

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



MÉMOIRE

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

Clara MANCEAU

soutenu publiquement en juin 2025

**La collaboration interprofessionnelle
orthophonistes – audioprothésistes :
pour une prise en soin optimale du patient sourd**

MÉMOIRE dirigé par

Camille LECOUFLE, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Lille

Camille POUWELS, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Lille

Lille – 2025

À mes grands-parents.

Remerciements

Je tiens à remercier mes directrices, Madame Lecoufle et Madame Pouwels, pour leur accompagnement tout au long de ce mémoire, la qualité de leurs conseils et le temps qu'elles m'ont accordé.

Je remercie l'ensemble des orthophonistes et des audioprothésistes, qui ont pris le temps de participer à cette étude, pour la richesse de leurs réponses et de leurs réflexions. J'adresse également mes remerciements aux différents professionnels qui m'ont aidée dans la diffusion de mes questionnaires grâce à leur réseau.

Merci à tous mes maîtres de stage qui, depuis ma deuxième année de formation, m'ont accueillie avec bienveillance et ont contribué au développement de mes compétences professionnelles.

Merci à mes amis lillois, Lise, Marie, Anaïs, Jules, Théo, Arthur, Paul et Vincent qui ont fait de ces années une aventure unique, remplie de rires et de moments inoubliables. Vous êtes une seconde famille.

Je tiens à remercier ma famille, et plus particulièrement mes parents, pour leur confiance et leur soutien sans faille durant ces cinq années d'étude.

Enfin, je remercie mes camarades et futures collègues pour leur présence et leur humour dans les bons moments comme dans les mauvais, qui ont su rendre ces années lilloises aussi intenses qu'inoubliables.

Résumé :

La prise en soin du patient sourd mobilise divers professionnels aux compétences complémentaires, dont les orthophonistes et les audioprothésistes. Dans un contexte marqué par la diversité des profils en surdité – en termes d’âge, de degré de perte auditive, de modalités de communication ou de besoins spécifiques – leur collaboration constitue un levier majeur pour proposer un accompagnement global, adapté et cohérent. Ce mémoire explore leurs pratiques collaboratives actuelles et questionne la pertinence de l’élaboration d’un outil facilitant leurs échanges. L’étude repose sur une enquête menée auprès de 169 audioprothésistes et 103 orthophonistes exerçant en France, à partir de deux questionnaires distincts conçus pour interroger leurs pratiques, perceptions et besoins. Les résultats révèlent une collaboration encore peu concrétisée, marquée par une mise en œuvre hétérogène selon les contextes professionnels et les profils de patients, mais portée par une volonté partagée de renforcer un partenariat jugé déterminant pour une prise en soin optimale. Des leviers favorables émergent, comme le souhait de disposer de moyens concrets pour structurer les échanges. Cependant, des freins d’ordre relationnel, organisationnel voire systémique sont également mis en évidence, tels que le manque de temps, la méconnaissance des rôles spécifiques ou l’absence d’outils communs pour formaliser les échanges. En réponse, plusieurs pistes concrètes d’amélioration sont envisagées par les professionnels. Ce mémoire suggère l’intérêt et la nécessité d’une meilleure structuration de la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes et ouvre ainsi des perspectives encourageantes pour l’évolution de la prise en soin de la surdité dans une dynamique de partenariat renforcé.

Mots-clés :

Collaboration interprofessionnelle – Surdité – Orthophonie – Audioproth se – Prise en soin

Abstract :

The care of deaf patients involves various professionals with complementary skills, including speech and language therapists and hearing aid specialists. In a context marked by the diversity of deafness profiles—in terms of age, degree of hearing loss, communication modalities, or specific needs—their collaboration represents a major lever for providing comprehensive, tailored, and coherent support. This thesis explores their current collaborative practices and questions the relevance of developing a tool to facilitate their exchanges. The study is based on a survey conducted among 169 hearing aid specialists and 103 speech and language therapists practicing in France, using two distinct questionnaires designed to examine their practices, perceptions, and needs. The results reveal a collaboration that remains insufficiently developed, with heterogeneous implementation depending on professional contexts and patient profiles, yet driven by a shared desire to strengthen a partnership considered essential for optimal care. Facilitating factors emerge, such as the shared wish to have concrete means to structure communication. However, relational, organizational, and even systemic barriers are also identified, including lack of time, limited understanding of specific roles, and the absence of shared tools to formalize exchanges. In response, several practical avenues for improvement are proposed by professionals. This thesis highlights both the interest and the need for better structuring of collaboration between speech and language therapists and hearing aid specialists, and opens up encouraging prospects for the future of deaf care within a strengthened partnership dynamic.

Keywords :

Interprofessional collaboration – Deafness – Care – Speech and language therapy – Audiology

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique et buts	2
.1. Les fondements de l'audition et de la surdité	2
.1.1. Anatomo-physiologie de l'audition et perception auditive.....	2
.1.2. La déficience auditive	3
.2. Audioprothésistes et orthophonistes : deux acteurs majeurs de la prise en soin auditive du patient sourd.....	5
.2.1. Le rôle de l'audioprothésiste.....	5
.2.2. Le rôle de l'orthophoniste	6
.3. La collaboration interprofessionnelle en santé.....	7
.3.1. Un concept aux acceptions multiples.....	7
.3.2. De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité	8
.3.3. Un modèle de collaboration interprofessionnelle	9
.3.4. La collaboration interprofessionnelle dans le contexte de la surdité	9
Buts	10
Méthode	10
.1. Population cible.....	10
.2. Modalités de recueil de données	10
.2.1. Construction et contenu des questionnaires	10
.2.2. Formulation des questions	11
.2.3. Cadre réglementaire et confidentialité	11
.3. Matériel.....	11
.4. Supports de diffusion	11
Résultats	12
.1. Profil des répondants.....	12
.1.1. Audioprothésistes.....	12
.1.2. Orthophonistes	16
.2. Collaboration interprofessionnelle : perceptions et pratiques des audioprothésistes et des orthophonistes	20
.2.1. Les habitudes collaboratives	20
.2.2. Moyens de communication et raisons des échanges.....	21
.2.3. Les avantages et les freins à la collaboration interprofessionnelle	22
Discussion	23
.1. Une collaboration reconnue mais encore peu concrétisée	24
.2. Des freins multiples à une collaboration effective.....	25
.3. Vers une formalisation du partenariat orthophoniste-audioprothésiste : des pistes concrètes	27
.4. Limites de l'étude et perspectives	28
.4.1. Regard critique sur l'étude menée	28
.4.2. Perspectives envisagées pour de futures recherches	29
Conclusion	30
Bibliographie	31
Liste des annexes	35
Annexe n°1 : Graphique de l'intérêt croissant pour la collaboration interprofessionnelle dans la littérature.....	35
Annexe n°2 : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'amour et al. 2008).....	35
Annexe n°3 : Questionnaire adressé aux audioprothésistes.....	35
Annexe n°4 : Questionnaire adressé aux orthophonistes.....	35

Annexe n°5 : Formation des orthophonistes à la prise en soin du patient sourd.	35
Annexe n°6 : Contenus souhaités dans un outil de liaison interprofessionnel : synthèse des besoins exprimés par les professionnels (audioprothésistes et orthophonistes).	35

Introduction

L'amélioration et l'optimisation de la prise en soin (PES) du patient sourd constituent un enjeu majeur de santé publique, particulièrement dans un contexte où la prévalence de la déficience auditive est en constante augmentation (World Health Organisation : WHO, 2024). En France, cette PES repose sur une équipe de trois acteurs principaux incluant l'oto-rhino-laryngologiste (ORL), l'audioprothésiste et l'orthophoniste. Après un diagnostic établi par le médecin ORL, la réhabilitation auditive comprend généralement la proposition d'appareils auditifs ou d'implants, un suivi régulier assuré par l'audioprothésiste, accompagné d'une PES orthophonique. Dans leur complémentarité et leur singularité, l'audioprothésiste et l'orthophoniste permettent un accompagnement personnalisé et adapté au patient, lui permettant ainsi de tirer pleinement profit de ses dispositifs auditifs (André, 2017).

La collaboration interprofessionnelle (CIP) en santé et son potentiel d'amélioration des soins sont aujourd'hui au cœur des sujets de santé (Gerber et al., 2018 ; Wei et al. 2020 ; World Health Organization, 2010) et le domaine de l'audition n'échappe pas à cette dynamique. En effet, dans la pratique clinique, la connaissance des rôles et des compétences respectives des professionnels, le développement d'un langage commun ainsi que le leadership partagé sont essentiels pour assurer un suivi cohérent et global de chacun (D'Amour et al., 2008). En surdité, cette collaboration permet notamment de maximiser les bénéfices apportés par les prothèses auditives. En 2023, la Haute Autorité de Santé (HAS) souligne également cette importance d'une individualisation des interventions et de la pluridisciplinarité des équipes pour répondre aux besoins spécifiques du patient, intégrant des aspects médicaux et prothétiques mais également orthophoniques et psychologiques dans un projet de soin unique.

Ainsi, ce mémoire s'intéresse particulièrement à la relation collaborative entre audioprothésistes et orthophonistes et vise à faire un état des lieux de leurs pratiques actuelles en collaboration et à mettre en évidence les facteurs favorisant et les éventuels freins à leur partenariat. Il vise également à questionner l'utilité et la faisabilité d'un outil de liaison interprofessionnel.

Dans un premier temps, nous poserons le cadre théorique de l'étude en abordant les fondements de l'audition et de la surdité, et en décrivant les rôles spécifiques des audioprothésistes et des orthophonistes dans la PES des patients sourds. Cette partie théorique sera complétée par une réflexion sur la collaboration interprofessionnelle en santé et son application dans le contexte de la surdité. Nous détaillerons ensuite la méthode appliquée pour cette étude, suivie de la présentation des résultats obtenus. Enfin, nous discuterons ces résultats en les confrontant aux connaissances actuelles de la littérature, en les reliant aux préoccupations théoriques et cliniques des professionnels, en analysant les limites méthodologiques de l'étude, et en proposant des pistes pour de futures recherches.

Contexte théorique et buts

Afin de mieux cerner les enjeux de ce mémoire, cette partie théorique s'articulera en trois temps. Nous présenterons tout d'abord les fondements de l'audition et de la surdité pour poser les repères nécessaires à la compréhension des déficiences auditives et de leurs conséquences. Ensuite, les spécificités de la prise en soin (PES) des patients sourds seront abordées à travers les rôles et champs de compétences des orthophonistes et des audioprothésistes. Enfin, la collaboration interprofessionnelle en santé sera définie à partir de notions clés et d'un modèle issu de la littérature, avec une mise en perspective dans le domaine de la surdité.

.1. Les fondements de l'audition et de la surdité

.1.1. Anatomie-physiologie de l'audition et perception auditive

.1.1.1. Le système auditif périphérique : structures et fonctionnement

L'audition repose sur des mécanismes complexes et parfois fragiles, qui combinent plusieurs structures anatomiques pour capter et traiter les sons (Devos et al., 2020). Le système auditif est généralement divisé en trois parties principales et fonctionnelles : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne (cf. Figure 1), auxquelles s'ajoute le système nerveux auditif central. Ces différentes parties ont chacune un rôle spécifique, mais participent de manière complémentaire à la transformation des vibrations sonores en signaux nerveux interprétables par le cerveau (McFarland, 2016). L'oreille externe se compose du pavillon et du conduit auditif externe. Elle assure une fonction de protection et de capture des sons environnementaux. Ces sons sont ensuite acheminés vers l'oreille moyenne pour être amplifiés et convertis en vibrations mécaniques par le tympan (membrane mobile) et une série de trois osselets (le marteau, l'enclume et l'étrier). Ces vibrations sont ensuite transmises à la cochlée, l'organe sensoriel de l'oreille interne. Cette structure, en forme de spirale remplie de liquide, est responsable de la conversion des vibrations sonores en signaux électriques : c'est ce qu'on appelle la transduction auditive. Ces signaux sont ensuite envoyés au cerveau via le nerf auditif pour y être analysés et interprétés. En plus de son rôle dans l'audition, l'oreille interne, qui comprend également le vestibule et les canaux semi-circulaires, est essentielle à notre équilibre et à la perception des mouvements (Bouccara, 2013 ; Guyot, 2017). Toutes ces structures, bien que distinctes, fonctionnent en parfaite synergie pour nous permettre d'entendre, de comprendre et de nous orienter dans l'espace.

Au-delà des mécanismes anatomo-physiologiques de l'audition, il est important de souligner que la perception auditive ne se limite pas uniquement à l'analyse des sons traités par notre système auditif. Elle est multimodale et implique diverses informations sensorielles pour une meilleure réception du message oral.

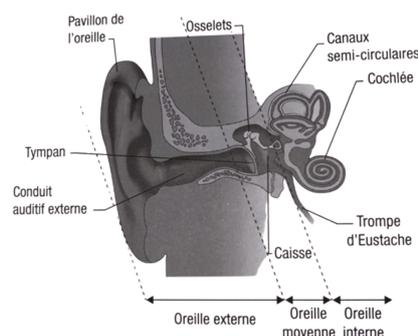


Figure 1. Anatomie du système auditif périphérique (adapté de Vibert et al., 2011, p. 64, cité dans Devos et al., 2020).

.1.1.2. La dimension multimodale de la perception auditive

En 1982, Erber définit quatre niveaux de perception auditive : la détection, la discrimination, l'identification et la reconnaissance auxquels s'ajoute parfois celui de la compréhension. Ces différents niveaux permettent de comprendre comment les stimuli sonores de la parole sont traités puis interprétés par notre système auditif. Cependant, entendre et comprendre la parole ne se limitent pas à une simple analyse des sons, la perception de la parole n'étant pas un phénomène unimodal. Charlier et al. (2020) parle ainsi d'un « processus intégratif complexe » qui mobilise non seulement le canal auditif mais aussi d'autres modalités sensorielles. En effet, les interactions quotidiennes en face à face ne sont pas limitées à l'input auditif. Elles permettent une perception multimodale du message oral (Gick & Derrick, 2009). Notre compréhension ne repose pas uniquement sur ce que nous entendons, mais également sur ce que nous voyons, comme les mouvements des lèvres ou les expressions faciales. Cette perception multimodale est particulièrement importante en environnement bruyant. L'information visuelle, liée aux mouvements articulatoires, favorise la réception de la parole, et ce, particulièrement en présence de bruit (Sumbly & Pollack, 1954). La lecture labiale s'ajoute au signal auditif et permet ainsi une intégration des indices visuels et auditifs en un percept unique : ce mécanisme est appelé intégration audio-visuelle. Un phénomène bien connu illustre cette intégration entre l'audition et la vision : l'effet McGurk (McGurk & MacDonald, 1976). Il survient lorsqu'il y a une discordance entre l'image visuelle d'une syllabe (ou d'un mot) présentée et le stimulus entendu, créant une nouvelle perception, souvent différente de la réalité.

Cette combinaison des indices sensoriels joue un rôle d'autant plus important lorsque la qualité du signal auditif est dégradée, notamment chez les adultes et les enfants présentant une déficience auditive (Leybaert et al., 2012). Il est donc nécessaire de prendre en considération ce caractère multimodal lors de la réhabilitation auditive. Colin et Croiseaux (2020) rappellent qu'il est important d'évaluer le patient sourd dans les trois modalités (auditive, visuelle et audio-visuelle) afin de dresser un profil exhaustif de ses habilités et ainsi mieux cibler la prise en soin. Dans ce contexte, les travaux de Sweetow et Palmer (2005) confirment que la combinaison d'entraînements auditifs et audiovisuels améliore significativement la communication chez les adultes sourds. Cela rejoint les conclusions d'Émilie Ernst (2020), qui identifie deux axes principaux de la rééducation orthophonique dans le cadre d'une surdité : l'entraînement auditif et le développement des habilités de lecture labiale, pour mieux s'appuyer sur cette synergie entre les sens.

.1.2. La déficience auditive

.1.2.1. Définition et classification

La surdité, également appelée hypoacousie ou déficience auditive, est un trouble sensoriel caractérisé par une baisse de l'audition. Elle peut être définie selon divers critères tels que le siège de la lésion (oreille externe, moyenne ou interne), l'étiologie (congénitale ou acquise), le mode d'installation (brutal ou progressif), l'âge au diagnostic, ou selon la sévérité (Devos et al. 2020). En ce sens, le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) propose une classification répertoriée dans le tableau 1 qui distingue plusieurs niveaux de surdité en fonction de la perte tonale moyenne, permettant ainsi de déterminer le degré d'atteinte auditive et d'en comprendre ses répercussions possibles.

Degré de déficience auditive	Perte auditive moyenne (PAM)	Conséquences sur la communication
Audition normale ou subnormale	La PAM ne dépasse pas 20 décibels (dB).	Il s'agit éventuellement d'une atteinte tonale légère sans incidence sociale.

Déficience auditive légère	PAM entre 21 et 40 dB.	La parole est perçue à voix normale, elle est difficilement perçue à voix basse ou lointaine. La plupart des bruits familiaux sont perçus.
Déficience auditive moyenne	Premier degré : 41 - 55 dB. Deuxième degré : 56-70 dB.	La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler. Quelques bruits familiers sont encore perçus.
Déficience auditive sévère	Premier degré : 71 - 80 dB. Deuxième degré : 81-90 dB.	La parole est perçue à voix forte près de l'oreille. Les bruits forts sont perçus.
Déficience auditive profonde	Premier degré : 91 - 100 dB. Deuxième degré : 101-110 dB. Troisième degré : 111- 119 dB.	Aucune perception de la parole. Seuls les bruits très puissants sont perçus.
Déficience auditive totale Cophose	PAM de 120 DB.	Rien n'est perçu.

Tableau 1. Classification des déficiences auditives selon le BIAP.

La déficience auditive se définit également selon le type d'atteinte. Elle peut être divisée en trois catégories, chacune correspondant à une étape du traitement de l'information sonore : les surdités de transmission (atteinte de l'oreille externe ou moyenne), les surdités neurosensorielles ou de perception (atteinte de l'oreille interne) et les surdités mixtes. Ces surdités sont liées à un dysfonctionnement de l'oreille et représentent la grande majorité des surdités. À celles-ci, s'ajoutent les surdités centrales liées à des atteintes des voies nerveuses, plus rares (Pujol & Venail, 2016). L'atteinte peut également être uni- ou bilatérale et peut se distinguer par son caractère transitoire, stable, fluctuant ou évolutif. La surdité est donc caractérisée par de nombreux paramètres, ce qui engendre une grande diversité des profils et rend chaque prise en soin (PES) unique. Cette diversité en fait un trouble complexe, dont la prévalence croissante et les répercussions multiples constituent un enjeu de santé publique majeur.

.1.2.2. Un enjeu de santé publique majeur aux conséquences multiples

La déficience auditive est un handicap invisible de plus en plus répandu et dont les conséquences sont multiples et variables. En effet, la surdité touche environ 1,5 milliard de personnes dans le monde (INSERM, 2022). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce chiffre est appelé à augmenter de manière significative d'ici 2050, atteignant les 2,5 milliards d'individus. Aujourd'hui, plus de 5 % de la population mondiale, soit 430 millions de personnes (dont 34 millions d'enfants), présentent une déficience auditive qualifiée d'incapacitante (World Health Organisation : WHO, 2024). Davis et Hoffman (2019) reconnaissent les conséquences multiples et négatives de cette perte auditive sur divers aspects de la vie quotidienne. En effet, la surdité, même légère, influence considérablement les habitudes de vie, et ce, quel que soit l'âge du patient. Au-delà de la privation sensorielle, elle perturbe les relations et les interactions avec l'environnement, comme le souligne Aubé (2018, p. 70), qui la qualifie d'« handicap de la communication ».

Chez les enfants, la surdité affecte la qualité et la quantité des entrées linguistiques, perturbant l'acquisition et la construction du langage oral (Charlier, 2020). Elle peut également avoir des répercussions sur le développement socio-affectif et cognitif, les apprentissages scolaires et l'adaptation sociale (Ameli, 2023 ; Haute Autorité de Santé, 2023). Chez les adultes, au-delà du bouleversement des habitudes de communication, la perte auditive est fréquemment associée à la réduction de la qualité de vie, à l'isolement social, à la dépression, à l'anxiété (Nordvik et al., 2018) et à un déclin cognitif accéléré (Lin et al., 2013). Les échanges peuvent devenir moins fluides, moins fréquents et moins spontanés (Hallam et al., 2008). Ces répercussions rendent d'autant plus cruciale la prévention à chaque étape de la vie. Chez les enfants, plus de la moitié des cas pourraient être évités par des mesures

préventives (World Health Organisation : WHO, 2024). Il en est de même chez les adultes pour lesquels les causes les plus fréquentes sont l'exposition à des bruits forts et les médicaments ototoxiques (World Health Organisation : WHO, 2024). Une meilleure connaissance de la prévalence de la déficience auditive et des profils des personnes touchées permettrait de cibler efficacement les patients à risque, d'affiner les mesures de prévention, de dépistage précoce et d'améliorer les soins auditifs qui selon Nordvik et al. (2018) contribuent à une amélioration significative de la qualité de vie.

La compréhension des mécanismes spécifiques de l'audition, de la surdité et de ses conséquences met en évidence la complexité des processus impliqués et la multiplicité des impacts possibles sur les sphères linguistique, cognitive, sociale et émotionnelle des individus concernés. Dans ce contexte, une PES globale, cohérente et adaptée des patients sourds s'impose comme une nécessité, l'orthophoniste et l'audioprothésiste y jouant un rôle clé.

.2. Audioprothésistes et orthophonistes : deux acteurs majeurs de la prise en soin auditive du patient sourd

L'oto-rhino-laryngologiste (ORL), l'audioprothésiste et l'orthophoniste sont trois acteurs majeurs dans la prise en soin (PES) du patient sourd. Spécialiste médical, l'ORL est chargé d'établir un diagnostic précis en s'appuyant sur des bilans audiométriques, otoscopiques et parfois radiologiques. Il est à l'initiative de la prescription de traitements adaptés, qu'il s'agisse de médicaments, d'interventions chirurgicales ou de solutions d'appareillage telles que des prothèses auditives ou des implants cochléaires. L'ORL peut également prescrire des examens complémentaires pour déterminer les causes sous-jacentes des troubles auditifs. En collaboration étroite avec l'audioprothésiste pour l'appareillage et avec l'orthophoniste pour l'éducation ou la rééducation auditive, l'ORL s'inscrit dans une relation triangulaire centrée sur le patient. Toutefois, ce mémoire porte une attention particulière à la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes, deux acteurs majeurs de la réhabilitation auditive.

.2.1. Le rôle de l'audioprothésiste

L'audioprothésiste fait partie intégrante de la PES du patient sourd. Ses missions définies dans l'article L.4361-1 du Code de la santé publique, comprennent la sélection, l'ajustement et la délivrance de prothèses auditives sur la base d'une prescription médicale préalable et obligatoire, après un examen otologique et un bilan audiométrique. Il assure également le suivi de l'efficacité de ces dispositifs à court et à long terme, et l'éducation prothétique des patients. Comme le rappelle la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou - SFORL (2021), il est également le seul professionnel habilité à réaliser la prise d'empreinte du conduit auditif externe pour une éventuelle réalisation d'embouts et de bouchons sur mesure. L'appareillage auditif est indiqué en cas de perte auditive supérieure à 25 dB sur les fréquences conversationnelles, entraînant une altération de l'intelligibilité ou une gêne sociale (Foucher et al., 2011).

Par l'intermédiaire d'un bilan audioprothétique, l'audioprothésiste évalue l'ensemble des aspects de la surdité et détermine des objectifs réalistes et appropriés à la situation audiolinguistique du patient. Ce bilan comprend notamment, une audiométrie tonale qui permet de déterminer les seuils auditifs de différentes fréquences en utilisant des sons purs calibrés sur une échelle de 0 à 120 dB HL (décibels Hearing Level) et une audiométrie vocale évaluant les répercussions de la perte auditive sur l'intelligibilité de la parole (Bakhos et al., 2017). L'objectif de l'appareillage auditif ensuite proposé, varie selon le degré de perte auditive. Ce dernier vise à rétablir un accès optimal aux divers sons dans les environnements calmes et bruyants, à améliorer la localisation des sources sonores, voire à restaurer

la fonction d'alerte en cas de perte auditive profonde. Dans la majorité des cas, un système de réhabilitation auditive adapté est envisagé pour répondre aux besoins spécifiques du patient. À cet égard, les prothèses auditives dites conventionnelles existantes ne cessent de s'améliorer et les prothèses implantées ne cessent de se développer et de voir leurs indications élargies. Un accompagnement régulier du patient durant les éventuelles périodes d'essai, pour le réglage et l'entretien des appareils auditifs s'effectue au long court de la PES. Effectués par l'audioprothésiste, les ajustements sont primordiaux pour répondre à une grande variabilité aux niveaux acoustique, neurosensoriel et cognitif. L'optimisation des réglages prothétiques assure ainsi la qualité du signal délivré.

En 2017, André indique qu'au-delà de la maîtrise des multiples possibilités d'ajustement des dispositifs auditifs existants, l'audioprothésiste connaît leurs conséquences sur la perception du signal sonore et dispose également des connaissances nécessaires pour anticiper l'impact de ces ajustements sur le signal sonore. Cependant, il est aussi conscient que ces modifications peuvent engendrer des confusions phonétiques, ce qui rend indispensable une nouvelle phase de réglages (André, 2017). Dans ce contexte, l'orthophoniste s'inscrit dans un partenariat avec l'audioprothésiste. Grâce à des évaluations approfondies, l'orthophoniste fournit des données précieuses que l'audioprothésiste, souvent limité par le temps lors de ses consultations, ne peut récolter seul. Cette collaboration suppose une mise en correspondance de données et de compétences spécifiques à chaque métier (André, 2017).

Également impliqué dans des missions de prévention des risques auditifs liés au bruit, l'audioprothésiste participe à la formation et à l'information des professionnels et du public sur les problématiques auditives et s'inscrit dans le projet d'appareillage du patient, au côté du médecin ORL et de l'orthophoniste.

.2.2. Le rôle de l'orthophoniste

Malgré l'appareillage auditif, beaucoup de patients rencontrent d'importantes difficultés d'adaptation. La principale plainte résiduelle chez les adultes concerne notamment la compréhension de la parole (Cailleateau, 2020) et ce notamment dans le bruit (Ferguson et al., 2019). Cela met en évidence une distinction essentielle : entendre ne signifie pas comprendre. Si les dispositifs auditifs permettent d'amplifier les sons ou de les transmettre plus efficacement, ils ne suffisent pas toujours à restaurer une perception claire et fonctionnelle du message oral. La compréhension implique des processus cognitifs complexes qu'il est possible de travailler. Chez les patients appareillés ou implantés, ces processus peuvent être altérés, notamment en raison de l'absence de stimulation auditive prolongée avant l'équipement ou de limitations technologiques des prothèses auditives.

Dans ce contexte, l'orthophoniste joue un rôle central en proposant des évaluations régulières et une réhabilitation auditive personnalisée chez l'enfant comme chez l'adulte. En effet, la déficience auditive fait partie du champ de compétences de l'orthophoniste, et la PES de la surdité s'ancre très tôt dans la pratique orthophonique notamment auprès des enfants. Dès 1955, Suzanne Borel-Maisonny, pionnière de l'orthophonie en France, travaille auprès de jeunes sourds et crée le premier centre officiel pour enfants sourds actuellement connu sous le nom de CELEM (Centre d'Éducation et du Langage pour les Enfants Malentendants). Depuis, le champ de compétences de l'orthophoniste s'étend au rythme de l'évolution des aides techniques et technologiques (appareillage, dépistage précoce, implantation cochléaire...). Aujourd'hui, les différents actes concernant la PES de la surdité sont répertoriés dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP, 2023) :

- Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale.
- Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire.

Par le biais d'un bilan, l'orthophoniste évalue les compétences communicationnelles et langagières du patient dans diverses modalités, observe les stratégies utilisées, la présence ou non de moyens de compensation et identifie les difficultés spécifiques de l'individu, propres à ses habitudes de vie (Bouccara, 2013). La rééducation orthophonique qui en découle est adaptée aux besoins, aux capacités auditives et cognitives du patient (Borel & Ambert-Dahan, 2013) et s'articule généralement autour de trois axes : l'entraînement auditif, le développement de la lecture labiale et la mise en place ou l'amélioration de stratégies de communication adaptées (Ernst, 2014). Complexe et personnalisée, l'éducation ou la rééducation auditive a pour principal objectif d'optimiser les résultats des prothèses auditives au travers d'un accompagnement thérapeutique tout au long du parcours du patient.

L'audition met en jeu des mécanismes complexes qui impliquent bien plus que l'oreille. La réhabilitation n'est donc pas uniquement une question de technologie et de réglages, elle permet notamment de mettre à profit les capacités auditives résiduelles du patient. En stimulant son canal auditif, le patient apprend à s'appuyer sur de nouveaux repères auditifs. L'orthophoniste accompagne la mise en sens des stimuli perçus dans divers contextes, proches des situations quotidiennes du patient, avec des paramètres acoustiques variés. Le but est que le patient puisse détecter, discriminer, identifier et enfin comprendre les stimuli de son environnement avec un coût cognitif moindre. Il est possible de suivre une approche analytique, portant sur l'identification des sons de la parole, ou globale, davantage centrée sur la compréhension du message (Sweetow & Palmer, 2005). En parallèle, l'appui sur des informations visuelles, telles que la lecture labiale ou les expressions faciales, facilite la compréhension. Le recours à la suppléance mentale permet également d'aider à donner du sens à ce qui est perçu. Enfin, l'orthophoniste informe, conseille et accompagne le patient et son entourage sur les conduites étayantes qui facilitent la communication telles que réduire le bruit ambiant, parler face à face en évitant le contre-jour ou encore ralentir le débit de parole (Borel & Ambert-Dahan, 2013).

Ainsi, l'orthophoniste intervient de manière complémentaire à l'audioprothésiste dans la PES auditive du patient. L'association de leurs compétences spécifiques s'inscrit dans une dynamique plus large de collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé, visant à améliorer la qualité et la cohérence des soins apportés aux patients.

.3. La collaboration interprofessionnelle en santé

.3.1. Un concept aux acceptions multiples

En santé, la collaboration interprofessionnelle (CIP) est un concept dynamique et complexe aux acceptions multiples. Malgré plusieurs tentatives de certains auteurs pour en préciser les contours (Petri, 2010 ; Staffoni et al., 2019), les diverses définitions et interprétations existantes dans la littérature illustrent la complexité de cette notion. Selon un rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2016, p.8), une définition des pratiques collaboratives est tout de même admise à l'échelle internationale : « [elles] se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins ». Staffoni et al. (2019) mettent en évidence le caractère tautologique de cette définition, reflétant la difficulté à sa conceptualisation et à sa transposition dans la pratique. Ces auteurs concluent que la collaboration est davantage un moyen permettant d'atteindre des objectifs, qui eux sont plus facilement définis. En ce sens, la CIP est un concept ancré dans l'action, qui se définit plutôt par les facteurs individuels et contextuels et les outils permettant de la concrétiser (Staffoni et al., 2019). La CIP n'est pas une fin en soi mais plutôt un moyen. Malgré ces difficultés conceptuelles, la CIP suscite un intérêt majeur et grandissant tant dans la recherche (cf. Annexe 1), que dans la pratique. Son potentiel pour améliorer les soins de santé, la

sécurité et la prise en soin globale centrée sur le patient en fait un domaine d'étude crucial pour les professionnels de la santé (Gerber et al., 2018 ; Wei et al. 2020 ; World Health Organization, 2010).

Les principales définitions rencontrées dans la littérature prennent appui sur la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had pre-viously possessed or could have come to on their own » (World Health Organization, 2010) qui met en évidence les notions d'interaction et de compréhension partagée. Ainsi, la CIP dépasse largement la simple addition des compétences individuelles de chaque professionnel impliqué, elle tend notamment à construire une dynamique nouvelle (Gerber et al. 2018).

Enfin, l'établissement d'un langage commun constitue l'un des éléments clés d'une approche collaborative, et la formation des professionnels de santé constitue une première étape essentielle pour préparer les professionnels à collaborer dans leurs pratiques futures (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Souvent dispensée de manière cloisonnée, la formation peut constituer un premier obstacle à la CIP, les pratiques collaboratives étant peu expérimentées et peu intégrées (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007).

.3.2. De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité

La CIP, pilier des pratiques en santé, peut être abordée sous différents niveaux d'intégration des savoirs et des pratiques : pluridisciplinarité, interdisciplinarité et même transdisciplinarité. Ces concepts, bien qu'interconnectés, traduisent des degrés différents de collaboration entre les professionnels. Dans le cadre de la PES du patient sourd, ces distinctions sont essentielles pour comprendre les dynamiques collaboratives entre l'audioprothésiste et l'orthophoniste, deux acteurs clés de ce domaine.

La pluridisciplinarité repose sur la juxtaposition des disciplines de divers spécialistes (Mayville, 1978), chacun intervenant dans son champ d'expertise sans interaction approfondie. Concernant la surdité, cela pourrait correspondre à un audioprothésiste ajustant un appareillage en parallèle d'une PES orthophonique, mais sans réel partage d'informations sur leurs interventions respectives. Si ce modèle est fonctionnel, il limite toutefois la PES globale, car les professionnels restent cloisonnés dans leurs pratiques.

L'interdisciplinarité se caractérise par des échanges, un transfert entre professionnels, favorisant une complémentarité des approches. Dans son ouvrage, Nicolescu (1996) comprend que l'interdisciplinarité exige l'établissement de ponts entre les connaissances. Dans une PES de la surdité, cela peut se traduire par un partage des observations entre l'orthophoniste et l'audioprothésiste. Par exemple, les retours de l'orthophoniste sur la compréhension du message oral dans un environnement bruyant pourraient guider l'audioprothésiste dans le réglage des prothèses auditives.

La transdisciplinarité, quant à elle, transcende les limites disciplinaires et se distingue par sa finalité : « la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance. » (Nicolescu, 1996, p.27) Elle repose sur une intégration complète des savoirs et des compétences des professionnels pour construire une approche commune centrée sur les besoins spécifiques du patient. Dans ce cadre, orthophoniste et audioprothésiste ne se contentent pas de collaborer : ils co-construisent un projet de soin global en partageant des objectifs communs et en adaptant leurs interventions de manière interactive et complémentaire. Par exemple, un audioprothésiste pourrait ajuster les réglages d'une prothèse après des séances conjointes avec l'orthophoniste, où les difficultés et progrès du patient seraient discutés en temps réel.

Bien que ces trois approches soient souvent présentées comme des concepts distincts, elles forment un continuum dans lequel « Les professionnels doivent être en mesure de « voyager » [...] pour adapter leurs pratiques à la complexité de la situation vécue par la personne, ses proches ou la communauté. » (Careau et al., 2014, p.9) Ce continuum collaboratif s'inscrit pleinement dans

l'évolution des pratiques de santé, où la surdité devient un exemple marquant de la nécessité de décloisonner les disciplines pour répondre aux enjeux de santé globale.

.3.3. Un modèle de collaboration interprofessionnelle

Plusieurs auteurs ont cherché à développer des modèles de collaboration interprofessionnelle (CIP) dans le domaine de la santé, pour guider les équipes vers un partenariat plus efficace et centré sur le patient et cibler des solutions aux impasses thérapeutiques rencontrées en santé. En ce sens, D'amour et al. (2008) ont élaboré un modèle de structuration de la CIP (cf. Annexe 2) qui a été testé dans divers contextes du milieu de la santé (Scott et al, 2009 ; Suter et al, 2009). Ce modèle offre un intérêt particulier car il appréhende la collaboration de manière dynamique, plutôt que comme une réalité figée, il prend en compte à la fois les relations entre les acteurs et les influences du cadre organisationnel sur l'action commune (D'Amour et al. 2008 ; Bordeleau & Leblanc, 2017). Ainsi, le modèle proposé conceptualise le processus de collaboration selon quatre dimensions interconnectées :

1. Objectifs et vision partagés 2. Internalisation 3. Gouvernance 4. Formalisation

La première dimension insiste sur l'importance d'adopter une vision commune et de partager des objectifs pour une PES centrée sur le patient. Les professionnels impliqués doivent avoir une vision claire de ce qu'ils souhaitent atteindre ensemble et ce, malgré la diversité des attentes en matière de collaboration. La seconde dimension d'internalisation comprend la connaissance et la confiance mutuelle, soulignant l'importance de se connaître et de prendre conscience de l'interdépendance de chacun pour développer un sentiment d'appartenance et réussir la mise en commun des objectifs (D'amour et al. 2008). La collaboration nécessite une confiance respective dans les compétences de chaque professionnel et dans leur capacité à assumer leurs responsabilités (Bordeleau & Leblanc, 2017). Cela implique que chaque professionnel intègre les valeurs et les pratiques de CIP dans son propre cadre de travail. Les membres de l'équipe adoptent la collaboration comme une norme dans leur quotidien professionnel. La troisième dimension définit comment les décisions sont prises, qui est responsable de quoi, et comment l'organisation soutient la collaboration entre les différents professionnels. La gouvernance repose sur plusieurs aspects clés : la centralité, qui place les intérêts du patient et les objectifs communs au cœur des décisions ; le leadership partagé, où chaque membre de l'équipe apporte son expertise ; le support à l'innovation, en favorisant un environnement propice à l'adaptation des pratiques ; et la connectivité, qui met en évidence la nécessité de l'existence d'espaces de discussion et de construction de liens entre les professionnels. La dernière dimension regroupe les outils de formalisation et les lieux d'échange d'information permettant de clarifier les responsabilités et de faciliter les échanges entre les professionnels. Ainsi, ce modèle théorique aide à la compréhension du développement et de la mise en œuvre de la CIP dans une équipe selon le contexte.

.3.4. La collaboration interprofessionnelle dans le contexte de la surdité

La diversité des profils des patients présentant une déficience auditive justifie une PES personnalisée sollicitant divers professionnels. Une approche en équipe ou par des professionnels en étroite collaboration est indispensable pour répondre aux besoins variés des patients et de leur entourage. L'hétérogénéité de la population et la complexité des profils rencontrés mettent en évidence la nécessité d'un lien entre les différents acteurs de la PES du patient sourd (Van Vlierberghe, 2020). Comme souligné par Bouccara en 2013, « les différents intervenants sollicités ou non selon les cas (...) vont tous contribuer à une personnalisation de la prise en charge. Cette multidisciplinarité est essentielle dans l'analyse des atteintes auditives les plus sévères et la mise en œuvre de leurs thérapeutiques » (p.7). En surdité, orthophonistes et audioprothésistes, acteurs majeurs de la PES, croisent leurs regards et leurs expertises. Chacun, avec sa spécificité professionnelle, porte un regard sur l'évolution de la situation,

identifie les obstacles et les progrès pour favoriser une PES holistique du patient et un ajustement régulier du projet. Le patient est au cœur des échanges réguliers entre professionnels qui, comme le rapporte Franzoni (2006), sont essentiels pour garantir la cohérence des décisions prises orientées vers un même but, l'intérêt du patient et ce, en dépit des différentes perspectives professionnelles.

En effet, les patients ne tirent bénéfice des avancées technologiques auditives que si les réglages aboutissent à une optimisation des possibilités du dispositif pour fournir à l'individu des signaux différenciés. Ainsi, le duo « audioprothésiste-orthophoniste » se révèle indispensable pour que le patient se saisisse au mieux des programmes et des progrès technologiques de leurs prothèses ou implants : algorithmes de réduction de bruit, micros directionnels, volume, sensibilité, boucle magnétique, Bluetooth (Ernst, 2014).

Buts

L'objectif principal de ce mémoire est d'étudier le lien entre deux acteurs majeurs de la prise en soin (PES) de la surdité : les orthophonistes et les audioprothésistes, par le recueil de leurs initiatives et habitudes collaboratives. Cet état des lieux permettra de mettre en évidence les facteurs favorisant et les éventuels freins à cette collaboration interprofessionnelle.

Il vise également à questionner l'utilité et la faisabilité d'un outil de liaison interprofessionnel. Support de diffusion des moyens existants et regroupant les besoins et les attentes de chaque profession, son objectif serait de concrétiser les liens entre les professionnels de la surdité et de réaffirmer leur nécessaire partenariat pour une prise en soin globale et cohérente du patient.

Méthode

.1. Population cible

Cette recherche s'est adressée aux orthophonistes et aux audioprothésistes exerçant en France. Pour garantir une représentativité des données collectées, des critères d'inclusion ont été définis. Les orthophonistes devaient être titulaires du Certificat de Capacité d'Orthophonie délivré en France ou en avoir obtenu l'équivalence et exercer en France. De même, les audioprothésistes devaient être titulaires du Diplôme d'État d'audioprothésiste délivré en France ou disposer d'une équivalence reconnue et exercer en France.

Un minimum de 100 réponses par questionnaire était attendu afin d'assurer une certaine robustesse statistique et une représentativité des résultats. Ce seuil a été défini en tenant compte des contraintes méthodologiques, du temps disponible pour la collecte des données et de la nécessité d'obtenir un échantillon suffisant pour permettre une analyse pertinente des réponses et des perceptions des deux professions. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

.2. Modalités de recueil de données

Les questionnaires ont été choisis comme méthode de collecte de données en raison de leur efficacité à recueillir des informations spécifiques et variées auprès d'un large échantillon de participants. Ce choix s'appuie sur leur pertinence dans l'étude des représentations et des pratiques d'un groupe professionnel, réparti géographiquement, au sujet d'un thème précis (Gros, 2022).

.2.1. Construction et contenu des questionnaires

Deux questionnaires distincts ont été élaborés (cf. Annexe 3 et 4) afin de tenir compte des spécificités propres aux orthophonistes et aux audioprothésistes. Cela permet d'explorer les perspectives

et expériences de chaque profession, tout en incluant des questions communes pour faciliter les comparaisons interprofessionnelles. Chaque questionnaire était structuré en plusieurs sections et comprenait un équilibre entre différents formats de questions :

- **Questions fermées** pour des réponses facilement analysables et comparables :
 - **Mesures binaires** (oui/non).
 - **Échelles nominales** permettant de classer les réponses dans des catégories sans hiérarchie.
 - **Échelles ordinales** utilisées pour mesurer des perceptions ou des fréquences d'une opinion ou d'une pratique (ex. : échelle de Likert).
- Questions **semi-ouvertes et ouvertes** afin de recueillir des réponses plus détaillées et nuancées, en laissant aux participants la possibilité d'exprimer librement leurs idées, expériences ou suggestions.

.2.2. Formulation des questions

Une attention particulière a été portée à la formulation des questions afin d'assurer leur clarté, leur neutralité et leur pertinence par rapport à l'objectif de recherche. Une réflexion sur la mise en forme et la mise en mots des items a été entreprise afin d'optimiser leur compréhension et leur précision. Avant leur diffusion, les questionnaires ont été soumis à la relecture de deux orthophonistes (directrices de ce mémoire) dans le cadre de leur encadrement. Cette relecture a permis d'évaluer la durée de passation et la compréhension des questions. Quelques ajustements structurels ont été effectués suite à leur relecture.

.2.3. Cadre réglementaire et confidentialité

L'utilisation des questionnaires présente plusieurs avantages, notamment la possibilité d'atteindre un large nombre de participants tout en garantissant l'anonymat et la confidentialité des réponses. Conformément aux réglementations sur la protection des données personnelles, une demande d'approbation a été soumise au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille avant la diffusion des questionnaires. Cette démarche visait à garantir la conformité du traitement des données avec les exigences légales en matière de confidentialité et de protection des informations personnelles.

.3. Matériel

Pour la conception et l'administration des questionnaires, le logiciel Lime Survey a été utilisé. Il garantit un traitement sécurisé des données et permet de préserver l'anonymat des réponses par l'attribution d'un code aux participants. Le traitement des données a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Excel, choisi pour sa facilité de prise en main et sa capacité à générer des graphiques et des tableaux clairs pour visualiser les résultats obtenus.

.4. Supports de diffusion

La diffusion des questionnaires a été réalisée à travers une combinaison de canaux de communication numériques, comprenant les réseaux sociaux et les courriers électroniques. Ils ont été accessibles pour une durée de huit semaines, de janvier à mars 2025. Les réseaux sociaux utilisés pour la diffusion des questionnaires ont été LinkedIn et Facebook. La publication dans des groupes sur ces plateformes a permis de toucher un large échantillon d'orthophonistes et d'audioprothésistes.

Afin d'augmenter la portée de la diffusion de l'enquête auprès des audioprothésistes, une prise de contact téléphonique a été effectuée avec un chargé de communication de Kryss Audition. Ce dernier a

joué un rôle clé dans la diffusion du questionnaire auprès des audioprothésistes de son réseau professionnel. Des contacts par courriers électroniques ont également été établis avec différentes enseignes d'audioprothésistes, telles que : Amplifon, Audio 2000, Audio pour tous, Audition Conseil, Audition Geny, Audika, Grand Audition, Ideal Audition, Krys Audition, Laboratoires Renard, Sonance Audition, Unisson et VivaSon. Le questionnaire destiné aux audioprothésistes a également été inclus dans la newsletter du Syndicat National des Audioprothésistes.

La diffusion du questionnaire adressé aux orthophonistes s'est élargie par l'envoi de mails à d'anciens maîtres de stage et à leur réseau professionnel. Enfin, des relances ont été effectuées à plusieurs reprises afin de maximiser le taux de réponse et d'encourager une participation accrue tout au long de la période de collecte. Cette approche multiple visait à maximiser la visibilité et la participation des professionnels en tenant compte des préférences individuelles en matière de communication. Ces différents supports tendent à atteindre une participation diversifiée, comprenant des praticiens de différents milieux professionnels et géographiques.

Résultats

Cette partie présente et synthétise les réponses obtenues aux questionnaires adressés aux audioprothésistes et aux orthophonistes. Nous nommerons « répondants » les professionnels ayant participé aux questionnaires.

.1. Profil des répondants

.1.1. Audioprothésistes

.1.1.1. Données sociodémographiques

Au total, 170 réponses complètes ont été obtenues au questionnaire adressé aux audioprothésistes. Nos critères d'inclusion incluant l'exercice en France, nous avons exclu un participant ayant indiqué exercer en dehors de ce pays. Les 169 réponses analysées se répartissent sur l'ensemble des régions de France métropolitaine de la manière suivante :

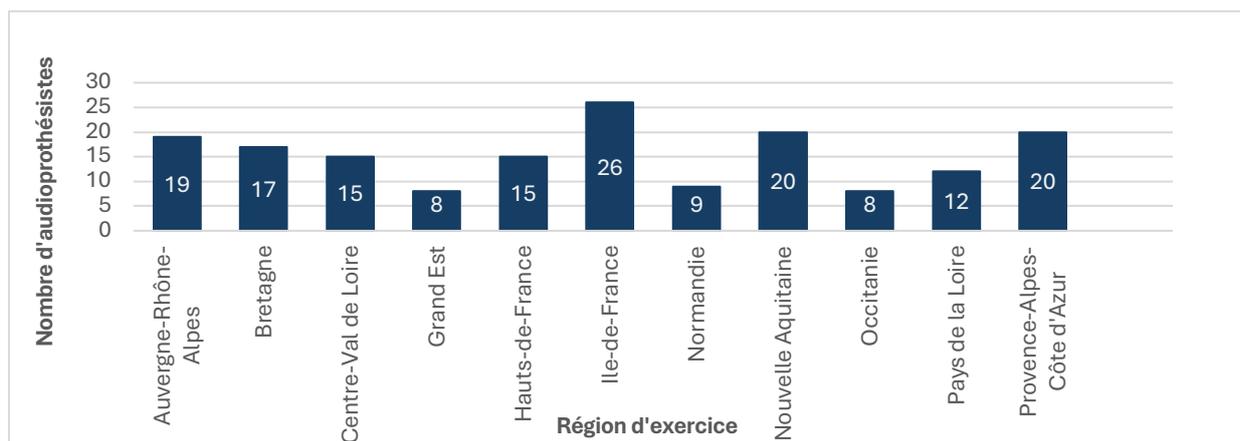


Figure 2. Répartition géographique des audioprothésistes répondants selon leur région d'exercice.

Concernant le mode d'exercice :

- **62,72 %** des audioprothésistes interrogés exercent en **salariat**.
- **33,14 %** exercent en **libéral**.
- **4,14 %** ont un exercice **mixte**.

La figure 3 ci-dessous illustre une distribution relativement équilibrée des participants selon leurs années d'exercice, avec une légère prédominance des professionnels ayant moins de 5 ans d'expérience, qui constituent près d'un tiers de l'échantillon.

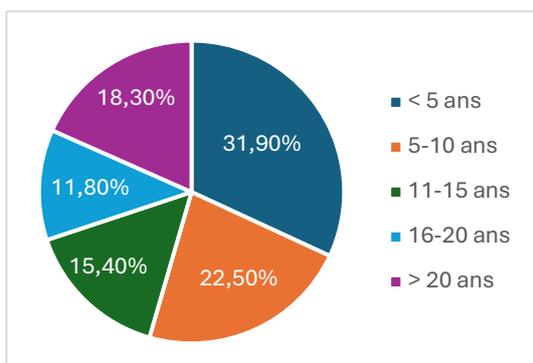


Figure 3. Répartition des audioprothésistes répondants selon leurs années d'expérience.

.1.1.2. Sensibilisation et connaissances des audioprothésistes sur la prise en soin (PES) orthophonique de la surdité

Les différentes modalités de sensibilisation des audioprothésistes interrogés à la PES orthophonique sont représentées par la figure 4. La majorité des répondants (80 %) indiquent y avoir été sensibilisés lors de leur cursus (formation initiale). De nombreux audioprothésistes ont réalisé des formations complémentaires (54 %), des stages (46 %) et se sensibilisent par des échanges auprès de collègues orthophonistes. Plus de la moitié (56 %) a également mentionné une sensibilisation par une documentation personnelle (lecture d'articles, livres ...), tandis que 4,14 % indiquent ne pas y avoir été sensibilisés.

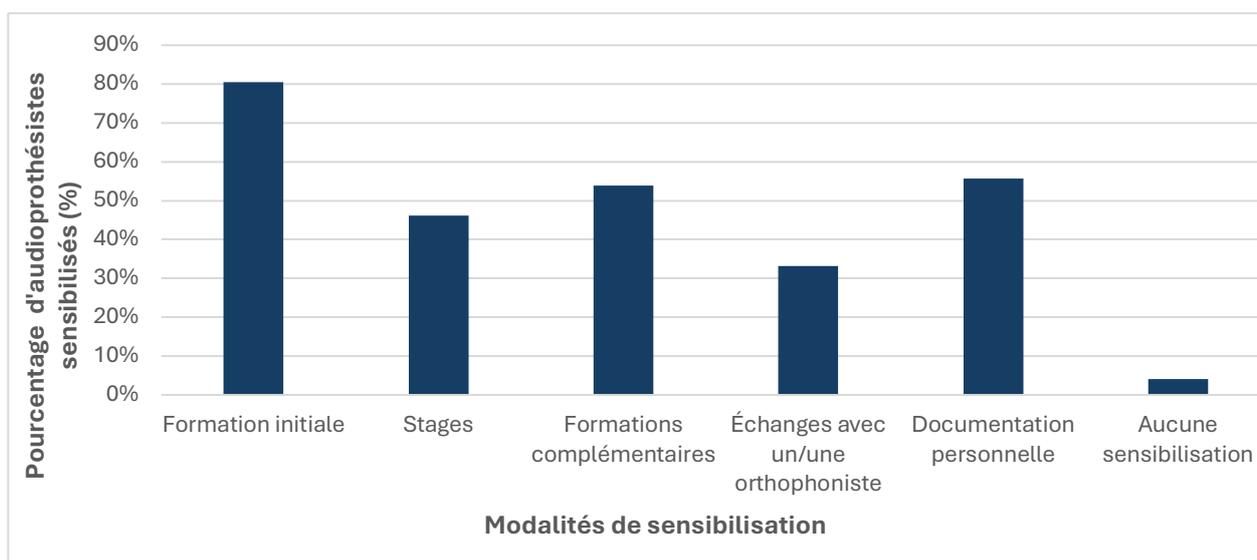


Figure 4. Modalités de sensibilisation des audioprothésistes à la prise en soin orthophonique.

Je sais parler de la PES orthophonique à mes patients	% audioprothésistes	Je sais en expliquer les intérêts	% audioprothésistes
Oui	31,95 %	Oui	47,93 %
Pas toujours	47,34 %	Pas toujours	44,38 %
Non	20,71 %	Non	7,69 %

Tableau 2. Connaissances des audioprothésistes sur la prise en soin (PES) orthophonique.

Le tableau 2 présente l'auto-évaluation des répondants (n=169) concernant leur capacité à parler de la PES orthophonique à leurs patients et à en expliquer les intérêts. En lien avec les réponses présentées dans ce tableau, les audioprothésistes partagent diverses motivations et obstacles concernant leur capacité à expliquer cette PES dans l'espace de commentaires libres. Certains sont convaincus des bénéfices de l'orthophonie et en parlent systématiquement à leurs patients : « *Je parle toujours de la rééducation orthophonique et de son rôle dans l'optimisation de l'appareillage* ». D'autres modulent leur discours selon le profil du patient : « *J'insiste moins lorsqu'il s'agit d'un malentendant âgé* ».

Parmi les difficultés mises en évidence, un manque de formation sur le sujet est évoqué à plusieurs reprises : « *Étant peu formé au sujet, j'en parle rarement* » « *Manque de connaissances théoriques* ». Certains délèguent cette initiative aux médecins : « *Je laisse le médecin ORL en prendre l'initiative* ». D'autres mettent en place des outils pour pallier ces limites, comme l'utilisation de supports explicatifs : « *J'ai un flyer que je leur imprime* ». Une demande d'informations plus structurée est exprimée : « *Si vous avez un récapitulatif, je suis preneur* » ou encore « *Mettre en place des posters ou dépliants informatifs serait utile* ».

.1.1.3. Proportion des patients bénéficiant d'une prise en soin (PES) orthophonique et fréquence d'orientation

Une importante part des audioprothésistes interrogés (84,02 %) indiquent que moins de 10 % de leur patientèle bénéficie d'une PES orthophonique en parallèle de la PES audioprothétique (cf. Figure 5). À cette question, ceux ayant coché la case « Autre » précisent ne pas être en mesure d'estimer cette proportion en raison d'un manque d'informations, ou observent une trop grande variabilité entre les patients adultes et enfants pour répondre.

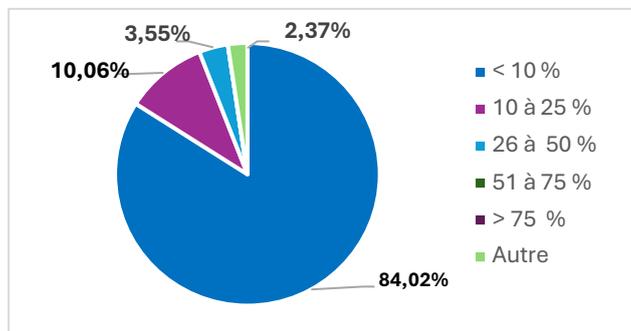


Figure 5. Proportion de patients bénéficiant d'une PES orthophonique en parallèle de la prise en soin audioprothétique.

La fréquence d'orientation vers l'orthophonie varie selon l'âge et le type de surdité. La figure 6. illustre des pratiques d'orientation qui diffèrent selon les populations de patients, avec une tendance à orienter plus systématiquement les enfants et adolescents vers l'orthophonie par rapport aux adultes, en particulier les adultes presbyacousiques. Un certain nombre d'audioprothésistes ne procèdent à aucune orientation. En effet, 13,02 % des audioprothésistes déclarent ne jamais orienter leurs patients vers l'orthophonie, ayant coché « jamais » pour toutes les catégories de patients.

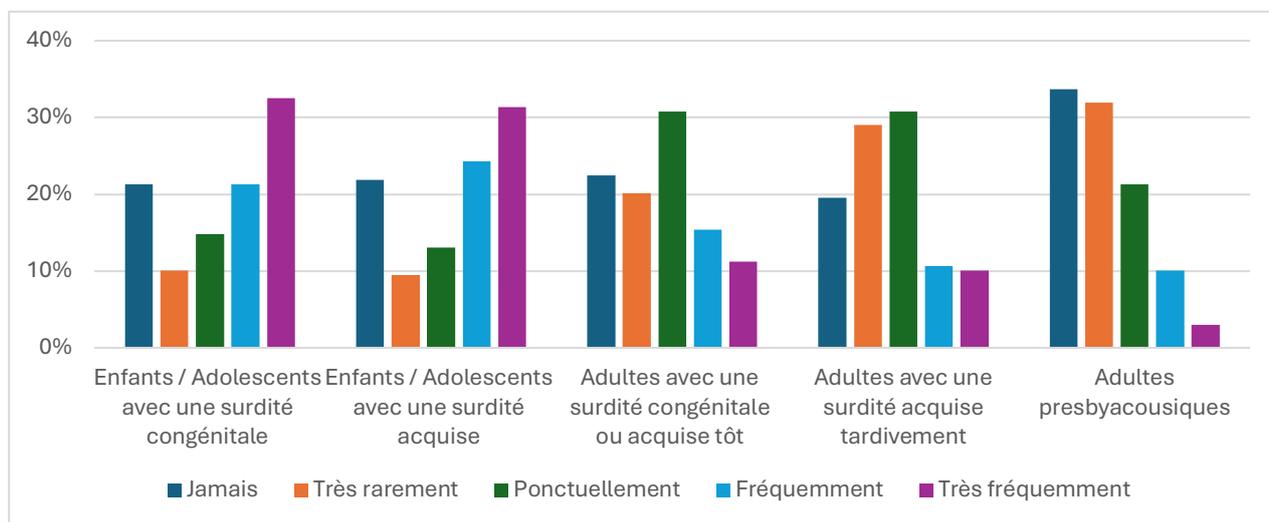


Figure 6. Fréquence d'orientation des patients sourds vers l'orthophonie selon leur profil.

Les principales raisons évoquées par les répondants concernant l'absence ou la rareté des orientations vers l'orthophonie sont : le manque de disponibilité des orthophonistes avec des délais d'attente longs, l'absence de contacts ou de passerelles locales avec les orthophonistes, et la méconnaissance des bénéfices de cette prise en charge. Certains estiment que c'est à l'ORL de réaliser cette orientation.

Bénéfices observés	% audioprothésistes
Oui	54,44%
Pas toujours	23,08%
Non	22,49%

Tableau 3. Bénéfices perçus de la PES orthophonique selon les audioprothésistes.

Chez les patients ayant un suivi orthophonique, plus de la moitié des audioprothésistes interrogés (n=169) observent des bénéfices. Environ un quart des répondants estiment tout de même que les bénéfices ne sont pas toujours présents, tandis que 22,49 % n'en perçoivent pas du tout chez leurs patients. Les audioprothésistes ont ensuite été questionnés sur la nature des bénéfices lorsqu'ils étaient observés. Divers avantages sont mentionnés, tant chez les enfants que chez les adultes :

Chez les **enfants**, l'orthophonie est perçue comme un levier essentiel au développement du langage et à l'amélioration des capacités de communication. Un audioprothésiste note ainsi que « *le langage et la compréhension se développent beaucoup mieux* ». L'orthophonie est perçue comme facilitant les tests audiométriques et améliorant la motivation des patients : « *Beaucoup plus motivés à avoir des résultats* ».

Chez les **adultes**, les bénéfices les plus cités concernent la lecture labiale, l'amélioration de l'intelligibilité de la parole et la compréhension de l'appareillage et de ses limites. Un professionnel souligne que « *L'audioprothésiste donne des outils, l'orthophoniste apprend au patient à s'en servir* ». La lecture labiale est souvent mentionnée comme un apport majeur : « *la lecture labiale est extrêmement importante dans les cas de surdité avec faible compréhension* ». D'autres bénéfices sont cités, tels qu' « *une meilleure compréhension en milieu bruyant* », ou encore « *une meilleure acceptation de l'appareillage* ».

De manière générale, les audioprothésistes relèvent une meilleure adaptation aux aides auditives et une amélioration de la communication au quotidien. Un audioprothésiste résume ainsi : « *Meilleurs résultats prothétiques mesurés, meilleure satisfaction des patients* ». Cependant, certains relèvent tout de même que « *les patients ne voient pas toujours la différence* » ou que « *trop peu de patients ont un suivi pour avoir un avis tranché* ».

.1.2. Orthophonistes

.1.2.1. Données sociodémographiques

Un total de 103 réponses complètes a été obtenu au questionnaire adressé aux orthophonistes, réparti de la manière suivante dans les différentes régions de France métropolitaine :

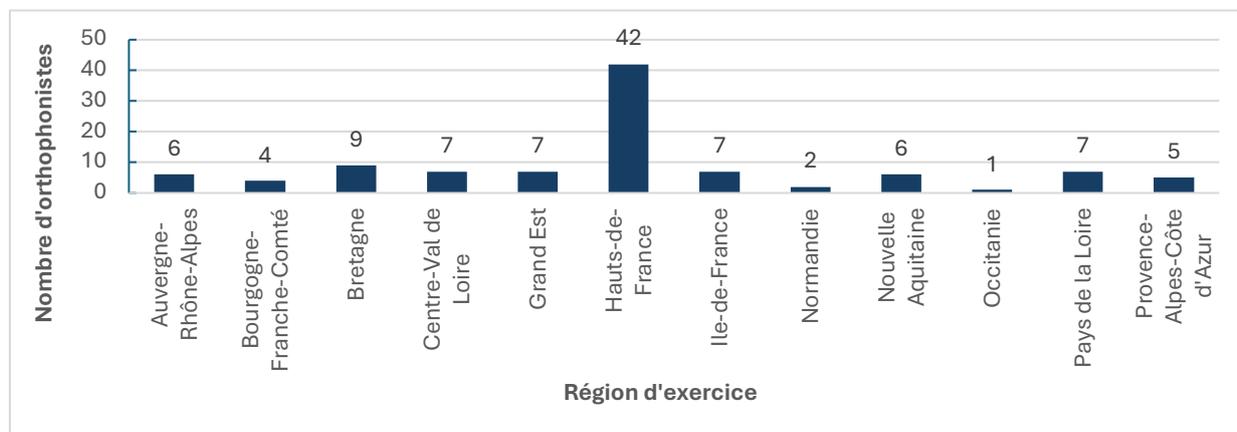
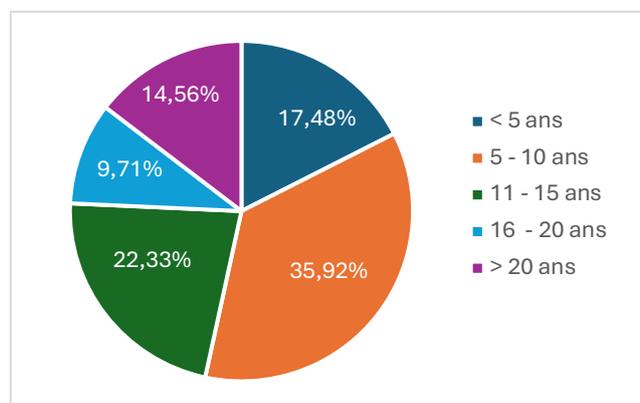


Figure 7. Répartition géographique des orthophonistes répondants selon leur région d'exercice.

L'ensemble des régions sont représentées avec une participation plus marquée des régions du Nord et de l'Ouest de la France.

Le mode d'exercice des orthophonistes répondants (n=103) se répartit comme suit :

- **77,67 %** exercent en **libéral**.
- **11,65 %** exercent en **salarial**.
- **10,68 %** ont un exercice **mixte**.



Le graphique ci-contre illustre une distribution relativement équilibrée des orthophonistes selon leurs années d'exercice, avec une prédominance des professionnels ayant entre 5 ans et 10 ans d'expérience, qui constituent plus d'un tiers de l'échantillon.

Figure 8. Répartition des orthophonistes répondants selon leurs années d'expérience.

.1.2.2. La prise en soin (PES) de la surdité en orthophonie

Les orthophonistes ont ensuite été interrogés sur la proportion de patients sourds dans leur patientèle. La figure 9 met évidence que la PES des patients sourds représente une faible proportion (< 10 %) dans la pratique de nombreux orthophonistes. Une minorité d'orthophonistes (9 %) indique que plus de 75 % de leur patientèle est composée de patients sourds, pouvant refléter une certaine « spécialisation » ou un engagement particulier dans ce domaine.

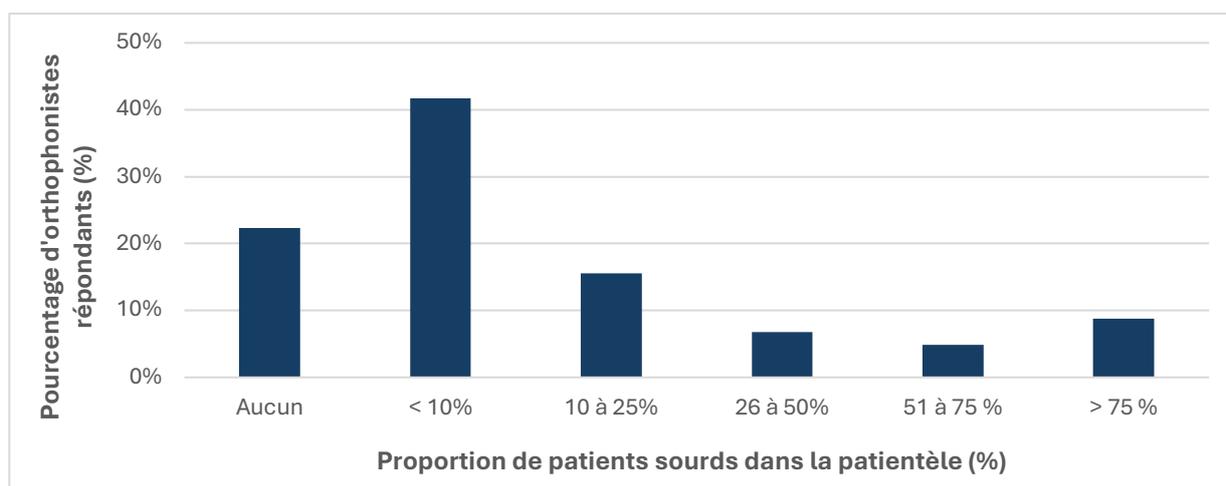


Figure 9. Proportion de patients sourds dans la patientèle des orthophonistes répondants.

Une importante part des orthophonistes interrogés (22 %) n'a pas de patients sourds dans sa patientèle. Les raisons avancées sont les suivantes :

- **86,96 %** déclarent ne pas avoir de demande dans ce domaine.
- **34,78 %** indiquent un manque de ressources ou de matériel pour une prise en soin adaptée.
- **17,39 %** ont un manque de disponibilités pour de nouvelles prises en soin.
- **73,91 %** estiment ne pas être assez formés.

Par ailleurs, il apparaît que les orthophonistes déclarant ne pas se sentir suffisamment formés n'ont, pour la plupart (94 %), bénéficié d'aucune formation complémentaire dans le domaine de la surdité, contrairement à la majorité des autres participants ayant enrichi leur parcours par diverses formations (cf. Annexe 5).

Par conséquent, les résultats aux questions suivantes sont basés sur 83 réponses, les orthophonistes ne prenant pas en soin de patients sourds ayant choisi de ne pas poursuivre le questionnaire.

Les orthophonistes répondants (n=83) indiquent rencontrer différents degrés de surdité à des fréquences variables tel que l'illustre le tableau 4 et prendre en soin différents profils d'enfants et d'adultes répertoriés dans le tableau 5. De manière générale, les surdités légères et moyennes sont rencontrées rarement à souvent, tandis que les surdités sévères et profondes sont plus fréquemment prises en charge.

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	
Surdités légères	26,51%	42,17%	21,69%	9,64%	<ul style="list-style-type: none"> < 10% 10-15% 15-20% 20-25% 25-30% > 30 %
Surdités moyennes	15,66%	30,12%	44,58%	9,64%	
Surdité sévères	15,66%	18,07%	37,35%	28,92%	
Surdités profondes	25,30%	18,07%	25,30%	31,33%	

Tableau 4. Fréquence de prise en soin orthophonique selon le degré de surdité.

Profils des patients suivis	% orthophonistes
Enfants - Adolescents avec une surdité congénitale	62,65%
Enfants - Adolescents avec une surdité acquise durant l'enfance	30,12%
Adultes avec une surdité congénitale ou acquise durant l'enfance	26,51%
Adultes avec une surdité acquise tardivement (infections, traumatismes, maladies ...)	60,24%
Adultes presbyacousiques	50,60%

Tableau 5. Profils des patients sourds suivis par les orthophonistes interrogés.

Note : Les pourcentages totalisent plus de 100 % car les orthophonistes peuvent suivre plusieurs profils de patients simultanément.

- **22,89 %** ne prennent en soin que **des enfants et adolescents**.
- **28,92 %** ne prennent en soin que **des adultes**.
- **48,19 %** prennent en soin **les deux catégories**.

.1.2.3. La prise en soin (PES) orthophonique de l'adulte sourd

Les résultats aux questions relatives à la PES des adultes sourds reposent sur 64 réponses. Certaines questions du questionnaire agissant comme filtres, les orthophonistes n'ayant pas de patients adultes sourds n'ont pas répondu à ces questions.

L'origine de la demande chez l'adulte sourd varie selon les acteurs impliqués. D'après les réponses des orthophonistes interrogés, la demande est majoritairement initiée par les ORL, qui en sont à l'origine « très souvent » ou « toujours » dans 65,63 % des cas. Le médecin traitant est également à l'origine de nombreuses demandes, avec une initiation allant de « souvent » à « toujours » dans 45,31 % des cas. L'entourage du patient joue un rôle plus modéré, avec une demande formulée « souvent » à « toujours » dans 40,63 % des cas. En revanche, les audioprothésistes orientent moins fréquemment les adultes vers l'orthophonie, 64,06 % des répondants signalant qu'ils ne prennent pas l'initiative de la demande ou le font rarement. Enfin, l'initiative du patient lui-même est peu fréquente, 67,19 % des orthophonistes indiquant que la demande ne provient « jamais » ou « rarement » de celui-ci.

L'instauration précoce d'une PES orthophonique chez l'adulte est confrontée à plusieurs freins. Le tableau 6 classe les principaux freins identifiés par les répondants, qui ont pu choisir ceux qu'ils considéraient comme les plus pertinents selon leur pratique professionnelle.

Les freins à une PES orthophonique précoce chez l'adulte sourd	% orthophonistes
Une méconnaissance du rôle spécifique de l'orthophoniste	85,94%
Un manque d'informations sur les bénéfices de la rééducation orthophonique	81,25%
Un manque d'orthophonistes disponibles dans le secteur du patient	60,94%
Un manque de motivation du patient	45,31%
Des difficultés de transports et/ou d'accessibilité	18,75%
Un manque de temps du patient	6,25%
Autre frein	3,13%

Tableau 6. Principaux freins à une PES orthophonique précoce chez l'adulte sourd selon les orthophonistes.

Note : Les pourcentages totalisent plus de 100% car les orthophonistes peuvent être confrontés à plusieurs freins.

Les freins mentionnés dans la case Autre sont : « un manque d'orientation médicale et d'information sur les orthophonistes formées » ainsi qu'un « manque de motivation des professionnels libéraux ».

Enfin, 67 % des orthophonistes (n= 64) estiment rencontrer des limites, des obstacles dans leur parcours de PES de l'adulte sourd. Parmi les principales limites évoquées, nous pouvons relever les difficultés ou troubles cognitifs associés, le manque de motivation ou d'implication du patient, l'absence d'orientation ou une orientation tardive vers l'orthophonie, le manque de lien avec les professionnels de l'audition, ainsi que les difficultés persistantes de compréhension dans le bruit. Ces facteurs compliquent l'accompagnement et l'efficacité des interventions proposées. D'autres limites sont également évoquées, telles que l'isolement social de certains patients, le manque de disponibilité des orthophonistes, et le port insuffisant des appareillages.

.1.2.4. La prise en soin (PES) orthophonique de l'enfant sourd

Les résultats aux questions relatives à la PES des enfants sourds reposent sur 59 réponses. Certaines questions du questionnaire agissant comme filtres, les orthophonistes ne prenant pas en soin d'enfants sourds n'ont pas répondu à ces questions.

L'origine de la demande de prise en soin orthophonique chez les enfants sourds varie selon les acteurs impliqués. Selon les orthophonistes interrogés, elle est majoritairement initiée par les ORL, qui sont à l'origine de la demande « très souvent » ou « toujours » dans 83,05 % des cas. Le médecin traitant est également à l'origine de nombreuses demandes, avec une initiation allant de « souvent » à « toujours » dans 59,31 % des cas. L'entourage du patient est aussi impliqué de manière plus hétérogène dans la demande d'orientation, étant à l'origine de la demande « souvent », « très souvent » ou « toujours » dans 57,62 % des cas. En revanche, les audioprothésistes orientent plus rarement les enfants vers l'orthophonie : 69,49 % des répondants indiquant qu'ils n'initient la demande que « jamais » ou « rarement ». Enfin, l'initiative du patient lui-même est très peu fréquente, 76,27 % des répondants indiquant qu'elle n'émane « jamais » de celui-ci.

L'instauration précoce d'une PES orthophonique chez l'enfant présentant une surdité est elle aussi confrontée à plusieurs freins. Le tableau 7 répertorie les principaux freins identifiés par les répondants, qui ont pu choisir ceux qu'ils considéraient comme les plus pertinents selon ce qu'ils observent dans leur pratique.

Les freins à une PES orthophonique précoce chez l'enfant sourd	% orthophonistes
Un manque d'orthophonistes dans le secteur du patient	77,97%
Une méconnaissance du rôle spécifique de l'orthophoniste dans la PES de l'enfant sourd	59,32%
Un manque d'information sur les bénéfices de la rééducation orthophonique	47,46%
Un manque de motivation de l'entourage et/ou du patient	33,90%
Des difficultés de transports et/ou d'accessibilité	32,20%
Un manque de temps de l'entourage et/ ou du patient	27,12%
Autre frein	3,39%

Tableau 7. Principaux freins à une PES orthophonique précoce chez l'enfant sourd selon les orthophonistes.

Note : Les pourcentages totalisent plus de 100% car les orthophonistes peuvent être confrontés à plusieurs freins.

Les freins cités dans la case Autre sont : « un manque d'orientation » ainsi que la « notification MDPH longue à obtenir suite aux dépistages précoces ».

Enfin, 49 % des orthophonistes (n= 59) estiment rencontrer des limites, des obstacles dans leur parcours de PES de l'enfant sourd. Parmi les réponses données, trois grandes thématiques se dégagent : le manque de coordination avec les autres professionnels, le manque d'implication et de disponibilité de l'entourage ainsi que des difficultés liées à l'adaptation aux appareils auditifs ou aux implants.

.2. Collaboration interprofessionnelle : perceptions et pratiques des audioprothésistes et des orthophonistes

L'ensemble des audioprothésistes (n=169) et des orthophonistes (n=83) ont été interrogés sur leurs perceptions et leurs pratiques collaboratives.

.2.1. Les habitudes collaboratives

À la question « À quelle fréquence travaillez-vous en étroite collaboration ? », les réponses répertoriées dans le tableau 8 montrent que cette collaboration est limitée. Une majorité des répondants indique ne travailler ensemble que rarement, voire jamais (81,65 % des audioprothésistes et 69,56 % des orthophonistes). Seule une minorité rapporte une collaboration fréquente ou systématique. Cependant, lorsque les professionnels sont interrogés sur la nécessité de cette collaboration, la plupart reconnaît son importance : 92,75 % des orthophonistes et 70,41 % des audioprothésistes la considèrent nécessaire.

Fréquence de collaboration	% audioprothésistes	% orthophonistes
Jamais	36,09%	14,49%
Rarement	45,56%	55,07%
Souvent	11,83%	15,94%
Très souvent	5,33%	10,14%
Toujours	1,18%	4,35%

Tableau 8. Fréquence de la collaboration entre audioprothésistes et orthophonistes.

Le tableau 9 présente la qualification de cette collaboration telle que perçue par les professionnels interrogés. Les résultats montrent que les deux groupes jugent leur collaboration insuffisante ou perfectible, avec respectivement 55,66 % et 94,2 % des audioprothésistes et orthophonistes la qualifiant ainsi. En outre, une proportion significative la considère inexistante, notamment parmi les audioprothésistes (37,28 %).

Qualification de la collaboration	% audioprothésistes	% orthophonistes
Excellente	8,28%	2,90%
Bonne	13,61%	14,49%
Perfectible	17,16%	53,62%
Insuffisante	35,50%	40,58%
Difficile	11,83%	15,94%
Chronophage	2,37%	14,49%

Unidirectionnelle	5,92%	18,84%
Bidirectionnelle	7,10%	0,00%
Inexistante	37,28%	26,09%

Tableau 9. Qualification de la collaboration par les audioprothésistes et les orthophonistes.

Note : Les pourcentages totalisent plus de 100% car les professionnels peuvent qualifier leur collaboration de différentes manières.

Facteurs	% audioprothésistes	% orthophonistes
Âge du patient	76,33%	62,32%
Degré de surdité	72,78%	47,83%
Type d'appareillage	30,18%	56,52%
Autre	13,61%	13,04%

Tableau 10. Facteurs perçus comme influençant la collaboration interprofessionnelle : comparaison audioprothésistes/orthophonistes.

Les résultats présentés dans le tableau 10 révèlent des différences dans la perception des facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle. Dans leur pratique quotidienne, un grand nombre de professionnels observe que l'âge du patient constitue un facteur déterminant : la collaboration est plus systématique et étroite pour les enfants, mais devient rare pour les adultes, particulièrement les personnes âgées. Le degré de surdité influence également fortement cette dynamique, la collaboration étant jugée plus nécessaire pour les surdités sévères à profondes que pour les surdités légères à moyennes. Le type d'appareillage génère aussi des différences notables : la collaboration est protocolaris e pour les implants cochléaires mais moins formalisée pour les aides auditives conventionnelles. Ces observations ont pu être établies grâce à une question ouverte, permettant aux répondants d'expliquer les différences perçues selon les différents facteurs proposés. La catégorie « Autre » fait émerger plusieurs problématiques transversales significatives : un manque d'orthophonistes (avec des délais d'attente prolongés), une communication limitée entre professionnels (surtout pour les patients adultes) et d'importantes disparités géographiques dans l'accès aux soins.

.2.2. Moyens de communication et raisons des échanges

Concernant les moyens d'échanges utilisés, les orthophonistes privilégient nettement les échanges écrits formels tels que les comptes-rendus ou notes d'évolution (57,97%) et les communications téléphoniques ponctuelles (46,38%), tandis que les audioprothésistes répartissent leurs communications plus équitablement entre plusieurs canaux :  crits formels (37,28%), mails ponctuels (29,59%) et appels téléphoniques occasionnels (28,40%). Par ailleurs, les orthophonistes utilisent beaucoup plus fréquemment les échanges par mail réguliers (27,54% contre seulement 3,55% pour les audioprothésistes).   l'inverse, les audioprothésistes participent davantage aux réunions pluriprofessionnelles (10,65% contre 4,35% pour les orthophonistes) bien que ces dernières restent peu fréquentes. Enfin, une part non négligeable des répondants mentionnent d'autres formes de communication (respectivement 30,77 % et 24,64 %). Cependant, la majorité de ces réponses « Autre » précisent une absence totale d'échanges entre les professionnels. Quelques-uns évoquent des échanges en face à face, possibles notamment dans l'exercice en structure.

Malgré ces différences de pratiques, les professionnels s'accordent sur un niveau d'insatisfaction important concernant l'efficacité de ces moyens de communication. Une large majorité d'orthophonistes (76,81%) estiment que ces moyens de communication ne sont pas suffisants. Du côté des audioprothésistes, l'insatisfaction est également présente mais plus nuancée : 39,05% jugent ces moyens insuffisants et 40,83% les trouvent « pas toujours » suffisants.

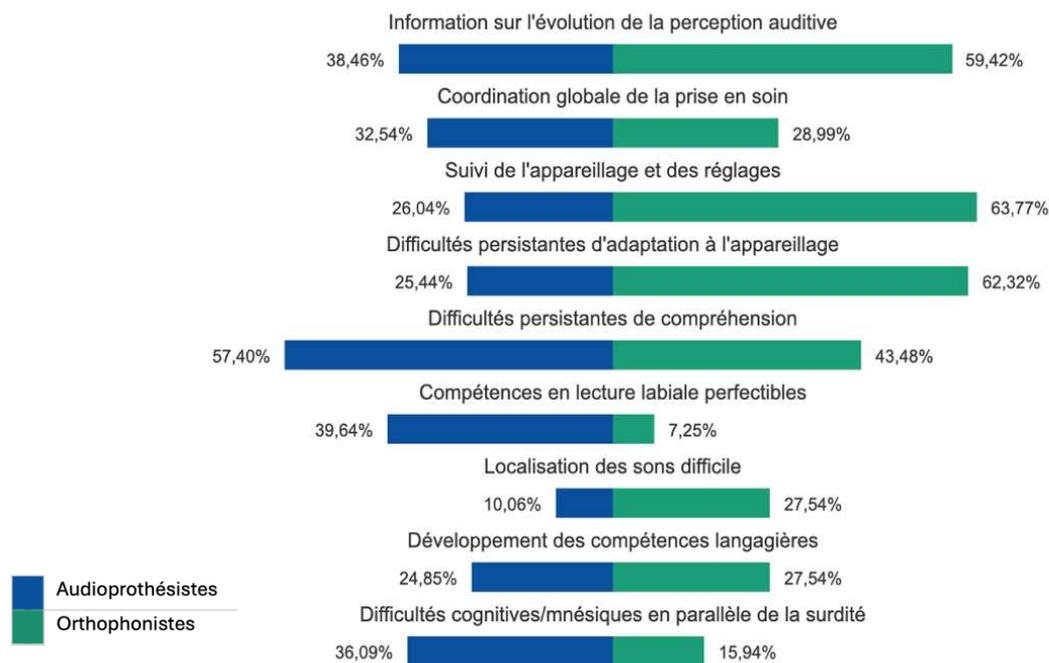


Figure 10. Raisons des échanges interprofessionnels : comparaison entre les audioprothésistes et les orthophonistes.

La figure 10 illustre des différences de fréquence de sollicitations entre audioprothésistes et orthophonistes concernant leurs motifs d'échanges professionnels. Si l'information sur l'évolution de la perception auditive est un sujet abordé par les deux professions, les audioprothésistes consultent plus fréquemment les orthophonistes pour des difficultés persistantes de compréhension (57,40%), tandis que les orthophonistes sollicitent davantage les audioprothésistes pour le suivi d'appareillage (63,77%) et les difficultés d'adaptation à l'appareillage (62,32%).

.2.3. Les avantages et les freins à la collaboration interprofessionnelle

Les réponses des audioprothésistes et des orthophonistes nous ont permis de dégager plusieurs thématiques majeures concernant les avantages d'une collaboration interprofessionnelle :

- Les professionnels s'accordent sur une approche plus cohérente et mieux adaptée aux besoins du patient : « *La prise en charge est plus ciblée et spécifique aux besoins du patient* ».
- L'optimisation des réglages des aides auditives est également un point clé soulevé, grâce au partage d'observations complémentaires : « *Réglages adaptés suite à la perception phonétique de notre patient* », « *Confrontation de nos observations, optimisation des réglages* » accélérant ainsi l'adaptation.

- Les deux professions soulignent également la création d'un discours commun qui renforce la confiance du patient : « *Impression pour le patient d'être suivi par une 'équipe' cohérente* », créant ainsi une « *meilleure alliance thérapeutique* ».
- Pour les enfants spécifiquement, ce lien permet « *une intervention coordonnée [qui] favorise l'acquisition et le développement des compétences langagières essentielles* ».
- Les professionnels évoquent également la contribution à l'autonomisation du patient : « *Le patient est plus actif dans sa prise en charge, il se sent plus concerné et cela montre la complexité aussi de la surdité (l'appareillage ne fait et ne fera pas tout)* ».
- Enfin, ils observent que cette collaboration permet « *d'améliorer leur vie quotidienne* » et offre « *une meilleure inclusion sociale* » aux patients.

Cependant, l'analyse des réponses des audioprothésistes et des orthophonistes révèle plusieurs obstacles majeurs à leur collaboration regroupés plusieurs thématiques.

- Le frein le plus fréquemment cité est le manque de disponibilité des orthophonistes, avec des listes d'attente souvent longues et une fréquence moindre des prises en soin de l'adulte sourd.
- Le manque de temps apparaît également comme un obstacle majeur pour les deux professions, limitant leurs possibilités d'échanges.
- La méconnaissance mutuelle des rôles et compétences est un autre frein soulevé, souvent lié à l'absence de formation commune et de langage partagé.
- Les difficultés de communication sont également mises en évidence, avec un manque d'outils standardisés facilitant les échanges d'informations pertinentes.
- S'ajoutent à cela des freins géographiques (éloignement physique des cabinets), le manque d'événements professionnels communs, et parfois une réticence des patients à s'engager dans un suivi orthophonique, notamment chez les adultes qui associent souvent cette profession uniquement à la prise en charge pédiatrique.

Face à ces obstacles, une grande majorité des professionnels interrogés perçoit l'utilité d'un outil de collaboration interprofessionnel, avec 88,76% des audioprothésistes et 86,96% des orthophonistes qui y sont favorables. Les résultats de l'enquête montrent un consensus quasi-unanime entre ces deux professions sur la nécessité de mettre en place un ou plusieurs dispositifs collaboratifs. Une question ouverte permettait aux professionnels d'en suggérer le contenu et la forme de cet outil. Les suggestions recueillies décrivent un outil sécurisé, rapide et facile d'utilisation, permettant l'échange d'informations cliniques et de documents (anamnèse, bilans, objectifs, évolution ...), l'intégration d'observations régulières et de retours croisés, ainsi que l'accès à un référencement des professionnels impliqués et des ressources favorisant la compréhension mutuelle des pratiques. L'ensemble des souhaits, demandes, besoins sont répertoriés en annexe (cf. Annexe 6).

Discussion

Dans cette partie, nous rappellerons les résultats obtenus puis nous les mettrons en perspective avec les données issues de la littérature et les objectifs initiaux de ce mémoire : mieux comprendre les dynamiques actuelles de collaboration entre les audioprothésistes et les orthophonistes, en identifier les

freins et les leviers, et proposer des pistes concrètes pour une prise en soin globale et cohérente centrée sur le patient. Nous exposerons également les limites et les perspectives de ce mémoire.

Cette discussion s'articule autour de trois axes principaux. Dans un premier temps, nous discuterons des pratiques collaboratives actuelles des audioprothésistes et des orthophonistes. Dans un second temps, nous présenterons les freins à une collaboration effective identifiés dans leur pratique. Enfin, nous exposerons des pistes concrètes pour faciliter et renforcer leur partenariat.

.1. Une collaboration reconnue mais encore peu concrétisée

La prise en soin (PES) de la surdité s'inscrit dans la dynamique croissante de la collaboration interprofessionnelle (CIP) développée et valorisée, tant dans la littérature que dans les discours professionnels actuels. En effet, les résultats de ces questionnaires suggèrent l'existence d'un consensus, chez les orthophonistes comme chez les audioprothésistes, autour de l'importance de leur collaboration dans la PES du patient sourd. La majorité des répondants (plus de 90 % des orthophonistes et 70 % des audioprothésistes) considèrent cette collaboration nécessaire. Cette reconnaissance s'accompagne d'une volonté d'amélioration, traduite par le choix du terme « perfectible » pour qualifier le partenariat actuel par de nombreux professionnels. Ce positionnement fait écho aux données issues de la littérature qui mettent en avant le potentiel de la CIP pour améliorer les soins de santé, la sécurité et la PES globale centrée sur le patient (Gerber et al., 2018 ; Wei et al. 2020 ; World Health Organization, 2010). Cependant, nous pouvons constater que cette convergence d'intentions ne se traduit pas systématiquement dans les habitudes collaboratives des professionnels interrogés. En effet, une majorité d'entre eux déclarent collaborer rarement, voire jamais, avec l'autre corps de métier (cf. Tableau 7). Au-delà de cette faible fréquence de collaboration, celle-ci est perçue comme insuffisante ou perfectible par une large part des répondants (94,2 % des orthophonistes et 55,66 % des audioprothésistes la qualifiant ainsi). Plus d'un tiers des audioprothésistes la disent inexistante. Ce constat suggère que, malgré une volonté affichée, la collaboration reste encore davantage une intention qu'une réalité ancrée dans les pratiques.

Ce décalage entre reconnaissance théorique et pratiques effectives peut être interprété à travers le modèle de D'Amour et al. (2008). Ce dernier structure la collaboration en quatre dimensions interconnectées dont deux dimensions relationnelles : les objectifs et la vision partagés ainsi que l'internalisation et deux dimensions organisationnelles : la gouvernance, qui oriente et soutient les professionnels dans la mise en place des pratiques de collaboration, et la formalisation qui clarifie les attentes et les responsabilités de chacun. L'analyse des réponses des professionnels laisse entrevoir des fragilités dans chacune de ces dimensions et la nécessité de renforcer leur vision commune autour d'un projet de soin centré sur le patient. Si les professionnels reconnaissent leur complémentarité, leurs pratiques demeurent encore fréquemment pluridisciplinaires, c'est-à-dire juxtaposées. Leur collaboration ne prend pas toujours une dimension interprofessionnelle, voire transdisciplinaire, où les savoirs se croisent et s'enrichissent autour d'un objectif commun partagé. De plus, le manque d'outils formalisés, le manque de connaissances réciproques entre professions, ainsi que l'absence d'un leadership coordonnant la collaboration sont autant d'obstacles mentionnés qui viennent freiner l'émergence d'un partenariat solide et pérenne. Ces résultats résonnent également avec les travaux de Gerber et al. (2018), pour qui la CIP ne se limite pas à une coordination ou à un partage d'information : elle repose sur une construction commune de sens, un partenariat fondé sur le respect, la confiance et l'interdépendance, et suppose la reconnaissance des rôles et des apports spécifiques de chaque profession. Ces auteurs rappellent que la collaboration est tributaire de divers facteurs interactionnels, organisationnels et systémiques, qui pourraient expliquer l'écart observé entre la reconnaissance commune de l'intérêt de collaborer et sa mise en œuvre. Dans le cadre du suivi des patients sourds, ces

éléments prennent tout leur sens, tant la diversité des professionnels impliqués (médecins ORL, audioprothésistes, orthophonistes, etc.) appelle à des synergies dépassant la simple juxtaposition d'interventions.

Une hétérogénéité marquée est également observée dans les pratiques déclarées : la fréquence et la nature des collaborations varient considérablement en fonction de l'âge du patient, du type d'appareillage ou encore du degré de surdité (cf. Figure 6). Les audioprothésistes orientent majoritairement les enfants et adolescents, alors que les adultes – en particulier presbycousiques – sont bien moins souvent adressés. 13,02 % d'entre eux déclarent même ne jamais orienter leurs patients vers un orthophoniste, quel que soit le profil. Ce constat fait écho à la préface d'Isabelle Mosnier dans l'ouvrage de Borel et Ambert-Dahan (2024), qui alerte sur le déficit d'adressage des adultes présentant une surdité ancienne, complexe ou sévère, et sur le manque de prescription de rééducation orthophonique, malgré des bénéfices largement documentés. Cette variabilité se manifeste également dans les moyens de communication utilisés et dans les motifs des échanges : chaque profession met en avant des priorités différentes, ce qui peut entraver la construction d'une vision commune, voire d'un langage commun, pourtant essentiel à l'établissement d'un lien interprofessionnel solide (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007).

Ainsi, malgré une reconnaissance partagée de l'intérêt de la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes, sa concrétisation dans les pratiques semble encore fragile et hétérogène. L'analyse des freins, développée dans l'axe suivant, permet d'éclairer les raisons possibles de cette fragilité du lien interprofessionnel.

.2. Des freins multiples à une collaboration effective

La mise en pratique de la CIP entre les audioprothésistes et les orthophonistes se heurte à plusieurs obstacles. Ces freins sont d'ordres multiples : interactionnels, organisationnels et parfois systémiques. Leur identification permet d'approfondir la compréhension des habitudes collaboratives des orthophonistes et des audioprothésistes interrogés. Cette classification s'appuie sur la proposition de Gerber et al. (2018), elle-même fondée sur le modèle de D'Amour et al. (2005), qui répertorie plusieurs facteurs et indicateurs favorisant ou entravant la CIP.

- Des freins organisationnels

Parmi les principaux freins identifiés, les obstacles d'ordre organisationnel occupent une place majeure. La disponibilité limitée des professionnels, en particulier des orthophonistes, revient fréquemment dans les réponses. Ces résultats font écho aux propos de Borel (2021), qui souligne dans un entretien pour *Audiologie Demain* que la saturation des cabinets libéraux et la pénurie d'orthophonistes en France compliquent l'accès aux soins orthophoniques – notamment pour les adultes malentendants. La charge de travail, les délais d'attente prolongés, et le manque de temps spécifiquement dédié aux échanges interprofessionnels réduisent également les opportunités de collaboration.

À cela s'ajoute des contraintes géographiques : la distance entre les lieux d'exercice des deux professions, particulièrement en zones rurales, et l'absence de structures communes rendent les rencontres difficiles. Ce contexte est renforcé par la prévalence de l'exercice libéral, notamment pour les orthophonistes (77,67% des orthophonistes interrogés exercent en libéral), qui peut limiter l'initiation et la régularité de contacts. Gerber et al. (2018) rappellent que « l'échange mutuel est facilité par des relations continues entre les membres de l'équipe, la proximité sur le lieu de travail, des processus standardisés et des structures organisationnelles propices », des conditions rarement réunies dans les pratiques actuelles. Dans le même sens, les travaux de Staffoni et al. (2019) soulignent le rôle de

l'environnement de travail : le partage d'un espace commun et l'aménagement spatial pensé pour favoriser les interactions facilitent la mise en place de la CIP.

Enfin, le manque de canaux de communication dédiés constitue un frein supplémentaire. Les professionnels interrogés évoquent l'absence de supports partagés ou d'outils leur permettant d'échanger des informations sur un patient commun. Or, D'Amour et al. (2008) insistent sur l'importance de formaliser les échanges et de disposer d'outils concrets pour pouvoir structurer la collaboration. En l'absence de ces éléments, le lien entre professionnels reste souvent à l'initiative individuelle, souvent informelle, et donc fragile. Ce besoin d'outils est d'ailleurs explicitement exprimé par certains répondants, qui évoquent l'utilité de flyers et de supports synthétiques – autant de pistes qui seront développées dans l'axe suivant.

- Des freins interactionnels

La méconnaissance réciproque des rôles spécifiques et des compétences de chacun est un autre frein identifié par les professionnels interrogés. Ce constat rejoint les propos de D'Amour et al. (2008), pour qui la connaissance et la confiance mutuelle des professionnels sont des conditions fondamentales pour la mise en place d'un cadre collaboratif pérenne. Elles permettent notamment de développer un sentiment d'appartenance et de réduire les incertitudes pour favoriser l'émergence d'objectifs communs. Sans cette compréhension fine du rôle de l'autre, les échanges peuvent rester superficiels, et la complémentarité des interventions ne peut être pleinement mobilisée.

Cette difficulté à établir des interactions interprofessionnelles de qualité peut être partiellement mise en lien avec la formation initiale et continue des orthophonistes et audioprothésistes, souvent dispensée de manière cloisonnée. Comme le rapporte Borel (2021), les orthophonistes qui ne se sentent pas en mesure de prendre en soins des adultes sourds invoquent majoritairement une formation initiale insuffisante ou un manque de compétences spécifiques. Selon les résultats d'un sondage mené par cette auteure, ce ressenti est particulièrement présent chez les professionnels formés entre 1986 et 1996 (90 %), et reste significatif pour ceux diplômés entre 1997 et 2016 (plus de 80 %). Bien que cette proportion diminue chez les orthophonistes formés depuis 2017 avec la nouvelle maquette – ils seraient encore un peu moins de 50 % à juger leur formation initiale insuffisante – ces chiffres témoignent d'un besoin de renforcer les interactions dès la formation. Les données recueillies dans le cadre de ce mémoire vont dans le même sens : plus de 40 % des orthophonistes interrogés déclarent que la PES des patients sourds ne représente qu'une faible part de leur patientèle (< 10 %). Parmi ceux qui ne prennent actuellement aucun patient sourd en soin (22 %), 73,91 % estiment ne pas être suffisamment formés.

Par ailleurs, le manque de stages auprès de patients sourds, l'éloignement des réseaux de soins ou la méconnaissance des interlocuteurs du secteur (ORL, audioprothésistes) sont autant de freins à une prise en soin efficace. Comme le souligne encore Borel (2021), « trop d'ORL et d'audioprothésistes n'adressent pas leurs patients aux orthophonistes », ce qui contribue à maintenir les pratiques dans un isolement parfois contre-productif. Bouccara (2013) rappelle aussi que la diversité des profils de patients et la complexité des parcours impliquent une coordination renforcée. Or, en l'absence de relais clairs ou de circuits établis, la logique de prise en soin reste souvent cloisonnée, au détriment de la cohérence et de la continuité du suivi.

En parallèle, si une majorité d'audioprothésistes se disent sensibilisés à la PES orthophonique, beaucoup expriment des difficultés à en parler à leurs patients. Ces constats viennent renforcer l'idée que des formations conjointes ou croisées, dès la formation initiale et poursuivies tout au long de la vie professionnelle, pourraient constituer un levier fondamental pour améliorer la compréhension mutuelle et construire un langage commun, tel que défini par Kosremelli Asmar & Wacheux (2007).

- Des freins systémiques

Au-delà des difficultés organisationnelles et relationnelles évoquées, la structuration actuelle du système de soins peut elle aussi constituer un frein à la collaboration. L'absence de cadre officiel favorisant les échanges entre orthophonistes et audioprothésistes, couplée à des modes de rémunération distincts et à l'absence de temps valorisé pour les concertations interprofessionnelles, limite l'émergence de pratiques collaboratives durables.

S'ajoute à cela la difficulté, pour les professionnels de l'audition, d'identifier les orthophonistes prenant en soin des patients sourds, dans un contexte où la profession ne reconnaît pas officiellement de spécialités. Ce choix de formation généraliste, revendiqué par la profession, rend peu lisible la répartition effective des prises en soin sur le territoire. Les audioprothésistes interrogés soulignent d'ailleurs cette difficulté d'identification. En pratique, certains orthophonistes développent une forme de spécialisation par l'expérience, à travers la fréquence de prises en soin d'un même type de pathologie. Pour tenter de répondre à ce besoin de lisibilité, la Fondation pour l'Audition, en partenariat avec la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), avait mis en place en 2019 une plateforme appelée Orthophonie & Surdité, ouverte aux orthophonistes. Elle proposait notamment un annuaire recensant les professionnels volontaires se déclarant intéressés par la PES des personnes sourdes. Cette plateforme n'est plus disponible depuis le 31 mars 2025, mais la FNO affirme vouloir proposer prochainement de nouveaux supports et actions pour favoriser la diffusion des connaissances et faire évoluer les pratiques professionnelles dans le champ de l'audition.

Ces résultats, mis en perspective avec les données du contexte théorique, laissent entrevoir l'intérêt de développer des solutions structurelles et formatives pour surmonter ces obstacles. L'axe suivant propose des pistes concrètes en ce sens.

.3. Vers une formalisation du partenariat orthophoniste-audioprothésiste : des pistes concrètes

L'amélioration de la CIP entre orthophonistes et audioprothésistes repose en partie sur la mise en place d'actions et d'outils concrets, ainsi que sur une meilleure compréhension mutuelle des pratiques. Les professionnels interrogés formulent eux-mêmes des propositions visant à renforcer leur partenariat. Ces pistes, qu'elles soient issues d'expériences professionnelles, de dispositifs existants ou d'initiatives de formation ouvrent des perspectives de structuration et de pérennisation de la CIP. Elles rejoignent les préconisations du modèle de d'Amour et al. (2008), pour qui la formalisation des échanges constitue une étape essentielle afin de dépasser les collaborations ponctuelles et informelles, au profit d'un partenariat durable et structuré.

Certaines démarches locales ou institutionnelles témoignent d'ailleurs d'une volonté d'améliorer les échanges. C'est notamment le cas de l'initiative portée par le GEORRIC (Groupe d'Étude sur l'Optimisation de la Rééducation et des Réglages de l'Implant Cochléaire), à travers la journée d'ateliers interprofessionnels organisée en mars 2025 : *Le partenariat ortho-régleur dans le suivi des patients implantés*. Réunissant orthophonistes, audioprothésistes, ORL et autres professionnels impliqués dans la rééducation auditive, son objectif principal est de renforcer les liens étroits entre différents acteurs du soin en partageant outils et expertises. Lors de cet événement, plusieurs outils dédiés à la collaboration interprofessionnelle ont été présentés Audya, Dr Arnaud Devèze (Marseille) - AudioLight (Audiivimedia), Nicolas Sadoc (Bordeaux) - SoCare (SONUP), Maxime Balcon (Montpellier) - Batterie d'Évaluation Perceptive du Patient Implanté - BEPPI, Christian Renard et Jérôme André (Lille) - EntSTAT, Emma Senen & Françoise Villemus- Aubert (Montpellier)

La présentation de ces outils, principalement destinés au suivi des patients implantés, illustre une prise de conscience croissante de l'importance d'un cadre technique facilitant le travail interprofessionnel. Bien que pensés initialement pour le binôme orthophoniste-régleur, leur fonctionnement pourrait être étendu au partenariat orthophoniste-audioprothésiste. Certains de ces outils, comme Audya ou la BEPPI, ont d'ailleurs été spontanément mentionnés par les professionnels interrogés dans le cadre de ce mémoire, témoignant de leur intégration progressive dans les pratiques. Néanmoins, leur diffusion reste encore limitée, et leur appropriation dépend fortement des contextes d'exercice et des contraintes propres à chaque profession.

Parmi les besoins identifiés par les professionnels interrogés figurent :

- La création d'un outil de liaison interprofessionnel permettant la centralisation des données cliniques pertinentes.
- L'utilisation d'un langage partagé facilitant la compréhension des informations échangées.
- Une meilleure exploitation des dispositifs existants, tels que le Dossier Médical Partagé (DMP).
- Le développement d'espaces de dialogues interprofessionnels.
- Une sensibilisation renforcée dès la formation initiale à la collaboration.
- L'implication des prescripteurs et des patients dans une logique de suivi coordonné.

En effet, la question de la transmission et de l'exploitation des informations cliniques apparaît centrale. Les répondants expriment un consensus autour de l'intérêt d'un outil de liaison interprofessionnel, adapté aux réalités du terrain et répondant à leurs besoins. Celui-ci devrait permettre de centraliser les données pertinentes aux deux professions (bilans orthophoniques, audiométries, évolution des réglages, observations, objectifs, progrès réalisés, etc.), tout en restant simple à utiliser et en employant un langage partagé et intelligible par les deux corps de métier. Certains évoquent le Dossier Médical Partagé (DMP) comme une solution émergente, à condition qu'il soit effectivement utilisé par tous et adapté aux spécificités de cette collaboration.

Au-delà des outils, le développement et la multiplication d'espaces de rencontre et de dialogue sont apparus comme une autre priorité. Les professionnels interrogés soulignent l'intérêt de réunions locales, de formations croisées ou encore de journées interprofessionnelles, telles que celle organisée par le GEORRIC, pour mieux comprendre les contraintes de chacun, ajuster les pratiques et anticiper les difficultés de communication, en particulier dans le secteur libéral où les échanges sont souvent moins formalisés et le cloisonnement des disciplines plus marqué.

Cependant, l'interprofessionnalité ne peut se limiter à des dispositifs techniques : elle repose sur une culture de la collaboration, qui passe par une meilleure sensibilisation des professionnels dès la formation initiale. Les professionnels interrogés souhaitent également sensibiliser davantage les médecins prescripteurs et les patients à l'intérêt d'un suivi coordonné, afin de promouvoir une prise en soin globale et cohérente.

.4. Limites de l'étude et perspectives

.4.1. Regard critique sur l'étude menée

Ce mémoire présente des atouts et des limites. Un des points forts de notre étude est la combinaison de recueil de données à la fois quantitatives et qualitatives permettant une analyse approfondie et nuancée des pratiques et des représentations professionnelles. La diversité des profils interrogés, en termes de mode d'exercice, de zones géographiques et d'années d'expérience, constitue également un atout. Le choix de modalités variées de questions (fermées, semi-ouvertes et ouvertes) a offert une approche complémentaire et équilibrée dans la collecte de données et l'usage d'échelles de Likert a permis d'introduire des nuances dans les réponses, tout en facilitant leur analyse statistique.

Toutefois, certaines limites méthodologiques doivent être soulignées. Le nombre de réponses, bien que non négligeable, reste modeste comparativement au nombre total de professionnels en France : 169 audioprothésistes ont répondu, soit environ 3,4 % de la profession, et 103 orthophonistes, soit environ 0,35 %. Ce dernier chiffre est difficile à interpréter précisément dans la mesure où il n'existe pas de données sur le pourcentage d'orthophonistes prenant en soin des patients sourds. Ces taux de participation, bien que faibles, restent suffisants pour dégager des tendances, mais ne permettent pas une généralisation rigoureuse à l'ensemble des professionnels.

La formulation et le format des questions constituent une autre limite. Les modalités choisies présentent chacune des avantages et des inconvénients. Les questions fermées ont facilité le traitement statistique, mais ont pu restreindre la liberté de réponse. Quelques réponses ont pu être influencées par les propositions suggérées, malgré une possibilité pour les répondants de choisir l'option "Autre" et de préciser leur réponse, ce qui a permis d'enrichir certains items, mais a parfois rendu l'analyse plus complexe. Les questions semi-ouvertes, avec un espace libre, ont parfois généré des réponses ambiguës ou contradictoires, rendant leur analyse ou catégorisation délicate. Enfin, les questions ouvertes, bien que précieuses pour recueillir des réflexions personnelles, ont nécessité des interprétations subjectives lors du regroupement en thématiques, ce qui peut introduire un biais. Leur complexité et leur coût cognitif ont aussi pu décourager certains répondants, diminuant leur taux de réponse. Ces modalités choisies pour le questionnaire reflètent un compromis entre accessibilité, exhaustivité et finesse des réponses. Des biais de formulation ou d'interprétation ont néanmoins pu influencer certains résultats.

Le questionnement très ciblé sur les freins à la collaboration interprofessionnelle, a permis d'identifier les obstacles rencontrés par les professionnels mais n'a pas permis de faire émerger avec la même clarté les vecteurs et leviers déjà existants. Cette orientation thématique induite par les questionnaires limite la vision globale des dynamiques collaboratives déjà en place. Intégrer davantage les éléments perçus comme favorables aurait permis d'apporter un éclairage plus équilibré.

Il est aussi possible que certains répondants aient souhaité valoriser leur pratique ou, à l'inverse, exprimé des frustrations spécifiques sans que l'on puisse toujours replacer ces propos dans leur contexte professionnel précis. Par ailleurs, le titre et la présentation mêmes du mémoire ont pu constituer un biais motivationnel : en affichant clairement l'objectif de renforcer la collaboration interprofessionnelle autour de la surdité, il est possible qu'ils aient attiré principalement des professionnels déjà concernés ou intéressés par ce type de démarche.

4.2. Perspectives envisagées pour de futures recherches

L'état des lieux réalisé dans ce mémoire nous a permis de réfléchir à des pistes pour de futures recherches. Pour aller plus loin, trois pistes principales se dégagent. Premièrement, il pourrait être intéressant d'interroger les étudiants en dernière année d'orthophonie et d'audioprothèse afin de recueillir leur perception sur leur formation et leur sentiment de compétence à l'approche de leur exercice professionnel. Il s'agirait notamment de savoir si les étudiants en orthophonie se sentent mieux formés à la PES des patients sourds, si les futurs audioprothésistes se sentent sensibilisés au rôle de l'orthophoniste dans ce domaine, et si des liens ont déjà été amorcés durant leur formation, par exemple via des stages croisés. Un tel questionnement permettrait de comparer les attentes et représentations des futurs professionnels à celles des praticiens déjà en exercice, et d'identifier d'éventuels écarts dans les trajectoires de formation ou dans l'exposition à la collaboration interprofessionnelle.

La seconde perspective serait un travail de recensement et de valorisation des outils et initiatives collaboratives déjà existants (fiches de liaison, protocoles partagés, plateformes numériques, groupes interprofessionnels, etc.). L'objectif serait ici de mieux faire connaître ces ressources, d'en analyser les avantages, les limites et les conditions de mise en œuvre, afin de favoriser leur diffusion et leur appropriation par les professionnels. Ce répertoire pourrait constituer un levier concret pour renforcer la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes, dans une logique de soin global et cohérent

centré sur le patient sourd. Cette démarche constituerait une étape préliminaire essentielle avant d'envisager la création d'un nouvel outil de collaboration interprofessionnelle, tel que questionné dans les objectifs de ce mémoire.

Enfin, une troisième piste pourrait consister en la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels expérimentés dans la prise en soin de la surdité, certains collaborant étroitement, d'autres non, afin de recueillir des éléments plus approfondis sur les freins, les leviers, et les dynamiques spécifiques à leurs contextes d'exercice. En effet, comparativement aux questionnaires, qui permettent une collecte standardisée et large de données, les entretiens offrent une richesse qualitative complémentaire. Ils permettent l'expression de points de vue nuancés, de vécus professionnels, de positionnements personnels et de pratiques concrètes. Ces données qualitatives enrichiraient la compréhension des réalités de terrain et pourraient guider des recommandations ciblées.

Conclusion

Ce mémoire s'est intéressé à la collaboration interprofessionnelle entre orthophonistes et audioprothésistes dans la prise en soin du patient sourd, à travers une double enquête menée auprès de ces deux professions. La collaboration interprofessionnelle, envisagée comme une dynamique de travail entre différents acteurs de santé partageant un objectif commun, prend aujourd'hui une place croissante dans les pratiques soignantes. Le champ du handicap auditif s'inscrit pleinement dans ce développement.

Nos objectifs étaient pluriels. Nous avons pour projet de dresser un état des lieux des habitudes collaboratives actuelles de deux acteurs majeurs de la réhabilitation auditive : les orthophonistes et les audioprothésistes, par le recueil de leurs pratiques et de leurs perceptions. Nous souhaitons également questionner l'utilité de la création d'un outil de liaison interprofessionnel répondant aux besoins et attentes spécifiques de ces deux corps de métiers afin de concrétiser et renforcer leur partenariat.

Le croisement d'analyses des données quantitatives et qualitatives a permis de dégager un état des lieux nuancé, révélant à la fois une volonté commune de collaborer, et des freins persistants liés au manque d'outils partagés, aux disparités de formation, ou à la méconnaissance des missions de l'autre. Ces résultats viennent prolonger les constats issus de la littérature, notamment autour de l'importance d'un langage commun, d'objectifs partagés et de l'interconnaissance pour qu'une collaboration interprofessionnelle puisse réellement s'instaurer.

Nous pouvons également constater que des améliorations concrètes émergent progressivement et sont envisageables, à condition que les professionnels soient outillés, formés et soutenus dans leurs démarches. La mise en place d'un outil de liaison interprofessionnel, tel que questionné dans ce mémoire, pourrait constituer une première réponse pragmatique à ces enjeux. Pensé comme un outil simple, adaptable et centré sur les besoins des deux professions, il permettrait de rendre visibles les échanges, de structurer la communication et d'encourager la collaboration. Toutefois, des outils et des initiatives se développent déjà mais restent encore trop peu connus ou peu utilisés par les professionnels. Faciliter leur appropriation commune permettrait non seulement d'optimiser les pratiques actuelles, mais aussi de consolider une culture interprofessionnelle durable, ancrée dans le quotidien des soins.

Ce mémoire souligne ainsi l'intérêt d'agir simultanément à plusieurs niveaux : en outillant les professionnels, en valorisant les ressources déjà existantes, et en renforçant les liens dès la formation initiale pour y inclure davantage d'interconnaissance et d'opportunités de collaboration. Ces pistes, ouvertes par cette recherche, pourront nourrir de futurs travaux pour consolider les liens entre les orthophonistes et les audioprothésistes au service d'un accompagnement optimal du patient sourd.

Bibliographie

AMELI. (2023, 13 décembre). *Définition et types de surdité*. Ameli. Consulté le 11 avril 2024, à l'adresse : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/perte-acuite-auditive/definition-causes>

André, J. A. (2017). PEPA- IR, un outil pour l'optimisation des réglages des implants cochléaires. *Connaissances Surdités - ACFOS*, 59.

Aubé, V. (2018). Conséquences de la surdité au quotidien. Dans *Impact d'une surdité sur la vie d'un individu : De la naissance à l'âge avancé* (pp. 53-91). Centre collégial de développement de matériel didactique.

Bakhos, D., Aussedat, C., Legris, E., Aoustin, J.-M., & Nevoux, J. (2017). Les surdités de l'adulte : Vers de nouveaux paradigmes. *La Presse Médicale*, 46(11), 1033-1042. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.09.004>

Bureau International d'Audiophonologie. (s.d.). *Recommandation 02/I BIS – Classification audiométrique des déficiences auditives*. Consulté le 20 avril 2024, à l'adresse : <https://www.biap.org/fr/recommandations>

Bordeleau, L., & Leblanc, J. (2017). La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : Une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 229-243. <https://doi.org/10.7202/1041925ar>

Borel, S., & Ambert-Dahan, E. (2013). Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou apprentissage de la lecture labiale. Dans *Prise en charge orthophonique des pathologies oto-rhino-laryngologiques* (3ème édition, p. 105-124). Ortho Édition.

Borel, S. (2021, novembre). Replacer la prise en soins de la surdité adulte au cœur de la pratique orthophonique [Entretien]. *Audiologie Demain*. <https://audiologie-demain.com/replacer-la-prise-en-soins-de-la-surdite-adulte-au-coeur-de-la-pratique-orthophonique>

Bouccara, D. (2013). 1. Aspects médicaux de la surdité. Dans *Surdités et santé mentale* (pp. 7-23). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.quere.2013.01.0007>

Cailleteau, C. (2020). Intérêt de l'intervention orthophonique auprès d'adultes devenus sourds en difficulté d'adaptation prothétique. *Audiology Direct*, 3(1), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1051/audiodir/202004001>

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., & Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). <https://www.researchgate.net/publication/263198757>

Charlier, B. (2020). B.5. Communication et qualité de vie. Dans S. Borel, *Surdités de l'enfant et de l'adulte* (pp. 54-66). De Boeck Supérieur.

Charlier, B. L., Deltenre, P., & Colin, C. (2020). A.1. Perception de la parole. Dans S. Borel, *Surdités de l'enfant et de l'adulte* (pp. 2-3). De Boeck Supérieur.

Code de la santé publique. L. 4361-1. (2005)

- Colin, C., & Croiseaux, É. (2020). B.11. Bilan orthophonique : Évaluation des habiletés de perception de la parole dans les modalités auditive, visuelle et audiovisuelle. Dans S. Borel, *Surdités de l'enfant et de l'adulte* (pp. 101-107). De Boeck Supérieur.
- D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Davis, A., & Hoffman, H. (2019). Hearing loss : Rising prevalence and impact. *Bulletin of the World Health Organization*, 97, 646-646A. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.224683>
- Devos, P., Klinck, V., Deltenre, P., & Borel, S. (2020). A.2. Troubles de l'audition. Dans S. Borel *Surdités de l'enfant et de l'adulte* (pp. 4-12). De Boeck Supérieur.
- Erber, N. P. (1982). *Auditory Training*. Alexander Graham Bell Association for the Deaf.
- Ernst, É. (2020). E.1. Démarche générale de rééducation. Dans S. Borel, *Surdités de l'enfant et de l'adulte* (pp. 254-263). De Boeck Supérieur
- Ernst, É. (2014). Prise en charge orthophonique du sujet adulte malentendant appareillé. *Les cahiers de l'audition*, 27(3), 6-21
- Ferguson, M., Maidment, D., Henshaw, H., & Heffernan, E. (2019). Evidence-Based Interventions for Adult Aural Rehabilitation : That Was Then, This Is Now. *Seminars in Hearing*, 40(01), 068-084. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676784>
- Foucher, M., Gallego, S., & Truy, E. (2011). Appareillage auditif du sujet âgé. Les progrès permettent une prise en charge efficace. *La Revue de gériatrie*, 13, 105-112.
- Franzoni, M. (2016). Quelle place pour l'orthophoniste dans la prise en charge précoce de l'enfant sourd ? *Connaissances Surdités*, 17, 12-18.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bulletin des médecins suisses*, 99(44), 1524-1529. <https://doi.org/10.4414/bms.2018.17276>
- Gick, B., & Derrick, D. (2009). Aero-tactile integration in speech perception. *Nature*, 462, 502-504. <https://doi.org/10.1038/nature08572>
- Gros, A. (2022). Conception d'enquêtes et de questionnaires. Dans S. Borel, P. Gatignol, A. Gros, & T. M. Tran (dirs.), *Manuel de la recherche en orthophonie* (pp. 98-103). De Boeck Supérieur.
- Guyot, J.-P. (2017). Gestion de l'équilibre. *Revue Médicale Suisse*, 13(577), 1678-1683. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.577.1678>
- Hallam, R., Ashton, P., Sherbourne, K., & Gailey, L. (2008). Persons with acquired profound hearing loss (APHL) : How do they and their families adapt to the challenge? *Health (London, England : 1997)*, 12(3), 369-388. <https://doi.org/10.1177/1363459308090054>
- Haute Autorité de Santé. (2023). *Note de cadrage – Évaluation du programme national de dépistage de la surdité permanente néonatale*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-08/note_de_cadrage_evaluation_du_programme_national_de_depistage_de_la_surdite_permanente_neo_natale.pdf

- INSERM. (2022, 17 juin). *En France, un adulte sur quatre serait concerné par une forme de déficience auditive* [Communiqué de presse]. Consulté le 13 avril 2024, à l'adresse <https://presse.inserm.fr/en-france-un-adulte-sur-quatre-serait-concerne-par-une-forme-de-deficience-auditive/45458/>
- Kosremelli Asmar, M., & Wacheux, F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : Cas d'un hôpital universitaire. *HAL, Post-Print*. <https://shs.hal.science/halshs-00170357/document>
- Leybaert, J., Bayard, C., Huyse, A., & Colin, C. (2012). Perception multi-modale de la parole chez l'implanté cochléaire. *Rééducation Orthophonique*, 252, 33-54.
- Lin, F. R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q.-L., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E., Satterfield, S., Ayonayon, H. N., Ferrucci, L., & Simonsick, E. M. (2013). Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), 1-7. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1868>
- Mayville, W. V. (1978). *Interdisciplinarity : The Mutable Paradigm*. American Association for Higher Education.
- McFarland, D. H. (2016). *L'anatomie en orthophonie : Parole, déglutition et audition*. Elsevier Masson.
- McGurk, H., & MacDonald, J. (1976). Hearing lips and seeing voices. *Nature*, 264(5588), 746-748. <https://doi.org/10.1038/264746a0>
- Mounier, I. (2024). Préface. Dans B. Borel & M. Ambert-Dahan (dirs.), *Surdité de l'adulte : évaluation et rééducation*. De Boeck Supérieur.
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinarité. Manifeste*. Éditions du Rocher. <http://www.basarab-nicolescu.ciret-transdisciplinarity.org/BOOKS/TDRocher.pdf>
- Nordvik, Ø., Laugen Heggdal, P. O., Brännström, J., Vassbotn, F., Aarstad, A. K., & Aarstad, H. J. (2018). Generic quality of life in persons with hearing loss : A systematic literature review. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, 18(1), 1-. <https://doi.org/10.1186/s12901-018-0051-6>
- Office fédéral de la Santé publique, OFSP. (2016). Rapport du groupe thématique « Interprofessionalité ». Confédération Suisse, département fédéral de l'intérieur DFI ; Consulté le 22 avril 2024, à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html#-1766114802>
- OpenAI. (2025). CHATGPT (Version GPT-4) [Modèle de langage utilisé pour la reformulation rédactionnelle]. <https://chat.openai.com/>
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>
- Pujol, R., & Venail, F. (2016). *Voyage au centre de l'audition - Spécialité : Pathologie*. Cochlea. Consulté le 13 avril 2024, à l'adresse <https://www.cochlea.eu/pathologie>
- Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou (SFORL). (2021). Recommandations pour le parcours de soins du patient presbyacousique. Consulté le 20 avril 2024, sur https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2022/03/Reco-Parcours-de-soins-du-patient-presbyacousique_2022.pdf
- Scott, E., Naismith, S., Whitwell, B., Hamilton, B., Chudleigh, C., & Hickie, I. (2009). Delivering youth-specific mental health services : The advantages of a collaborative, multi-disciplinary system.

Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 17(3), 189-194. <https://doi.org/10.1080/10398560802657322>

Staffoni, L., Knutti-Menia, I., Bécherraz, C., Pichonnaz, D., Bianchi, M., & Schoeb, V. (2019). Définir la collaboration interprofessionnelle : Étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(205), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.012>

Sumby, W. H., & Pollack, I. (1954). Visual Contribution to Speech Intelligibility in Noise. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 26(2), 212-215. <https://doi.org/10.1121/1.1907309>

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51. <https://doi.org/10.1080/13561820802338579>

Sweetow, R., & Palmer, C. V. (2005). Efficacy of individual auditory training in adults : A systematic review of the evidence. *Journal of the American Academy of Audiology*, 16(7), 494-504. <https://doi.org/10.3766/jaaa.16.7.9>

Vibert, D., Seville, S., Lavallard-Rousseau, M.-C., Boureau, F., & Mazières, L. (2011). *Neurophysiologie* (2e éd.). Elsevier Masson.

Wei, H., Corbett, R. W., Ray, J., & Wei, T. L. (2020). A culture of caring : The essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 324-331. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1641476>

World Health Organization : WHO. (2024, 2 février). *Surdité et d ficiency auditive*. Consulté le 14 avril 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* (WHO/HRH/HPN/10.3). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/70185>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Graphique de l'intérêt croissant pour la collaboration interprofessionnelle dans la littérature.

Annexe n°2 : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'amour et al. 2008).

Annexe n°3 : Questionnaire adressé aux audioprothésistes.

Annexe n°4 : Questionnaire adressé aux orthophonistes.

Annexe n°5 : Formation des orthophonistes à la prise en soin du patient sourd.

Annexe n°6 : Contenus souhaités dans un outil de liaison interprofessionnel : synthèse des besoins exprimés par les professionnels (audioprothésistes et orthophonistes).

La collaboration interprofessionnelle orthophonistes – audioprothésistes : pour une prise en soin optimale du patient sourd

Discipline : Orthophonie

Clara MANCEAU

Résumé :

La prise en soin du patient sourd mobilise divers professionnels aux compétences complémentaires, dont les orthophonistes et les audioprothésistes. Dans un contexte marqué par la diversité des profils en surdité, leur collaboration constitue un levier majeur pour proposer un accompagnement global, adapté et cohérent. Ce mémoire explore leurs pratiques collaboratives actuelles et questionne la pertinence de l'élaboration d'un outil facilitant leurs échanges. L'étude repose sur une enquête menée auprès de 169 audioprothésistes et 103 orthophonistes exerçant en France, à partir de deux questionnaires distincts conçus pour interroger leurs pratiques, perceptions et besoins. Les résultats révèlent une collaboration encore peu concrétisée, marquée par une mise en œuvre hétérogène selon les contextes professionnels et les profils de patients, mais portée par une volonté partagée de renforcer un partenariat jugé déterminant pour une prise en soin optimale. Des leviers favorables émergent, comme le souhait de disposer de moyens concrets pour structurer les échanges. Cependant, des freins d'ordre relationnel, organisationnel voire systémique sont également mis en évidence, tels que le manque de temps, la méconnaissance des rôles spécifiques ou l'absence d'outils communs pour formaliser les échanges. En réponse, plusieurs pistes concrètes d'amélioration sont envisagées par les professionnels. Ce mémoire suggère l'intérêt et la nécessité d'une meilleure structuration de la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes et ouvre ainsi des perspectives encourageantes pour l'évolution de la prise en soin de la surdité dans une dynamique de partenariat renforcé.

Mots-clés : Collaboration interprofessionnelle – Surdité – Orthophonie – Audioprothèse – Prise en soin

Abstract :

The care of deaf patients involves various professionals with complementary skills, including speech and language therapists and hearing aid specialists. In a context marked by the diversity of deafness profiles, their collaboration represents a major lever for providing comprehensive, tailored, and coherent support. This thesis explores their current collaborative practices and questions the relevance of developing a tool to facilitate their exchanges. The study is based on a survey conducted among 169 hearing aid specialists and 103 speech and language therapists practicing in France, using two distinct questionnaires designed to examine their practices, perceptions, and needs. The results reveal a collaboration that remains insufficiently developed, with heterogeneous implementation depending on professional contexts and patient profiles, yet driven by a shared desire to strengthen a partnership considered essential for optimal care. Facilitating factors emerge, such as the shared wish to have concrete means to structure communication. However, relational, organizational, and even systemic barriers are also identified, including lack of time, limited understanding of specific roles, and the absence of shared tools to formalize exchanges. In response, several practical avenues for improvement are proposed by professionals. This thesis highlights both the interest and the need for better structuring of collaboration between speech and language therapists and hearing aid specialists, and opens up encouraging prospects for the future of deaf care within a strengthened partnership dynamic.

Keywords : Interprofessional collaboration – Deafness – Care – Speech and language therapy – Audiology

Mémoire dirigé par :

LECOUFLE Camille et CEBULSKI-POUWELS Camille

Université de Lille 2024-2025

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



ANNEXES

DU MÉMOIRE

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

Clara MANCEAU

**La collaboration interprofessionnelle
orthophonistes - audioprothésistes :
pour une prise en soin optimale du patient sourd**

MÉMOIRE dirigé par

Camille LECOUFLE, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Lille

Camille POUWELS, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Lille

Lille – 2025

A 1

Annexe 1 : Graphique de l'intérêt croissant pour la collaboration interprofessionnelle dans la littérature.

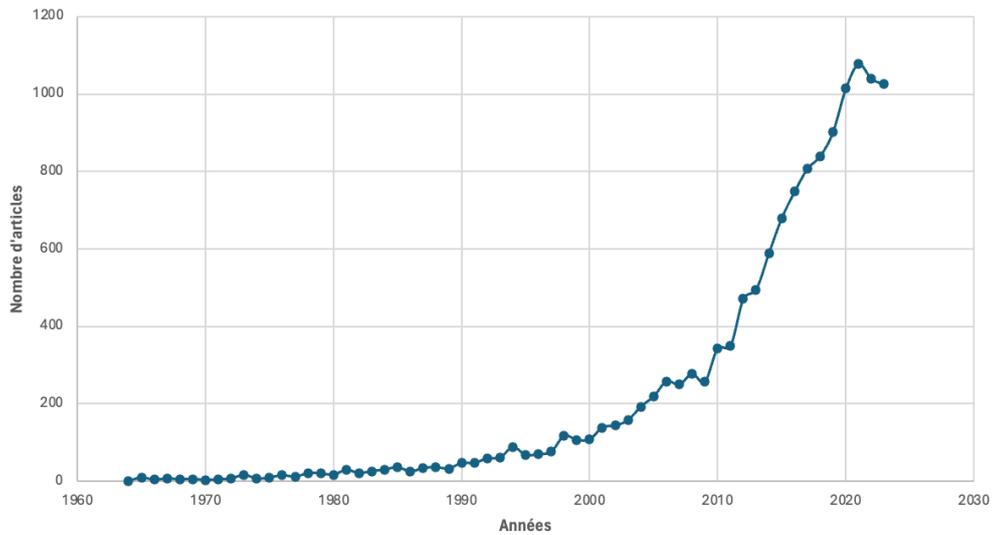


Figure. Nombre d'articles publiés dans PubMed ayant « Interprofessional Collaboration » dans leur titre ou leur abstract entre 1964 et 2023.

Annexe 2 : Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'amour et al. 2008).

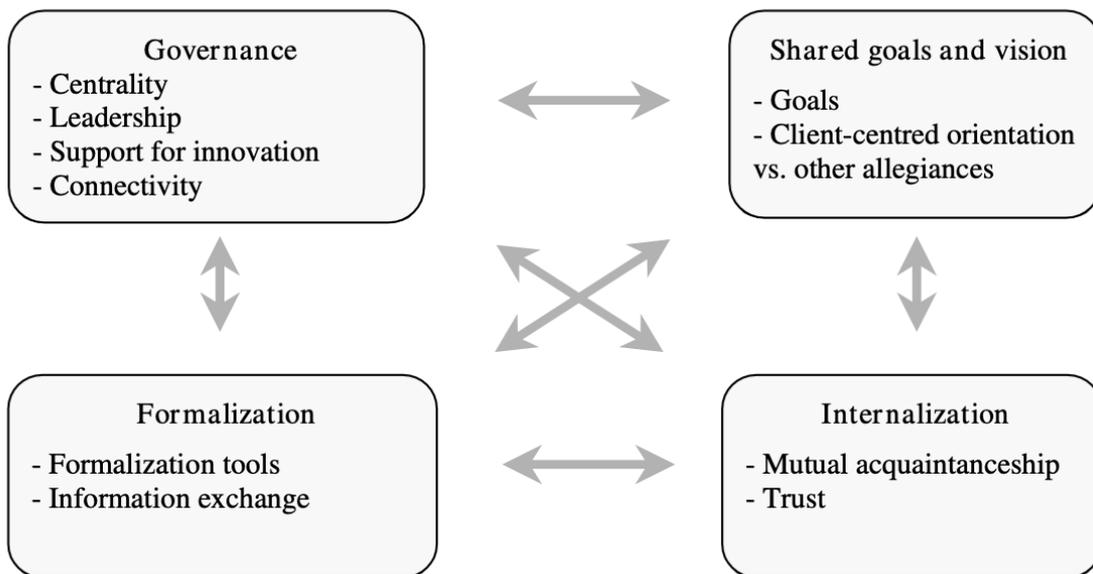


Figure. Modèle de collaboration à quatre dimensions interconnectées de D'Amour et al. (2008)

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux audioprothésistes.

La collaboration interprofessionnelle orthophonistes - audioprothésistes dans la prise en soin de la surdité

I. Informations générales

1. De quelle école êtes-vous diplômé(e) ?

- Bordeaux Cahors Clermont-Ferrand Évreux Fougère Montpellier Lille
 Lyon Paris Vandœuvre-lès-Nancy Autre

2. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- < 5 ans 5 – 10 ans 11 – 15 ans 16 – 20 ans > 20 ans

3. Dans quelle région exercez-vous ?

- Auvergne-Rhône-Alpes Bourgogne-Franche-Comté Bretagne Centre-Val de Loire
 Corse Grand Est Hauts-de-France Ile-de-France Normandie Nouvelle-Aquitaine
 Occitanie Pays de la Loire Provence Alpes Côte d'Azur DROM-COM Autre

4. Quel est votre mode d'exercice ?

- Libéral Salariat Mixte Autre

5. Avez-vous été sensibilisé(e) à la prise en soin orthophonique des patients sourds :

	Oui	Non
Lors de votre cursus ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de formation(s) complémentaire(s) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de stage(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par un/ une collègue orthophoniste ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par auto-formation (lectures d'articles, livres ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. La collaboration interprofessionnelle orthophonistes – audioprothésistes

1. Travaillez-vous-en étroite collaboration avec les orthophonistes ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent Toujours

2. Pensez-vous que cette collaboration est nécessaire pour une prise en soin optimale des patients sourds ?

- Oui Pas toujours Non

3. Actuellement quel(s) terme(s) utiliseriez-vous pour qualifier/décrire votre collaboration avec les orthophonistes dans la prise en soin des patients sourds ?

- Excellente Bonne Perfectible Insuffisante Difficile Chronophage
 Bidirectionnelle Unidirectionnelle Inexistante Autre

4. Comment cette collaboration se manifeste-t-elle ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Échanges téléphoniques ponctuels | <input type="checkbox"/> Réunions pluriprofessionnelles |
| <input type="checkbox"/> Échanges téléphoniques réguliers | <input type="checkbox"/> Mails ponctuels |
| <input type="checkbox"/> Écrits (comptes-rendus, notes d'évolution, fiches de suivi...) | <input type="checkbox"/> Mails réguliers |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

5. Estimez-vous que ces moyens de communication sont suffisants et efficaces dans votre pratique professionnelle ?

- Oui Pas toujours Non

6. Pour quelles raisons échangez-vous avec les orthophonistes ? Cochez l'ensemble des propositions pertinentes.

- Information sur l'évolution de la perception auditive du patient
- Coordination globale de la prise en soin
- Suivi de l'appareillage et des réglages
- Difficultés persistantes d'adaptation à l'appareillage
- Difficultés persistantes de compréhension
- Compétences en lecture labiale perfectibles
- Localisation des sons difficile
- Développement des compétences langagières
- Difficultés cognitives/mnésiques en parallèle de la surdité
- Autre

7. Selon vous, la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes est-elle différente selon :

	Oui	Non
L'âge du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le degré de surdité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le type d'appareillage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Si vous avez cocher « oui » au moins une fois dans le tableau ci-dessus, quelles différences avez-vous observées ?

9. Quels sont, selon vous, les avantages d'une bonne collaboration avec les orthophonistes dans la prise en soin des patients sourds (enfants et/ou adultes) ? Citez quelques avantages.

10. Selon vous, quels sont les principaux freins à une collaboration plus étroite entre orthophonistes et audioprothésistes ? Citez quelques freins.

11. Selon vous, quelles actions ou quels outils pourraient améliorer la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes dans la prise en soin des patients sourds ?

12. Pensez-vous qu'un outil de liaison interprofessionnel faciliterait les échanges entre orthophonistes et audioprothésistes pour une prise en soin optimale du patient sourd ?

Oui Non

13. Quels éléments cet outil devrait-il contenir pour répondre aux besoins de votre profession pour une prise en soin optimale du patient sourd ?

III. Le lien avec la PES orthophonique

1. Savez-vous parler de la prise en soin orthophonique à vos patients ?

Un encadré est à votre disposition si vous souhaitez détailler votre réponse.

Oui Pas toujours Non

2. Savez-vous en expliquer les intérêts ?

Un encadré est à votre disposition si vous souhaitez détailler votre réponse.

Oui Pas toujours Non

3. À quelle fréquence orientez-vous vos patients vers l'orthophonie ?

	J	TR	P	F	TF
Enfants/Adolescents appareillés ou implantés avec une surdité congénitale					
Enfants/Adolescents appareillés ou implantés avec une surdité acquise durant l'enfance					
Adultes appareillés ou implantés avec une surdité congénitale ou acquise durant l'enfance					
Adultes appareillés ou implantés avec une surdité acquise tardivement (infections, traumatismes, maladies...)					
Adultes appareillés ou implantés presbyacousiques					

Note : J : Jamais – TR : Très rarement – P : Ponctuellement – F : Fréquemment – TF : Très fréquemment

4. Observez-vous des bénéfices de la prise en soin orthophonique chez vos patients ?

Oui Pas toujours Non

5. Si, oui lesquels ?

6. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 4 : Questionnaire adressé aux orthophonistes.

La collaboration interprofessionnelle orthophonistes - audioprothésistes dans la prise en soin de la surdité

I. Informations générales

1. De quel Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) êtes-vous diplômé(e) ?

Si vous êtes titulaire d'un diplôme étranger et avez obtenu une équivalence en France, veuillez sélectionner l'option « Autre ».

- Amiens Besançon Bordeaux Brest Caen Clermont-Ferrand Les Antilles
 Lille Lyon Marseille Montpellier Nancy Nantes Nice Paris
 Poitiers Rennes Rouen Strasbourg Toulouse Tours Autre

2. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- < 5 ans 5 – 10 ans 11 – 15 ans 16 – 20 ans > 20 ans

3. Dans quelle région exercez-vous ?

- Auvergne-Rhône-Alpes Bourgogne-Franche-Comté Bretagne Centre-Val de Loire
 Corse Grand Est Hauts-de-France Ile-de-France Normandie Nouvelle-Aquitaine
 Occitanie Pays de la Loire Provence Alpes Côte d'Azur DROM-COM Autre

4. Quel est votre mode d'exercice ?

- Libéral Salariat Mixte Autre

II. Formation et prise en soin des patients sourds

1. Avez-vous suivi une formation complémentaire en surdité en dehors de votre formation initiale ? Précisez votre réponse si nécessaire.

	Oui	Non
Formation continue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diplôme Universitaire (DU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diplôme Universitaire de Technologie (DUT) ou équivalent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation à des séminaires, congrès ou ateliers professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucune formation complémentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Quelle proportion de votre patientèle est constituée de patients sourds ?

- Moins de 10 % Entre 10 et 25 % Entre 25 et 50 % Entre 50 à 75 % > 75 %
 Je ne prends pas en soin de patient sourd.*

* Pour quelles raisons ?

- Je n'ai pas de demande dans ce domaine actuellement.
 Je ne me sens pas assez formé(e).
 Je manque de ressources / matériel pour une prise en soin adaptée.

- Je n'ai pas de place disponible actuellement pour de nouvelles prises en soin.
- Je ne souhaite pas répondre.

3. De manière générale, ces patients présentent des surdités :

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent
Légères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moyennes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sévères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profondes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Les principaux types de patients que vous suivez sont des :

- Enfants/Adolescents avec une surdité congénitale.
- Enfants/Adolescents avec une surdité acquise durant l'enfance.
- Adultes avec une surdité congénitale ou acquise durant l'enfance.
- Adultes avec une surdité acquise tardivement (infections, traumatismes, maladies...).
- Adultes presbyacousiques.

Prise en soin orthophonique de l'adulte sourd

5. Chez l'adulte, la demande de prise en soin orthophonique émane :

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
du médecin ORL	<input type="radio"/>				
de l'audioprothésiste	<input type="radio"/>				
du médecin traitant	<input type="radio"/>				
d'un proche/de l'entourage	<input type="radio"/>				
du patient lui-même	<input type="radio"/>				

6. Selon vous, quels sont les principaux freins à l'instauration d'une prise en soin orthophonique précoce de l'adulte sourd ? Cochez l'ensemble des propositions pertinentes.

- Un manque de motivation du patient.
- Un manque de temps du patient.
- Des difficultés de transports et/ou d'accessibilité.
- Un manque d'orthophonistes dans le secteur du patient.
- Un manque d'information sur les bénéfices de la rééducation orthophonique.
- Une méconnaissance du rôle spécifique de l'orthophoniste dans la prise en soin de l'adulte sourd.

7. De manière générale, constatez-vous des limites, des obstacles dans la prise en soin de l'adulte sourd ?

Oui * Non

*** Quelles principales limites, quels obstacles majeurs avez-vous rencontré(e)s lors des prises en soin du patient adulte sourd ?**

Prise en soin orthophonique de l'enfant sourd

8. Chez l'enfant, la demande de prise en soin orthophonique émane :

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
du médecin ORL	<input type="radio"/>				
de l'audioprothésiste	<input type="radio"/>				
du médecin traitant	<input type="radio"/>				
d'un proche/de l'entourage	<input type="radio"/>				
du patient lui-même	<input type="radio"/>				

9. Selon vous, quels sont les principaux freins à l'instauration d'une prise en soin orthophonique précoce de l'enfant sourd ? Cochez l'ensemble des propositions pertinentes.

- Un manque de motivation de l'entourage et/ou du patient.
- Un manque de temps de l'entourage et/ ou du patient.
- Des difficultés de transports et/ou d'accessibilité.
- Un manque d'orthophonistes dans le secteur du patient.
- Un manque d'information sur les bénéfices de la rééducation orthophonique.
- Une méconnaissance du rôle spécifique de l'orthophoniste dans la prise en soin de l'enfant sourd.

10. De manière générale, constatez-vous des limites, des obstacles dans la prise en soin de l'enfant sourd ?

Oui * Non

* Quelles principales limites, quels obstacles majeurs avez-vous rencontré(e)s lors des prises en soin du patient enfant sourd ?

IV. La collaboration interprofessionnelle orthophonistes – audioprothésistes

1. Travaillez-vous-en étroite collaboration avec les audioprothésistes ?

Jamais Rarement Souvent Très souvent Toujours

2. Pensez-vous que cette collaboration est nécessaire pour une prise en soin optimale des patients sourds ?

Oui Pas toujours Non

3. Actuellement quel(s) terme(s) utiliseriez-vous pour qualifier/décrire votre collaboration avec les audioprothésistes dans la prise en soin des patients sourds ?

- Excellente Bonne Perfectible Insuffisante Difficile Chronophage
- Bidirectionnelle Unidirectionnelle Inexistante Autre

4. Comment cette collaboration se manifeste-t-elle ?

- Échanges téléphoniques ponctuels
- Échanges téléphoniques réguliers
- Écrits (comptes-rendus, notes d'évolution, fiches de suivi...)
- Réunions pluriprofessionnelles
- Mails ponctuels
- Mails réguliers
- Autre

5. Estimez-vous que ces moyens de communication sont suffisants et efficaces dans votre pratique professionnelle ?

- Oui Pas toujours Non

6. Pour quelles raisons échangez-vous avec les audioprothésistes ? Cochez l'ensemble des propositions pertinentes.

- Information sur l'évolution de la perception auditive du patient
- Coordination globale de la prise en soin
- Suivi de l'appareillage et des réglages
- Difficultés persistantes d'adaptation à l'appareillage
- Difficultés persistantes de compréhension
- Compétences en lecture labiale perfectibles
- Localisation des sons difficile
- Développement des compétences langagières
- Difficultés cognitives/mnésiques en parallèle de la surdité
- Autre

7. Selon vous, la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes est-elle différente selon :

	Oui	Non
L'âge du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le degré de surdité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le type d'appareillage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Si vous avez cocher « oui » au moins une fois dans le tableau ci-dessus, quelles différences avez-vous observées ?

9. Quels sont, selon vous, les avantages d'une bonne collaboration avec les audioprothésistes dans la prise en soin des patients sourds (enfants et/ou adultes) ? Citez quelques avantages.

10. Selon vous, quels sont les principaux freins à une collaboration plus étroite entre orthophonistes et audioprothésistes ? Citez quelques freins.

11. Selon vous, quelles actions ou quels outils pourraient améliorer la collaboration entre orthophonistes et audioprothésistes dans la prise en soin des patients sourds ?

12. Pensez-vous qu'un outil de liaison interprofessionnel faciliterait les échanges entre orthophonistes et audioprothésistes pour une prise en soin optimale du patient sourd ?

Oui Non

13. Quels éléments cet outil devrait-il contenir pour répondre aux besoins de votre profession pour une prise en soin optimale du patient sourd ?

V. Le lien avec la prise en soin audioprothétique

1. Savez-vous parler de la prise en soin audioprothétique à vos patients ?

Un encadré est à votre disposition si vous souhaitez détailler votre réponse.

2. Savez-vous en expliquer les intérêts ?

Un encadré est à votre disposition si vous souhaitez détailler votre réponse.

3. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 5 : Formation des orthophonistes à la prise en soin du patient sourd.

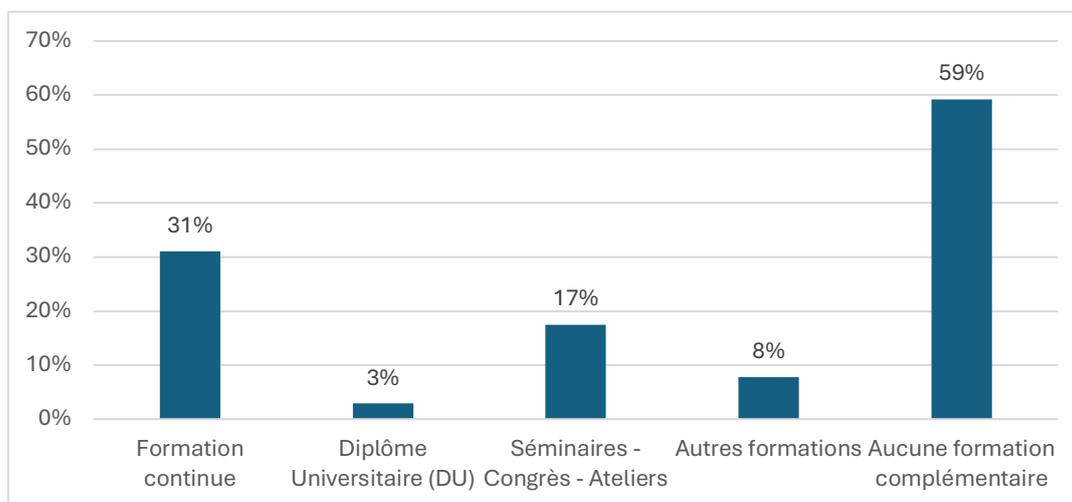


Figure. Formation(s) complémentaire(s) des orthophonistes interrogés à la prise en soin du patient sourd.

Annexe n°6 : Contenus souhaités dans un outil de liaison interprofessionnel : synthèse des besoins exprimés par les professionnels (audioprothésistes et orthophonistes).

Échanges d'informations cliniques		
	Résumé des éléments souhaités	Exemples de réponses
Éléments anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> - Informations administratives du patient. - Antécédents médicaux. - Histoire de la surdité et type de perte auditive. - Appareillage proposé et ses caractéristiques. - Difficultés spécifiques rencontrées par le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Anamnèse, type de perte, histoire de la perte [...] » - « Informations sur le patient. » - « Degré de surdité, difficultés au quotidien [...] » - « Un tableau à compléter qui reprend des éléments essentiels comme la perte, l'évolution, l'appareillage type etc., temps de port des appareils ... [...] » - « Anamnèse, antécédents ORL [...] »
		<ul style="list-style-type: none"> - « Des éléments du patient accessibles aux différents intervenants. » - « Courte anamnèse, date des réglages [...] » - « Informations sur la surdité. » - « [...] marque des appareils (caractéristiques principales). » - « Direction du microphone, différents programmes paramétrés, temps d'utilisation de l'appareillage, effort d'écoute du patient selon les situations de communication. » - « Type et nom d'appareillage + spécificités techniques (CROS, connectivité Bluetooth ou non, Boucle T ou non ...). »
Comptes-rendus de bilan	<p>Bilan orthophonique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compte-rendu (CR) de bilan ou synthèse des troubles observés, capacités conservées, impact fonctionnel (communication, compréhension, expression). 	<ul style="list-style-type: none"> - « Bilan auditif + bilan orthophonique [...] » - « Audiométries tonale, vocale et résultats aux tests dans le bruit. » - « Une plateforme avec les comptes-rendus de chacun visibles. » - « Un bilan auditif devrait être accompagné d'un bilan orthophonique car des troubles du langage, trouble cognitifs sont parfois liés à la perte [...] »

	<p>Bilan auditif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Courbes audiométriques (tonale et vocale). - Seuils auditifs et leur évolution. - Gains prothétiques. <p>Bilans médicaux et paramédicaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « [...] l'accès aux bilans, tests et comptes-rendus de tous les différents professionnels intervenants dans la prise en charge y compris l'ORL, le psychologue... » - « Les courbes (audiométries tonale et vocale). » - « Nos conclusions brèves orthophoniques / remarques importantes en séances. » - « Les courbes avec les seuils auditifs. » - « Audiogramme avec les appareils, courbe vocale, compréhension dans le bruit si possible [...] Bilan orthophonique détaillant les sons difficiles à discriminer + scores compréhension mots/phrases/non mots/ bruit + CR [compte-rendu] ORL . » - « Des données issues de nos bilans orthophoniques utiles pour affiner les réglages des audioprothésistes. »
<p>Projet thérapeutique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs de prise en soin définis. - Axes de rééducation envisagés. - Articulation des actions entre les professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - « [...] objectifs fixés au début de la PEC [prise en charge] + axes à travailler. » - « Les actions de chacun mises en place dans leurs domaines. » - « [...] quels sont les leviers communs et quelles sont les actions de l'un pour l'autre. » - « Objectifs, prévisionnel des résultats prenant en compte son déficit auditif mais aussi son état cognitif. »
<p>Suivi d'évolution et observations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Progrès réalisés par le patient. - Acquis et/ou difficultés persistantes. - Évolution des réglages. - Discrimination des phonèmes. - Observations cliniques détaillées. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Évolution, progrès, ce qui est travaillé et comment nous pouvons contribuer à cette prise en charge. » - « Les situations acquises, celles plus difficiles, les phonèmes bien entendus, ceux qui sont encore compliqués [...] » - « [...] une fiche chronologique résumée qui indique les progrès du patient. » - « Notes qui permettraient de signaler les problèmes rencontrés, les améliorations etc. »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Des remarques concernant l'évolution des réglages. » - « Les ajustements réalisés lors des réglages. » - « Des encadrés pour les retours de l'audioprothésiste et de l'orthophoniste. » - « Fréquence et observations des réglages - Évolution de la PEC [prise en charge] et objectifs ciblés. » - « Observations de l'évolution des compétences en séance - Retour concernant les actions menées par l'audioprothésiste, conseils d'axes de travail. » - « Les progrès au niveau du langage, les changements au niveau du degré de surdité, de l'appareillage... »
Référencement et mise en réseau		
Annuaire professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnées et disponibilités des professionnels. - Référencement des orthophonistes prenant en soin des patients sourds. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Annuaire pour faciliter l'adressage et les échanges. » - « Un annuaire. » - « La liste des orthophonistes disponibles dans la commune ou le secteur [...] » - « Localisation des professionnels, disponibilités : mail/téléphone. » - « Liste des professionnels, adresse, mail, tel et compétences. »
		<ul style="list-style-type: none"> - « Les coordonnées et disponibilités de l'audioprothésiste.» - « Noms des intervenants : ORL, audioprothésiste, orthophoniste... » - « [...] les coordonnées de l'audioprothésiste (pas toujours faciles à récupérer auprès des patients). »
Formation et ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Liens entre formations initiales. - Informations sur les approches thérapeutiques. - Documentation sur la prise en soin de la surdité. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Avoir des occasions d'échanger entre les écoles d'audioprothésistes et d'orthophonistes. » - « Guide de la prise en charge orthophonique et sa rééducation. » - « Nous expliquer la prise en charge qui peut être mise en place pour nos patients, dans quels cas et pourquoi. »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Notre rôle, ce que nous connaissons ou sommes censés connaître sur le sujet, quels intérêts ils auraient à travailler en partenariat. » - « Une explication du rôle de chaque professionnel à destination du patient et de son entourage. » - « Articles pour mises à jour sur le domaine concerné. »
Caractéristiques techniques de l'outil		
Format et ergonomie de l'outil	<ul style="list-style-type: none"> - Interface simple, synthétique et sécurisée. - Format plutôt numérique favorisant la transmission rapide et la traçabilité des échanges. - Rapide et facile d'utilisation. - Compréhensible et interprétable par les deux professions. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Simple, sécurisé, contenant une messagerie sécurisée, ayant une base de données commune par patient, ayant des passerelles avec d'éventuels autres logiciels. Il faut que ça prenne peu de temps à utiliser/mettre en œuvre. » - « Simple, efficace, ludique. » - « Facile d'utilisation. » - « Un dossier médical auditif partagé entre audio-ortho-ORL genre DMP. »
		<ul style="list-style-type: none"> - « Des éléments à cocher rapidement et quelques encadrés permettant d'échanger rapidement et qu'il y ait une trace pérenne des échanges, des adaptations, des réglages ... Certaines structures ont des outils très pertinents qui mériteraient d'être diffusés et adaptés aux pratiques en libéral ». - « Support physique des échanges pour garder une trace et favoriser le lien interprofessionnel. » - « Un outil de discussion (mails, ou sorte de "tchat") pour discuter entre nous des prises en soin de patients. » - « Un document /une trame commune à remplir en collaboration avec l'orthophoniste/ audioprothésiste / le patient, un support d'échange déjà tout prêt » - « Une fiche de suivi commune ? comme dans certaines structures. »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Cet outil pourrait contenir des réponses déjà pré-enregistrées avec tous les critères possibles pour gagner du temps et n'avoir qu'à cocher ce qui correspond au patient. » - « La possibilité de sélectionner des sons, des intensités, des fréquences, des localisations, des situations problématiques. Cela permettrait que la transmission soit synthétique sans passer par des explications rédigées. » - « Construction en partenariat ortho/audio et fiche à tester des deux côtés , rapide à remplir ! » - « Il faudrait une "traduction" de ce qu'on repère en termes acoustiques (fréquence concernée, paramètres acoustiques comme compact/diffus ou continu/discontinu ...). »
--	--	--