

L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

La participation de l'Audioprothésiste évolue au fur et à mesure de l'appareillage de l'enfant sourd de façon à s'intégrer dans l'action de l'équipe pluridisciplinaire et en prenant soin de respecter si possible la chronologie de la prise en charge de chacun de ses membres. L'évolution des besoins techniques et du programme individuel d'accompagnement familial étant nécessaire en fonction des progrès, du développement et des capacités de l'enfant, l'Audioprothésiste doit s'adapter aux différentes étapes qui constituent son intervention selon les demandes de l'ensemble des membres de l'équipe.

L'un des éléments clés du travail d'équipe est la cohérence globale du discours de façon à éviter les redits contradictoires qui pourraient déstabiliser la prise en charge et surtout entraîner une perte de confiance des parents envers l'un des acteurs du groupe.

La difficulté est d'adapter cette communication en fonction du mode de fonctionnement des intervenants car le deuxième élément clé est que chaque équipe possède ses propres besoins et priorités. L'excellence sera d'exprimer un discours cohérent, sans redondance excessive, différent pour chaque équipe et pour chaque intervenant en fonction de ses sensibilités et de son activité professionnelle avec un objectif commun, celui de faire comprendre que pour la prise en charge de l'enfant il n'existe point de "salut" sans notion d'équipe.

Pour que ces actions qui se modifient dans le temps puissent se faire dans de bonnes conditions, la nécessité d'une coordination s'impose. Elle peut se faire sous forme de synthèse par un groupe lors d'une réunion ou par un des intervenants qui joue alors le rôle de décideur après avoir écouté chacun des acteurs de la prise en charge.

L'audioprothésiste peut ici jouer plusieurs types de rôle selon qu'il est l'audioprothésiste de l'enfant, celui qui est intervenant dans une équipe d'implantation ou celui qui a en charge l'activité d'Audioprothésiste au sein d'un établissement scolaire.

28

Eric BIZAGUET

Laboratoire Correction Audiitive
20 rue Thérèse
75001 Paris
lcabizaguet@aol.com

L'AUDIOPROTHÉSISTE DE L'ENFANT

Ce paragraphe ne peut contenir l'ensemble des éléments concernant l'appareillage de l'enfant sourd et doit être lu comme une information généraliste dans le cadre d'une revue dont le sujet est la prise en charge orthophonique de l'enfant sourd.

La principale responsabilité de l'Audioprothésiste est le choix prothétique dans le cadre d'un accompagnement familial et d'une éducation prothétique.

Pour se faire, l'Audioprothésiste va s'adapter aux caractéristiques de la surdité et à son étiologie, à la fiabilité des mesures audiométriques, à l'étape de développement où se situe l'enfant, à son âge, à l'environnement familial, à son comportement et à l'existence éventuelle de troubles associés, etc...

Cette prise en charge s'adapte au fur et à mesure du temps et des premiers résultats

dans le cadre d'une écoute attentive en respectant les réactions de l'enfant et de sa famille. Lors des premières étapes de l'appareillage, les parents doivent faire l'objet de toutes les attentions car ce moment peut correspondre pour eux à un désir de réparation alors qu'ils peuvent être en grande souffrance d'acceptation du déficit.

Ils doivent comprendre lors des échanges avec l'Audioprothésiste et le reste de l'Equipe l'impact de la surdité, les intérêts et les limites éventuels de l'appareillage, l'importance d'une prise en charge spécialisée, etc.

L'audioprothésiste reprend ici une place dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire et son action doit s'intégrer dans une prise en charge plus générale.

Les informations relevées lors des échanges avec les différents membres de l'équipe influencent les réglages des appareils puisque le compromis confort/résultats/efficacité dépend des progrès de l'enfant. Progrès que l'équipe orthophonique et pédagogique peut analyser de façon fine et progressive puisque c'est elle qui rencontre la famille et l'enfant le plus souvent.

Les besoins de l'équipe peuvent aussi modifier le rythme de la mise en place du gain puisque les informations nécessaires à chaque étape de développement de l'enfant sont déduites de celles qui ont permis les progrès de l'étape précédente.

Le choix du gain et du niveau de sortie des aides auditives est un compromis entre fiabilité des réponses, résultats constatés et risque traumatique. Les distorsions de l'oreille interne et les troubles liés à des difficultés d'intégration du message oral de type dysphasie ne peuvent être entièrement prédits au début de la prise en charge. On comprend donc aisément que l'appareillage ne peut être que le résultat d'une suite d'adaptation et que le partage des informations en provenance des différents membres de l'équipe influence non seulement le choix de l'amplification, mais parfois entraîne une modification de la prise en charge orthophonique et pédagogique.

L'audioprothésiste doit, dans le cadre de l'appareillage, procéder au contrôle audiométrique immédiat et vérifier la cohérence de l'efficacité prothétique, de l'innocuité de l'adaptation et de la bonne tolérance mécanique. Il doit apprendre aux parents à mettre en place les appareils sans craindre d'entraîner une douleur et expliquer les différents points pouvant poser problème, (larsen, nettoyage, changement des piles, conservation des appareils le soir, explication concernant le mode d'emploi, etc.)

L'acte prothétique intègre également la notion d'éducation prothétique, à ne pas confondre avec l'éducation auditive qui est du ressort de l'orthophonie. Cette éducation prothétique dépend de l'âge de l'enfant et de son éventuelle participation à la mise en place des appareils.

Dans le cadre de cette éducation prothétique, l'Audioprothésiste explique aux parents et éventuellement à l'utilisateur le fonctionnement des appareils, leur manipulation, le nettoyage des aides auditives et de l'embout, les soins nécessaires à sa bonne conservation, la conduite à tenir en cas de panne, mais aussi et surtout les informe sur les résultats à court ou moyen terme.

En sortant de la visite d'adaptation, les parents et éventuellement l'enfant doivent pouvoir sans crainte utiliser les appareils, connaître le programme normal de port et les éléments qui pourraient éventuellement être le signe d'alerte d'un inconfort. Les explications concernent également les différentes possibilités d'utilisation des appareils par l'enfant, c'est-à-dire la fourchette des comportements normaux.

L'enfant nouvellement appareillé peut par exemple se montrer craintif de l'existence de certains signaux sonores, retirer ses appareils dès leur mise en place du fait de l'existence d'une sensation de corps étranger sans qu'il n'existe aucune réelle intolérance aux signaux sonores, accepter sans difficulté les aides auditives mais n'extérioriser aucun signe d'efficacité, etc.

Avoir prévenu les parents que cette apparence inefficacité ne signifie pas forcément qu'il n'existe pas de perception sonore, et les avoir informés que la réaction à un bruit nécessite un ensemble d'étapes centrales qui ne sont pas obligatoirement disponibles dès la mise en place des appareils et nécessitent un temps d'intégration avant leur une efficacité réelle et spontanée permet de dédramatiser les difficultés.

Le but de cet accompagnement est de diminuer les stress de projection sur le futur en fonction des premiers résultats et observations, de renforcer la confiance des parents sur leur capacité à participer à la prise en charge de leur enfant, de diminuer leur crainte de ne pas savoir utiliser et contrôler les aides auditives, etc.

On voit bien dans ce paragraphe que l'Audioprothésiste de l'enfant ne se contente pas de la délivrance d'un appareil, mais que son rôle renferme des notions d'accompagnement, de prise de décision successive et d'explication sur le court, moyen et long terme.

Les réponses aux différentes questions posées par les parents doivent s'intégrer dans les explications données par les autres membres de l'équipe, surtout que les parents vérifient de façon croisée la véracité des dires de chacun, allant parfois jusqu'à prêcher le faux pour conforter le vrai.

Le rôle de chacun est également de recadrer la vision des parents sur l'un des membres de l'équipe, de renforcer l'efficacité des actions de cet intervenant et d'expliquer que le temps de constatation d'un progrès peut nécessiter une période incompressible d'utilisation et d'intégration.

Cette description du rôle de l'audioprothésiste de l'enfant ne doit pas être considérée comme exhaustive, mais comme une introduction à celui de l'audioprothésiste de la structure spécialisée.

L'AUDIOPROTHÉSISTE DE LA STRUCTURE SCOLAIRE

Le rôle est ici très différent de celui de l'audioprothésiste adaptateur et dépend des limites que fixe la structure scolaire. Deux types de fonctionnement peuvent d'ailleurs exister en fonction de la possibilité ou non de recevoir les parents.

La limite est fixée par l'établissement et les différents points suivants peuvent être intégrés ou non dans la démarche audioprothétique.

1. Surveillance des appareils

Le contrôle habituel réalisé par l'Audioprothésiste de l'enfant se fait à 2 ou 3 reprises dans l'année. Or, du fait de leur comportement, les enfants ou adolescents détériorent statistiquement davantage leurs appareils que les adultes. Les deux causes les plus courantes sont les chocs et l'effet de la transpiration ou de l'humidité.

Le choc mécanique peut parfois endommager l'écouteur créant des distorsions alors que le fonctionnement semble normal (le larsen existe). La qualité du message sonore pouvant être altérée, les acquisitions d'un nouveau codage incluant les

distorsions apportées par l'appareil sont néfastes si la durée de cette déformation persiste, d'où l'intérêt d'un contrôle régulier des appareils.

Cette maintenance de premier niveau peut se faire par l'écoute au stéthoscope des appareils auditifs. Ce contrôle élimine les pannes importantes, mais ne peut se substituer au contrôle global par l'Audioprothésiste de l'enfant intégrant l'analyse de l'appareil à la chaîne de mesure et le gain prothétique.

L'écoute de l'appareil peut éventuellement être remplacé dans certains établissements par un passage à la chaîne de mesure quand la structure scolaire en est équipée. La courbe de transfert de l'appareil étant mémorisée informatiquement, la comparaison entre l'ancienne courbe et la nouvelle permet de dépister les anomalies et glissements de l'amplification.

2. Surveillance des conduits auditifs

La vérification de l'efficacité de l'appareillage s'accompagne obligatoirement par une otoscopie à la recherche d'anomalies et/ou de bouchon de cérumen. Ce contrôle est parfois partagé avec le spécialiste ORL qui a également en charge le contrôle clinique et audiométrique.

A titre indicatif, le contrôle des conduits auditifs permet de conseiller à 6% des enfants contrôlés quand l'otoscopie a lieu mensuellement de consulter leur ORL pour existence de cérumen ou impact mécanique du port de l'appareil. Le gain fonctionnel étant le seul vraiment efficace, le contrôle otoscopique est l'examen complémentaire obligatoire à la vérification de l'aide auditive.

En fonction du problème rencontré, la démarche sera pour l'Audioprothésiste soit de le résoudre, l'exemple du tube percé ou décollé étant le plus courant, soit de renvoyer vers l'audioprothésiste de référence. Les exemples sont ici nombreux, embout trop petit en raison de la modification du conduit auditif, embout déchiré ou endommagé, allergie constatée lors de l'otoscopie, esthétique de l'embout, etc.

3. Vérification de l'efficacité de l'appareillage

Deux types de contrôle peuvent être réalisés en fonction des besoins et des établissements.

Le plus complet est presque identique à celui réalisé par l'audioprothésiste de l'enfant lors du contrôle, ce qui permet à l'équipe de posséder une référence des courbes prothétiques utilisable dans la structure même, le mode de relevé et le matériel étant le même. La mesure est d'autant plus complète que les capacités de l'enfant le permettent. (Tonale au casque et en champ libre, gain prothétique tonal et vocal, test vocal cochléaire, test en milieu bruyant, analyse des distorsions à un niveau supraliminaire, etc.).

La comparaison des résultats avec les précédents permet de vérifier que les fondamentaux auditifs ne se sont pas dégradés, que l'appareillage est de qualité et que l'enfant progresse dans ses capacités de compréhension et de vocabulaire. Des tests concernant les capacités de mémoire à court, moyen et long terme peuvent aussi être utilisés.

Un test plus sommaire peut vérifier que les appareils fonctionnent sans vérifier que l'efficacité est maximale. Pour se faire, il suffit de procéder à des analyses de plus en plus complexes en fonction des capacités de l'enfant. Par exemple, bruit/non bruit, court/long, répétition de rythme, de voyelles, de paires de voyelles, de consonnes, répétition de mots simples connus de l'enfant, répétition de mots plus complexes et pour finir de phrases.

Cette étape sommaire est réalisée car dans la règle générale, le passage de l'audioprothésiste ne se fait pas en cabine, mais directement dans les classes ou dans un bureau proche des classes de façon à perturber le moins possible l'activité scolaire.

En cas d'anomalie, on doit procéder à des examens complémentaires de façon à éliminer la cause et résoudre le problème.

Cette vérification est souvent mensuelle car le temps passé pour chaque enfant est de

quelques minutes, ce qui sous-entend que l'ensemble des enfants d'une école peut être contrôlé mensuellement.

Après cette vérification, plus approfondie que la simple écoute des appareils, et à une analyse des résultats, l'audioprothésiste de la structure scolaire peut faire réaliser au sein de l'établissement un examen clinique et audiométrique par l'Oto-Rhino-Laryngologiste de l'établissement spécialisée ou demander à ce qu'une consultation externe ait lieu en cas d'impossibilité ou en fonction de l'urgence.

En fin de contrôle, un document peut être remis à l'enfant de façon à informer les parents de la visite et des différents problèmes rencontrés. Un contrôle réalisé lors du passage suivant permettra de vérifier que la consigne est passée et que le problème a été résolu.

3 RÔLE D'INFORMATION

Le rôle d'information est identique pour tous les membres de l'équipe : partage de l'information concernant le patient, concernant le travail de l'équipe, synthèse concernant l'enfant, communication avec les parents dans le cadre du travail d'équipe et du projet général de l'établissement scolaire, connaissance de l'activité des autres membres de l'équipe, etc.

1. Information individuelle vis-à-vis des parents

L'audioprothésiste scolaire va dans certains cas être confronté aux questions des parents. En tant que membre de l'équipe, la prudence est indispensable car les questions posées ont déjà peut-être obtenu des réponses en provenance de l'un des intervenants, la démarche étant ici de conforter et de vérifier les dires d'un autre membre de l'équipe ou une information obtenue par des canaux divers.

Ces canaux sont parfois des revues ou Internet, ce qui peut parfois présenter des désavantages car l'information ne correspond pas toujours au degré de surdité et au stade de développement de l'enfant.

Il ne faut cependant pas rester trop évasif car les informations initiales fournies lors des premiers rendez-vous sont suffisamment nombreuses pour que la redondance soit indispensable. Il faut reprendre les questions dans son domaine de prédilection et analyser au fur et à mesure du temps les réactions des parents. La confiance doit s'installer et l'échange doit être interactif avec une idée primordiale, ne pas aller vers une attitude qui pourrait être négative pour l'un des membres de l'équipe.

Les questions se font à partir de plusieurs axes différents dont la liste n'est évidemment pas exhaustive : peur de mal faire ? Comment faire mieux ? Quel sera l'avenir ? le mode de communication est-il le bon ? Existe-t-il des solutions qui normalisent l'audition ? Place de l'implant ? Etc.

Les questions sont variées et renseignent sur les espoirs, les doutes et la peur de l'avenir.

Pour un travail d'équipe complet, il serait sans doute souhaitable d'informer systématiquement les membres de l'équipe des questions posées par les parents concernant leur activité, mais cette démarche s'avère très chronophage. Il est donc d'usage de signaler au professionnel concerné toute question pouvant entraîner une modification de la prise en charge et de profiter des synthèses pour informer l'équipe de l'ensemble des questions et/ou des interrogations sous-entendues lors des rencontres audioprothésiste/parents.

2. Informations entre l'audioprothésiste et l'équipe concernant l'enfant

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'audioprothésiste de l' cole intègre son activité dans celle de l'équipe. Les échanges doivent donc être réguliers.

L'échange d'information peut se faire de deux façons, soit de manière directe lors des synthèses, soit par le partage de données au niveau d'un cahier de liaison interne à l'équipe. Le contenu des dossiers varie de façon importante en fonction des structures selon le niveau de confidentialité désiré. Les données concernent l'anamnèse, l'évolution de l'enfant et la cohérence de cette évolution vis-à-vis de la surdité, les troubles associés pouvant aggraver l'impact de la surdité, etc.

Pour être efficace, la mise à jour des données doit être régulière. L'audioprothésiste peut se servir des progrès de l'enfant, de l'anamnèse, de son comportement pour vérifier la bonne adéquation de l'appareillage et pour informer l'équipe, les parents ou l'audioprothésiste de l'enfant d'un éventuel besoin de contrôle prothétique, d'une modification de l'audition ou du gain.

Toute anomalie constatée doit être suivie d'une action, soit au sein de la structure scolaire, soit en demandant l'intervention extérieure de l'audioprothésiste de l'enfant. Un document est remis à l'enfant lors de la constatation du problème pour prévenir les parents de celui-ci.

3. Information générale de l'équipe vis-à-vis des progrès technologiques

Les progrès étant constants et rapides dans la technique prothétique, il semble naturel que l'audioprothésiste informe lors de réunion générale ou en petit groupe des améliorations et limites des nouveaux matériels.

Que peut-on demander à une nouvelle technologie ? La prise en charge doit-elle être modifiée pour tenir compte de la mise en place d'une avancée technologique ? La limite d'indication de l'implant est-il modifiée par l'apparition de nouvelles technologies ? Quelle amélioration sur les seuils ? Pourquoi faut-il un temps d'adaptation ? Est-il possible d'adapter un matériel complémentaire ? Etc.

Les échanges sont particulièrement importants lors des sauts technologiques car ils contiennent des possibilités nouvelles de r education. Par exemple, l'élargissement de la bande passante permet une modification de la perception des consonnes qui peut entraîner dans un premier temps une dégradation de la perception de la zone aigue, puis dans un deuxième temps une amélioration de la discrimination des consonnes aigues.

Le fait d'informer l'orthophoniste de cette nouvelle possibilité peut entraîner un travail spécifique de la zone en question de façon à intégrer les nouvelles données perçues au niveau central.

De la même manière, les informations fournies à l'audioprothésiste par l'orthophoniste dans le cadre de ces échanges peuvent conduire à une nouvelle audiométrie prothétique, à une surveillance à court terme des progrès de l'enfant, et éventuellement au conseil de consulter l'audioprothésiste dans le but d'effectuer une modification des réglages.

Comme le démontrent les exemples précédents, l'échange d'information doit se faire de manière croisée pour être efficace. De la pluralité de l'analyse et du croisement actif des données se fait la notion de qualité de l'équipe.

4 LE MATÉRIEL HF

Le matériel HF permet par onde radio une liaison privilégiée entre le professeur et l'élève de façon à éliminer l'impact de la distance et d'améliorer le rapport signal/bruit. L'audioprothésiste de l' cole peut avoir plusieurs fonctions concernant le matériel HF.

1. L'indication

L'audioprothésiste participe, soit spontané-

ment lors d'une audiométrie, soit à la demande d'un des membres de l'équipe, à l'indication d'un HF en définissant les avantages et les limites du matériel pour un patient donné en fonction de sa surdité, de ses appareils et du résultat prothétique.

Le fait de connaître les lieux scolaires, les intervenants, les matières scolaires et les temps d'intégration ainsi que les données prothétiques permet à l'audioprothésiste de la structure scolaire de jouer un rôle d'expert vis-à-vis de l'indication du matériel HF.

De plus, bien que la grande majorité des appareils auditifs soit pré-équipée d'une prise Audio indispensable à une utilisation naturelle des sabots de liaison vers le matériel HF, il existe des exceptions. L'absence de cette prise constatée sur certaines aides auditives contre-indique l'utilisation de ce type de matériel. Il est du rôle de l'Audioprothésiste d'en avertir l'équipe.

L'indication inclut également le moment où cette technique doit être employée et le fait de ne pas conseiller le matériel HF à certaines époques ne doit pas le contre-indiquer à d'autres périodes en fonction de l'évolution des besoins et problèmes rencontrés.

2. Adaptation et maintenance

Si le matériel appartient à l'enfant, il est habituel que son adaptation ait été réalisée par l'audioprothésiste qui le prend en charge en dehors de la structure. Le seul problème pouvant exister dans ce cadre est l'existence d'une diaphonie, le quartz utilisé pour réaliser la liaison HF étant déjà affecté à un autre matériel, il existe un mélange des sources sonores. La solution est ici de faire modifier la fréquence du HF de l'enfant. La maintenance du matériel est réalisée par l'audioprothésiste ayant adapté le matériel, le rôle de l'audioprothésiste de l'école se limitant à vérifier le bon fonctionnement du matériel HF lors du contrôle global.

Si le matériel appartient à l'établissement, l'audioprothésiste participe à la maintenance générale du stock global du matériel, soit totalement, soit en aide à un

membre de l'équipe ayant pour rôle d'organisation et de premier contrôle et qui a l'avantage d'être constamment dans les lieux. En cas de problème, c'est l'établissement qui prend en charge le matériel et en assure la réparation. L'affectation des différentes fréquences est particulièrement importante car leur répartition doit se faire pour éviter toute interférence d'une classe par rapport à l'autre.

3. Réglage et audiométrie

Pour certains matériels HF, l'audiométrie permet à l'audioprothésiste de choisir les réglages les plus adaptés à une bonne utilisation de cette technique. En effet, une étude comparative à distance du haut-parleur avec et sans HF permet de régler les niveaux de sensibilité et de volume du récepteur.

L'audiométrie vocale est systématiquement réalisée puisqu'elle mesure avec objectivité l'efficacité de la liaison HF. Cette étape peut être particulièrement importante pour les enfants et adolescents ayant des difficultés d'acceptation du HF puisque la démonstration de l'efficacité encourage l'hésitant à en accepter le port.

Il est cependant difficile de faire accepter cette technique à certaines catégories de surdité (profonde et légère-moyenne)

ayant une image dévalorisante du HF, l'apport de qualité de réception du signal vocal étant plus petit que la charge psychologique de porter l'émetteur. Dans ce cadre, l'audioprothésiste participe au travail d'équipe pour faire accepter la solution proposée.

5 PARTICIPATION AUX SYNTHÈSES ET COMPTES-RENDUS À L'ÉQUIPE

L'audioprothésiste peut assister à la demande d'un des membres de l'équipe à des synthèses, lieux privilégiés des échanges définis précédemment. Le fait que l'audioprothésiste "suive" de façon globale tous les enfants de la structure ne rend pas toujours possible, et utile d'ailleurs, sa présence à toutes les synthèses du fait du temps qu'il faudrait y consacrer.



Par contre, il est d'usage d'assister aux synthèses en fonction de besoins particuliers nécessitant la présence de l'audioprothésiste : changement de prothèse, indication d'HF, indication d'implant, modification des résultats, aggravation de la perte auditive, questions particulières des parents, etc.

La place de l'audioprothésiste dans ces synthèses dépend beaucoup des besoins de l'équipe et du mode de fonctionnement de la structure, la règle étant ici d'être adaptatif aux demandes.

7 CONCLUSION

Les données de cet article ne doivent évidemment pas être considérées comme exhaustives et de nombreux audioprothésistes de structures spécialisées auront des démarches différentes, mais il renferme les données primordiales des différentes actions possibles.

L'élément clé du rôle de l'audioprothésiste au sein de l'équipe est de participer à l'échange d'information et de tout faire pour renforcer cette interdisciplinarité. Les échanges se font dans les deux sens et il est nécessaire à l'audioprothésiste d'apprendre parfois à écouter et à traduire les informations recueillies en modification de réglage ou de discours.

Plus la confiance sera partagée au sein de l'équipe, plus le rôle de l'autre sera compris, plus les membres de l'équipe communiqueront et plus l'efficacité des échanges sera grande ; ce qui sous-entend que l'osmose nécessite du temps, la compréhension du travail de "l'autre" et que c'est dans le cadre de ces échanges que naît la complémentarité des équipes les plus performantes.

Bibliographie :

AIMARD P. L'enfant et son langage, 2ème édition, Villeurbanne, 1974.

APPAIX A., DECROIX G., OLIVIER J.C. avec la collaboration de BIZAGUET G., DEHAUSSY J., RAINVILLE M., SANGUY C., VAYSSETTE J. et VEIT P. La Prothèse Auditive. ARNETTE édit. 1974.

BOUILLON Jean-Pierre coord. : "La surdité chez l'enfant en France",  d. C.T.N.E.R.H.I., Vanves, 1990. Bureau International d'Audiophonologie : Recommandation 06/1 : Evaluation de la correction auditive prothétique, Bruxelles, 1980.

E BIZAGUET : Techniques classiques d'appareillage chez l'enfant, Les Cahiers de l'Audition, Masson, 1988.

D. CHARDIN : "Les surdités",  d. Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ? (n 1148), Paris 1982.

A. DUMONT : "L'orthophoniste et l'enfant sourd",  d. Masson, coll. d'Orthophonie, Paris 1988, 2 me édition 1995.

C. GELIS Bases techniques et principes d'application de la prothèse auditive, Sauramps médical, Montpellier, 1993.

J. GOUST : "Pour mieux vivre la malentendance au quotidien",  d. Albin Michel, Paris 1998.

J.C. LAFON : Le test phonétique et la mesure de l'audition. Editions arnette 1964.

A MORGON, N DAUDET, P AIMARD :  ducation précoce de l'enfant sourd :   l'usage des parents et des éducateurs, Masson, Collection d'orthophonie Paris, 1994.

M. PORTMANN, C. PORTMANN : précis d'audiométrie clinique, Masson, Paris. 1984.

X. RENARD : Le pré-réglage, Arnette, Paris, 1985.

N. TAGGER : "La communication avec un jeune sourd - Petit manuel à l'usage des enseignants qui accueillent un élève déficient auditif dans leur classe",  d. Presses Universitaires de Lyon, coll. Ethologie et Psychologie des communications, Lyon 1994.

P. VEIT, G. BIZAGUET : Synopsis pour l'évaluation de la correction auditive chez l'enfant, Bull. d'Audiophonologie 4, 2, Besançon, 1974.

P. VEIT, G. BIZAGUET L'appareillage audioprothétique du jeune enfant déficient auditif, Le Pédiatre, 101, Déc 1986.

6 CONSEILS sur le matériel de table et sur les installations acoustiques

Du fait de sa formation, l'audioprothésiste peut être un interlocuteur privilégié pour conseiller l'équipe vis-à-vis des traitements acoustiques des lieux d'exercice professionnel (cabine, salle de classe, boucle magnétique) de façon à diminuer la réverbération et de permettre une meilleure isolation phonique du local.

De même, l'audioprothésiste peut vérifier et éventuellement participer aux choix des réglages de certains matériels de table comme les SUVAG. En effet, du fait de ses caractéristiques, ce type de matériel se comporte comme une prothèse et la démarche de réglage ressemble à la détermination du gain d'une aide auditive.