultanée de la parole et des signes présentait « le désavantage de nuire à la parole, à la lecture labiale et aux idées » (Recommandations de bonnes pratiques, Argumentaire, HAS, 2009). Les enseignants sourds n'eurent plus leur place au sein des instituts pour jeunes sourds en France.

L'interdiction de la langue des signes interrompit sa transmission au sein des écoles et amena certains sourds à signer en cachette, loin des lieux publics. La première moitié du XX<sup>e</sup> siècle fut animée par un mouvement des sourds dits « silencieux », qui a pris des formes très variées (associations de tous ordres, presse, sports, salons d'artistes) (Heugounenq, 2005).

### **3.1.4. Le « Réveil Sourd »**

Au milieu du XX<sup>e</sup> est né un mouvement identitaire, le « Réveil Sourd ». Il a fait apparaître une nouvelle désignation, "Sourd" avec une majuscule, rappelant que celui-ci est membre d'une réalité sociologique et linguistique déterminée (Benvenuto

et Séguillon, 2013). La diffusion des travaux du sociologue Bernard Mottez a joué un rôle important dans le renouveau des études sur la langue des signes et l'éducation des sourds dans les années 1990, marquées également par les premières reconnaissances juridiques et la revalorisation de l'usage de la langue des signes dans l'éducation publique. Les recherches linguistiques se sont multipliées (William Stokoe aux Etats Unis à partir de 1960, puis Christian Cuxac en France à partir des années 1980), ainsi que les formations universitaires ou professionnelles menant aux métiers d'enseignant de langue des signes, d'interprète en langue des signes. On assiste aussi au développement artistique de la langue des signes sur les scènes du théâtre et du cinéma.

## **3.2. Des évolutions législatives**

### **3.2.1. Loi de 1975**

En 1975 est publiée la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées puis des annexes régissant les établissements médico-sociaux. Elle a favorisé le fonctionnement de certaines structures pour sourds, qui ont pu officialiser des activités qu'elles assuraient déjà : guidance parentale, éducation orthophonique précoce, intégration totale ou partielle, prise en charge d'enfants à troubles associés (Romand, 2003). En effet, ces activités s'étaient développées en marge de l'enseignement spécialisé officiel.

Des mesures ont été votées dans les années 1970 pour que, dans les instituts pour sourds, le travail d'éducation de la parole et du langage soit accompli par des enseignants diplômés du ministère de la santé. Ce travail, jusqu'alors réalisé par les orthophonistes, est alors accompli par les professeurs pour sourds. Le nombre d'orthophonistes dans ces institutions diminuera et ceux qui restent doivent avoir une double formation (pédagogique et orthophonique) (De Luca et Vilboux, 2007a).

Les cadres institutionnels chargés de la prise en charge des sourds, Ministère des Affaires sociales et Ministère de l'Éducation Nationale, traduisent les représentations sociales de la surdité (Argumentaire des Recommandations de la Haute Autorité de Santé, 2009). Avec la loi de 1975, « les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit à défaut, une éducation spéciale déterminée en fonctions des besoins particuliers de chacun d'eux » (Loi de 1975,

article 4). A la suite de cette loi, l'Éducation Nationale prend en charge les sourds par le biais de l'éducation ordinaire (Heugouenq, 2005).

### **3.2.2. Loi du 11 février 2005**

En 2005 a été votée la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui réforme la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de janvier 1975. L'un de ses objectifs est l'intégration scolaire : tout enfant ou adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé doit pouvoir être scolarisé dans l'établissement le plus proche de chez lui. Des aménagements doivent être réalisés pour permettre aux étudiants handicapés de bénéficier d'évaluations régulières de leurs compétences et de leurs besoins, afin qu'ils puissent poursuivre leurs études. Ainsi, tout enfant sourd doit pouvoir être scolarisé dans l'école de son quartier, avec les aménagements nécessaires pour qu'il puisse suivre sa scolarité dans une école ordinaire (présence d'une auxiliaire de vie scolaire, accord d'un tiers-temps...). Celle-ci est placée sous l'égide du Ministère de l'Éducation Nationale, alors que les établissements spécialisés dans lesquels les enfants sourds pouvaient être scolarisés jusque là dépendaient uniquement du Ministère de la Santé.

Aussi, cette loi, d'une part, reconnaît la langue des signes française (LSF) « comme une langue à part entière » (Art. L. 312-9-1 du Code de l'éducation), stipule que tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la LSF et que son enseignement doit être favorisé. D'autre part, elle rappelle que dans l'éducation et le parcours scolaire des jeunes sourds, la liberté de choix entre une communication bilingue, langue des signes et langue française, et une communication en langue française est de droit (Article L112-2-2). Cette disposition avait déjà été introduite par la loi Fabius en 1991 (Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991) mais aucun décret n'avait fixé les conditions d'exercice de ce choix pour les jeunes sourds et leurs familles, ni les dispositions à prendre par les établissements et services où était assurée l'éducation des jeunes sourds pour garantir l'application de ce choix.

Un décret publié en 2006 (Décret n°2006-509 relatif à l'éducation et au parcours scolaire des jeunes sourds) précise que pour éclairer les parents dans leur choix entre ces deux modes de communication, une information doit leur être délivrée. « Cette information est assurée par la maison départementale des personnes handicapées » (MDPH) (Décret n°2006-509). L'équipe pluridisciplinaire

instituée au sein de la MDPH doit veiller à ce que les parents du jeune sourd aient reçu toute l'information nécessaire sur les modes de communication.

### **3.2.3. Arrêté de 2012**

Le 23 avril 2012 est publié un arrêté qui régleme l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale : un examen de repérage des troubles de l'audition doit être proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement. Ce dépistage de la surdité chez le nourrisson a pour objectif « la mise en place précoce de prises en charge adaptées pour favoriser le développement du langage et la communication de l'enfant sourd au sein de sa famille, sans préjuger de l'approche éducative qui sera choisie ultérieurement par la famille » (Annexe de l'arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale).

Si les parents font le choix de stimuler l'audition de leur enfant, ils devront alors, très rapidement, choisir le type d'appareillage de ce dernier. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le port de prothèses auditives dans les trois mois qui suivent le diagnostic, ou avant un an si le diagnostic est posé dans le six premiers mois de la vie. Les parents doivent être informés le plus tôt possible des possibilités de stimulation auditive permises par l'implant lorsque leur enfant présente les critères d'indications d'un implant cochléaire.

Nous allons maintenant voir plus en détail ces différents types de réhabilitation auditive.

## **4. Réhabilitation auditive et évolutions techniques**

Différentes méthodes instrumentales peuvent être proposées aux parents en fonction du diagnostic de surdité (seuil de perception, surdité uni ou bilatérale, étiologie, retentissement fonctionnel, possibilités de réhabilitation de l'audition), des potentialités de l'enfant et du projet linguistique envisagé.

### **4.1.1. Prothèse auditive et évolutions techniques**

La prothèse auditive (ou prothèse conventionnelle) est un moyen de compenser la perte auditive en exploitant les capacités d'audition résiduelle de la personne

sourde. Elle permet de transférer tous les sons de l'environnement dans la dynamique auditive résiduelle de la personne sourde (Kalil & Daniel, 2009). L'appareillage est proposé en première intention pour tout enfant présentant une surdité bilatérale dont le seuil auditif est supérieur à 40 dB. Le Bureau Internationale d'Audiophonologie (BIAP) recommande que l'appareillage soit effectué sans délai après le diagnostic, dans les trois mois qui le suivent (recommandation 06/8).

Depuis le milieu des années quatre-vingt dix s'est développée la technologie numérique, qui a été mise au profit des différents appareillages auditifs. Les appareils numériques ont aujourd'hui remplacé les appareils analogiques, qui mettaient à contribution des circuits électroniques pour réaliser l'amplification et le contrôle du signal acoustique. Une prothèse auditive numérique bénéficie d'un traitement entièrement numérique du signal, de son acquisition à sa restitution.

Les prothèses numériques présentent de nombreux avantages. Le plus gros bénéfice issu du traitement numérique du signal est la possibilité de découper le son en plusieurs bandes de fréquences et d'opérer un réglage différent pour chaque canal fréquentiel. De plus, la présence d'un microphone multidirectionnel permet une meilleure reconnaissance de la parole dans le bruit : selon la direction du son, ce dernier peut être amplifié ou supprimé et permet d'améliorer le rapport entre le signal auditif et le bruit ainsi que de privilégier les sons où pourrait se trouver un interlocuteur. Le système de filtrage des prothèses numériques permet aussi de supprimer l'effet Larsen sans réduire le gain auditif dans les hautes fréquences (Kalil et Daniel, 2009).

#### **4.1.2. L'implant cochléaire**

##### **4.1.2.1. Description et évolutions techniques**

Le principe de l'implant cochléaire est de stimuler directement les fibres du nerf auditif par l'intermédiaire d'électrodes insérées dans la cochlée. Au préalable, le signal sonore a été capté par un microphone, numérisé et transformé en signal électrique (HAS, 2012) par un microprocesseur vocal. Une antenne aimantée envoie ces impulsions à la partie interne de l'implant, qui transmet les informations au porte-électrodes, inséré dans la cochlée. Chaque électrode code les informations auditives pour une plage fréquentielle donnée. Les impulsions électriques sont ainsi envoyées jusqu'au cerveau par le nerf auditif (Loundon et Busquet, 2009).

Les implants cochléaires ont, depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle, beaucoup évolué. Les premiers essais de stimulations électriques de l'oreille interne ont été réalisés en France en 1957 par Eryès, otologiste et Djournou, professeur de physique médicale (Chouard, 2014). Les premiers implants étaient mono-électrodes : une seule électrode était insérée dans la cochlée et codait pour toutes les fréquences. Ces implants ne permettaient de reconnaître que les rythmes de la parole, et constituaient donc un simple complément à la lecture labiale. Le premier implant cochléaire multi-électrodes fonctionnel remonte à 1976 en France avec Chouard et MacLeod (Massida, 2010). L'indication de l'implantation cochléaire a d'abord concerné des patients adultes, atteints de surdités post-linguales, acquises après des années d'expérience auditive. Le premier enfant a été implanté en 1980, mais il s'agissait là aussi d'une surdité post-linguale. L'implantation dans les surdités prélinguales ne fut envisagée qu'au début des années 1990, avec l'amélioration des techniques, des expériences et des modèles expérimentaux (Artières et al., 2002) : la miniaturisation des systèmes puis la numérisation du signal ont permis d'implanter des enfants de plus en plus jeunes et de plus en plus nombreux.

#### **4.1.2.2. Réglages**

Une fois que la partie externe de l'implant est délivrée, un mois après la chirurgie, le patient retourne régulièrement au centre d'implantation afin d'effectuer les réglages : trois à quatre fois par an les premières années, puis une fois par an. Ces délais varient selon les centres d'implantation. (Loundon et Busquet, 2009). Les réglages consistent notamment à déterminer pour chaque électrode la quantité minimum de courant électrique nécessaire pour que le patient ait une perception auditive et la quantité maximum pour que l'audition reste confortable. On parle de seuil minimum et de seuil maximum. De nombreux autres paramètres peuvent être réglés mais ils ne seront pas détaillés dans ce mémoire. Ces réglages sont effectués par un professionnel qui a une formation particulière pour pouvoir procéder aux réglages.

#### **4.1.2.3. Apports techniques et limites de l'implant cochléaire**

Les premiers réglages de l'implant permettent de percevoir les fréquences allant de 125 Hertz à 8000 Hertz, à une intensité de 30 à 40 dB, c'est-à-dire qu'il couvre le spectre fréquentiel de la parole (Loundon & Busquet, 2009). Les sons sont donc mieux perçus avec un implant cochléaire, les informations codées sont

suffisantes et pertinentes pour décoder la parole, bien qu'il faille pouvoir leur donner un sens. Selon Teixeira Carneiro (2012), l'implant cochléaire fournirait de meilleurs indices acoustiques pour traiter la prosodie ainsi que les éléments segmentaux (phonèmes de la langue). Le retour auditif que l'enfant reçoit de sa propre parole est donc bien meilleur que celui fourni par un appareil auditif conventionnel et permet généralement un meilleur fonctionnement de la boucle audio-phonatoire (Loundon & Busquet, 2009). Enfin, le délai d'acquisition phonologique est beaucoup plus rapide (Dumont, 1998).

Cependant, les stimulations électriques émises par l'implant ne permettent pas toujours une transmission parfaite de tous les indices phonologiques au système auditif. L'information auditive délivrée par l'implant peut en effet être non optimale à cause d'un manque de transmission de la structure temporelle fine (Bayard, Colin, & Leybaert, 2012). Or, c'est cette dernière qui permet l'identification du lieu d'articulation du phonème (Delattre, 1961). Les consonnes occlusives, par exemple [p, t, k, b, d, g] sont traduites par des impulsions très brèves et sont donc plus difficilement perçues (Loundon & Busquet, 2009), tout comme la nasalité (Kiefer et al., 2001, cités par Bayard, Colin, & Leybaert, 2012). Dans un environnement bruyant, les informations sonores transmises sont nettement dégradées (Hopkins et al. 2008 cités par Bayard et al., 2012). Aussi, un débit de parole trop rapide nuit au décodage efficace du message verbal (Loundon & Busquet, 2009). Enfin, il n'y a pas de continuum auditif, du fait de l'état de fonctionnement de l'implant, mais surtout parce qu'il ne peut pas être porté en toutes circonstances (activités sportives, durant la nuit, sous l'eau de la douche... ).

#### **4.1.2.4. Prise en charge orthophonique de l'enfant sourd implanté cochléaire**

Dans un ouvrage issu de l'expérience de l'équipe du service ORL de l'hôpital Trousseau (Loundon & Busquet, 2009), les auteurs décrivent la spécificité de la prise en charge d'un enfant sourd implanté. L'implant permettant la restitution du champ fréquentiel de la parole, l'éducation auditive est au premier plan, afin d'obtenir la mise en place d'une fonction auditive la plus complète possible. L'implant cochléaire soulage ainsi la part du travail orthophonique autour de la production, et d'autant plus lorsque l'implantation est précoce. En effet, l'implant permettant la perception des sons aigus, il apporte un meilleur feedback auditif, qui permet un meilleur contrôle audiophonatoire. L'acquisition phonologique étant plus rapide et plus facile, l'enfant

sourd est intelligible plus rapidement et toute la part de la rééducation dans le cadre d'un appareillage classique généralement consacrée au travail de la voix et de la parole s'en trouve ainsi allégée.

En revanche, l'acquisition est très variable en ce qui concerne l'accès à la langue (lexique et syntaxe notamment). En effet, une réhabilitation auditive de qualité n'est pas forcément garante du bon développement du langage oral et l'accès à un niveau de langue plus élaboré nécessite un travail soutenu pendant plusieurs années.

## **5. Prise en charge orthophonique et priorités de santé publique**

Face à l'hétérogénéité du profil des enfants sourds (liée à l'environnement linguistique, le seuil auditif, les fluctuations ou non de ce dernier, les gains prothétiques, la présence ou non de troubles associés) (HAS, 2009), et aux nombreux facteurs qui peuvent influencer le développement de la communication (précocité du dépistage, âge au moment du diagnostic, âge de la prise en charge thérapeutique, niveau d'engagement parental, degré de la surdité) (HAS, 2007), il est impossible de systématiser le contenu de la rééducation d'un enfant sourd. Le suivi et l'accompagnement de cet enfant et de sa famille doivent donc être personnalisés.

Aucun document officiel ne détaille le contenu de la rééducation orthophonique. Nous nous sommes donc penchés sur les documents publiés par la HAS afin de voir comment l'orthophonie s'inscrivait dans les recommandations liées à la prise en charge de la surdité.

La HAS publie des recommandations de bonne pratique clinique, des recommandations de santé publique, des études médico-économiques, des guides de prise en charge, à destination des professionnels et des patients, afin d'améliorer leur prise en charge et la mise en œuvre de leurs projets. L'objectif est notamment d'informer les professionnels de santé sur les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

## 5.1. Dépistage néonatal de la surdité

Avec le dépistage néonatal de la surdité, les orthophonistes sont susceptibles de rencontrer un nombre plus important d'enfants très jeunes. Avant le vote de l'arrêté en 2012 réglementant le dépistage néonatal de la surdité, la HAS avait publié en janvier 2007 un document pour l'évaluation des premières expériences de dépistage systématique de la surdité.

Une section est consacrée à la prise en charge orthophonique. Le document distingue deux « philosophies » ayant pour objectif de développer les aptitudes de communication : l'oralisme et la méthode gestuelle. L'orthophonie et l'accompagnement parental sont présentés dans le cadre de la première approche, comme étant des moyens de développement de l'audition et de la communication orale.

La prise en charge orthophonique à ce stade précoce est décrite comme ayant pour objectifs « de développer l'appétence du bébé sourd à la communication par des stimulations ludiques multi-sensorielles (tactiles, auditives, visuelles) et de valider les compétences des parents en les entraînant à utiliser tous les moyens de communication verbale et non verbale (mimiques, orientation du regard, productions sonores, imitations réciproques, lecture labiale, etc), à entretenir et stimuler les productions sonores du bébé, à construire des interactions de communication dans le quotidien ». Une fois que le bébé est appareillé, l'orthophoniste doit l'amener à mettre du sens sur les sons qu'il perçoit (association signifiant/signifié). Le travail d'éducation auditive a pour but de développer l'intérêt de l'enfant pour le monde sonore, d'éveiller sa vigilance et son attention auditive, de lui faire découvrir les différentes caractéristiques acoustiques des sons (intensité, hauteur, rythme, durée, timbre). Ce travail doit permettre une discrimination et le développement des capacités de reconnaissance et d'identification des sons.

Ce document rappelle l'importance du rôle de l'orthophoniste dans l'accompagnement parental. Il doit s'assurer que les parents ont reçu et assimilé les différentes informations sur la surdité de leur enfant. Il doit « aider les parents dans la reformulation et l'élaboration d'un projet pour leur enfant, leur permettre de retrouver et fixer des objectifs, proposer aux parents des moyens de communication et d'aide au développement du langage permettant l'élaboration et l'appropriation de modèles linguistiques interactionnels adaptés ». L'orthophoniste doit donc favoriser le développement des potentialités de l'enfant et les mettre en évidence aux yeux de sa

famille. Il doit aussi travailler en coopération avec les autres professionnels qui prennent en charge l'enfant sourd (médecins ORL, pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, puéricultrices et enseignants).

L'orthophoniste a donc dû adapter son intervention au très jeune âge des bébés sourds pris en charge (Franzoni, 2006).

## **5.2. Implant cochléaire**

En 2007 a été publié un document sur le traitement de la surdité par la pose d'implants cochléaires ou d'implants du tronc cérébral (HAS, 2007), qui a été mis à jour en 2012. Ce document pour le « bon usage des technologies médicales » actualise les indications d'implantation. Dans le document initial, l'orthophoniste est mentionné parmi les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire des centres d'implantation. Au même titre que les autres professionnels, l'orthophoniste doit effectuer un bilan avant l'implantation et proposer un suivi au long cours. Il peut également être présent aux réglages, doit réaliser des évaluations successives après implantation, et doit faire le lien avec les familles et les professionnels impliqués autour de l'enfant.

## **5.3. Accompagnement des familles et suivi de l'enfant sourd de 0 à 6 ans**

Les recommandations de bonnes pratiques, publiées en 2009 par la HAS, ont pour but de donner des indications pour l'accompagnement des familles et le suivi des enfants sourds âgés de 0 à 6 ans. La prise en charge de ces enfants a pour objectifs de « maintenir et développer toute forme de communication à partir des différentes afférences sensorielles, visuelles, tactiles, proprioceptives et auditives au cours des rencontres effectuées avec l'enfant et sa famille dans le cadre de l'intervention précoce. Il s'agit de soutenir, le plus tôt possible, une appétence communicationnelle et relationnelle en donnant à l'enfant sourd un moyen d'expression précoce qui lui permet d'exprimer l'ensemble de ses besoins, affects et désirs » (Haute Autorité de Santé, 2009).

Tout comme dans le document publié en 2007 pour l'évaluation des premières expériences de dépistage systématique de la surdité, les différents projets éducatifs qui visent l'acquisition d'une ou plusieurs langues par l'enfant sourd sont présentés

dans le cadre de deux types d'approche: l'approche audiophonatoire et l'approche visuo-gestuelle. Elles se distinguent par le fait de stimuler ou non la voie auditive. L'orthophonie est mentionnée dans le cadre de la première approche.

Nous avons placé en annexe un tableau issu de la synthèse des recommandations de bonnes pratiques, qui permet de rendre plus lisibles les choix du programme d'intervention précoce qui s'offrent aux parents en fonction de leur projet éducatif (annexe 1).

La HAS rappelle la liberté de choix entre une communication en langue française et une communication bilingue, permise par la loi de 2005.

L'approche audiophonatoire a pour but de stimuler précocement l'audition pour que l'enfant développe une langue parlée. Elle peut être mise en œuvre par le biais de deux types de programmes d'intervention précoce : soit un programme de type « approche audiophonatoire en français » qui vise à promouvoir le langage par l'intermédiaire du français parlé ; soit un programme de type « approche audiophonatoire en français, avec LSF ». Dans ce dernier cas, le programme s'inscrit dans un projet d'éducation bilingue, LSF et langue française, qui doit favoriser le développement du langage par l'intermédiaire de la LSF et du français parlé, sans préjuger de la langue première qui sera utilisée par l'enfant.

L'approche visuo-gestuelle quant à elle, a pour but de développer précocement le langage de l'enfant sourd par la LSF, qui constitue la première langue de l'enfant. Cette approche devient ensuite un projet d'éducation avec communication bilingue, lorsque l'apprentissage du français écrit est introduit.

Le choix initial d'un projet éducatif peut être modifié secondairement, en fonction de l'acquisition de la langue proposée, de l'évolution du développement global de l'enfant, et d'éventuels troubles associés.

Concernant la mise en œuvre de la première approche, la HAS décrit ses objectifs avant d'émettre des recommandations pour sa mise en œuvre. Il s'agit notamment de viser l'amélioration de la perception auditive, le développement des capacités d'expression et de compréhension à l'oral et l'introduction de la modalité écrite. S'ajoute aussi le développement des capacités de compréhension et

d'expression en LSF lorsque les parents choisissent une éducation avec une communication bilingue.

L'acquisition du français dans ses deux modalités (langue parlée et écrite) nécessite un appareillage auditif (prothèse ou implant), une imprégnation linguistique quotidienne, et « un apprentissage explicite avec des rééducations orthophoniques plurihebdomadaires centrées sur l'apprentissage de la parole, de la lecture labiale et sur les acquisitions lexicales et syntaxiques de cette langue ». D'après la HAS, cet apprentissage n'exclut pas l'acquisition de la langue des signes, dont le lexique et la syntaxe sont différents.

Il est également recommandé d'intégrer au programme d'intervention précoce un support gestuel complémentaire (tel que les clés du LPC ou les signes isolés de la LSF), de dispenser un programme d'éducation auditive afin de développer l'intérêt pour le monde sonore (bruits quotidiens et reconnaissance de la parole), de développer les capacités d'expression de l'enfant par un travail spécifique de contrôle du souffle et de la voix et par l'encouragement de l'expression de l'enfant en français parlé lors des activités de la vie quotidienne.

Lorsque les parents font le choix, dans le cadre de cette approche audiophonatoire, d'un projet d'éducation avec communication bilingue (français parlé et écrit – LSF), sa mise en œuvre doit respecter les conditions requises pour l'approche audiophonatoire ainsi que celle requises pour l'approche visuo-gestuelle. La HAS recommande de leur proposer, ainsi qu'à leur enfant, un environnement leur permettant d'acquérir la LSF.

L'approche visuo-gestuelle vise le développement des capacités de compréhension et d'expression de l'enfant en LSF et l'introduction de la modalité écrite du français. Concernant la mise en œuvre de cette approche, il est proposé de développer la communication en partant des compétences sensorielles fonctionnelles de l'enfant sourd, donc en stimulant ses fonctions visuelles et motrices. La HAS recommande que la LSF soit utilisée au moins cinq heures par semaine par plusieurs interlocuteurs sourds ou entendants sur le lieu d'accueil de l'enfant, et que des professionnels sourds compétents formés à l'enseignement de la langue fassent partie des équipes d'accueil. La transmission d'une langue nécessitant une imprégnation linguistique, les professionnels doivent aussi veiller à ce que les membres de la famille de l'enfant connaissent ou apprennent la LSF. Lorsque ce

n'est pas le cas, elle recommande de mettre en œuvre des moyens spécifiques tels que des cours de LSF afin de réunir les conditions nécessaires à sa transmission.

Ainsi, la prise en charge orthophonique est présentée dans le cadre de l'approche audiophonatoire, qui vise le développement précoce de la langue parlée. Les rééducations orthophoniques centrées sur l'apprentissage de la parole, de la lecture labiale et sur l'acquisition du lexique et de la syntaxe doivent contribuer à l'acquisition du français dans ses deux modalités (orale et écrite). Les prises en charge orthophoniques peuvent donc s'inscrire dans le cadre de projets de communication bilingue (français oral et écrit – LSF), lorsque les parents de l'enfant font le choix de proposer également la LSF à leur enfant.

## **6. Problématique, objectifs, hypothèses**

Cette première partie nous a permis de présenter de nombreuses évolutions qui ont touché directement ou indirectement le domaine de la surdité et de l'orthophonie. Plus particulièrement, l'éducation des enfants atteints d'une surdité sévère à profonde pré-linguale est un domaine qui connaît de nombreuses mutations liées nous l'avons vu, à des évolutions sociales (statut de la langue des signes, intégration des personnes en situation de handicap), législatives (loi de 2005, dépistage systématique de la surdité néonatale), technologiques (progrès rapides de la technologie de l'implant cochléaire), que traduisent les priorités de santé publique (recommandations de la HAS).

Les orthophonistes, au carrefour de multiples univers professionnels, sont au cœur de ces évolutions. Il est légitime de se demander dans quelle mesure ces évolutions impactent leur pratique quotidienne.

La HAS indique que l'hétérogénéité du profil des enfants sourds et de leur famille nécessite un accompagnement personnalisé. La façon dont un orthophoniste peut intervenir auprès d'un enfant sourd peut donc prendre des formes diverses. Mais alors, qu'est ce qui unit les orthophonistes autour d'une même profession et quels facteurs font varier leur exercice ? Quelles significations donnent-ils à leurs manières d'exercer ? Les évolutions qui les entourent remettent-elles en question le sens qu'ils donnent à leurs pratiques ?

Il existe bien des données théoriques, dans la littérature, sur ces évolutions, mais très peu de documents se penchent sur ce que disent les orthophonistes eux-mêmes de ces évolutions. Nous avons donc cherché à rencontrer des orthophonistes pour les interroger sur leurs pratiques afin de comprendre comment ils travaillent, comment ils conçoivent leur métier et les missions qui leur sont assignées.

Cette étude est exploratoire et descriptive. Elle s'intéresse à un sujet vaste encore peu décrit et s'insère dans le cadre d'une réflexion plus large sur la pratique orthophonique dans le domaine de la surdité, ainsi que sur les représentations de l'orthophonie. Les objectifs de cette démarche sont multiples. Il s'agit d'identifier les impacts de ces évolutions sur les pratiques des orthophonistes, de déterminer la place qu'occupe l'orthophoniste dans la prise en charge de l'enfant sourd et finalement d'appréhender l'identité professionnelle de l'orthophoniste qui travaille avec des enfants sourds.

Nous avons formulé plusieurs questions de recherche dont les réponses envisagées ont constitué notre base de réflexion :

-La part de la prise en charge consacrée à l'aspect technique de la l'éducation auditive (gestion de l'implant, réglages..) est-elle plus grande, rendant l'orthophoniste plus « technicien » ?

-Les évolutions techniques ont-elles fait évoluer les pratiques des orthophonistes de telle sorte que les attentes des parents ont elles aussi changé ?  
Peuvent-ils les honorer ?

-Les parents sont-ils plus nombreux à demander un projet de communication bilingue ?

# Sujets, matériel et méthode

# 1. Choix d'un outil méthodologique

## 1.1. L'enquête

Le terme « enquête » vient du latin *inquiere* qui signifie rechercher. Berthier (2006) définit l'enquête comme une « quête d'informations, une collecte de témoignages, une recherche pour savoir quelque chose » (p. 7). Sa réalisation implique l'interrogation de sujets d'une population déterminée, afin de recueillir des dires personnels : des données sur des comportements, des attitudes et des motivations, ou des données sur le niveau d'information, les opinions, les représentations ou les attentes (Mucchielli, 1993). L'enquête part des renseignements obtenus pour les « décrire, comparer, expliquer » (Berthier, 2006, p. 11) puis établir des rapports entre eux, en prenant en compte les biais possibles.

Cette méthode apparaît donc comme le mode d'investigation le plus approprié pour notre travail, puisqu'elle a pour but d'accéder aux conceptions personnelles que se font les orthophonistes de leur métier auprès des enfants sourds. Elle nous permettra d'appréhender les éléments non visibles d'emblée, car relevant d'une élaboration personnelle, propre à chaque individu. Toutefois, il est bon de rappeler que, comme l'écrit Schnapper (1999), « aucune méthode, par définition, ne permet de récupérer le « vécu » lui-même. [Le chercheur] recueille [...] le récit construit et reconstruit par la parole des interviewés » (p. 74).

## 1.2. L'entretien comme technique d'enquête

Parmi les méthodes d'enquête en sciences humaines, quatre prédominent : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire, l'entretien et seuls les deux dernières permettent de recueillir des données langagières (Blanchet et Gotman, 2007). Le questionnaire permet d'obtenir la réaction ou l'opinion d'un individu par rapport à « un objet qui est donné du dehors, achevé (la question) alors que l'entretien fait produire un discours » (p. 37). Le choix entre l'une ou l'autre méthode dépend donc des données que l'on recherche.

Lorsque nous avons décidé de nous centrer sur l'identité professionnelle de l'orthophoniste, nous pensions compléter les entretiens auprès des orthophonistes par des questionnaires, afin d'avoir accès à un échantillon plus large de professionnels. Nous avons donc fait des recherches sur la méthodologie d'analyse

des représentations sociales par questionnaires, au moment où nous commençons de mener les entretiens. Toutefois, les premières tentatives de création de questionnaires se sont trouvées infructueuses. Nous avons rencontré plusieurs obstacles. D'une part, les méthodes de traitement que nous avons découvertes étaient difficilement accessibles en si peu de temps. L'analyse factorielle de correspondance, présentée dans un article de Pierre Vergès (2001) était un outil dont nous n'aurions pas eu la maîtrise suffisante pour ce mémoire. D'autre part, dans la formulation des questions, il nous a semblé difficile de proposer des items qui résumeraient différentes pratiques, parmi lesquels les orthophonistes auraient dû choisir. En effet, le questionnaire « implique que l'on connaisse le monde de référence d'avance ou bien qu'il n'y ait aucun doute sur le système de cohérence des informations recherchées », il « suppose que l'on dispose d'attitudes échelonnables » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 37). Or, dans le cas de notre étude, nous n'avons aucune certitude sur le système de cohérence des réponses qui pouvaient être apportées sur les différents thèmes abordés puisqu'il aurait fallu connaître les points qui allaient être significatifs pour l'étude de la représentation. Nous n'avons pas connaissance de la façon dont les pratiques pouvaient se structurer. De même, les facteurs discriminants nécessaires à la construction d'un questionnaire, qui permettraient de définir des profils d'orthophonistes, se représentant leur métier d'une manière ou d'une autre, ne peuvent être décidés au préalable. La technique de l'entretien semblait donc la plus appropriée.

### **1.3. Une enquête sur les représentations**

Les domaines d'application de l'enquête par entretien sont nombreux : psychologie expérimentale, psychologie appliquée, ethnologie ou encore sociologie. Blanchet et Gotman (2007) les ont classés en trois sous-groupes : ceux centrés sur les représentations, ceux qui concernent à la fois les représentations et les pratiques, et ceux qui se focalisent sur les seules pratiques. Les enquêtes comme la nôtre, qui s'intéressent à la fois aux représentations et aux pratiques, nécessitent « la production de discours modaux et référentiels, obtenue à partir d'entretiens centrés d'une part sur les conceptions des auteurs et d'autre part sur les descriptions des pratiques » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 30). En effet, nous avons besoin, en rencontrant chaque orthophoniste, qu'ils nous parlent de leur manière de vivre ces

évolutions, de leur état (données modales) et de ce qu'ils réalisent concrètement dans le cadre de leurs prises en charge (données référentielles).

Aussi, l'entretien semble être l'outil le plus adapté car il « permet de recueillir des informations sur des faits précis, mais est surtout un excellent outil de connaissance des représentations » (Borne, 1980 cité par Haberer & Voisin, 2003). On ne peut pas demander à une personne ses représentations mais uniquement les reconstruire à partir de méthodes d'études indirectes. Elles sont inférées à partir des paroles des sujets interrogés car le sujet n'a pas conscience de ses représentations en tant que telles, elles ne sont posées en tant que représentations seulement à partir du moment où elles deviennent objet d'étude (Blin, 1997).

#### **1.4. Différents usages d'un entretien**

Il s'agissait ensuite de choisir le type d'entretien que nous allons mener.

L'entretien peut être utilisé lors de chaque phase d'un processus de recherche, à des fins différentes : pour explorer et préparer une enquête par questionnaire ; pour analyser un problème et constituer la source d'information principale ; pour compléter une enquête par questionnaires ou replacer dans leur contexte des résultats obtenus par des questionnaires ou par des sources documentaires (Blanchet et Gotman, 2007).

Nous avons choisi de mener des entretiens à usage exploratoire car ils avaient pour but de compléter ce que nous avons pu lire sur la place de l'orthophoniste auprès des enfants sourds, et de faire apparaître des aspects du sujet que nous n'aurions pas envisagés spontanément. L'entretien est en lui-même un processus exploratoire puisque les représentations se construisent et évoluent avec les discours. Il vise « à faire émerger au maximum les univers mentaux et symboliques à partir desquels les pratiques se structurent » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 39). Il permet de réorienter à tout moment le questionnement et est donc tout à fait adapté en début d'enquête lorsque les hypothèses ne sont pas encore complètement formulées. « En cela il s'oppose radicalement au questionnaire qui suppose la pertinence de questions choisies une fois pour toutes et qui est donc paralysé par toute découverte susceptible de le remettre en question » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 39). Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire, nous n'avons pas encore de vision d'ensemble des pratiques. Il était donc important de pouvoir ajuster nos questionnements au cours de notre travail, en fonction de ce qu'allait pouvoir

livrer les orthophonistes au cours des entretiens sur leurs pratiques et leur vécu de ces évolutions. Et ce travail de réajustement a été très utile durant toute la phase de passation des entretiens.

Ainsi, les données obtenues lors des entretiens allaient nous permettre de recueillir un éventail de représentations fournies de manière spontanée par les orthophonistes, puisqu'il n'existe pas de données sur la représentation qu'ils se font de leur métier, ni sur ce qu'ils disent des différentes évolutions qui ont eu lieu autour de leur profession. Cette étude pourrait donc constituer une étape préliminaire à la réalisation d'une étude à plus grande échelle, qui pourrait être conduite par la suite à l'aide d'un instrument quantitatif.

Pour toutes ces raisons, l'entretien nous a paru l'outil le plus approprié pour notre mémoire, qui se centre sur les représentations que les orthophonistes se font de leurs pratiques, en lien avec les évolutions technologiques et législatives qui ont marqué leur domaine d'intervention.

## **2. Démarche interactionniste**

« Le choix d'une méthodologie (de recueil comme d'analyse) est déterminé bien entendu par des considérations empiriques (nature de l'objet étudié, type de population, contraintes de la situation, etc.), mais aussi et de façon plus fondamentale par le système théorique qui sous-tend et justifie la recherche» (Abric, 1994, cité par Fraysse, 2000, p. 666). Notre travail s'inscrit dans une démarche interactionniste. En effet, le courant interactionniste pense la recherche de manière inductive, c'est à dire qu'elle part des faits pour aller vers la théorie et non pas l'inverse (Lemaire & Lespinasse, 2013). C'est ce que nous souhaitons faire en interrogeant les orthophonistes sur leurs pratiques auprès des enfants présentant une surdité sévère à profonde. La littérature nous apporte des informations sur les changements induits par certaines évolutions techniques et législatives, en théorie, dans la prise en charge des enfants sourds, mais nous n'avons pas d'informations sur les faits, c'est-à-dire sur les pratiques réelles, ni sur ce que les orthophonistes en disent. Et comme le rappelle Tain (2007) « l'identité professionnelle résulte à la fois du cadre objectif de structuration du métier [...] et du déroulement subjectif des

carrières » (p. 14). Nous entendons dans « déroulement subjectif des carrières », d'une part les pratiques que peuvent mettre en place individuellement les orthophonistes, et d'autre part le sens et les significations qu'ils donnent à ces pratiques, la manière dont ils s'approprient leur profession.

Les données provenant du terrain permettent ainsi d'élaborer progressivement des hypothèses, de construire progressivement l'objet d'étude pour qu'en résulte la théorie (Kaufmann, 2011). Nous allons donc travailler selon le principe qu'Anselm Strauss (1992) a appelé la *Grounded Theory*, la théorie fondée sur les faits. En interrogeant les orthophonistes sur ce qu'ils disent de leurs pratiques, nous tenterons de mieux comprendre les enjeux identitaires et professionnels des orthophonistes exerçant en contexte de surdité, et nous allons voir s'il est possible de proposer des théories descriptives et interprétatives. Ainsi, «le terrain n'est [pas] une instance de vérification d'une problématique préétablie mais le point de départ de cette problématisation » (Kaufmann, 2011, p. 22).

### **3. Population et terrain d'enquête**

#### **3.1. Entretiens auprès d'orthophonistes prenant en charge des enfants sourds**

Au tout début de notre travail de recherche, nous souhaitions croiser le regard des orthophonistes avec celui des parents de patients ainsi que celui d'adultes sourds ayant été pris en charge. Nous souhaitions interroger à la fois les représentations que se font le patient ou ses parents, et celles que se font les orthophonistes de leur propre métier. Il a été également envisagé d'intégrer dans la population des adultes sourds. S'ils avaient été pris en charge par un orthophoniste, nous faisons l'hypothèse que les représentations qu'ils se faisaient aujourd'hui de l'orthophoniste pouvaient induire des choix futurs pour leurs enfants en matière de prise en charge si ces derniers étaient sourds.

Nous avons rapidement pris conscience de la quantité de travail que nécessitaient la réalisation et l'analyse d'un tel nombre d'entretiens. Le cadre d'un mémoire d'orthophonie permettait difficilement d'avoir accès à une population si vaste. Le sujet a donc été réajusté pour se composer uniquement des entretiens auprès des orthophonistes.

## **3.2. Constitution de la population**

### **3.2.1. Souci de diversité et de représentativité**

Nous souhaitons rencontrer des orthophonistes qui ont des types d'exercice différents, et interroger ainsi la diversité des pratiques et des représentations dans le cadre de la prise en charge des enfants sourds. Il a fallu sélectionner les catégories de personnes que l'on souhaitait interroger et à quel titre. Kauffman (2011) rappelle que l'emploi du terme « échantillon » est inapproprié dans le cadre d'une analyse qualitative car il suppose que les personnes interrogées aient les mêmes caractéristiques que la population dont elles sont issues, qu'elles soient représentatives. Or, la représentativité n'est pas la visée de ce type d'enquête, qui repose sur l'étude approfondie d'un trop petit nombre de sujets. Ce qui nous importe n'est donc pas tant le nombre d'entretiens que la variété des orthophonistes et le choix de professionnels « dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 47).

Tout d'abord, nous avons sélectionné les orthophonistes en fonction des patients qu'ils prennent en charge. Le thème de notre mémoire nous amenant à parler des modifications technologiques autour de l'implant cochléaire, il convenait de rencontrer des orthophonistes prenant en charge des enfants sourds répondant aux indications d'implantation, donc présentant une surdité sévère à profonde. Nous souhaitons rencontrer des orthophonistes prenant en charge des enfants atteints d'une surdité néonatale, ou du moins pré-linguale, car elle a des répercussions spécifiques sur leurs apprentissages linguistiques. En employant le terme « enfant » nous spécifions qu'ils devaient être âgés de 0 à 12 ans, afin de rester au plus près de cette période durant laquelle les parents peuvent être amenés à faire des choix, concernant le type d'appareillage, le mode de communication de leur enfant et le type de scolarisation.

Les recherches sur les attitudes et les représentations qui ont recours à des entretiens recueillent les points de vue des individus dans différentes sous-cultures, classes ou catégories sociales : elles adoptent alors le principe de diversification externe (Pires, 1997). Suivant cette démarche, il était important de couvrir au mieux de nos possibilités, la variété des témoignages possibles et de déterminer les variables susceptibles, a priori, de faire varier les réponses obtenues dans nos entretiens (Bertaux, 1997). A ce titre, nous avons donc essayé de croiser les

variables qui nous paraissaient pertinentes au regard de nos connaissances théoriques et qui nous semblaient susceptibles de faire varier les pratiques des orthophonistes : leur nombre d'années d'expérience, leur lieu d'exercice (libéral, structure, hôpital) ainsi que les outils de communication et la (ou les) langue(s) qu'ils utilisent en rééducation. D'autres variables ont été identifiées mais non retenues car difficilement exploitables dans le cadre de ce mémoire (notamment l'âge des enfants pris en charge ou le lieu de formation).

Concernant le nombre d'orthophonistes rencontrés, l'idéal est d'atteindre la « saturation » des données (Glaser & Strauss, 1967), c'est à dire d'arriver progressivement à un point où les faits recueillis confirment les propos précédents, précisent des points de détails mais n'apportent plus d'informations nouvelles sur le terrain (Mucchielli, 1994). Toutefois, le temps court de l'enquête menée dans le cadre du mémoire de fin d'études rend ce point difficilement atteignable. Nous avons visé ce que Mucchielli appelle l'acceptation interne, qui correspond à la possibilité pour les participants de se reconnaître dans l'analyse produite, ainsi que la cohérence interne, qui est l'aboutissement à un modèle cohérent permettant de définir clairement les relations que les différentes données entretiennent entre elles. Nous avons rencontré douze orthophonistes, onze femmes et un homme.

### **3.2.2. Mode d'accès à la population**

Plusieurs modes d'accès à la population peuvent être utilisés: directs ou indirects. Dans le premier cas, il s'agit d'utiliser des listes, des fichiers, des annuaires, ou bien de demander directement leur participation à des orthophonistes. Dans le deuxième cas, il s'agit de passer par l'entremise de tiers, qui adressent l'enquêteur à des personnes qu'il sait susceptibles de répondre aux critères de l'enquête (Blanchet et Gotman, 2007).

Nous avons commencé à contacter notre population par un mode indirect. Nous avons pu avoir accès aux coordonnées des enseignants du Département d'Orthophonie de Lille, transmettre la présentation de notre projet à un représentant de l'équipe d'un établissement médico-social de la région, qui a servi d'« informateur-relais » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 54). Cela nous a permis de trouver rapidement des orthophonistes intéressés par notre sujet, qui nous ont parfois mis à leur tour en relation avec leurs connaissances personnelles (« méthode de proche en proche », décrite par Blanchet et Gotman, 2007). Nous pouvions ainsi entrer en contact avec des orthophonistes, en sachant par avance les modalités de

communication qu'elles utilisaient. C'est ainsi que nous avons pu rencontrer par exemple une orthophoniste effectuant des recherches universitaires en linguistique et menant des rééducations en langue des signes.

Cette méthode indirecte nous a permis d'avoir accès à un nombre suffisant d'orthophonistes, nous n'avons donc pas utilisé le mode direct. Toutefois, concernant le choix de cette méthode, nous émettons quelques réserves et sommes pleinement conscients qu'elle aboutit à quelques biais. En effet, elle n'est pas neutre et nous n'allions interroger que des personnes motivées et intéressées par notre sujet.

Nous présentons ci-dessous le tableau récapitulant les données concernant les différents professionnels rencontrés. Voici les acronymes utilisés pour les outils de communication, dont une brève description est faite dans le glossaire (annexe 5) :

LPC : Langue Parlée Complétée ; DNP : Dynamique Naturelle de la Parole ;  
LSF : Langue des Signes Française.

| Orthophoniste | Lieu d'exercice    | Année d'obtention du diplôme | Outils de communication et langue(s) utilisés |
|---------------|--------------------|------------------------------|---|
| 1             | Structure          | 1978                         | LPC - signes – Français oral – LSF            |
| 2             | Structure          | 1976                         | LPC – signes - Français oral                  |
| 3             | Structure          | 1978                         | LPC – signes – Français oral                  |
| 4             | Structure          | 2003                         | LPC – signes – Français oral – LSF            |
| 5             | Libéral            | 2012                         | LPC – DNP - baby signs – Français oral        |
| 6             | Libéral            | 1994                         | Gestes Borel – Français oral                  |
| 7             | Structure          | 1978                         | LPC – signes – Français oral                  |
| 8             | Libéral            | 2006                         | DNP - Signes – Français oral - LSF            |
| 9             | Libéral            | 1999                         | LPC – signes – Français oral - LSF            |
| 10            | Hôpital et libéral | 2013                         | Français oral                                 |
| 11            | Hôpital            | 1978                         | Français oral                                 |
| 12            | Libéral            | 1999                         | Gestes Borel – DNP – Français oral            |

Tableau II : Tableau récapitulatif de la population de l'étude

## 4. Recueil des données

### 4.1. Élaboration du guide d'entretien

Nous avons élaboré un guide d'entretien (annexe 2) pour traduire nos questions de recherche en questions d'enquête (Blanchet et Gotman, 2007) et afin de garder un fil conducteur pour l'entretien. Ce guide a été remodelé à diverses reprises, en fonction du déroulé des différents entretiens. Il s'est enrichi, s'est réorganisé et a adopté une autre logique, grâce à une relecture du guide après chaque entretien. Nous avons par exemple exploité plus largement et plus explicitement la question des évolutions de l'implant cochléaire suite aux deux premiers entretiens dans lesquels les orthophonistes abordaient largement ce thème. De plus, nous avons été amenés à formuler autrement certaines questions ou à modifier le vocabulaire employé, afin d'éviter d'être trop inductif. Il était aussi nécessaire d'adapter nos questions à l'orthophoniste rencontré. Par exemple, les questions relatives à leurs pratiques avant l'implant ne pouvaient être posées à un jeune diplômé.

Ce guide servait de support à l'entretien mais les questions n'étaient pas lues telles quelles, elles permettaient simplement de s'assurer que les différents thèmes étaient abordés et d'avoir en mémoire quelques questions. En effet, « il est normal dans ce type d'entretien (*à usage exploratoire*) que l'essentiel soit exprimé sans référence à des questions directes. Ainsi la forme précise de telle ou telle question ne joue pas un rôle fondamental lors de l'analyse, et l'on peut, au fur et à mesure que l'enquête progresse, s'intéresser à des questions nouvelles, voire déplacer le centre d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête » (Thompson, 1980, cité par Blanchet et Gotman, 2007, p. 39-40).

Le plan du guide d'entretien contenait un rappel du sujet du mémoire ainsi que la formulation d'une consigne initiale qui permet de commencer l'entretien en guidant l'orthophoniste vers le thème du discours attendu. Le plan est construit sous forme de thèmes principaux, à l'intérieur desquels figuraient un certain nombre de questions, qui permettaient si besoin d'alimenter le thème engagé. Aussi l'ordre des thèmes abordés n'avait pas d'importance et allait être déterminé par l'évolution du discours de l'interviewé. Certains de leur propos sur un thème donné permettaient de passer à un autre thème. Comme l'indique Blanchet et Gotman (2007), « cette

technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche » (p. 62).

Notre dernier guide d'entretien fait apparaître plusieurs thèmes que nous souhaitons voir abordés par l'orthophoniste rencontré : son parcours, sa formation, la manière dont il envisage son rôle auprès d'un enfant sourd, l'implant cochléaire, la langue des signes, la place des parents dans la rééducation, la représentation de la surdité et les facteurs d'évolution de sa carrière.

Nous nous sommes efforcés, au fur et à mesure des entretiens et de notre meilleure connaissance de l'outil, de nous dégager du guide afin de laisser plus de place à l'interaction et de permettre l'émergence de nouveaux thèmes, permise par le déroulement logique de la pensée de l'orthophoniste rencontrée. L' « idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème » (Kaufmann, 2011, p. 44).

## **4.2. Réalisation des entretiens**

Ils se sont déroulés entre les mois de juillet et de décembre 2015 et ont duré entre 50 minutes et 2 heures 40 minutes.

Nous avons laissé aux orthophonistes le choix du lieu de l'entretien. Il s'est déroulé sur leur lieu de travail pour sept d'entre eux, à leur domicile pour trois d'entre eux, et pour deux, sur un lieu neutre permettant de satisfaire les contraintes temporelles de chacun. C'est un élément que nous avons gardé à l'esprit lors de l'analyse des entretiens car « chaque lieu communique des significations qui sont susceptibles d'être mises en acte dans le discours de l'interviewé » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 68). Ainsi, les discours des orthophonistes qui nous recevaient sur leur lieu de travail s'inscrivaient davantage dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes et ils pouvaient être par exemple amenés à nous présenter du matériel de rééducation.

Tous les orthophonistes, qu'ils aient été sollicités par un « informateur-relais » ou par l'intermédiaire de la méthode « de proche en proche » ont reçu par e-mail une fiche de présentation du mémoire, rappelant son objectif et ses hypothèses (annexe 3). Lors de notre rencontre, nous rappelions ses objectifs avant de commencer l'entretien, afin qu'ils puissent se représenter le contexte dans lequel s'inscrivait cette recherche. Certains orthophonistes semblaient déjà avoir réfléchi au sujet, et étaient

d'emblée très prolixes, donnant l'impression d'avoir attendu cette rencontre pour s'exprimer sur un sujet qui les touchait. D'autres nous ont demandé spontanément que nous leur rappelions le thème et les objectifs de la recherche, afin de pouvoir se remémorer le sujet de ce mémoire.

Nous leur rappelions que l'entretien serait enregistré s'ils l'acceptaient, afin de pouvoir le retranscrire fidèlement et d'en faciliter l'analyse. Nous les assurons du caractère anonyme de l'enregistrement. Nous leur indiquions que l'entretien durerait une heure environ. Nous devions parfois les rassurer et leur rappeler pourquoi leur discours nous intéressait, certains ne se sentant pas légitimes en tant que population d'étude. Nous leur expliquions alors qu'en tant qu'orthophoniste ayant des pratiques auprès d'enfants sourds, ce qu'ils pouvaient dire de leur métier nous intéressait. La question s'est notamment posée avec des orthophonistes qui utilisaient la langue des signes, ou bien avec des orthophonistes récemment diplômées. Nous leur expliquions alors, qu'à défaut de pouvoir comparer deux types de prise en charge, avant et après l'arrivée de l'implant, ils pouvaient nous parler de ce qu'ils estimaient spécifique à ces prises en charge.

Il était important de leur rappeler tous ces éléments, pour instaurer un cadre contractuel de communication, « constitué par les représentations et les croyances mutuelles des interlocuteurs sur les enjeux et objectifs du dialogue » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 73). Il a fallu être vigilant aux présupposés mutuels dans la conduite des entretiens. En effet, certains orthophonistes, du fait qu'ils soient professeurs au Département d'Orthophonie de Lille par exemple, pouvaient être tentés de ne pas insister sur des points de vue supposés communs. Des phrases achevées par « enfin tout ce que vous voyez en cours ...» nous incitait à leur demander de développer davantage leur propos. Aussi, nous avons aussi accordé une vigilance particulière durant les entretiens menés auprès de nos maîtres de stage car certains points prévus dans le guide d'entretien avaient pu être abordés dans le cadre de nos échanges informels sur le lieu de stage. Nous leur demandions alors de nous rappeler et de développer ce qu'ils avaient pu nous dire lors de ces échanges informels.

Nous avons veillé à nous mettre dans une attitude d'écoute du discours de l'orthophoniste que nous avions en face de nous. Il était important de faire preuve de patience et de bienveillance, de ne pas émettre de jugement, et d'intervenir pour aider l'orthophoniste à s'exprimer, pour encourager l'expression de ses pensées

(Blanchet et Gotman, 2007). Nous nous efforçons d'aiguiller son discours sur les points oubliés ou négligés, et de susciter l'explicitation lorsque c'était nécessaire.

## **5. Analyse des entretiens**

### **5.1. Retranscription**

Afin de faciliter l'analyse, nous avons retranscrit les onze entretiens pour lesquels nous avons reçu une autorisation d'enregistrement. Les règles de transcription respectent la transcription littérale, qui utilise les signes conventionnels de la ponctuation pour traduire la parole orale en texte écrit. Nous avons fait le choix de conserver les éléments du discours oral (hésitations, silences, contractions phonétiques telles que « j'veis » pour je vais, élisions d'unités lexicales telles que « je veux pas » pour je ne veux pas). Notre enquête portant sur des pratiques mais aussi sur des représentations, nous avons estimé que la transcription de ces éléments expressifs du langage pouvait enrichir l'analyse des propos des orthophonistes. En effet, nous nous intéressions notamment aux éléments modaux du discours des orthophonistes, c'est-à-dire aux éléments qui tendent « à traduire l'état psychologique du locuteur » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 29).

Afin de faire la distinction entre les deux personnes prenant la parole durant l'entretien, nous avons retranscrit nos interventions en italique.

Nous avons procédé à ces retranscriptions le plus tôt possible après chaque entretien afin de pouvoir réajuster notre comportement d'interviewer pour les futurs entretiens. Un chiffre a été attribué à chaque orthophoniste afin de respecter l'anonymat. Dans le reste du mémoire, nous avons utilisé l'abréviation « O n° » suivi d'un chiffre, lorsque nous citons les paroles d'un orthophoniste. Par exemple, l'orthophoniste qui s'est vu attribuer le numéro 1 était abrégé « O n°1 » et appelé « orthophoniste 1 ».

### **5.2. Analyse de contenu**

Il s'agit de produire du sens à partir des données recueillies. Il s'agit d'une production et non pas d'une donnée en soi, car elle nécessite de faire des choix parmi les informations que contient le matériau (Blanchet et Gotman, 2007). En effet, les entretiens contiennent une quantité très importante de données, qu'il convient de

sélectionner. « Le traitement qui lui est appliqué ensuite (l'analyse) contribue à son tour à sculpter le message et le sens qui va en être dégagé » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 90). Un aller-retour permanent entre les données recueillies et la théorie permet de faire apparaître de nouvelles hypothèses, à confronter de nouveau au terrain. Cela permet de donner du sens aux données et de « faire parler les faits » (Kaufmann, 2011. p. 74).

Notons ici que ces choix dont nous parlons résultent de l'interprétation subjective du chercheur mais que ces interprétations sont indispensables, le travail de recherche serait impossible sans elles. Kaufmann (2011) explique que lorsque l'on demande par exemple à un interviewé de donner les raisons qui l'ont poussé à faire telle action, celui-ci donnera une réponse parmi plusieurs, « car il y a toujours plusieurs raisons possibles et un nombre encore plus grand de données cachées derrière les raisons apparentes » (Terrail, 1995, cité par Kaufmann, 2011, p. 93). On ne peut donc se limiter à la raison donnée par l'interviewé, il faut bien « prendre le risque de l'interprétation » (Kaufman, 2011, p. 93) si l'on veut donner du sens aux données recueillies.

Dans le cadre de notre recherche nous avons essentiellement procédé par analyse de contenu, mais nous avons toutefois porté attention aux éléments linguistiques. Certains termes employés par des orthophonistes, replacés dans l'entretien ou mis en regard avec l'ensemble des autres entretiens, pouvaient mettre en relief leurs conceptions de leur profession.

### **5.3. Analyse thématique**

Selon le type de découpage effectué, on distingue plusieurs analyses de contenu : l'analyse verticale, qui s'applique à un entretien et l'analyse thématique, qui s'applique à l'ensemble des entretiens (Blanchet et Gotman, 2007).

« La manipulation thématique consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments signifiants dans une sorte de sac à thèmes qui détruit définitivement l'architecture définitive et affective des personnes singulières » (Bardin, 1977, cité par Blanchet et Gotman, 2007, p. 96). Il s'agit donc, dans ce travail, d'ignorer la singularité de chaque entretien. Nous avons fait le choix de procéder à une analyse thématique des entretiens car il s'agissait de mettre en regard ce que plusieurs orthophonistes disaient de leur profession. L'analyse consiste à découper transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Cela nous a permis de comparer

ce que disaient les orthophonistes sur un même aspect de leur profession. Nous avons donc élaboré une grille d'analyse à partir de ce qui a été dit dans les différents entretiens. La lecture des entretiens, un à un, nous a permis de répartir les discours selon quatre grands thèmes : le rôle/les missions/les objectifs de l'orthophoniste ; les évolutions des pratiques en lien avec l'implant cochléaire ; la LSF et les évolutions des pratiques en lien avec la loi de 2005 ; la place des parents dans la prise en charge.

Une fois ces quatre thèmes identifiés, nous avons pu rédiger un premier document recensant les propos de chaque orthophoniste, sur chacun de ces thèmes. Les données redondantes ont fait émerger de nombreux sous-thèmes, qui nous ont permis d'élaborer une grille d'analyse (annexe 4).

Nous avons ensuite réalisé des tableaux permettant de croiser les discours de chacune des orthophonistes sur chacun de ces sous-thèmes, et de rendre plus visible ce qui avait directement trait à notre problématique. En effet, ces sous-thèmes étant nombreux, il était parfois difficile de distinguer dans ce qu'elles disaient de leurs pratiques ce qui relevait essentiellement des évolutions techniques et législatives.

Par mesure d'efficacité, nous avons centré notre analyse sur les thèmes concernant les évolutions en lien avec l'implant cochléaire et en lien avec la loi de 2005, en mettant de côté pour un temps, ce qui était dit sur le rôle et les objectifs de l'orthophoniste et la place des parents dans la prise en charge. Nous avons repéré dans les discours des orthophonistes des éléments factuels, qui mettaient en évidence des aspects totalement nouveaux dans leurs pratiques.

Aussi, nous nous sommes rendus compte a posteriori que les deux thèmes que nous avons initialement retenus recoupaient les autres thèmes que nous avons laissés de côté. Ainsi, en parlant de leurs pratiques en lien avec les progrès de l'implant, les orthophonistes évoquaient bien souvent la place des parents dans la prise en charge. En abordant le thème de la loi de 2005, ils étaient amenés à décrire le rôle d'un orthophoniste d'une manière plus générale.

Une brève description des outils de communication et méthodes de rééducation mentionnés par les orthophonistes, souvent par leur acronyme (la DNP, les gestes Borel, le LPC, la LSF, les signes, la méthode verbo-tonale) est proposée dans un glossaire situé en annexe (annexe 5).

# Résultats

## **1. Quelles conséquences de la loi de 2005 sur les pratiques des orthophonistes ?**

Rappelons que cette mesure législative affirme la reconnaissance institutionnelle d'une langue, la LSF, qui peut être la langue principale de l'enfant sourd, et donc celle qu'il utilise pour ses apprentissages. Cette loi rappelle aussi le libre choix de son mode de communication par ses parents. Les orthophonistes interviennent dans le parcours linguistique et scolaire des enfants sourds, on peut donc se demander ce qui peut changer pour ces professionnels.

Cela a-t-il conduit certains orthophonistes à apprendre la LSF ? Cela a-t-il transformé l'usage que certains orthophonistes faisaient déjà de la LSF ? Comment les orthophonistes s'insèrent-ils dans le projet des enfants qui reçoivent une éducation bilingue (LSF/français oral et écrit ou LSF/français écrit) ?

Sur les douze orthophonistes rencontrées, seules deux ont fait spontanément mention de la loi de 2005 durant l'entretien. Pour l'ensemble des orthophonistes, elle ne semble pas être identifiée comme facteur d'évolution dans leur carrière. Nous avons dû généralement réorienter l'entretien vers ce thème en leur demandant explicitement si cette évolution législative avait des conséquences sur leurs pratiques.

### **1.1. Une évolution antérieure à la loi de 2005**

Avant de s'intéresser aux conséquences inhérentes à la promulgation de la loi de 2005, il convient de parler d'évolutions antérieures à cette loi, qui ont été évoquées par deux orthophonistes. En effet, ces dernières parlaient de l'usage de la langue des signes, même lorsqu'elles parlaient de leur exercice avant l'année 2005. Dans un premier temps, cela a été quelque peu troublant et a généré quelques incompréhensions. La lecture de leur retranscription et la comparaison avec d'autres entretiens nous a permis d'éclaircir leur propos.

Lorsque nous avons interrogé ces orthophonistes sur la langue des signes, elles en ont parlé en tant qu'outil de communication visuelle, et non en tant que langue. Avant la promulgation de cette loi, ces orthophonistes ont senti évoluer les positionnements vis-à-vis des outils de communication utilisés dans la prise en charge. Il s'agit ici de l'évolution des représentations des stratégies de

communication visuelle (utilisation de signes, du code LPC) plus que de l'évolution du statut de la langue des signes. Ce sont donc deux points qu'il faut bien distinguer : la représentation et l'utilisation du signe en tant qu'outil de communication d'une part, et celle de la langue des signes en tant que langue institutionnellement reconnue d'autre part. Ce sont deux points auxquels il a fallu veiller pour la relecture des autres entretiens, car certains professionnels utilisaient le terme « langue des signes » pour évoquer « les signes ».

Bien que l'utilisation de signes visait l'accès à un mode de communication orale, l'évolution de la représentation des signes, après plus de cent ans d'interdiction, a sans doute été un préalable à sa reconnaissance linguistique institutionnelle en 2005. Deux orthophonistes ont d'ailleurs évoqué le poids que pouvait avoir les mesures issues du Congrès de Milan. L'orthophoniste 7 expliquait :

« Fin voilà c'était quand même hein.. dans les années 80, c'était pas du tout la même chose que maintenant, on en reparlera, donc euh... c'était surtout contre le signe par contre, parce que le signe était encore interdit et donc en tout cas utilisé plutôt sous le manteau ou dans la cours de récré et nous on nous encourageait professionnellement à ne pas les utiliser hein et c'était l'oralisme l'oralisme ».

## **1.2. Différentes pratiques orthophoniques avec la langue des signes**

Quatre orthophonistes rencontrées ont dit utiliser la langue des signes dans leur prise en charge. Toutefois, elles n'en font pas le même usage et leurs pratiques ne sont donc pas les mêmes.

### **1.2.1. Présentation des dispositifs régionaux**

La majorité des orthophonistes interrogés exercent dans la région Nord-Pas-de-Calais. Il convient de donner quelques informations sur les dispositifs d'éducation mis en place pour les enfants sourds, depuis 2005, dans l'établissement médico-social de la région au sein duquel travaillent plusieurs d'entre elles.

La conséquence directe de cette loi fut l'ouverture d'une classe bilingue, LSF - français écrit, pour les élèves de niveau scolaire maternelle et primaire. Elle fut créée à la demande d'une association de parents sourds, afin de répondre spécifiquement aux dispositions de la loi de 2005. Les enseignements y sont dispensés exclusivement en LSF. Au départ, ces parents souhaitaient la création d'une classe

autonome, gérée directement par l'Éducation Nationale et non rattachée à un établissement médico-social. Ils ont finalement été redirigés par l'Inspection Nationale vers cet établissement, qui pouvait leur offrir un plateau technique, avec du personnel, des avantages financiers (cantine payée grâce à un prix de journée sécurité sociale), des accompagnements diversifiés (psychomotricité, orthophonie...) pour ceux qui le souhaitaient. Initialement, aucune prise en charge orthophonique n'était proposée au sein de cette classe bilingue LSF-français écrit. Le fait qu'elle soit rattachée au centre médico-social a conduit quelques rares parents à formuler une demande de prise en charge orthophonique. Dans le projet d'établissement, l'orthophonie est, depuis, proposée de manière facultative, en dehors du temps scolaire (dans le cadre des projets oralistes de l'établissement médico-social, les enfants sont intégrés dans une école ordinaire, dans laquelle se trouve une orthophoniste, qui fait ses prises en charge sur place, sur le temps scolaire), pour les parents qui souhaitent que leur enfant ait aussi une communication orale.

Parmi les orthophonistes rencontrés, deux orthophonistes prennent en charge des enfants scolarisés dans cette classe bilingue. Deux autres, exerçant en libéral, ont eu l'occasion, ou prennent actuellement en charge des enfants sourds bilingues. Nous allons voir que les interventions orthophoniques sont différentes : certains de ces enfants sourds bénéficient d'un suivi orthophonique dans l'objectif d'accéder au français oral, certains afin de bénéficier d'une aide dans l'acquisition du langage écrit, d'autres afin de bénéficier d'une rééducation de leur LSF. Enfin, certaines orthophonistes travaillent les pré-requis langagiers avec ces enfants qui se destinent à une éducation bilingue.

### **1.2.2. La langue des signes pour un accès au français oral**

Depuis la loi de 2005, les orthophonistes peuvent être amenés à prendre en charge des enfants dont les parents souhaitent qu'ils oralisent, mais qui sont dans une classe où les enseignements sont dispensés en LSF. Cette loi autorise effectivement les parents à choisir un mode de communication bilingue pour leur enfant : LSF – français écrit ou LSF – français écrit et oral. Trois orthophonistes rencontrées ont parlé de leurs pratiques auprès de ces enfants qui communiquent en LSF et dont les parents avaient une demande d'oral. Nous allons voir ce que ces rééducations ont de spécifique.

### **1.2.2.1. L'accès à la perception du français oral**

L'orthophoniste 4 explique que pour certains enfants, la prise en charge orthophonique concerne uniquement le versant réception du français oral, c'est-à-dire l'éducation à la lecture labiale. En effet, lorsque les parents de l'enfant sont sourds et communiquent en langue des signes, quand ils expriment une demande d'orthophonie pour leur enfant, ils n'ont pas forcément le même souhait que celui des parents entendants qui demandent que leur enfant parle. Certains parents sourds n'attendent pas forcément que leur enfant ait un bon niveau d'expression à l'oral mais ils souhaitent surtout qu'il puisse comprendre ce qui est dit à l'oral, qu'il puisse prendre des indices dans une conversation avec des personnes entendantes.

### **1.2.2.2. Une démarche différente de celle d'un projet oraliste**

Par ailleurs, pour les enfants dont les parents ont émis un souhait d'oralisation, cette orthophoniste précise que sa « démarche est complètement différente » de celle qu'elle adopte dans une prise en charge oraliste. « L'oral il vient en second, quelque part sur ces projets-là ». En effet, l'enfant en classe bilingue, possède déjà une langue, ou du moins il est en train de la construire. La langue des signes est sa langue principale et sert pour ses apprentissages, il est scolarisé dans une classe où il n'y a pas du tout d'oral. Lorsqu'une demande de prise en charge orthophonique est exprimée par les parents, le travail autour du français sur son versant oral (que ce soit en expression ou en compréhension) arrive donc au second plan. Alors que « sur la classe oraliste, [elle] par[t] du principe que, à partir du moment où il maîtrisera mieux la langue il rentrera mieux dans les apprentissages » Son objectif est dans ce cas de favoriser l'accès à une langue orale construite afin que l'enfant sourd puisse investir les apprentissages.

Elle précise aussi qu'elle porte une attention particulière lorsque l'enfant a des parents entendants, car la LSF tient place de première langue mais ce n'est pas sa langue maternelle ; il la construit en classe avec son enseignant. Il faut veiller à ce que la rééducation orthophonique axée sur la langue française orale ne « vienne pas parasiter la langue des signes », qu'elle n'interfère pas dans les processus d'apprentissage de la LSF, sa première langue. L'orthophoniste 9 évoquera elle aussi l'importance de la distinction entre les deux langues. Notamment dans le cadre de la prise en charge d'un jeune patient sourd issu d'une famille sourde, qui signe et oralise, elle veille à ce que l'usage du français et de la LSF soit bien distincts. Elle relate : « j'avais essayé pour le coup de dire à la maman, ce qu'il faut pas, c'est

signer et parler en même temps, parce que quand la maman signait et parlait en même temps, elle enlevait la moitié des mots grammaticaux et donc le discours du gamin était à l'image de ce que la maman lui donnait. Alors voilà j'dis : si vous voulez qu'il oralise, il faut vraiment vous détacher des signes. Voilà. Et après ça vous empêche pas de temps en temps de signer comme ça, mais dans ce cas vous signez mais vous parlez pas »

### **1.2.2.3. Utilisation des supports scolaires**

Dans sa pratique, l'orthophoniste 4 expliquera aussi qu'avec des enfants de la classe LSF de niveau primaire dont les parents demandent de l'oral, elle est amenée à utiliser des outils différents de ceux qu'elle utilise dans le cadre de projets oralistes. En effet, elle peut travailler avec les supports que l'enfant utilise déjà en classe (ce qu'elle ne fait jamais dans le cadre de prises en charge oralistes). Elle part de ce que les enfants connaissent déjà de la langue française, c'est à dire de la syntaxe écrite du français, qui est transmise en classe par l'enseignant. Elle utilise ensuite ces supports scolaires pour faire le lien entre la syntaxe écrite et le français à l'oral.

### **1.2.3. Un travail sur le langage écrit, à partir d'une langue visuo-gestuelle**

La loi de 2005 amène les orthophonistes à intervenir auprès de ces enfants sourds bilingues pour un travail autour du langage écrit. Dans le cadre de ces projets, les enfants de niveau primaire ont deux modèles linguistiques, celui de la LSF et celui du français écrit. La rééducation orthophonique peut s'articuler spécifiquement autour du français écrit, selon la demande parentale et les difficultés d'apprentissage de l'enfant concernant le langage écrit. Une particularité est donc née de cette loi : la rééducation du langage écrit, à partir d'une autre langue que le français. En effet, cette loi officialise de nouvelles situations de bilinguisme, où l'une des deux langues peut être le français écrit. Or, d'après le décret de compétences, l'orthophoniste est habilité à accomplir la rééducation des troubles du langage écrit (Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, AMO 10,1). Si un enfant bilingue présente des difficultés dans l'acquisition du langage écrit, on peut donc imaginer que l'orthophoniste soit le professionnel concerné pour mener ce type de rééducation. La rééducation du langage écrit se fait alors à partir de la LSF. L'orthophoniste 4 explique notamment que le fait de maîtriser la LSF lui

permet de proposer un travail autour des compétences transversales nécessaires pour l'apprentissage du langage écrit, telles que la mémoire ou l'attention, comme elle pourrait le faire avec un enfant entendant qui aurait des difficultés spécifiques du langage écrit.

L'orthophoniste 8 évoquait son exercice passé au sein d'une structure, dans laquelle elle prenait en charge des enfants sourds bilingues avec lesquels elle travaillait sur le langage écrit. Elle indique que son travail était principalement axé sur la syntaxe : « on travaillait sur le langage écrit pour le structurer, parce qu'il y'a quand même des marqueurs syntaxiques qui sont pas présents en langue des signes et qui sont présents à l'écrit et donc on travaillait là-dessus. Y'a quand même une syntaxe particulière chez les personnes sourdes et donc ça se travaille ça s'accompagne»

#### **1.2.4. Une orthophoniste pour rééduquer la LSF**

La loi de 2005 reconnaît la LSF en tant que langue. Comme pour n'importe quelle langue, un enfant peut rencontrer des difficultés dans son acquisition. Néanmoins, il n'existe pas de professionnels spécialement formés pour faire des rééducations de la LSF comme pourrait le faire une orthophoniste pour un retard de langage oral par exemple. L'orthophoniste 9 mène des rééducations avec des enfants s'exprimant uniquement en LSF. Elle explique que l'un des enfants qu'elle prend en charge, qui communique uniquement en langue des signes « avait un [...] trouble de communication et un retard de langage. En langue des signes ». Elle réalise parallèlement un travail de recherche sur l'acquisition de la morphosyntaxe de la LSF. Dans le cadre de sa thèse, elle réalise un outil d'évaluation de la morphosyntaxe de la LSF, dans le but d'établir une norme d'acquisition qui permettrait d'identifier un déficit. Elle précise qu'elle n'est pas forcément la plus compétente pour procéder à une rééducation de la LSF parce que la langue des signes n'est pas sa langue maternelle et parce qu'elle n'estime pas être bilingue, mais qu'il n'y a malheureusement personne de sa région ayant un meilleur niveau ni l'envie de proposer une prise en charge orthophonique pour ces patients.

#### **1.2.5. Travail des pré-requis à la communication**

La prise en charge orthophonique auprès d'un enfant sourd bilingue peut également consister en un travail des pré-requis à la communication.

Huit orthophonistes ont évoqué le travail qu'ils peuvent faire autour de ces pré-requis, le plus souvent dans le cadre de l'éducation précoce. Ces orthophonistes expliquaient qu'ils s'inséraient dans un travail de la communication au sens global, c'est-à-dire dans la mise en place des compétences nécessaires à l'acquisition du langage, tels que l'attention conjointe, l'alternance des rôles, le regard, le pointage, l'imitation, afin de construire progressivement les capacités de raisonnement de l'enfant sourd. Il s'agit donc pour eux de penser l'accès à la communication avant de penser l'accès à une langue. Ce travail en amont de la langue peut permettre ensuite à l'enfant de progresser dans l'acquisition d'une langue orale, lorsqu'il a un projet oraliste, mais aussi dans l'acquisition de la langue des signes lorsqu'il a un projet de bilinguisme. Lorsque les enfants ont des difficultés à accéder à leur langue (français oral ou LSF), il peut être utile de retravailler ces pré-requis langagiers. Les deux orthophonistes exerçant dans la classe LSF en parlent dans les entretiens. L'orthophoniste 4 explique : « Finalement il faut aider les enfants à mieux communiquer, mais à mieux communiquer via la LSF. Après pour moi c'est notre rôle quand même. On reste dans le domaine de la communication avec tous les prémices : attention conjointe, tour de rôle, pragmatique, syntaxe, association de deux énoncés... question-réponse... enfin toutes ces choses-là, qui sont linguistiques ».

### **1.3. Quelles représentations de leurs pratiques dans le cadre de projets bilingues LSF - Français écrit ou LSF - Français écrit et oral ?**

Après avoir présenté les différentes pratiques des orthophonistes qui exercent auprès d'enfants bilingues, nous allons maintenant exposer la façon dont elles se représentent leurs prises en charge. La distinction entre pratiques et représentations est un peu artificielle car les orthophonistes, en présentant leur prise en charge, évoquaient spontanément la façon dont elles se la représentaient, exprimaient leur avis. Toutefois, nous avons jugé utile d'en faire une partie distincte dans le cadre des résultats, pour mettre en relief ces représentations.

Nous allons voir dans un premier temps comment les quatre orthophonistes qui interviennent auprès d'enfants sourds bilingues parlent de leur place d'orthophoniste dans ce contexte, et comment elles la légitiment.

### **1.3.1. Pour l'accès au français oral, l'orthophoniste « au second plan »**

L'orthophoniste 4, lorsqu'elle parlait du travail d'éducation à la lecture labiale qu'elle peut faire avec un enfant s'exprimant en LSF, expliquait que cela ne lui était pas apparu tout de suite comme faisant partie de ses fonctions : « par exemple, la lecture labiale c'est vrai que au début moi on m'aurait dit bah tu travailles juste la lecture labiale je me serais dit en tant qu'ortho bah,... pourquoi quoi ? Surtout avec des enfants c'est pas forcément simple».

Aussi, dans la façon dont elle se représente son rôle, on comprend que ces projets, qui sont récents, font naître une réflexion sur sa place auprès de ces enfants. Il semblerait qu'il faille conscientiser le rôle qu'elle occupe en tant qu'orthophoniste dans le cadre de ces prises en charge, une place qu'elle trouve peut-être plus facilement sur un projet oraliste: « Au départ en tant qu'ortho je m'étais dit bah il faut que je fasse attention, la priorité dans cette prise en charge-là, c'est quand même la langue des signes, que l'enfant construise sa langue des signes puisqu'il est en classe bilingue [...] après faut apprendre aussi à se dire .. bah... voilà. OK j'suis là, quel est mon rôle et effectivement c'est p't'être pas le... c'est p't'être pas le rôle.. en gros primordial alors que dans une prise en charge oraliste, l'orthophoniste elle a quand même un rôle euh prépondérant quoi ».

### **1.3.2. Un travail autour du langage écrit similaire à celui entrepris avec un enfant entendant**

Par rapport à la position qu'elle adopte dans ses prises en charge autour du langage écrit, l'orthophoniste 4 explique qu'il s'agit d'un positionnement similaire à celui que pourrait adopter un orthophoniste avec un enfant entendant, ou un enfant sourd à projet oraliste, qui aurait des difficultés de langage écrit : « je me dis, que finalement le positionnement aussi qu'on peut avoir en libéral avec certains enfants entendants, qui par exemple sont dyslexiques, ont des difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'écriture, pourquoi certains enfants sourds n'auraient pas aussi des difficultés spécifiques et seraient pas dys et dans ce cas-là, si on est une ortho qui a la langue des signes, même si on est n'est pas forcément dans un projet oraliste, pourquoi pas travailler toutes les compétences transversales, mémoire, attention ».

Ce type de projet est récent, et l'on comprend au travers de certains termes (« je me dis », « pourquoi pas ») que cette orthophoniste a peu de distance par rapport à ce qu'elle a déjà mis en place dans le cadre de ces projets. Elle déclarera aussi qu'elle n'exclut pas que ce qu'elle décrit aujourd'hui de sa pratique évolue d'ici quelque temps, lorsqu'elle aura davantage de recul sur les résultats de ses prises en charge.

### **1.3.3. La prise en charge d'un retard de langage en LSF « répond à une demande orthophonique »**

L'orthophoniste 9 prend en charge un petit garçon ayant un retard de langage en LSF. Lorsqu'on lui demande si elle avait envisagé d'utiliser la langue des signes dès le début de son exercice en tant qu'orthophoniste, elle explique « C'est toujours compliqué, on te dit bah pourquoi tu signes si t'es ortho et tout ça. mais.. j'veux dire c'est quand même bien la définition de notre boulot quand même [...] en tout cas, fin... il répond tout à fait à une demande orthophonique quoi. Mais en langue des signes ». Elle légitimise son intervention dans le cadre de rééducations de la LSF en faisant appel à une définition du métier d'orthophoniste, et à ce qui pourrait relever des champs de compétences officiels de la profession. Elle ne parle pas de sa conception personnelle du métier mais envisage son exercice dans le cadre global de la profession. Selon elle, ce type de rééducation relève tout à fait d'un travail orthophonique. Elle précise toutefois qu'elle a été amenée à faire ce genre de rééducation parce qu'elle a cette formation personnelle en langue des signes et cette sensibilisation du fait de ses travaux de recherche.

Les trois autres orthophonistes qui utilisent la LSF dans leur rééducation déclarent qu'elles ne sentent pas capables de rééduquer la LSF, qui n'est pas leur langue maternelle. Ce serait donc une spécialisation qui relèverait de la sensibilité de chaque orthophoniste. Pour les orthophonistes qui feraient le choix de se former et de se spécialiser dans cette voie, cela devient une nouvelle compétence, qui implique de nouvelles pratiques. Le projet orthophonique de l'enfant sourd est en effet spécifique à la langue qui est rééduquée.

#### **1.3.4. L'orthophoniste, « à même de repérer les choses qui sont à travailler en amont de la langue »**

Peu d'orthophonistes rencontrés mènent des prises en charge autour des pré-requis à la communication par le biais de la LSF. Les deux professionnelles qui en ont parlé dans les entretiens semblaient devoir justifier, expliquer que ce type de prise en charge fait effectivement partie des compétences d'un orthophoniste.

L'orthophoniste 4, dont les propos ont été cités pour le titre ci-dessus, évoquait la formation initiale des orthophonistes. Selon elle, le fait qu'elle recouvre plusieurs domaines, place les orthophonistes au carrefour de nombreuses disciplines et leur permet d'être en mesure de travailler avec l'enfant sur ses compétences transversales à la langue. Elle explique aussi : « je pense qu'on a aussi [...] cette approche-là, qui est complémentaire je pense peut-être d'un prof de langue des signes qui a des connaissances en linguistique ». De plus, après avoir expliqué que c'est le fait de s'être formée à la LSF qui l'a conduite à intervenir sur des projets différents, elle a exposé en quoi consiste ce type de prise en charge en utilisant de nombreux termes modalisateurs (tels que « pour moi », « je pense »), qui traduisent son opinion, sa conception de l'orthophonie « Pour moi, c'est notre rôle quand même. On reste dans le domaine de la communication », « Si les enfants n'ont pas compris comment fonctionnait une langue, je pense que notre rôle d'ortho peut être là »

L'orthophoniste 1, quant à elle, explique : « ton rôle d'orthophoniste il est pas simplement, la communication dans ce travail-là (*d'accès à la parole*) [...] t'as beaucoup d'autres choses à travailler avec un enfant sourd ». Elle s'adresse directement à l'étudiante qui est en face d'elle à ce moment-là. N'ayant pas encore exercé, possédant pour seuls bagages les connaissances théoriques de sa formation initiale et quelques semaines de stage, il se pourrait qu'elle n'ait pas idée de l'étendue du champ de compétences d'une orthophoniste.

Les orthophonistes interrogés expliquaient que la mise en place de ces pré-requis permettait de construire progressivement les capacités de raisonnement de l'enfant sourd. Pour l'orthophoniste 8, ce travail de mise en place du raisonnement de l'enfant est indissociable de l'utilisation de la langue des signes : « Raisonnement et pensée, pour moi c'est important, vraiment. Parce que nous on nous parle beaucoup de langage pendant nos études, on nous parle un peu de raisonnement. Voilà, pour

moi maintenant le raisonnement est fondateur et précède... pas précède mais se construit vraiment en interaction avec le langage. Et là notre place elle est là. Mais pour moi,... ce que je vais dire c'est nul mais... si tu parles pas la langue des signes t'as pas à t'occuper des sourds, pour moi ! ». Après avoir parlé de « notre place », en utilisant la première personne du pluriel, donc en envisageant la profession sous un angle large, elle s'adresse à moi en tant que future professionnelle, pour évoquer ce qui lui semble indispensable à sa pratique orthophonique auprès des enfants sourds.

Voyons maintenant quelques extraits des entretiens avec les orthophonistes ne prenant pas d'enfants bilingues en charge, lorsqu'ils conçoivent la relation entre le métier d'orthophoniste et les enfants communiquant en LSF.

### **1.3.5. Les orthophonistes ne prenant pas en charge d'enfants sourds ayant un projet de communication bilingue (LSF - Français écrit ou oral)**

Tout comme l'orthophoniste 8, l'orthophoniste 6 parle de « la place » des orthophonistes, en s'y incluant, en utilisant le pronom « notre ». Toutefois, il n'envisage pas cette place de la même façon : « Alors l'orthophoniste n'est pas tenu d'apprendre la langue des signes hein... il faut qu'on tienne notre place d'oralistes ». Il dira cela après avoir expliqué qu'il avait eu l'occasion de prendre en charge un enfant sourd de parents sourds, qui avaient formulé une demande de bilinguisme, et qui s'étaient adressé à lui pour l'accès à l'oral. L'emploi du terme de « place », la généralisation avec l'article défini « l'orthophoniste » et le pronom « on » est intéressant car cela montre qu'il n'envisage pas, par exemple, que les orthophonistes aient un rôle à jouer dans l'accompagnement de l'écrit sans accès à l'oral ou bien dans la rééducation de la langue des signes. Il se représente sa mission à lui, et la mission globale de l'orthophoniste auprès de l'enfant sourd, comme devant le conduire au français oral.

Deux autres orthophonistes, qui n'effectuent pas ce type de prise en charge, envisagent que certains orthophonistes puissent travailler le langage écrit d'enfants communiquant en langue des signes. Toutefois, elles s'interrogent sur la manière dont on peut exercer dans ce cadre-là. L'orthophoniste 3 déclare : « Après est-ce qu'une ortho doit aussi intervenir dans le champ de la LSF pourquoi pas hein... je sais qu'il y en a qui interviennent euh... parce que y'en a qui disent ouais le modèle unique c'est ortho égal accès à la langue orale et à la langue écrite. Bon. Mais déjà la langue écrite on peut aussi y accéder via une langue visuelle. C'est pas le plus

simple mais ça peut aussi être une réalité. Il faut aller discuter avec elles, c'est pas si facile que ça ». Cela relève donc d'un choix personnel, ce n'est pas une place que tous les orthophonistes envisagent d'occuper. Trois orthophonistes ont d'ailleurs expliqué qu'ils avaient fait le choix de ne pas apprendre la LSF. Ainsi, l'orthophoniste 10 a déclaré : « moi j'ai fait le choix de pas apprendre la langue des signes, c'est un choix... Mais vraiment personnel »

En libéral, plusieurs orthophonistes disent réorienter les parents lorsqu'ils ont une demande de communication bilingue. Ils peuvent donc être amenés à refuser certaines demandes de parents : « Parce que nous on se.. euh voilà... nous on se met dans un... on est orthophonistes à visée vraiment oraliste... quand le projet thérapeutique... est l'oral... euh... on peut proposer la prise en charge aux parents ... à partir du moment où y'a du bilinguisme avec du LPC ou avec... la langue des signes .. euh nous on fait pas ici... *D'accord*. Voilà. Mais c'est un choix » (O n°12). En effet, tous les orthophonistes ne sont pas formés à la langue des signes et la langue des signes n'étant jusqu'à cette loi jamais proposée comme langue pour les apprentissages, les orthophonistes n'étaient pas confrontés à ces situations de bilinguisme, où la LSF peut servir de support pour une rééducation en langue française (écrite ou orale). Face à ce nouveau profil de l'enfant sourd, l'orthophoniste est donc amené à définir sa place.

La comparaison de ces différents positionnements, exprimés dans le cadre des entretiens, et traduits dans l'exercice de ces orthophonistes, peut conduire à s'interroger sur la pertinence d'envisager une typologie des orthophonistes, selon le mode de communication qu'ils utilisent dans leur prise en charge et l'usage qu'ils en font. L'orthophoniste 8 s'interrogeait sur la possibilité de faire émerger des « catégories d'orthophonistes ». Elle évoquait les différents « profils de communication » des professionnels de l'établissement dans lequel elle travaillait, qui leur permettaient de répartir les enfants sourds en fonction de leur mode de communication. Suivant son idée, on pourrait par exemple dessiner un profil d'orthophoniste caractérisé par son usage exclusif du français oral, un profil caractérisé par l'utilisation de moyens de communication visuels en tant qu'outil augmentatif (LPC, signes) et un profil d'orthophoniste utilisant la LSF en tant que langue à part entière.

## **1.4. Les évolutions remettent-elles en question leur positionnement et la signification qu'ils donnent à leur pratique?**

### **1.4.1. Un début de prise en charge orthophonique plus tardif**

Depuis l'ouverture de la classe bilingue en 2005, la prise en charge orthophonique est facultative pour ces enfants. Quatre orthophonistes précisent que de plus en plus de parents sourds ayant fait le choix de scolariser leur enfant dans la classe bilingue LSF-français écrit, font une demande de communication orale pour leur enfant. Cette demande d'oral survient parfois tardivement. En effet, il arrive que ces parents estiment que leur enfant « parlera plus tard, il choisira » (O n°7) s'il le souhaite. Ou bien qu'ils réalisent a posteriori qu'eux-mêmes oralisent un peu et qu'ils souhaiteraient que leur enfant parle également. Deux orthophonistes ont fait part de leurs interrogations face à ce constat : « D'autres, c'est commencer à travailler l'oral mais que maintenant.... Où est-ce que ça va mener ? je sais pas » (O n°4) « Mais on n'arrive pas à expliquer aux sourds la plasticité cérébrale. Moi j'y arrive pas. Dire que si.. il vaut mieux faire de l'oral quand même, y'a des choses ça sera un peu tard quand même » (O n°7).

Ces demandes tardives rendent plus compliquées les prises en charge des orthophonistes, dont les parents attendent qu'ils mènent leur enfant vers une communication orale.

### **1.4.2. Des enfants se retrouvant dans une « interlangue »**

La loi de 2005 a réaffirmé la possibilité pour les parents de choisir le mode de communication de leur enfant. L'orthophoniste 9 explique que certains d'entre eux émettent des souhaits mais ne savent pas toujours faire des choix arrêtés « ça part dans tous les sens en fait, c'est pas clair, tu sais pas ce qu'elle veut en fait. Cette maman elle sait pas ce qu'elle veut ». Ils font parfois des choix qui ne sont pas ceux que l'orthophoniste aurait envisagés pour l'enfant, et demandent à ce qu'elle utilise des modes de communication qu'eux-mêmes n'utilisent pas. Elle met en lien cette difficulté à faire des choix avec la difficulté qu'ils peuvent avoir à accepter la surdité de leur enfant ce qui complique le travail des équipes de soin. Et ce qui l'interroge

sur les bénéfiques de cette loi : « En même temps des fois.... je me pose la question, est-ce qu'il n'y avait pas de meilleurs résultats quand on faisait oraliser aussi... C'est horrible hein mais des fois que je me demande... *Ah oui ?* Ouais, j'pense que tu respectais moins la personne, l'individu. Et en même temps euh... là euh.. j'trouve que le risque c'est que des fois on est dans des inter-langues, ils ont pas tout à fait la langue des signes, pas tout à fait l'oral et le résultat est pas forcément bon non plus quoi. Tout dépend du choix de départ des parents quoi. Si.. c'est-à-dire que si les parents font un choix qui est vraiment adapté à l'enfant et à son environnement ça peut fonctionner. Mais si les parents ne font pas vraiment de choix c'est compliqué après. C'est-à-dire que si ils te disent ouais allez-y faites de la langue des signes, moi j'oralise à la maison, l'enfant il s'y retrouve pas quoi. Il a pas un bain de langue quoi, c'est compliqué ».

Selon cette même orthophoniste, cela complexifie son travail auprès de ces familles. Elle parlera des grandes capacités d'adaptation qu'elle doit déployer pour chaque prise en charge, dont la grande majorité des orthophonistes fait mention dans les entretiens :« c'est vraiment pas simple parce que t'as plein plein de choses... j'trouve que y'a vraiment une grosse question de l'adaptation en fait. D'adaptabilité quoi. Tu dois d'adapter à l'environnement, au cas familial, aux capacités de l'enfant, et en ça voilà, t'as jamais deux profils identiques. Aucune histoire n'est identique. Donc bah il faut jongler en fait ».

### **1.4.3. Place auprès des parents**

La loi permet donc aux parents de choisir le mode de communication de leur enfant, et bien souvent, lorsque l'orthophoniste rencontre l'enfant pour la première fois, ce choix a déjà été fait par ses parents. « Au départ [...] ils projettent leur enfant. Donc même si leur enfant est sourd, ils le projettent comme un enfant sourd qui va parler, comme un enfant sourd qui va signer » (O n°4). La représentation qu'ils se font de leur enfant oriente leur choix, avant la première rencontre avec l'orthophoniste. L'orthophoniste 6, qui travaille en libéral dit : « Je pense que dès lors qu'ils ont franchi ma porte c'est qu'ils ont une farouche intention de faire de l'oralisme ».

Mais l'existence de ces projets bilingues permet aussi d'envisager un autre projet de communication lorsque l'enfant ne parvient pas à rentrer dans l'oral. Et toute la difficulté pour l'orthophoniste réside dans l'accompagnement de ces parents vers un projet qu'ils n'avaient pas envisagé pour leur enfant. L'orthophoniste 9

exprime sa difficulté : « voilà t'as l'idée des parents quand même. Voilà. Et ça... C'est pas que tu peux rien y faire mais ça se travaille, il faut du temps, c'est long ».

L'orthophoniste 3 reviendra de nombreuses fois au cours de l'entretien sur la grande importance de mettre de côté ses propres représentations dans cet accompagnement parental. Il n'y « a que les parents qui peuvent faire un choix légitime pour leur enfant ». Elle explique qu'au début de son exercice, il n'y avait pas toute cette « palette de stratégies de communication », et que les professionnels doivent maintenant accueillir tous les projets. « Voilà on n'est pas non plus dans la tête des familles et il faut faire très attention à nos propres représentations, qu'elles soient dans un sens ou un autre, jcrois que la neutralité bienveillante elle est pas si facile que ça à ...acquérir ».

Il semblerait que cette possibilité de choix pour les parents ait pour conséquence un nécessaire travail personnel de l'orthophoniste. Ce dernier doit donner des informations claires (O n°11) et « réexpliquer les différents moyens de communication » (O n°5), mais il doit constamment veiller à respecter le choix de ces parents, qui « sont les mieux placés pour choisir » (O n°7).

Nous avons vu que la promulgation de la loi de 2005 peut amener les orthophonistes à se positionner par rapport aux demandes de prise en charge qui peuvent leur être adressées. Quatre orthophonistes disent réorienter les parents lorsqu'ils font une demande de projet bilingue pour leur enfant. Il les renvoient vers des professionnels qui disposent de compétences en LSF, qui peuvent proposer des projets adaptés aux projets bilingues (dans la région Nord-Pas-de-Calais, ce sont des professionnels qui sont rattachés aux structures médico-sociales). Mais dans les faits, tous les orthophonistes exerçant en libéral rencontrés affirment ne pas recevoir plus de demandes de prise en charge dans le cadre d'un projet bilingue depuis la loi de 2005, y compris les orthophonistes qui maîtrisent la LSF. L'une des raisons évoquées a trait à un autre type d'évolution, technique cette fois : la possibilité pour les enfants présentant une surdité sévère à profonde de bénéficier d'un implant cochléaire. Cette reconnaissance institutionnelle de la langue des signes s'opère en effet dans le même temps où les sciences médicales offrent des appareillages de plus en plus performants.

## **2. Evolutions techniques : des appareillages de plus en plus performants**

Nous avons centré notre étude sur la prise en charge des enfants présentant une surdité sévère à profonde. Tous les orthophonistes rencontrés ont précisé que la majorité de ces enfants étaient aujourd'hui implantés. La question qui portait sur la différence entre la prise en charge d'un enfant implanté et celle d'un enfant appareillé est parue incongrue pour certains orthophonistes puisqu'ils n'étaient pas en mesure de comparer à un même instant T deux enfants ayant le même degré de surdité et des types d'appareillages différents (implant ou appareil auditif conventionnel). Lorsqu'ils évoquaient la prise en charge de patients portant des prothèses, ils parlaient de patients ayant une surdité moyenne ou sévère (n'ayant pas le même impact sur le développement du langage), ou bien de patients présentant une surdité profonde, pris en charge il y a plus de dix ans. Par ailleurs, plusieurs ont précisé qu'il y avait aussi eu de grands progrès au niveau de la technologie des prothèses auditives, dont les modèles sont maintenant numériques. Toutefois cela ne concerne pas la population de notre étude.

Le fait de parler de l'implant cochléaire a amené tous les orthophonistes à parler de ses réglages, alors même qu'aucune question spécifique n'était prévue dans la trame. Avant de réaliser le premier entretien, nous n'avions pas envisagé que l'existence de ces réglages, une nouveauté essentiellement technique, puisse avoir un impact sur de si nombreux aspects de leurs pratiques.

Les réglages de l'implant cochléaire sont spécifiques à ce type d'appareillage : ils ne sont pas de la même nature que ceux des prothèses car plus précis, plus fréquents, et l'orthophoniste peut y assister. Il convient de préciser que tous les orthophonistes rencontrés ne s'y rendent pas, pour plusieurs raisons que nous expliciterons. Toutefois, l'existence même de ces réglages et le fait qu'ils aient la possibilité de s'y rendre est un point d'ancrage de la majorité des entretiens.

L'analyse thématique des entretiens nous a permis de mettre en évidence plusieurs points récurrents dans les propos des orthophonistes, en lien avec les réglages de l'implant cochléaire. Nous allons exposer d'abord ce que disent les

orthophonistes sur leurs rapports aux parents, puis sur leurs rapports aux autres professionnels. Nous verrons ensuite dans quelle mesure cette technologie crée de nouveaux besoins de formation et ce qu'elle implique dans leurs façons de travailler. Enfin, nous partagerons l'impression d'une certaine constance, qui est ressortie à la fin de la passation des entretiens et de leur relecture.

## **2.1. Réglages et relations aux parents**

« Déjà le fait que j'aie aux réglages ça nous donne une place privilégiée par rapport aux parents » (O n°1).

L'orthophoniste peut être en lien avec les parents à différents moments de la chronologie du réglage : avant (en séance mais parfois aussi dans la salle d'attente), durant et après les réglages.

Tous les orthophonistes n'assistent pas nécessairement à ces trois temps, mais ils ont toujours une place dans cette chronologie. Même s'ils ne vont pas aux réglages, ils préparent l'enfant pour le conditionnement auditif durant les séances et expliquent aux parents comment les réglages vont se passer, et ils sont présents après, lorsque les parents en reviennent, pour répondre à leurs éventuelles questions.

Précisons dès à présent que les orthophonistes exerçant au sein du centre d'implantation de la région Nord-Pas-de-Calais assistaient aux réglages d'implant jusqu'à il y a deux ans, date à laquelle elles ont arrêté de faire des prises en charge pour se centrer uniquement sur les bilans (l'analyse des entretiens nous permettra de comprendre cette corrélation). Les orthophonistes du centre médico-social disent y assister, celles exerçant en libéral le font, dans la mesure du possible.

### **2.1.1. Des connaissances techniques à savoir transmettre aux familles**

Tous les orthophonistes s'accordent pour dire que la connaissance des aspects techniques de l'implant cochléaire est indispensable, à la fois pour la rééducation en elle-même et pour la qualité de la relation avec les parents de l'enfant pris en charge. L'orthophoniste doit rendre accessibles les informations techniques inhérentes aux réglages de l'implant. L'orthophoniste 11 affirme qu'il faut savoir expliquer le

fonctionnement d'un implant, pouvoir par exemple dire aux parents à quoi correspond un son grave ou aigu, expliquer que l'enfant ne perçoit pas certains phonèmes car ce sont ceux qui se situent dans la zone fréquentielle qui est chutée chez l'enfant. L'orthophoniste 3 explique aussi : « voilà de pouvoir dire : bah voilà là y'a rien du tout, l'implant va peut être permettre de récupérer au niveau de aigus, donc tel phonème n'est pas perçu mais peut-être qu'avec une réhabilitation auditive ça le sera fin... ».

Les questions peuvent être adressées en dehors du temps du réglage. L'orthophoniste 3 fait remarquer : « Souvent leur questionnement c'est ça : mais via l'implant qu'est-ce que mon enfant entend ? ». Elle précise ensuite qu'il faut pouvoir leur répondre que « c'est pas ce que l'enfant entend, c'est ce que l'appareil délivre. C'est compliqué un peu à comprendre. Après y'a les fibres auditives... Le cerveau ne reçoit pas forcément la même information. C'est ce que l'appareil délivre. Donc c'est beaucoup plus métallique [...] Ce qu'il entend on ne le saura jamais. Après en fonction de comment le message peut arriver jusqu'au plan neuro, on ne peut pas vous garantir à 100% que c'est ça qu'il entend ». Ce sont effectivement des réponses, un peu plus techniques, que les orthophonistes peuvent apporter aux parents, du fait qu'il les voit plus régulièrement que l'ORL, à qui ils auraient pu adresser certaines de leurs questions : « voilà c'est de vulgariser un p'tit peu mais avec précision, j'dirais de donner des éléments qui sont accessibles aux familles quand elles en ressentent le besoin quoi » (O n°3). Une orthophoniste exerçant au sein du centre d'implantation précise : « Bah on redit. On rassure et.. de toute façon on.. c'est jamais entendu, y'a tellement d'informations qui sont données.. euh... mais c'est pareil pour toute opération. Fin... on n'entend pas. Ou on n'est pas prêt à l'entendre... ou à le comprendre [...] C'est une information qui passe pas hein. C'est... c'est pas qu'on... fin voilà on n'est pas prêt à.... à l'intégrer donc euh.. on va l'implanter ça va être magique il va entendre ».

### **2.1.2. Relation de confiance et connaissance des parents**

Les explications que l'orthophoniste est en mesure de délivrer aux parents enrichissent la relation de confiance qui se crée avec les parents. Tous les orthophonistes ont évoqué l'importance de la confiance des parents. Ils l'ont tous mentionnée comme un déterminant de la qualité de la prise en charge.

Pour l'orthophoniste 11, le fait que l'orthophoniste soit capable de leur donner ces explications techniques sur l'implant et ses réglages permet aux parents d'avoir confiance en l'orthophoniste. « Il faut être sûr de nos propos, prouver ce que l'on dit. Il faut montrer que l'on connaît notre job » et avec l'implant « c'est encore plus technique donc il faut encore plus marquer le coup ». Elle insiste sur l'importance de la bonne connaissance de tous ces aspects techniques, et d'autant plus parce que les parents vont parfois poser la même question à plusieurs professionnels pour tester la cohérence de leur propos. Elle doit « être crédible » et n'avoir aucun doute dans les explications qu'elle va leur donner.

C'est aussi sa présence durant les réglages qui permet d'instaurer la relation de confiance. Selon l'orthophoniste 1, la salle d'attente est un endroit privilégié pour les échanges, c'est un temps qu'elle partage avec eux, un temps informel durant lequel ils peuvent trouver une occasion de se confier, d'être écoutés : « Bah l'orthophoniste a plus ce rôle-là dans le sens où je vais beaucoup aux réglages et donc on attend souvent très longtemps (*rires*) donc c'est là où parfois y'a beaucoup de choses qui se passent aussi ». Elle apprend à mieux les connaître et cette connaissance permet d'instaurer une relation de confiance, ce qui peut prendre du temps mais qui est primordial pour la rééducation et sa progression : « et tant que la confiance n'est pas mise avec les parents on n'y arrive pas. Et ça c'est déjà arrivé hein que la confiance ne se soit jamais installée [...]. Et dans ces cas-là, l'enfant ne progresse pas. C'est bizarre hein.. Y'a quand même une relation de cause à effet énorme ».

L'orthophoniste 7 précise aussi que sa présence aux côtés des parents durant les réglages permet qu'ils se déroulent bien. Le fait que le professionnel connaisse bien l'enfant va permettre de jouer l'intermédiaire entre lui et ses parents « Quelque fois ils sont difficiles les enfants avec leurs parents pour les réglages et puis l'orthophoniste va, parce qu'elle a l'habitude, euh amadouer l'enfant et le réglage se passe bien ».

### **2.1.3. « Leur dire les choses »**

Parce qu'une relation de confiance s'instaure entre l'orthophoniste et les parents, pour les raisons que nous venons de citer, l'orthophoniste peut être sollicité par d'autres professionnels pour s'adresser aux parents. Dans le cadre d'un exercice en structure, le fait d'assister aux réglages permet donc à l'orthophoniste de créer cette relation de confiance et d'avoir une meilleure connaissance des parents.

L'orthophoniste 1 dit que de ce fait, elle est parfois la mieux placée pour communiquer avec eux et transmettre des informations qui ne sont pas forcément bien reçues lorsqu'elles viennent d'autres professionnels, notamment des psychologues. Elle est donc parfois envoyée par d'autres professionnels pour délivrer un message aux parents. Elle explique : « Ton rôle d'ortho il est pas facile non plus parce que comme tu connais bien les parents on te demande souvent à toi de dire les choses.. et... fff c'est dur [...] parfois c'est un peu dur quoi parce que t'es obligée de dire certaines choses. J'me souviens qu'y'a une maman, j'ai dû lui dire aussi qu'il fallait qu'elle accepte que son enfant soit sourd. [...] C'est dur à dire... [...] mais... Parfois t'es obligée de dire des choses, c'est dur mais il faut le faire. Et il faut en prendre la responsabilité ». Et elle ajoute : « et en fait c'est mieux accepté quand c'est nous plutôt que la psychologue parce que comme on les connaît bien les parents ».

De nombreux orthophonistes évoquent cet aspect relationnel qui fait partie de leur profession. Ils insistent sur leur rôle auprès des parents par rapport à leur vécu de la surdité de leur enfant, en lien avec la technologie de l'implant cochléaire. Ils doivent bien souvent rappeler aux parents que l'implant ne rend pas leur enfant entendant : « ça reste un enfant sourd, ça il faut le dire aux parents parce que par contre, il y'a parfois une notion vraiment de réparation totale de dire.. mais non moi elle est plus sourde ma fille. Non. Nous on essaie de dire, elle restera avec les difficultés d'une personne sourde [...] j'pense que l'erreur ce serait de donner un discours sur.. avec un implant on devient un entendant. C'est faux ! » (O n°7). L'orthophoniste 9 explique aussi : « t'as plein de parents qui font implanter leur enfant en disant mais c'est bon il entend ! Mais si ils font rien derrière l'implant c'est un échec, donc qu'est-ce que t'en fais de cet implant ? Donc de toute façon c'est jamais simple je trouve, jamais simple ». Et l'orthophoniste 3 met en garde contre les propos que les professionnels pourraient tenir auprès de ces parents : « Et faisons attention à des discours justement trop normalisants en disant ah oui votre enfant est sourd mais ....c'est pas grave à un an on l'implante et puis on va restaurer tout ce qu'il faut quoi ». Ces orthophonistes expliquent qu'ils ont cette place auprès des parents pour modérer certains espoirs de parents, qui pourraient penser que le simple fait d'implanter permet une restauration complète de l'audition. L'orthophoniste 4 nuance : « Notre rôle c'est pas tant de leur dire bah non il a un implant mais il entend pas, parce que ça les parents ils le vivent au quotidien ils le

savent, notre rôle à nous c'est plutôt de dire, bah oui ça va prendre du temps, et le réglage ça va s'améliorer et petit à petit la perception va s'affiner, en attendant voilà ce qu'on peut faire pour continuer à l'aider à avancer et comment faire pour que ce soit plus confortable ». L'aspect technique de l'implant cochléaire, dont les réglages font partie, peut servir de support dans l'accompagnement des parents.

#### **2.1.4. L'importance des compétences relationnelles et du travail sur soi**

Du fait de la relation de confiance qui s'instaure souvent avec les parents et qui conduit l'orthophoniste à « leur dire les choses difficiles » (O n°1), ce dernier doit mener un travail personnel. En effet, plusieurs orthophonistes ont précisé que la prise en charge ne se réduisait pas à l'aspect technique de l'implant cochléaire et de ses réglages, et qu'elle impliquait un « travail sur soi » (O n°1), nécessaire pour respecter les parents. Le fait d'avoir des connaissances sur les aspects pratiques de l'implant, permet de rester objectif dans les informations qu'elles peuvent leur apporter. L'orthophoniste 3 explique: « Moi j'trouve qu'on gagne toujours à être formés au max et après on n'a pas à influencer par rapport à nos propres représentations ». L'orthophoniste 1 ajoute: « c'est pas toujours facile d'écouter les parents, t'as toujours envie de prendre leur place, de dire à leur place et tout ça. Et ça c'est un travail qu'on doit faire sur soi-même, c'est d'écouter les parents [...] et aux réglages c'est pareil, Monsieur X fait très attention aussi à ce que les parents... à ce que ce ne soit pas moi qui dise. Parce qu'on aurait tendance avec certains régleurs, ils regardent que le protocole d'évaluation, ils nous demandent beaucoup de choses et pas forcément aux parents. Je préfère que les parents parlent d'abord et après je montre la fiche au régleur ».

Plusieurs orthophonistes expliquent que du fait de l'évolution de la technologie, ils doivent être vigilants à ce que leur prise en charge ne se réduise pas aux aspects techniques de la réhabilitation auditive. L'orthophoniste 7 explique : « L'oreille déficiente. On voit beaucoup ça quand même. Même dans les écrits hein.. l'implant du coup allez hop ! Mais non,. ! L'enfant c'est une personne et puis il a des yeux qui fonctionnent hein, il a une.... kinesthésie. Il a des parents aimants.. moi je... franchement chaque fois je revalorise le rôle des parents dans... simplement dans la notion d'attachement et d'amour et de proximité. Plutôt que de mettre de la technique quoi ».

L'orthophoniste, avant l'arrivée de l'implant cochléaire, avait déjà une relation privilégiée avec les parents, mais cette technologie modifie la nature de leur relation. En effet, le suivi qu'il induit, différent, plus soutenu que celui d'un appareil conventionnel modifie la fréquence et la nature de la rencontre de l'orthophoniste avec les parents. Les aspects techniques sous-tendant cette technologie, qu'ils apparaissent durant les réglages ou bien dans des questions que peuvent adresser les parents lors de séances, confèrent une nouvelle place à l'orthophoniste, qui doit faire un travail sur soi d'une part, et être vigilante à se positionner clairement par rapport aux autres professionnels d'autre part.

## **2.2. Réglages et relations aux autres professionnels**

### **2.2.1. Une nouvelle collaboration avec le régleur**

Dans tous les entretiens est apparue la description d'une nouvelle relation entre orthophoniste et régleur d'implant. L'orthophoniste 5, jeune diplômée, associe spontanément les progrès de l'implant à ce partenariat. Lorsqu'on lui demande ce que l'implant cochléaire a modifié dans les pratiques orthophoniques, elle répond: « avec cette avancée, y'a un partenariat beaucoup plus fort entre l'orthophoniste et le régleur et ça c'est bien parce qu'on travaille en symbiose justement pour que le patient se sente plus à l'aise avec son implant ». Une orthophoniste du centre médico-social indiquera que « maintenant les orthophonistes sont invités » à se rendre aux réglages, « c'est une évidence » alors qu'avant ils devaient en faire la demande. Elle ajoutera que les orthophonistes et les régleurs réalisent un travail « en bonne coopération ». C'est une collaboration qui s'appuie sur les connaissances respectives de chacun des deux professionnels, des connaissances qui sont complémentaires : « ça sert à rien d'essayer de faire répéter un son que de toute manière l'enfant n'entend pas, il faut déjà s'assurer et faire en sorte qu'il puisse entendre et ça, c'est le régleur d'implant qui va pouvoir gérer. Mais il va le gérer parce qu'on va lui dire voilà ce son-là, ça ne passe jamais, ou il confond tel et tel son... ». Ce « partenariat beaucoup plus fort » (O n°5) est en lien avec les informations que l'orthophoniste est en mesure d'apporter. L'orthophoniste « peut amener ses données cliniques, qui vont bien compléter l'observation des familles [...] y'a l'apport du bilan ortho, la discussion avec le régleur, le fait d'être rassuré quand l'orthophoniste est là » (O n°7).

Cette étroite collaboration entre le régleur et l'orthophoniste n'apparaît pas aussi nettement dans les propos des orthophonistes travaillant en libéral, sauf dans un entretien qui permet d'entrevoir une explication. L'orthophoniste 12 explique qu'elle « essaye dans la mesure du possible d'assister aux réglages », de rencontrer les audioprothésistes et qu'elle a régulièrement des relations téléphoniques ou par le biais de courriers, mais que « c'est un choix, soit on le fait bien, soit on le fait pas (*rires*) mais oui c'est du temps.. en plus, c'est du temps personnel, mais si on veut bien faire son travail j'pense que.. voilà on ne compte pas. Hein. Voilà. Donc ça nous arrive oui quand on prend la route à 19h30 d'appeler l'ORL, l'audioprothésiste ou... de prendre sur du temps personnel.. pour aller chez l'audioprothésiste... ça arrive ».

On comprend bien que la collaboration avec le régleur n'est donc pas de la même nature selon le lieu d'exercice des orthophonistes. Faisant partie intégrante des pratiques des orthophonistes travaillant en centre, la participation aux réglages peut arriver au second plan dans l'exercice en libéral, puisque non rémunérée.

### **2.2.2. Des informations plus fines à apporter au régleur**

L'orthophoniste est en mesure d'apporter des informations issues de la prise en charge orthophonique régulière. L'orthophoniste 11, exerçant au sein du centre d'implantation, explique que la régularité du suivi des patients permettait de bien les connaître et d'anticiper certaines de leurs réactions durant le réglage, d'interpréter leurs mimiques, qui peuvent être par exemple signifier une gêne par rapport à des sensations sonores désagréables. Elle était alors la mieux placée pour transmettre ces informations au régleur, qui sont dorénavant transmises par les orthophonistes en libéral ou des centres, qui suivent les enfants régulièrement. La connaissance qu'elle a du patient lui permet en quelque sorte de se faire l'interprète de cet enfant en face du régleur, tout comme ses connaissances audiophonologiques dont nous parlions plus haut, lui permettent de traduire les données du régleur aux parents de l'enfant. L'orthophoniste apparaît comme un interface entre l'enfant ou ses parents et le régleur.

D'autre part, toutes les orthophonistes exerçant en structure ont mentionné l'existence d'un outil d'évaluation des perceptions auditives, qui a été élaboré par un de leur collègue orthophoniste et qui « aide énormément le régleur » (O n°7). L'orthophoniste 2 raconte : « on va pouvoir dire au régleur, bah ça ça passe, ça ça

« passe pas... et.. moi ça m'est jamais arrivé mais souvent j'ai des collègues qui disent : bah j'ai dit que le [ch]/[s] passait pas et en sortant du réglage et bah ça passait. Donc c'est quand même assez extraordinaire ». Plusieurs orthophonistes insistent sur la plus grande finesse de ces informations qu'elles peuvent apporter: « il cible des choses tout à fait précises, en disant bah voilà, sur le plan fréquentiel, là ça a l'air de pas fonctionner quoi » (O n°3). L'orthophoniste 7 ajoute : « on a vraiment au jour J des tas d'informations sur la réception et autre chose que dire : bonne reconnaissance auditive ou mauvaise reconnaissance auditive. Des choses très pointues ».

Conséquence positive de cette collaboration : l'orthophoniste apporte des informations de plus en plus précises sur les capacités perceptives de son patient, qui aide le régleur dans son travail et qui permettent à l'enfant de progresser : « quelque fois en un coup de réglage il améliore ça et du coup l'enfant s'améliore nettement » (O n°7).

### **2.2.3. Nécessité de se positionner par rapport aux autres professionnels**

Les orthophonistes, lorsqu'ils abordent le thème des réglages, prennent soin de délimiter leur place par rapport à celle des autres professionnels. Les changements qu'induisent les aspects techniques de l'implant cochléaire les conduisent à préciser leur rôle par rapport à celui d'autres professionnels. Il se distingue de celui de l'audioprothésiste (qui peut être le régleur), du médecin, de la psychologue, et de l'enseignant spécialisé.

#### **2.2.3.1. L'audioprothésiste**

Les orthophonistes prennent soin de distinguer leur fonction de celle de l'audioprothésiste, qui est aussi le régleur lorsqu'il en a la formation. Ils disent qu'ils ont des connaissances à avoir sur l'implant (savoir changer les piles, surveiller que les voyants sont bien allumés, vérifier qu'il est en bon état de marche etc) et les réglages pour « répondre à des questions techniques » mais que cet aspect technique « est beaucoup géré par l'audioprothésiste » (O n°8). L'orthophoniste 3 ajoute : « j pense qu'on a vraiment à monter sur le plan de la technique, pas du réglage d'implant parce que c'est pas notre travail, mais des éléments qu'on a à apporter pour que les réglages soient optimaux ».

### 2.2.3.2. Le médecin ORL

L'orthophoniste 3 explique que les parents lui adressent parfois des questions techniques, et qu'elle a alors sa place pour rendre accessibles des éléments médicaux, qui ont pu être délivrés par le médecin ORL. Elle peut réexpliquer de manière plus pragmatique, en faisant par exemple des schémas, ce qui n'a pas forcément été reçu par les parents. Mais elle dissocie bien sa place de celle du médecin : « voilà donc j'pense que l'ortho elle a vraiment besoin d'avoir toutes ces références audiophonologiques mais sans être euh sans prendre la place du médecin quand ils veulent des choses très précises » et conclura « Voilà fin j'pense qu'on n'est pas non plus des médicaux hein, on est bien des paramédicaux, mais.. voilà c'est de vulgariser un petit peu mais avec précision, j'dirais de donner des éléments qui sont accessibles aux familles quand elles en ressentent le besoin quoi ». L'orthophoniste 11 qui exerce en centre hospitalier, indique que les orthophonistes doivent veiller à rester dans leur champ de compétence et que lorsque les parents adressent des questions spécifiques à l'opération, ou des questions très techniques, il faut savoir les réorienter. Elle rappelle : « on n'est pas des médecins ». L'orthophoniste 10, qui travaille également au sein du centre hospitalier, lorsqu'elle parle de sa relation aux parents, explique : « Et puis on a une blouse et en même temps on n'est qu'orthophoniste entre guillemets donc on dit beaucoup de choses à l'orthophoniste. C'est vrai hein ». Il semblerait que son identité provienne en partie de son habit, qui est analogue à celui d'autres professionnels du milieu médical. Mais que cette identité soit complétée par son statut d'orthophoniste, qui la différencie de ces autres professionnels qui portent la même blouse qu'elle. L'emploi de la structure restrictive « n'être que » laisse penser qu'elle occupe une place dans une hiérarchie, peut-être plus accessible aux parents.

### 2.2.3.3. Le psychologue

Plusieurs orthophonistes conçoivent que certains aspects de leur prise en charge ressemblent en certains points à un accompagnement psychologique, mais réaffirment en même temps leur identité professionnelle en opposition à celle du psychologue. L'orthophoniste 3 explique « le rôle de l'ortho c'est d'arriver à ce que les parents se sentent restaurés dans leur compétences parentales, donc c'est pour ça que c'est pas psy non plus parce qu'on est toujours dans ce champ- là de la communication et de l'accès à la langue quoi. Tandis qu'après bon sur le plan vraiment du développement, ça ça regarde plus la psychologue [...] Mais après

forcément y'a un p'tit peu de chevauchement parce qu'on peut pas non plus s'abstraire du côté psychologique de la démarche ». L'orthophoniste 1 raconte une expérience d'accompagnement douloureux de parents, peu investis dans la prise en charge, à qui elle a du rappeler la surdité de leur enfant « on a discuté un moment... elle a beaucoup pleuré... Donc l'aspect psy... C'est vrai que c'est dur hein. Et en fait c'est mieux accepté quand c'est nous plutôt que la psychologue parce que comme on les connaît bien les parents. Après la psy prend le relais hein mais.... ». Deux orthophonistes préciseront que le fait de travailler en structure les aide à faire cette distinction : « C'est intéressant de savoir qui fait quoi. Mais ici comme on a sur place tous les corps de métier, c'est bien. C'est pas pareil qu'en libéral où on est obligé de prendre la casquette du psy parce que les parents ne veulent pas y aller » (O n°2).

#### **2.2.3.4. L'enseignant spécialisé**

Aussi, les orthophonistes qui travaillent en structure ont bien souvent un rapport privilégié avec les enseignants spécialisés, aux côtés desquels ils travaillent, se retrouvant souvent dans leur classe tout au long de la journée. Toutes prennent soin de dissocier leur rôle de celui de l'enseignant dans la prise en charge de l'enfant sourd. L'orthophoniste 1 indique : « ça c'est très important de délimiter son travail : déjà le fait que j'aie aux réglages ça nous donne une place privilégiée par rapport aux parents ». C'est donc l'aspect technique de la prise en charge, lié à l'implant cochléaire, qu'elle cite en premier pour expliquer la manière dont elle délimite sa place par rapport à celle de l'enseignante avec qui elle travaille.

### **2.3. La formation continue pour suivre l'évolution technique de l'implant cochléaire**

Tous les orthophonistes relèvent un accroissement de la technicité de leur travail, qui nécessite des connaissances spécifiques. D'une manière générale, si l'on tient compte de ce qu'ils disent de leur formation initiale, on peut distinguer deux catégories d'orthophonistes : les orthophonistes diplômés avant les années 1980 (au nombre de 5) et les autres. Les premières n'ont pas reçu de formation sur l'implant dans le cadre de leur formation initiale et disent s'être formées « sur le tas » (O n°7). Les autres disent avoir reçu une formation initiale suffisante, mais qu'ils ont nécessairement complétée. Et ces deux catégories d'orthophonistes évoquent les mêmes sources de formation continue.

### **2.3.1. Échanges entre orthophonistes**

Plusieurs orthophonistes expliquent que les échanges entre orthophonistes sont très enrichissants et permettent d'acquérir de nouvelles connaissances, de compléter leur formation initiale. Qu'ils exercent au sein d'une structure ou bien en libéral, ils relatent que l'échange entre collègues exerçant la même profession, permet de partager leurs regards sur cette prise en charge de la surdité, en lien avec l'implant cochléaire. L'orthophoniste 7 raconte : « on a une bonne dynamique d'équipe ortho ici donc ya eu.. on a fait souvent des... des points entre nous ». Les formations régulières dispensées par un collègue orthophoniste autour d'un outil d'évaluation des potentialités auditives de l'enfant sourd implanté, sont apparues précieuses aux yeux de plusieurs orthophonistes rencontrées « lui il arrête pas de nous former avec son protocole d'évaluation. Et.. là moi j'trouve que c'est bien [...] il nous guide, il a toute une démarche d'évaluation » (O n°3).

Une autre orthophoniste exerçant en libéral, l'orthophoniste 12, indique que lorsqu'elle s'est « lancée » dans la prise en charge de la surdité, elle s'est rapprochée d'une collègue orthophoniste qui prenait en charge des enfants sourds, « pour voir comment elle travaille ». L'échange autour d'expériences de prises en charge apporte une grande aide aux professionnels, qui se sentent « aidés » ; « épaulés » (O n°12).

### **2.3.2. Collaboration avec d'autres professionnels**

Aussi, de nombreux orthophonistes, quel que soit leur lieu d'exercice insistent sur l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire. Lors des débuts de l'implant notamment, les échanges entre l'établissement médico-social et le centre d'implantation furent très importants. L'orthophoniste 11 a décrit les réflexions au sein de l'équipe du centre d'implantation et le climat de recherche collective autour de la technologie de l'implant, comme ayant été très formateurs. Aussi, l'orthophoniste 12, qui dit avoir reçu une bonne formation initiale dans le domaine de la surdité raconte que pour répondre à sa première demande de prise en charge d'un enfant sourd implanté, elle a demandé à rencontrer l'audioprothésiste du centre d'implantation et à assister à un réglage d'implant cochléaire, afin de compléter sa formation initiale.

L'échange des points de vue de plusieurs professionnels semble être précieux, et pour certains « une nécessité » (O n°12).

### **2.3.3. Colloques, conférences et lectures**

Les orthophonistes déjà en exercice, au sein du centre d'implantation ou dans la structure médico-sociale, au moment où les implantations cochléaires se sont répandues, disent avoir acquis des connaissances par le biais de conférences et de colloques. D'après l'orthophoniste 11, elles sont moindres par rapport à la richesse des échanges informels et des discussions internes à la structure. Mais aujourd'hui encore, ces colloques leur permettent de se tenir au courant des progrès technologiques de l'implant cochléaire, qui ne cesse d'évoluer. L'orthophoniste 10 explique : « déjà en deux ans y'a du nouveau matériel... tout change [...] y'a vraiment une nouvelle technologie, qui avance vraiment tous les jours et... c'est impressionnant [...] on se tient au courant. C'est pas de la formation orthophonique mais on se tient au courant des nouveautés sur les implants ».

### **2.3.4. Incidence de l'élargissement des indications d'implantation sur le besoin de formation**

L'évolution de l'implant cochléaire mais aussi des indications d'implantation peut interroger les professionnels. Les conditions nécessaires pour pouvoir bénéficier d'un implant cochléaire ayant évolué, un plus grand nombre d'enfants peut bénéficier de cette implantation, notamment des enfants présentant un polyhandicap. L'orthophoniste 3 confie dans l'entretien : « des sourds polyhandicapés, là ça m'interroge cette histoire ». Elle a fait part de ses interrogations et du besoin de formation supplémentaire qu'elle ressent pour travailler dans ce champ-là. Elle explique que le polyhandicap a des répercussions sur le développement langagier de l'enfant et que l'implantation ne permet pas forcément la réhabilitation d'une audition performante, ni l'apparition de la parole. Elle reconnaît que l'implant peut apporter à l'enfant une prise de conscience de son environnement sonore mais indique qu'« il y a peu de polyhandicapés qui rentrent dans une communication verbale de qualité ». Pourtant, les attentes des parents par rapport à cette opération sont souvent démesurés, ils doivent donc être entourés et leurs espoirs nuancés. Ces questions peuvent avoir une incidence sur la prise en charge orthophonique. Elle relate :

« Pour moi ça pose des questions éthiques tout ça. C'est pas que je suis contre l'implant du tout, mais comment c'est accompagné... et puis il faudrait pouvoir travailler avec des gens qui ont déjà de l'expérience dans ce champ-là. Il y aura peut être un congrès ACFOS un jour là-dessus, sur, dans ce champ-là, sur surdité/polyhandicap, ou pluri handicap, sur les différences des étiologies sur les incidences de communication et d'accès à la langue ».

ACFOS (pour Action Connaissance Formation pour la Surdité) est une association qui a pour objectif d'informer le grand public sur la surdité et ses conséquences, ainsi que de former les professionnels. Elle organise des colloques, des Journées d'étude, et des formations professionnelles. Les évolutions autour de la technologie de l'implant cochléaire et de ses indications fait donc émerger chez certains professionnels un besoin de formation continue.

## **2.4. De nouvelles pratiques**

Nous avons vu précedemment que l'existence des réglages de l'implant avait fait naître une nouvelle collaboration entre l'orthophoniste et l'audioprothésiste. Les informations que peut apporter l'orthophoniste permettent à l'audioprothésiste d'affiner les réglages. La qualité de ces réglages modifie la pratique des orthophonistes   différents points de vue.

### **2.4.1.  ducation auditive : un travail plus précis**

Neuf orthophonistes ont évoqué la notion de précision ou de finesse de l'éducation auditive, qu'ils peuvent réaliser grâce aux performances technologiques des implants cochléaires. La finesse de la perception auditive permise par les réglages modifie leur façon de travailler.

« Le travail d'éducation auditive avec un enfant implanté est pas du tout le même qu'avec un enfant avec prothèses » (O n 4). En effet, dans le cadre de l'éducation auditive, les orthophonistes peuvent proposer un « travail très discriminatif » (O n 9), sur des phonèmes ayant des caractéristiques acoustiques très proches (par exemple sur les phonèmes [f]/[s]/[ʃ]), qu'une orthophoniste anciennement diplômée décrit comme inenvisageable au début de son exercice. Le

travail auditif était limité et « plus grossier » (O n°11), et complété par un travail indispensable de la lecture labiale.

L'orthophoniste 5 explique : « Maintenant on arrive à des réglages tellement précis que je pense qu'on peut travailler vraiment en finesse au niveau reconnaissance auditive de mots proches [...] on peut travailler énormément de reconnaissance dans le bruit on peut travailler l'aspect musical aussi, la reconnaissance d'instruments, de voix chantées pour savoir si c'est homme ou femme. En fait je trouve que c'est beaucoup plus fin et ça à mon avis c'est vraiment les avancées de l'implant qui le permettent ».

La nature de l'éducation auditive relative à l'implant cochléaire est différente, « techniquement parlant » (O n°4), de celle d'une prothèse auditive. Deux orthophonistes expliquent qu'avec des prothèses, certaines fréquences restant difficilement perceptibles, le travail d'identification des mots se faisait de manière plus globale, en proposant à l'enfant de s'appuyer sur des éléments prosodiques de la parole. Alors qu'avec l'implant, le travail peut se faire phonème par phonème : « Avec un enfant implanté.... y'a aussi tout ce qui est phénomène de coarticulation, c'est-à-dire qu'une même consonne qui est entourée par des voyelles différentes, va pas tout à fait être perçue de la même manière, donc en fait il faut confronter l'enfant aussi à voir les phonèmes .. fin à les entendre et à les discriminer quel que soit l'environnement vocalique, consonnantique etc » (O n°4).

Certains orthophonistes expliquent consacrer plus de temps à l'éducation auditive, notamment parce que les réglages sont plus réguliers et plus fins « et du coup j'pense que j'accorde beaucoup plus de temps, sur les prises en charge, oralistes, sur mes séances à l'éducation auditive que je ne le faisais, parce que ce qu'on peut obtenir...[...] on sait aussi où on peut les amener. On peut affiner les réglages, on sait les... oui, la qualité de la discrimination qu'on peut avoir à un moment donné » (O n°4). Et ils précisent aussi pouvoir « aller plus loin » (O n°12) c'est à dire proposer un travail de discrimination dans le bruit, en simulant une situation de conversation quotidienne dans un environnement bruyant.

L'orthophoniste n°10, exerçant au sein du centre d'implantation, explique d'ailleurs que son travail consiste exclusivement en de l'éducation auditive : « au CHR ça va être vraiment euh... l'éducation, la rééducation auditive [...] c'est à fond ça durant une heure. On fait que ça durant une heure » (O n°10).

## 2.4.2. De la finesse des réglages à la capacité de chanter

Toutes les orthophonistes anciennement diplômées indiquent qu'elles n'ont plus à faire de travail sur la voix de l'enfant dans le cadre de leur rééducation. Le travail sur l'intelligibilité est aujourd'hui mis de côté grâce « au bain de langage » (O n°1) permis par l'implant, qui a une incidence sur l'acquisition de la parole. Elles expliquent que la perception auditive, et par conséquent la réception de la parole, est de meilleure qualité, et que la reproduction de ce qui est perçu est donc beaucoup plus facile pour l'enfant. Le feedback sur sa propre production est de meilleure qualité, ce qui permet un meilleur contrôle de sa production vocale. Une orthophoniste explique : « tandis que dans la mesure où on a un retour auditif de ses proches productions sonores bah la voix est mieux posée, l'enfant... la personne sourde est plus intelligible » et par conséquent « la voix est beaucoup plus belle très vite, on n'a pas à travailler la voix » (O n°1). L'orthophoniste 3 précisera que les évolutions de l'implant ont ainsi une incidence sur l'acquisition de la parole.

De ce fait, trois orthophonistes se réjouissent de pouvoir entendre des enfants chanter : « Qu'est-ce que vous voulez dire à ça !? (*on a des enfants*) Qui entendent un tout petit bruit ! Qui se retournent, et qui chantent ! » (O n°7).

## 2.4.3. Proprioception et outils visuels

### 2.4.3.1. Outils de communication visuels

Les orthophonistes 3, 4 et 7 expliquent que les progrès de l'implant cochléaire entraînent un changement dans leur utilisation des outils visuels. L'orthophoniste 3 précise qu'il « y'a des enfants qui prennent très vite auditivement et qui ne vous regardent même plus ». La perception auditive étant de meilleure qualité, l'enfant sourd n'a pas nécessairement besoin de compléter sa perception auditive par la réception d'indices visuels, tels que le code LPC. L'orthophoniste 7 explique : « Y'a quand même moins de besoin en code qu'il y en a eu. On avait ciblé quand même le code sur les enfants sourds profonds qui étaient très visuels et le fait qu'il y'ait des implants qui marchent très bien, on a des enfants quand même très auditifs ».

### 2.4.3.2. Lecture labiale

Plusieurs orthophonistes précisent qu'ils consacrent moins de temps de leur prise en charge à l'éducation à la lecture labiale, car leurs patients étant de plus en

plus « auditifs » (O n°7), ils ont de moins en moins besoin de ce support visuel. Aussi, le centre hospitalier dispose d'un outil pour évaluer les perceptions auditives de la personne implantée. Cet outil est maintenant utilisé différemment, puisque, pour beaucoup d'enfants sourds, il n'est plus nécessaire de proposer la première partie du protocole d'évaluation, qui permettait d'évaluer ce qui était perçu avec l'aide de la lecture labiale. Bien souvent, elle est totalement réussie, l'orthophoniste passe directement à la modalité suivante, qui permet d'évaluer la réception purement auditive, sans apport de la lecture labiale.

#### **2.4.3.3. Proprioception**

Trois orthophonistes ont indiqué que le travail proprioceptif qui était proposé à des enfants portant des prothèses auditives n'est désormais plus nécessaire. En effet, l'orthophoniste proposait à l'enfant de passer par ses sensations vibratoires pour compenser son déficit auditif. L'orthophoniste 11 parle de ce qu'elle appelle « les techniques classiques » qui consistaient à mettre la main de l'enfant sur sa gorge pour qu'il puisse recevoir les sensations vibratoires de la parole. Les orthophonistes qui utilisaient les outils de la méthode verbo-tonale évoquent l'évolution de leur utilisation : « on avait des planchers vibrants, des vibrateurs voilà donc euh la parole passait par le canal vibratoire » (O n°3), « mon travail a évolué de manière considérable, j'ai plus du tout à faire ça, j'ai plus de plancher vibrant », « petit à petit on a supprimé ce type de rééducations.. et puis on est passés à une autre forme de rééducation en fait » (O n°1). Le travail orthophonique est aujourd'hui de plus en plus exclusivement auditif.

#### **2.4.4. Parler de temporalité dans la pratique**

La majorité des orthophonistes explique que pour l'enfant, l'accès à la langue est plus rapide, qu'« elle se construit plus facilement » (O n°7) du fait de l'imprégnation auditive dont il bénéficie grâce aux implants et à la qualité de leurs réglages. L'orthophoniste 3 explique : « Le travail vraiment typiquement orthophonique [...] une fois que bon les réglages sont faits et que les afférences auditives commencent à être bien prégnantes dans la tête des enfants.. bon après forcément c'est plus simple dans la majorité des cas ».

Il en résulte que la démarche de rééducation n'est pas la même. L'orthophoniste 7 déclare que l'implant « a révolutionné la pratique orthophonique » et l'orthophoniste 1 que son « travail a évolué de manière considérable ». Les

orthophonistes 3 et 11 expliquent qu'elles ne sont plus dans une « démarche de démutisation » qui aboutissait à un « langage complètement artificiel » (O n°11) et des « résultats pas optimaux du tout » (O n°3).

Cinq orthophonistes ont mis en évidence un décalage entre l'énergie fournie par l'orthophoniste et l'enfant, et les résultats de la rééducation. Elles se prononcent aussi sur la manière dont elles perçoivent ce travail passé avec des termes qui illustrent la difficulté de celui-ci : « l'orthophoniste elle sue moins à grosse goutte ! » (O n°7) « c'était laborieux, c'était fastidieux, c'était sûrement pas intéressant pour tout le monde » (O n°3), « on ramait » (O n°11), « c'était quand même astreignant » (O n°2).

L'orthophoniste 7 raconte: « moi j'ai des souvenirs pour pouvoir dire mmaammaaan mais l'enfant.. on faisait de la verbo-tonale, on caressait, on détendait, on obtenait tout d'un coup un mma on était contente et deux secondes après popo.... et c'était terrible, terrible, vraiment ça demandait une énergie... [...] on faisait ça avec les jeux phoniques [...] on faisait répéter dix fois le même phonème pour l'avoir une fois ».

## **2.5. Mais des aspects qui ne changent pas**

Cette idée de changement apparaît dans le discours de tous les orthophonistes, mais remise à l'échelle de chaque entretien, elle n'apparaît pas toujours de façon si nette. De nombreux orthophonistes ont nuancé leur propos, après avoir décrit les changements, laissant entendre que certains aspects de la prise en charge orthophonique perduraient et n'étaient pas modifiés par la technologie de l'implant.

Trois orthophonistes ont précisé dans leur entretien qu'avec un enfant implanté, elles avaient les mêmes objectifs de rééducation, dont « les axes principaux sont identiques » (O n°5). L'orthophoniste 4 relate : « la technique a évolué et y'a des choses qui sont plus faciles d'avoir [...] mais j pense que l'attente, l'objectif final, finalement il est le même ».

### **2.5.1. Le travail du langage**

Quatre orthophonistes (1, 3, 5, 12) ont évoqué le développement de la parole et du langage de l'enfant sourd implanté. D'après elles, la bonne qualité de réception auditive permet à l'enfant d'être plus intelligible, notamment parce que la qualité de la voix est meilleure et l'articulation plus précise. Toutefois, une grande part de leur

travail concerne le langage. Le travail sur le plan morpho-syntaxique reste inchangé et toujours primordial. L'orthophoniste 1 raconte: « c'est toujours le langage à beaucoup beaucoup travailler, la structuration des phrases, la morphosyntaxe, le vocabulaire.... ça ça reste toujours à travailler ». Les orthophonistes 5 et 12 ont comparé leur rééducation à celle d'un enfant ayant un retard de langage : « nos objectifs seront les mêmes qu'un retard de langage oral, c'est-à-dire qu'on va essayer de diversifier les structures, allonger la phrase.. » (O n°12)

## **2.5.2. L'accompagnement des familles**

### **2.5.2.1. Effondrement psychique des parents**

Dans plusieurs entretiens, les orthophonistes abordent leur travail d'accompagnement parental et expliquent qu'il n'a pas changé avec l'arrivée de l'implant. Lorsque l'orthophoniste travaille dans le champs de l'éducation précoce, elle fait partie des premiers interlocuteurs des parents, qui ont de grandes attentes au niveau du langage. L'annonce de la surdité est toujours douloureuse et la réponse technique qui peut être proposée pour la réhabilitation auditive ne change pas l'ébranlement des parents. L'accompagnement dont ils ont besoin est donc le même. L'orthophoniste 3 convient que les techniques évoluent et qu'elles ont « une incidence à moyen terme sur l'émergence du langage », mais elle confie ensuite : « n'empêche que les premières relations, l'effondrement psychique des familles tout ça c'est pareil ! ». Elle insiste sur le fait qu'« il ne faut pas se cantonner à la technique », car « avec ou sans implant, il y a les mêmes questions » de la part des parents.

### **2.5.2.2. Parents d'un enfant handicapé**

L'orthophoniste 11 considère que la relation qu'elle entretient avec les parents d'un enfant sourd implanté reste une relation avec des parents d'un enfant handicapé. En effet, la perspective de réhabilitation auditive offerte par l'implant cochléaire ne change pas le fait qu'aux yeux de ses parents, l'enfant sourd reste un enfant handicapé. Le travail de guidance parentale se fait dans un contexte d'« acceptation du handicap » (O n°9), et reste toujours très important dans ces prises en charge.

### 2.5.2.3. Les mêmes attentes parentales

L'orthophoniste 11 indique que « l'angoisse première des parents » reste la même : celle de savoir si leur enfant va parler. Trois autres orthophonistes expliquent aussi que ce qu'ils attendent, c'est que leur « enfant puisse parler » (O n°12) et que cela n'a pas changé avec l'implant. L'orthophoniste 4 raconte : « si le choix est oraliste, les attentes restent les mêmes. Après la technique a évolué et ya des choses qui sont plus faciles d'avoir, fin au niveau de la parole, le développement du langage qui se fait plus facilement, plus rapidement, mais j pense que l'attente, l'objectif final, finalement il est le même [...] j pense qu'un parent il veut quand même le mieux et que son enfant aille le plus loin possible, donc que l'enfant il ait des prothèses il y'a dix ans ou qu'il soit implanté maintenant euh... j pense que les attentes doivent être les mêmes».

### 2.5.3. « Une technique comme une autre »

Il semblerait que « la méthodologie du travail » (O n°3) que l'orthophoniste peut faire auprès d'un enfant sourd ne soit pas déterminée par la présence ou l'absence de l'implant. Plusieurs orthophonistes expliquent en effet que l'implant modifie certains aspects de la prise en charge, notamment, comme nous l'avons plus haut, la précision du travail discriminatif qui peut être réalisé grâce à la meilleure qualité des afférences auditives. Toutefois, le type d'appareillage n'est pas un élément qui détermine le reste de la rééducation, l'implant « est une technique comme une autre » (O n°3), il ne permet pas de faire une quelconque systématisation de prise en charge. Le type d'appareillage serait un élément à prendre en compte dans la rééducation, au même titre que d'autres éléments tels que les compétences cognitives de l'enfant, l'histoire ou les choix familiaux. L'appareillage est à replacer dans la globalité de la prise en charge.

Ainsi, pour l'orthophoniste 8, la prise en charge d'un enfant implanté ne présente pas d'aspect plus technique : « j pense que le... l'implant c'est juste une prothèse hyper puissante. J pense. Mais... je fin.. c'est un appareil quoi ! C'est juste un appareil ! Avant on leur mettait leur contour d'oreilles ». Et l'orthophoniste n°9 résume bien cette idée : « Après c'est sûr que ça évolue et surtout j pense que ça va encore vachement évoluer, la place de l'orthophonie, avec la place de l'implant et tout ça. Mais t'as pas juste un implant en fait [...] donc l'implant euh... c'est une autre... c'est fin c'est un autre truc qui rentre en jeu quoi mais c'est tout finalement. Oui c'est une donnée en plus. Ouais c'est ça, différente d'une autre, différente d'un

appareillage classique, mais finalement j'trouve que c'est pas un changement radical dans la prise en charge quoi ».

Les implants cochléaires et les possibilités de perception auditive qu'ils offrent aux enfants sourds profonds sont loin de codifier la prise en charge orthophonique. Au contraire, il semblerait qu'ils permettent plutôt aux orthophonistes de s'ajuster au plus près du profil de chaque enfant sourd profond implanté, loin d'être unique et homogène. A la lumière de l'analyse des discours des orthophonistes sur leurs différentes prises en charge, on comprend alors la forte occurrence de la thématique de l'adaptabilité dans l'ensemble des entretiens. En substance, « Il n'y a pas de réponse unique » (O n°4), « on ne peut pas mettre toutes les personnes sourdes dans le même panier [...] y'a la personne sourde et toute sa problématique, et pas simplement le focus de la surdité » (O n°3) donc « il faut jongler » (O n°9), les orthophonistes font « du sur-mesure » (O n°6), s'adaptent en permanence car leur « place dépend de chaque patient » (O n°8).

# Discussion

## **1. Synthèse des résultats**

Un retour sur les questionnements initiaux de ce travail de mémoire ont permis de nous détacher de notre première analyse et de lire nos données sous un angle nouveau. Une fois l'analyse des entretiens terminée et les idées agencées selon le plan issu de l'analyse transversale, la relecture des résultats a fait apparaître plus nettement une réponse aux questions initiales que nous nous posions.

Nous nous interrogeons sur l'identité professionnelle des orthophonistes qui travaillent auprès des enfants sourds, que nous souhaitons mettre en lien avec deux évolutions identifiées : la loi de 2005 et la technologie de l'implant cochléaire.

### **1.1. Les évolutions modifient-elles les pratiques des orthophonistes?**

Nous nous demandions initialement en quoi des évolutions techniques et législatives pouvaient modifier des pratiques professionnelles, celles des orthophonistes qui prennent en charge des enfants sourds.

Concernant les évolutions technologiques de l'implant cochléaire, nous avons retrouvé dans les entretiens les différents points que nous avons présentés dans la partie théorique, à partir de l'ouvrage de Loundon et Busquet (2009). En effet, les orthophonistes ont relevé plusieurs changements dans leurs pratiques, ou décrit ce qu'elles avaient de spécifique à cette technologie. L'implant cochléaire rend possible un travail d'éducation auditive plus précis grâce à la qualité des informations auditives reçues. De ce fait, l'acquisition phonologique est plus rapide, et le travail sur la voix est réduit. La parole de l'enfant s'en trouve bien souvent plus intelligible. L'orthophoniste 7 débutait ses explications sur les changements de la pratique orthophonique en lien avec l'implant cochléaire en ces termes : l'implant, « ça révolutionné la pratique orthophonique ! ». En effet, plusieurs orthophonistes ont précisé que cela leur permettait de travailler d'autres aspects du langage, et d'aller « plus loin » (O n°12) dans leur rééducation.

Dans notre partie théorique, nous évoquons le fait que « le développement de l'orthophonie [était] indissolublement lié à la dynamique extensive de la médecine »

(Tain, 2007, p. 14) et citons le référentiel de compétences du Bulletin officiel, publié en 2013 : il indique que l'orthophoniste doit « analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances [...] des évolutions sociétales, tout comme celles du monde de la santé » (Bulletin officiel n ° 32 du 5 septembre 2013 – Annexe 2 - référentiel de compétences). Ainsi, l'évolution rapide de la technologie de l'implant cochléaire implique une évolution indéniable de la pratique orthophonique. Les orthophonistes rencontrés ont évoqué la nécessité de la formation continue, qui leur permet de suivre l'évolution de cette technologie. Elle passe par la rencontre avec d'autres professionnels, par le biais de lectures, de colloques ou de conférences.

Nous avons vu aussi que l'orthophoniste avait une place privilégiée dans l'accompagnement des familles, du fait des aspects techniques sous-tendant la technologie de l'implant. Le fait de pouvoir leur transmettre des connaissances sur ces aspects techniques, et pour certains d'assister aux réglages instaure une relation de confiance entre l'orthophoniste et les parents de l'enfant sourd. Cet aspect relationnel de la prise en charge implique un travail personnel pour tenir compte de ses propres représentations et de celles de ses interlocuteurs, afin de respecter le choix de chaque famille.

Concernant les évolutions liées à la loi de 2005, les orthophonistes rencontrés pouvaient être amenés à exercer auprès d'enfants sourds ayant un projet de communication bilingue (français oral et écrit – LSF ou français écrit – LSF) et ce de plusieurs façons. Ils peuvent travailler l'accès à la modalité orale du français (sur son versant compréhension par le biais de la LSF ou sur son versant expression), mener un travail spécifique sur le langage écrit, rééduquer la LSF, ou travailler autour des pré-requis langagiers d'un enfant qui va être amené à utiliser la LSF comme première langue.

Dans ses recommandations de bonnes pratiques, la HAS distingue l'approche audiophonatoire et l'approche visuo-gestuelle. La prise en charge orthophonique est mentionnée explicitement dans le cadre de la première approche, pour l'acquisition d'une langue orale. La réalité est plus complexe que cette description schématique, mais nécessaire des différents projets éducatifs. La HAS ne peut effectivement pas circonscrire toute la profession. Elle permet plutôt de guider les professionnels dans

leurs pratiques, en leur permettant de s'adapter à des patients et des contextes d'exercice différents.

Dans le cadre des entretiens, nous avons rencontré une orthophoniste qui mène des prises en charge avec des enfants dont la langue première est la LSF, dont le projet de communication s'inscrit dans ce que la HAS appelle l'approche visuo-gestuelle. Le fait que cela ne soit pas fréquent, ni inscrit dans aucun document officiel, interroge les personnes qu'elle rencontre : « C'est toujours compliqué, on te dit bah pourquoi tu signes si t'es ortho et tout ça... » (O n°9). La représentation que chaque professionnel se fait de son métier oriente leurs pratiques et l'analyse de ces représentations est utile « dans les situations d'incertitude, par exemple pour répondre à des problèmes pratiques, notamment quand les savoirs, procédures ou règles supposées les informer s'avèrent difficilement mobilisables car polémiques, contradictoires ou peu opérationnels » (Blin, 1997, p. 80). L'un des enfants qu'elle suit dans ce cadre là ayant un retard de langage en LSF, elle poursuit : « mais.. j'veux dire c'est quand même bien la définition de notre boulot quand même [...] en tout cas, fin... il répond tout à fait à une demande orthophonique quoi. Mais en langue des signes ».

Nous avons aussi rencontré des orthophonistes qui prenaient en charge des enfants bilingues (LSF – Français oral et écrit), donc qui possèdent ou développent une autre langue. Nous avons vu que le fait de guider l'enfant dans son acquisition de la langue française, lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'un projet bilingue, a conduit les orthophonistes à évoquer la façon dont ils se représentaient leur rôle par rapport au développement du langage d'un enfant sourd. Ils expliquaient qu'en plus de guider l'enfant vers l'accès à une langue, ils pensaient l'accès à une communication, au raisonnement et à la pensée, et d'une façon plus globale, au langage.

## **1.2. Changent-elles la manière dont ils conçoivent leur métier ?**

Toutefois, ces évolutions ne semblent pas changer leurs objectifs de travail et la représentation qu'ils s'en font. En effet, nous l'avons exposé à la fin de la partie précédente, dans les explications qu'ils donnaient sur les évolutions de leurs pratiques, les orthophonistes nous ont parlé du développement du langage des enfants sourds.

Ils expliquaient que la meilleure qualité de réception auditive offerte par l'implant cochléaire permettait certes l'acquisition d'une parole intelligible mais qu'il demeurerait toujours un travail pour aider l'enfant dans son cheminement langagier. L'orthophoniste 8 disait d'ailleurs : « moi la parole ça m'intéresse.. euh .. ça m'intéresse pas avant qu'il y ait le langage ».

Concernant les évolutions issues de la loi de 2005, il semblerait aussi qu'elles ne changent pas la place que l'orthophoniste peut occuper auprès de l'enfant sourd dans le développement de son langage. En effet, bien que depuis la promulgation de cette loi, les enfants sourds pris en charge par les orthophonistes puissent avoir un programme d'intervention précoce visant l'accès à une communication bilingue, donc à utiliser indifféremment deux langues, les orthophonistes qui interviennent auprès d'eux ont toujours pour objectif que l'enfant développe son langage. L'orthophoniste qui mène des rééducations en LSF exprimait : « en tout cas ce qui est sûr c'est que je garde pas la langue des signes ou l'oral en tête, ce que je garde c'est le langage quoi. Il faut que l'enfant il arrive à avoir du langage. Voilà. A se développer. A développer des compétences langagières. Après quel que soit le moyen. Moi je m'en fiche en fait ». Pour elle, sa place d'orthophoniste se trouve dans l'accompagnement de l'enfant sourd dans le développement de son langage, et ce quelle que soit sa langue. Une autre orthophoniste qui a exercé auprès d'enfants en classe bilingue, auprès desquels elle faisait un travail sur l'écrit, expliquait qu'elle trouvait tout à fait pertinent qu'un orthophoniste intervienne auprès d'eux car « la difficulté de langage, le retard de langage il est réel hein ».

Tant dans les projets de communication orale que ceux de communication bilingue, les orthophonistes ont expliqué que ce travail sur le langage a pour objectif de développer les compétences cognitives de l'enfant. Il s'agit de faire en sorte que ses compétences langagières lui permettent d'entrer dans les apprentissages à l'école.

### **1.3. Les orthophonistes peuvent être amenés à se positionner**

Ainsi, le caractère commun du discours des différentes orthophonistes que nous avons rencontrés réside dans leur rôle par rapport au développement langagier de l'enfant, avec des langues ou des outils différents. L'identité professionnelle correspondant aux caractéristiques qui font la spécificité d'un groupe de personnes dans leur milieu professionnel (Dubar, 1998), celle de l'orthophoniste réside donc dans l'accompagnement de l'enfant vers la meilleure maîtrise possible du langage.

Les parents ayant la possibilité de faire le choix du projet de communication de leur enfant, les orthophonistes peuvent être amenés à réorienter une demande de prise en charge et donc à se positionner par rapport aux moyens de communication qu'ils utilisent. On retrouve ici la fonction identitaire des représentations, décrite par Blin (1997) : les représentations définissent l'identité professionnelle et protègent la spécificité des groupes professionnels. A l'intérieur d'un même champ professionnel, « elles marquent aussi les identités, les idéologies [...] et participent des jeux et enjeux institutionnels » (p. 67). La représentation que se fait chaque orthophoniste de son métier définit son identité professionnelle. L'orthophoniste 12, en parlant d'elle et de sa collègue orthophoniste en libéral, expliquait : « nous on se met dans un.... on est orthophonistes à visée vraiment oraliste, à partir du moment où ya du bilinguisme avec du LPC ou avec.. la langue des signes .. euh nous on fait pas ici. *D'accord.Voilà. Mais c'est un choix* ».

En fonction des outils de communication ou des langues qu'ils utilisent, les orthophonistes peuvent renvoyer vers d'autres professionnels s'ils reçoivent des parents qui formulent une demande de projet bilingue. L'orthophoniste 5 disait : « Si les parents veulent des signes, bon bah je vais les orienter vers quelqu'un qui s'y connaît mieux que moi en signe et s'ils veulent l'oralisation je peux du coup les faire entrer ici pour la rééducation ». La représentation qu'elle se fait de la façon dont elle peut intervenir auprès d'un enfant sourd, c'est-à-dire une orthophoniste qui aide l'enfant à accéder à une langue parlée, remplit ici la fonction d'orientation des pratiques professionnelles, que présente Abric (2011). En effet, elles guident les pratiques de cette orthophoniste.

Nous l'avons vu plus haut, l'orthophoniste qui rééduque la LSF doit parfois justifier le fait qu'elle signe dans le cadre de ses prises en charge orthophoniques, car la place de l'orthophoniste est rarement envisagée auprès des enfants qui communiquent en LSF. « C'est toujours compliqué, on te dit bah pourquoi tu signes si t'es ortho et tout ça ». Abric (2011) cite également la justification comme une des fonctions des représentations. La représentation que cette orthophoniste se fait de son métier lui permet de justifier ses pratiques. Son but est que l'enfant qu'elle prend en charge développe des compétences langagières, quel que soit le moyen. Le fait qu'elle sache s'exprimer en LSF lui permet de prendre en charge un enfant sourd pour qu'il développe des compétences langagières, en LSF.

## 1.4. Des représentations différentes en fonction du contexte d'exercice

Selon Blin (1997), les milieux sont générateurs de représentations spécifiques. L'analyse des représentations fait donc nécessairement intervenir le contexte d'exercice des orthophonistes rencontrés.

En effet, les propos des orthophonistes variaient selon leur lieu d'exercice. Certains précisaient ainsi dans l'entretien que le contenu de leur discours était certainement lié l'endroit où ils exerçaient. Ainsi, l'orthophoniste 5, après avoir déclaré que les enfants sourds ne rencontraient pas de grandes difficultés en intégration dans une classe ordinaire, se reprit : « Enfin je dis ça parce que j'étais au SSEFIS et que j'ai quand même suivi des enfants qui s'accrochaient bien après je suppose que le discours des orthos dans les classes spé [...] sera complètement différent puisqu'elles sont justement avec des enfants qui n'ont pas réussi à suivre une scolarité ordinaire et qui du coup se retrouvent en classe spécialisée ». Et effectivement l'orthophoniste 6, exerçant en libéral, indiquait qu'en vingt ans d'exercice, tous les enfants sourds qu'il avait pris en charge avait suivi une scolarité ordinaire, sauf deux qui avait été réorientés ensuite vers une prise en charge orthophonique au sein d'une structure médico-sociale. L'orthophoniste 1, exerçant en structure a confirmé : « on récupère ceux pour qui ça (*l'intégration*) se passe pas bien ». Le profil des enfants pris en charge n'est donc pas le même selon que l'orthophoniste exerce en structure, ou en libéral. Les propos des orthophonistes exerçant en structure étaient d'ailleurs fréquemment ponctués de formules telles que « quand ça fonctionne bien » (O n°3) pour nuancer leurs affirmations sur les progrès permis par l'implant. Ainsi, l'orthophoniste 1 rappelait après avoir décrit les progrès d'intelligibilité des enfants implantés: « Enfin attention toujours ceux qui n'ont pas de soucis hein.. je précise à chaque fois. Parce que ya pas que.. ces enfants là, qui réussissent quoi... ». Ainsi les orthophonistes n'exerceraient pas de la même façon en libéral, à l'hôpital ou en structure, lieu qui déterminerait aussi le profil d'enfants pris en charge.

De plus, dans la cadre des entretiens, les orthophonistes ont été amenés à délimiter leur place par rapport à celle d'autres professionnels : médecin ORL, audioprothésiste, enseignant spécialisé, psychologue. Leur lieu d'exercice les amène

effectivement à rencontrer plus ou moins régulièrement certains autres professionnels et leur positionnement par rapport à ces derniers donne aussi accès à la façon dont ils se représentent leur métier et leur rôle. Ainsi, les orthophonistes travaillant dans le cadre de structure médico-sociale, au sein de l'école de l'enfant, délimitaient spécifiquement leur place par rapport à celle de l'enseignante spécialisée. Celles travaillant auprès d'enfants scolarisés dans une classe où les enseignements sont donnés en LSF les a conduit à délimiter leur place par rapport à celle de l'enseignant de LSF. Les orthophonistes du centre d'implantation, quant à elles, évoquaient les médecins ORL.

Le contexte d'exercice, dont parle Blin (1997) est déterminé d'une part, par une composante spatiale (le lieu d'exercice) que nous venons de décrire, et d'autre part, par une composante temporelle. La façon dont les orthophonistes se représentent leur profession dépend aussi de leur nombre d'années d'expérience professionnelle. L'orthophoniste 4 l'a bien exprimé lorsqu'elle a présenté la façon dont elle concevait ses prises en charge au sein de la classe LSF : « j'ai tellement pas de recul sur ces projets là que, on se revoit dans six mois, peut être que je te dirai mais non je me suis trompée ! ». D'autre part, les discours des orthophonistes plus anciennement diplômés étaient emprunts de formules rappelant le recul qu'ils avaient sur leurs pratiques : « Je suis vieille, j'ai un gros recul... C'est sûr que quand j'avais vingt-deux ans en sortant de la fac j'ai sûrement fait des bourdes » (O n°3).

La représentation qu'ils se font de leur métier est donc un processus, qu'ils élaborent progressivement, au cours de leur expérience professionnelle. Nous avons abordé dans la partie théorique cet aspect des représentations sociales, en tant que processus d'élaboration psychologique et social du réel (Jodelet, 2003). Les représentations professionnelles étant des représentations sociales, elles se construisent au cours de la socialisation professionnelle. L'orthophoniste 3 indiquait qu'au début de son exercice, son objectif en tant qu'orthophoniste était que les enfants qu'elle prenait en charge aient accès au français oral. Puis sa représentation a changé : « Après, comme je me suis un petit peu formée en langue des signes, je suis arrivée sur des projets différents, donc avec des enfants qui n'avaient pas de communication du tout, pas d'accès à l'oral, ou là bah forcément en tant qu'ortho l'idée c'est aussi de leur donner une communication quand même, de leur permettre d'accéder à des concepts ». Le terme de représentation est défini comme un

processus d'une part, un produit d'autre part (Jodelet, 1994), c'est-à-dire comme le résultat de ce processus. La représentation de cette orthophoniste s'est élaborée avec la réalité à laquelle elle a été confrontée. Elle a commencé à envisager sa place auprès d'enfants qui n'auraient pas forcément accès à l'oral, pour les aider à développer les pré-requis à la communication, nécessaires à la construction de leur langue.

Nous avons vu dans la partie théorique que les individus participent à la construction et à l'évolution de leur profession, par la manière dont ils parlent d'eux-mêmes et se représentent leur profession (Hughes et Quemin, 1997, lu par Duffau et Liaunet, 2014). Le fait que certaines orthophonistes envisagent leur place auprès d'un enfant ayant une autre langue présente une nouvelle particularité dans la diversité des pratiques professionnelles.

Une profession est effectivement en constante construction, et le fait que l'orthophoniste puisse, depuis la loi de 2005, être amené à prendre en charge des enfants qui ont un projet de communication bilingue, en est une illustration.

## **2. Retour sur le travail de recherche**

Pour les raisons que nous avons évoquées dans la partie consacrée à la méthodologie, nous avons renoncé à compléter les entretiens menés auprès des orthophonistes par des questionnaires. Maintenant que nous avons une meilleure connaissance du « monde de référence » (Blanchet et Gotman, 2007), c'est-à-dire des pratiques des orthophonistes qui prennent en charge des enfants sourds, il serait intéressant de compléter cette étude par des questionnaires, afin d'accéder à un nombre plus important d'orthophonistes. En effet, il serait possible de déterminer les points significatifs pour l'étude de leurs représentations, nécessaire à la création d'un outil quantitatif. En tenant compte des principales variables que l'on a identifiées, le lieu d'exercice et le nombre d'années d'expérience, on pourrait les interroger sur le besoin de formation continue et sur les outils de communication et langues utilisées dans le cadre de leurs rééducations.

Durant l'analyse des résultats, nous avons procédé à plusieurs lectures et plusieurs écoutes des entretiens, nous avons réagencé nos propos plusieurs fois. Nous avons dû faire des choix parmi les nombreux thèmes abordés par les

orthophonistes lorsqu'ils parlaient de leur profession et des évolutions de leurs pratiques. Nous avons choisi de centrer notre analyse sur les thèmes concernant les évolutions en lien avec l'implant cochléaire et en lien avec la loi de 2005, en mettant de côté pour un temps, ce qui était dit sur le rôle et les objectifs de l'orthophoniste et la place des parents dans la prise en charge. De plus, certains sous-thèmes abordés par plusieurs orthophonistes n'ont donc pas été développés dans le cadre de notre analyse. Il aurait été possible d'étudier et il pourrait être intéressant qu'ils le soient dans le cadre d'un travail réalisé dans la suite de celui-ci.

De ce fait, un travail pourrait être consacré aux enfants sourds implantés ayant des troubles associés et ce que cela implique dans la prise en charge orthophonique.

De plus, il serait intéressant d'étudier spécifiquement les conséquences du dépistage systématique de la surdité sur les pratiques des orthophonistes et les représentations qu'ils se font de leur métier. Certains orthophonistes expliquaient que l'évolution de l'âge de l'enfant au moment de l'implantation faisait évoluer l'âge d'acquisition du langage, et du même coup le contenu de la rééducation orthophonique. Une orthophoniste disait au sujet de jeunes enfants qu'elle prend en charge : « ils ont été implantés bébé. Ils sont déjà dans le langage quoi... Bon qu'est ce que je vais faire.. parce que j'aime bien malgré tout, mettre ma petite touche, monter l'articulation, la parole... et tout ça. quand ils parlent trop bien.. c'est pas que je m'ennuie mais presque ! » (O n°1).

Par ailleurs, quatre orthophonistes ont évoqué les regards souvent négatifs qu'elles peuvent recevoir de la part d'adultes sourds ayant été pris en charge par une orthophoniste. Deux d'entre elles nous ont suggéré l'idée d'un travail sur la représentation que se font les jeunes adultes sourds eux-mêmes sur ce qu'ils ont vécu à travers leur prise en charge orthophonique.

Enfin, à la lumière de remarques de plusieurs orthophonistes qui ont évoqué le fait que leur travail avec des enfants sourds leur permettait de comprendre comment se structurait une langue, une analyse plus fine de leur emploi des termes tels que « communication », « langue », « langage », « parole » aurait été particulièrement intéressante et pourrait être un point clé d'un travail qui pourrait prendre la suite de celui-ci.

### 3. Ouverture

La synthèse des Recommandations de bonnes pratiques de la HAS commence par ces lignes : « La diversité des représentations sociales de la surdité en France, du fait de facteurs sociaux, historiques, éthiques, politiques et réglementaires complexes nécessite que chacun tienne compte de ses propres représentations et de celles de ses interlocuteurs afin d'assurer des échanges de qualité permettant d'agir au mieux des intérêts de l'enfant ». Nous avons effectivement conscience que le thème de notre mémoire touchait un sujet sensible et nous avons dû le garder à l'esprit durant les entretiens. Nous avons reçu des points de vue divergents sur les différentes modalités de communication utilisées par les orthophonistes et, hors entretien, l'absence de dictaphone faisait parfois surgir de nouveaux propos. Aussi, après avoir rappelé l'importance de ce qu'elle appelait la « neutralité bienveillante », l'orthophoniste 3 s'interrogeait à voix haute : « avant qu'on se rencontre je me suis demandé : est-ce que dans d'autres champs on se pose les mêmes questions sur attention à nos représentations [...] Est-ce ce que c'est parce qu'on touche à la langue ? c'est pas neutre de penser à la manière dont un enfant structure une langue ».

C'est là, peut-être, que résident toutes les questions que peut susciter la prise en charge d'un enfant sourd, dans ce qu'il y a de fascinant dans le fait de penser l'accès à une langue. Les innovations technologiques et l'utilisation de moyens visuels de communication continuent de nourrir les réflexions sur le développement linguistique et langagier, et les variables susceptibles de l'influencer. L'orthophoniste 9 confiait : « Les implantés en l'occurrence, ça c'est quelque chose qui change, c'est, qu'est ce qu'ils sont ? Est-ce qu'ils sont entendants ? Est ce qu'ils sont sourds ? Ils ont pas de place ceux-là. Ils se retrouvent dans aucun monde en fait. Ça c'est pas toujours.. en terme d'identité c'est pas toujours simple ».

Benveniste avait ouvert une nouvelle voie dans la recherche linguistique, en développant l'idée que l'homme n'existe que dans et par le langage. Selon lui, le langage est, pour l'homme, « un moyen, en fait le seul moyen, d'atteindre l'autre homme, de lui transmettre et de recevoir de lui un message. Par conséquent, le langage pose et suppose l'autre » (Benveniste, 1974, cité par Manteau, 2005, p. 56). Pour lui, il n'y a de sujet que de sujet parlant. Le fait de parler est pour l'homme une

façon de se donner une place en tant que sujet. Par conséquent l'émergence du sujet est lié à l'émergence de la parole.

Le rôle de l'orthophoniste est de guider l'enfant vers la meilleure maîtrise possible du langage. En favorisant l'accès à une langue construite, notamment en sensibilisant les familles à l'importance de proposer à leur enfant une langue riche et variée, l'orthophoniste lui permet de développer des compétences langagières, indispensables à sa construction en tant que sujet.

# Conclusion

Nous souhaitons savoir dans quelle mesure les évolutions technologiques et législatives faisaient évoluer les pratiques des orthophonistes ainsi que les représentations qu'ils se font de leur prise en charge d'enfants sourds.

Nous avons mené des entretiens auprès de douze orthophonistes qui prennent en charge des enfants présentant une surdité sévère à profonde, au sein d'une structure médico-sociale, d'un hôpital ou en cabinet libéral. Nous situant dans le domaine de la clinique, notre démarche n'a pas de prétention statistique et nous ne pouvons affirmer que les pratiques exposées sont représentatives de l'ensemble des professionnels. Nous sommes restés au plus proche de ce que nous avons éprouvé dans les entretiens et souhaitons que ce travail puisse intéresser des orthophonistes prenant en charge des enfants sourds.

Les entretiens menés auprès des orthophonistes que nous avons rencontrés nous ont apporté des réponses aux questions que nous nous posions.

Nous nous demandions si la part de la prise en charge consacrée à l'aspect technique de la réhabilitation auditive était plus importante, rendant l'orthophoniste plus « technicien ». Les orthophonistes rencontrés ont infirmé cette hypothèse, insistant sur les compétences relationnelles indispensables à l'exercice de leur métier. Nous nous interrogeons sur l'évolution des demandes des parents d'enfants sourds suite à la loi de 2005. Des dispositifs ont été mis en place dans la région Nord-Pas-de-Calais, notamment avec l'ouverture d'une classe LSF mais les orthophonistes rencontrés n'ont pas reçu davantage d'enfants ayant un projet de communication bilingue depuis le vote de cette loi. Cette mesure arrivait dans le même temps où les techniques médicales permettaient un appareillage de plus en plus performant. Cela oriente les parents, pour la majorité entendants, vers des projets en langue orale.

Enfin, l'analyse des entretiens a confirmé que l'acquisition du langage de cet enfant était dépendant de bien d'autres facteurs que de son simple type d'appareillage et que l'orthophoniste devait savoir s'adapter à la réalité du profil et des besoins de chaque enfant pris en charge.

Devant la diversité des propos recueillis, nous pouvons conclure que l'identité professionnelle des orthophonistes est une identité collective qui s'ancre dans les représentations et les pratiques qui dépendent elles-mêmes du milieu dans lequel ils exercent.

# Bibliographie

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France (PUF).
- Abric, J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France (PUF).
- Artières, F., Geffriaud, G., Gresillon, N., Mondain, M., Piron, J.-P., Romdhane, S., Sicard, M., Sillon, M., Tesseydre, A., Uziel, A., Ventosa, V., Vieu, A. (2002). Les implants cochléaires chez l'enfant et l'adulte sourd profond ou sévère. In: Cazenace, A., Mondain, M., Frachet, B., Hamann, C., *Monographie du CCA Groupe n°33: Les surdités de la prothèse à l'implant*. CCA groupe : 75-86.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris, PUF.
- Bayard, C., Colin, C., & Leybaert, J. (2012). Perception multimodale de la parole chez l'implanté cochléaire. *Rééducation orthophonique*, (252), 33-53.
- Benveniste, E. (1974). *Problèmes de linguistique générale*. Paris, Gallimard.
- Benvenuto, A. (2004). De quoi parlons-nous quand nous parlons de « sourds »? *Télémaque*, (25), 73-86.
- Benvenuto, A., & Séguillon, D. (2013). Surdités, langues, cultures, identités : recherches et pratiques. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* (64), 9-13.
- Bernard, Y. (1999). *Approche de la gestualité à l'Institution des Sourds-Muets de Paris aux XVIIIe et XIXe siècles*. Thèse de doctorat de Linguistique, Université de Paris V.
- Bernard, Y. (2009). La gestualité des précepteurs espagnols d'enfants sourds aux XVIe et XVIIe siècles: un chemin vers la parole, un vecteur de l'abstraction. *Connaissances surdités*, (28), 30-34.
- Berthier, N. (2006). *Les techniques d'enquête en sciences sociales - Méthodes et exercices corrigés*. Paris, Armand Colin.
- Bertin, F. (2010). *Les Sourds: une minorité invisible*. Autrement.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes, L'entretien*. Paris, Armand Colin.
- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris, L'Harmattan.
- Borne, D. (1980). *Histoire de la société française depuis 1945*. Paris, Armand Colin.

- Delattre, P. (1961). Le jeu des transitions de formants et la perception des consonnes, In *Proceedings of the 4th International Congress of Phonetic Sciences*, Helsinki, p. 407-417.
- De Luca, V., & Vilboux, R. (2007a). L'émergence de l'orthophonie: à la croisée des chemins (1930-1940). In Tain, L., *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*. Paris, ENSP : 21-31.
- De Luca, V., & Vilboux, R. (2007b). Les pionnières: récits de trajectoires dans les années 1950-1960. In Tain, L., *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*. Paris, ENSP : 81-91.
- Descours, P. (2011). *Histoire de la langue des signes française et de la langue des signes brésilienne: quelles influences pour les populations sourdes?* Mémoire de Master 1 recherche UFR Sciences du langage, Université de Grenoble.
- Duffau, S., & Liaunet, F. (2014). *Les représentations des orthophonistes sur leur profession*, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Toulouse-Rangueil.
- Dumont, A. (1998). *Implantations cochléaires - Guide pratique d'évaluation et de rééducation*. Ortho édition.
- Franzoni, M. (2006). Quelle place pour l'orthophoniste dans la prise en charge précoce de l'enfant sourd? *Connaissances surdités*, (17), 12-18.
- Fraysse, B. (2000). La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), 651.
- Haberer, C., & Voisin, M.-L. (2003). *L'importance des spécialités dans la construction de l'identité professionnelle orthophonique*. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lyon.
- Heugounenq, H. (2005). Le statut politique de la langue des signes. Eléments de réflexion sur la perception du bilinguisme en France. *Marges Linguistiques*, 219-234.
- Hughes, E., & Quemin, A. (1997). Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie. *Revue française de sociologie*, 70.
- Jodelet, D. (1994). Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences

- sociales. In Jodelet, D. *Les représentations sociales*. Paris, PUF : 36-57
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris, PUF.
- Kalil, G., & Daniel, S. J. (2009). Incursion dans le monde des prothèses auditives numériques. *Le médecin du Québec*, 44(3), 87-93.
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris, Armand Colin.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2012). *L'orthophonie en France*. Paris : PUF
- Lemaire, S., & Lespinasse, S. (2013). *La socialisation professionnelle des orthophonistes en situation transculturelle*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lyon.
- Loundon, N., & Busquet, D. (2009). *Implant cochléaire pédiatrique et rééducation orthophonique*. Médecine-Sciences Flammarion.
- Massida, Z. (2010). *Etude de la perception de la voix chez le patient sourd post lingual implanté cochléaire unilatéral et le sujet normo-entendant en condition de simulation d'implant*. Thèse en vue de l'obtention du doctorat de Neurosciences, Université de Toulouse.
- Mosconi, N. (2001). Que nous apprend l'analyse des pratiques sur les rapports de la théorie à la pratique ? In : Blanchard-Laville, C., Fablet, D., *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, l'Harmattan : 15-34.
- Mucchielli, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale*. ESF Editeur.
- Philippe, C. (2007). L'institutionnalisation de l'orthophonie: vers l'autonomie (1940-2005). In Tain, L., *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*. Paris, ENSP : 33-39
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx L., Laperrière A., Mayer R., Pires A., *La recherche qualitative Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Editeur: 113-169
- Presnau, J.-R. (1989). Le son à la lettre: l'éducation des sourds et muets avant l'abbé de l'Épée. In Karacostras A., Coururier L., *Le pouvoir des Signes* . INJS :20-32.
- Romand, C. (2003). Parcours, Lucie Matteodo-Peyracchia. *Connaissances Surdités*, (6), 30-31.

Sacks, O. (1996). *Des yeux pour entendre: voyage aux pays des sourds*. Paris, Points

Schnapper, D. (1999). *La compréhension sociologique*. Paris, PUF.

Soggiu, V. (2004). Parcours ,Annie Blum. *Connaissances Surdités*, (9), 27-29.

Tain, L. (2007). *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*. Rennes, ENSP.

Terrail, J.-P. (1995). *La Dynamique des générations. Activité individuelle et changement social (1968-1993)* Paris, L'Harmattan.

Virole, B. (2006). *Psychologie de la surdité*. De Boeck Supérieur.

## SITOGRAPHIE

Appareils électroniques correcteurs de surdité : révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables (2008) sur le site de la Haute Autorité de Santé <http://www.has-sante.fr> [consulté le 04/02/2016]

Arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) [consulté le 01/03/2015]

Article du Professeur Chouard, sur l'histoire du rôle de la France dans la mise au point industrielle de l'implant cochléaire multi lectrodes, sur <http://recorlsa.online.fr/implantcochleaire/historicfrancais.html> [consulté le 26/04/2016]

Avis n  103 du Comité National d'Ethique (2007), sur <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis103.pdf> [consulté le 09/09/2015]

Code de l' ducation, Article L312-9-1 sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) [consulté le 01/03/2015]

Code de l' ducation, Article L112-2-2, sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) [consulté le 01/03/2015]

Décret n 2006-509 relatif à l'éducation et au parcours scolaire des jeunes sourds sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) [consulté le 01/03/2015]

Décret n 2002-721 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (2002) sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) [consulté le 01/02/2016]

Traitement de la surdité par pose d'implant cochléaires ou d'implants du tronc cérébral (2007) sur le site de la Haute Autorité de Santé <http://www.has-sante.fr> [consulté le 04/02/2016]

Le traitement de la surdité par implants cochléaires ou du tronc cérébral (2012) sur le site de la Haute Autorité de Santé <http://www.has-sante.fr> [consulté le 04/02/2016]

Loi n  75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Nomenclature Générale des Actes Professionnels sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) [consulté le 04/10/2015]

Présentation de l'association ACFOS, sur <http://www.acfos.org/qui-sommes-nous> [consulté le 15/03/2016]

Rapport Gillot, sur le site de la Documentation Française <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics> [consulté le 10/10/2015]

Recommandations BIAP, sur <http://biap.org/index.php> [consulté le 15/03/2016]

Surdité de l'enfant: accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire, Recommandations de bonnes pratiques (2009) sur le site de la Haute Autorité de Santé <http://www.has-sante.fr> [consulté le 04/02/2016]

## **Liste des annexes :**

**Annexe n 1 : Programmes d'intervention précoce, tels que présentés dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS**

**Annexe n 2 : Guide d'entretien**

**Annexe n 3 : Document de présentation du mémoire adressé aux orthophonistes**

**Annexe n 4 : Grille d'analyse**

**Annexe n 5 : Glossaire**