

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Centre de formation en orthophonie

Année 2015-2016

MEMOIRE

en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

présenté par

Tiphaine DE LA MORINIÈRE

ETAT DES LIEUX DU SUIVI REEDUCATIF EN  
ORTHOPHONIE D'UNE POPULATION  
D'ADOLESCENTS SOURDS APPAREILLES

Directeur du mémoire : Jean-Pascal LEBRETON, praticien hospitalier

Membres du jury : Michèle BAUDEQUIN, orthophoniste

Typhaine VEAU, orthophoniste

Corinne AL JAABARI, psychologue



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Centre de formation en orthophonie

Année 2015-2016

MEMOIRE

en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

présenté par

Tiphaine DE LA MORINIÈRE

ETAT DES LIEUX DU SUIVI REEDUCATIF EN  
ORTHOPHONIE D'UNE POPULATION  
D'ADOLESCENTS SOURDS APPAREILLES

Directeur du mémoire : Jean-Pascal LEBRETON, praticien hospitalier

Membres du jury : Michèle BAUDEQUIN, orthophoniste

Typhaine VEAU, orthophoniste

Corinne AL JAABARI, psychologue

## DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très sincèrement :

- Le Dr Jean-Pascal Lebreton pour avoir accepté de diriger et d'accompagner ce mémoire, ainsi que pour ses riches enseignements dispensés au cours de ma formation.
- Mme Michèle Baudequin, orthophoniste, pour avoir accepté de participer au jury de ma soutenance. Mes profonds remerciements pour la pertinence de ses remarques qui ont fait mûrir ma réflexion pour ce mémoire, mais également pour ses précieux enseignements dispensés au cours de ma formation.
- Mme Typhaine Veau, orthophoniste, pour avoir accepté de participer au jury de ma soutenance. Mes remerciements pour son expérience d'orthophoniste qu'elle a fait partager au cours de ma formation.
- Mme Corinne Al Jaabari, psychologue, pour avoir accepté de participer au jury de ma soutenance et pour l'intérêt qu'elle a porté à ce travail de recherche.
- Mr Jean-Pierre Bernard, psychologue, pour ses nombreux conseils qu'il m'a fournis pour la réalisation de ce mémoire. Mes remerciements pour ses cours très intéressants dispensés au cours de ma formation.
- L'ensemble des jeunes sourds appareillés, ainsi que leurs parents, qui ont accepté de participer à mon étude. Sans eux, ce mémoire n'aurait pas pu être abouti.
- Mme Camille Vitry-Lefèbvre, orthophoniste, pour sa relecture attentive de mon mémoire et pour ce qu'elle m'a transmis sur la pratique orthophonique au cours de cette année. Mes vifs remerciements pour la confiance qu'elle m'accorde.
- Tous les intervenants de l'école d'orthophonie de Poitiers pour ces quatre belles années de formation, au cours desquelles ils m'ont transmis leur savoir et leur expérience.

- Toutes mes maîtresses de stage qui m'ont accueillie, formée et qui m'ont tant apporté au cours de ces quatre années de formation.
  
- La promotion Van Eeckhout pour ces quatre années que nous avons partagées tous ensemble, et plus particulièrement Marie, Marine, Marie et Julie.
  
- Ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille.

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES TABLEAUX, SCHEMAS, FIGURES</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>4</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>2 PARTIE THEORIQUE</b>	<b>8</b>
<b>2.1 La surdité : rappels généraux</b>	<b>8</b>
2.1.1 Définition	8
2.1.2 Classification des surdités	8
2.1.3 Types de surdité et étiologies	11
2.1.3.1 Age d'apparition	11
2.1.3.2 Types de surdité et étiologies	11
2.1.3.2.1 Les surdités de transmission	11
2.1.3.2.2 Les surdités de perception	13
2.1.3.2.3 Les surdités mixtes	14
2.1.3.3 Surdités génétiques	14
2.1.4 Aides auditives proposées	15
2.1.4.1 L'appareillage conventionnel acoustique	15
2.1.4.2 L'implant cochléaire	16
<b>2.2 Prise en charge orthophonique chez le jeune sourd appareillé</b>	<b>18</b>
2.2.1 Axes d'intervention et missions de l'orthophoniste	18
2.2.1.1 L'évaluation	18
2.2.1.2 L'information	19
2.2.1.3 La rééducation	19
2.2.2 Développement de la communication orale chez l'enfant sourd	20
2.2.2.1 Facteurs perturbant le développement de la communication orale	20
2.2.2.2 Les productions vocales du bébé sourd	21
2.2.2.3 Accès au langage oral : deux voies possibles	22
2.2.2.4 Le lexique	23
2.2.3 Aides à la communication et modes de communication	23
2.2.3.1 La lecture labiale	23
2.2.3.2 Le Langage Parlé Complété	24
2.2.3.3 La Langue des Signes Française	25
2.2.3.4 Le Français Signé	26
2.2.3.5 Aides à l'écrit	26
2.2.4 Structures spécialisées dans la prise en charge d'un enfant sourd	26

<b>2.3</b>	<b>Adolescence et surdité</b>	<b>29</b>
2.3.1	L'adolescence chez un sujet entendant	29
2.3.1.1	Définition	29
2.3.1.2	Une période clé dans le développement	29
2.3.1.3	Conduites à risque	30
2.3.2	L'adolescence chez un sujet sourd appareillé	31
2.3.2.1	Perturbations au niveau cognitif	31
2.3.2.2	Perturbations au niveau social	32
2.3.2.3	Répercussions sur la prise en charge orthophonique	32
<b>3</b>	<b><i>PARTIE EXPERIMENTALE</i></b>	<b>34</b>
<b>3.1</b>	<b>Problématique et hypothèses de recherche</b>	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>Rappel des objectifs de l'étude</b>	<b>35</b>
<b>3.3</b>	<b>Matériel et méthodes</b>	<b>35</b>
3.3.1	Méthodologie de l'outil de recherche	35
3.3.1.1	Choix du questionnaire	35
3.3.1.2	Construction du questionnaire	35
3.3.1.3	Contenu du questionnaire	36
3.3.1.4	Echelle d'évaluation : le Categories of Auditory Performance (CAP)	38
3.3.1.5	Diffusion du questionnaire et de l'échelle d'évaluation	38
3.3.2	Critères d'inclusion et d'exclusion des participants	40
3.3.2.1	Critères d'inclusion	40
3.3.2.2	Critères d'exclusion	41
3.3.3	Analyse des données	41
<b>3.4</b>	<b>Résultats</b>	<b>42</b>
3.4.1	Répartition de la population d'étude	42
3.4.2	Prise en charge médicale	42
3.4.2.1	Age d'apparition de la surdité	42
3.4.2.2	Diagnostic de surdité	43
3.4.2.3	Caractéristiques de la surdité	43
3.4.2.3.1	Surdité isolée ou syndromique	43
3.4.2.3.2	Degré de surdité (sans appareillage)	44
3.4.2.3.3	Evolutivité de la surdité	44
3.4.2.4	Suivi ORL	45
3.4.2.5	Aide auditive	45
3.4.2.5.1	Age d'appareillage	45
3.4.2.5.2	Type d'appareillage choisi	45
3.4.2.5.3	Suivi audioprothétique	46
3.4.2.5.4	Entretien de l'aide auditive (réglages à faire faire, piles à changer, nettoyage, ...)	46

3.4.2.5.5	Port de l'aide auditive _____	47
3.4.2.6	Commentaires à ajouter _____	49
3.4.3	Prise en charge orthophonique _____	49
3.4.3.1	Premier bilan orthophonique _____	49
3.4.3.2	Rééducation orthophonique _____	49
3.4.3.2.1	Lieu du suivi en orthophonie _____	49
3.4.3.2.2	Fréquence du suivi _____	50
3.4.3.3	Mode de communication _____	51
3.4.3.3.1	Mode de communication mis en place initialement _____	51
3.4.3.3.2	Utilisation du mode de communication initial _____	52
3.4.3.3.3	Mode de communication actuel _____	53
3.4.3.4	Poursuite du suivi en orthophonie _____	54
3.4.3.5	Ressenti de la prise en charge en orthophonie _____	55
3.4.3.5.1	Etat d'esprit du jeune lors de sa venue en séance d'orthophonie _____	55
3.4.3.5.2	Satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie _____	56
3.4.3.5.3	Durée d'une séance d'orthophonie (en principe 45 minutes) _____	57
3.4.3.5.4	Bénéfice des séances d'orthophonie selon les jeunes _____	58
3.4.3.6	Attentes des jeunes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique _____	59
3.4.3.7	Age limite pour une rééducation en orthophonie _____	60
3.4.3.8	Commentaires à ajouter _____	60
3.4.4	Réponses des parents des adolescents sourds appareillés _____	61
3.4.4.1	Statut auditif des parents _____	61
3.4.4.2	Suivi médical concernant la surdité de leur enfant _____	61
3.4.4.3	Décision d'appareiller leur enfant _____	62
3.4.4.4	Aide auditive de leur enfant _____	62
3.4.4.4.1	Type d'appareillage choisi _____	62
3.4.4.4.2	Suivi audioprothétique de leur enfant _____	63
3.4.4.4.3	Entretien de l'aide auditive (réglages à faire faire, piles à changer, nettoyage, ...) _____	63
3.4.4.4.4	Port de l'aide auditive par leur enfant _____	63
3.4.4.5	Prise en charge orthophonique de leur enfant _____	64
3.4.4.6	Mode de communication _____	64
3.4.4.6.1	Mode de communication mis en place chez leur enfant _____	64
3.4.4.6.2	Proposition d'un nouveau moyen de communication, différent de celui utilisé _____	65
3.4.4.7	Arrêt du suivi _____	66
3.4.4.8	Ressenti de la prise en charge en orthophonie _____	66
3.4.4.8.1	Implication dans la prise en charge _____	66
3.4.4.8.2	Satisfaction à l'égard de la prise en charge orthophonique de leur enfant _____	67
3.4.4.8.3	Bénéfice des séances d'orthophonie selon les parents _____	67
3.4.4.9	Attentes des parents vis-à-vis de la prise en charge orthophonique _____	67
3.4.4.10	Commentaires à ajouter _____	68

3.4.5	Analyse du CAP _____	69
3.4.5.1	Répartition du nombre de jeunes en fonction de leur niveau au CAP _____	69
3.4.5.2	Corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie _____	69
3.4.5.2.1	Etat d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie _____	70
3.4.5.2.2	Satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie _____	71
3.4.5.2.3	Durée d'une séance d'orthophonie (en principe 45 minutes) _____	72
3.4.5.2.4	Bénéfice actuel des séances d'orthophonie selon les jeunes _____	72
3.4.5.2.5	Attentes des jeunes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique _____	73
3.4.5.2.6	Conclusion _____	74
<b>3.5</b>	<b>Discussion _____</b>	<b>75</b>
3.5.1	Rappel de l'objectif principal de l'étude _____	75
3.5.2	Confrontation des résultats aux hypothèses _____	75
3.5.2.1	Déterminer la présence ou non d'une lassitude chez des adolescents sourds appareillés concernant leur prise en charge orthophonique _____	76
3.5.2.2	Savoir si ces jeunes ont l'impression subjective de bénéficier de leur rééducation en orthophonie _____	76
3.5.2.3	Quelles sont leurs attentes concernant leur suivi rééducatif en orthophonie ? _____	77
3.5.2.4	Déterminer si la question identitaire, très présente au moment de l'adolescence, entrave la prise en charge orthophonique _____	78
3.5.2.5	Possible corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie _____	78
3.5.3	Limites et biais de l'étude _____	79
3.5.3.1	Limites de l'étude _____	79
3.5.3.2	Biais de l'étude _____	80
3.5.4	Propositions d'amélioration pour la prise en charge orthophonique _____	83
<b>4</b>	<b>CONCLUSION _____</b>	<b>88</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE _____</b>	<b>90</b>
	<b>ANNEXES _____</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe I : Le questionnaire _____</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe II : Le CAP _____</b>	<b>XIII</b>
	<b>Annexe III : Formulaire d'information distribué aux participants _____</b>	<b>XIV</b>
	<b>Annexe IV : Formulaire de consentement distribué aux participants _____</b>	<b>XVI</b>
	<b>Annexe V : Autorisation d'utilisation d'informations distribuée aux participants _____</b>	<b>XVII</b>

# LISTE DES TABLEAUX, SCHEMAS, FIGURES

Figure 1. Les degrés de surdité (d'après le site <http://www.sonetenvironnement.sitew.com/>)

Figure 2. Composition d'un appareillage conventionnel acoustique, type contour d'oreille (d'après le site <http://www.coquelicot.asso.fr/>)

Figure 3. Composition d'un implant cochléaire (d'après le site <http://jaouen.famille.free.fr/>)

Figure 4. Caractéristiques des productions vocales des bébés sourds et entendants (d'après Dumont, 2008)

Figure 5. Des productions vocales au langage verbal les différentes voies d'accès (d'après Dumont, 2008)

Figure 6. Le lexique, décalage temporel et catégoriel entre entendants et malentendants (Dumont, 2008)

Figure 7. Le LPC (d'après le site <http://www.adapeda85.fr/>)

Figure 8. L'alphabet dactylologique (d'après le site <http://langue-des-signes-francaise.com/>)

Graphique 1. Répartition du nombre de participants en fonction de l'âge d'apparition de la surdité

Graphique 2. Répartition du nombre de participants en fonction du degré de surdité (sans appareillage)

Graphique 3. Répartition du nombre de participants en fonction du type d'appareillage choisi

Graphique 4. Répartition du nombre de participants en fonction de l'entretien de l'aide auditive

Graphique 5. Répartition du nombre de participants en fonction du port de l'aide auditive

Graphique 6. Répartition du nombre de participants en fonction du port par contrainte de l'aide auditive

Graphique 7. Répartition du nombre de participants en fonction du lieu du suivi en orthophonie

Graphique 8. Répartition du nombre de participants en fonction du mode de communication initial

Graphique 9. Répartition du nombre de participants en fonction de l'utilisation du mode de communication initial

Graphique 10. Répartition du nombre de participants en fonction du mode de communication actuel

Graphique 11. Répartition du nombre de participants en fonction des motifs de prise en charge

Graphique 12. Répartition du nombre de participants en fonction de leur état d'esprit lors de leur venue en séance d'orthophonie

Graphique 13. Répartition du nombre de participants en fonction de leur satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie

Graphique 14. Répartition du nombre de participants en fonction de la durée d'une séance d'orthophonie

Graphique 15. Répartition du nombre de participants en fonction de leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique

Graphique 16. Répartition du nombre de parents en fonction de leur statut auditif

Graphique 17. Répartition du nombre de parents en fonction de leur satisfaction à l'égard du suivi médical

Graphique 18. Répartition du nombre de parents en fonction de leur satisfaction à l'égard du suivi audioprothétique

Graphique 19. Répartition du nombre de parents en fonction du port de l'aide auditive par leur enfant

Graphique 20. Répartition du nombre de parents en fonction de leur satisfaction à l'égard du mode de communication mis en place chez leur enfant

Graphique 21. Répartition du nombre de parents en fonction de leur implication dans la prise en charge orthophonique

Graphique 22. Répartition du nombre de parents en fonction de leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique

Tableau 1. Répartition du nombre de jeunes en fonction de leur niveau au CAP

Tableau 2. Etat d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie en fonction de leur CAP

Tableau 3. Satisfaction des jeunes à l'égard des séances d'orthophonie en fonction de leur CAP

Tableau 4. Avis des jeunes concernant la durée d'une séance d'orthophonie en fonction de leur CAP

Tableau 5. Bénéfice actuel des séances d'orthophonie selon les jeunes en fonction de leur CAP

Tableau 6. Attentes des jeunes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique en fonction de leur CAP

# LISTE DES ABREVIATIONS

BIAP : Bureau International d'Audiophonologie

CAE : Conduit Auditif Externe

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CAP : Categories of Auditory Performance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIS : Classe pour L'Inclusion Scolaire

DAP : Déficience Auditive Profonde

dB : Décibels

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques

EGA : Enseignement Général Adapté

FCSC : Français Complet Signé Codé

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

FS : Français Signé

HAS : Haute Autorité de Santé

HF : Haute Fréquence

Hz : Hertz

LPC : Langage Parlé Complété

LSF : Langue des Signes Française

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

SEDAHA : Section d'Education pour Déficients Auditifs avec Handicap(s) Associé(s)

SEES : Service d'Enseignement et d'Education Spécialisés

SEHA : Section pour Enfants avec Handicap(s) Associé(s)

SSEFIS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire

SSEFS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

# 1 INTRODUCTION

En France, la surdité est le déficit sensoriel le plus fréquent chez l'enfant. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), 1 bébé sur 1000 naît avec un trouble de l'audition.

La surdité est un handicap qui affecte le développement de l'enfant dans sa globalité : développement langagier, développement moteur, développement intellectuel et développement socio-affectif vont être perturbés. On constate également de nombreuses répercussions sur les apprentissages, impactant l'ensemble de la scolarité du jeune sourd.

La réhabilitation de la surdité par des aides auditives (appareillage conventionnel acoustique ou plus récemment implant cochléaire) est proposée à la famille dans de nombreux cas. Elle permet de rétablir une certaine perception des sons et une compréhension auditive chez l'enfant. Ainsi, elle favorise la restauration de ses habilités de communication.

Cependant, la mise en place d'une aide auditive nécessite un suivi médical, audioprothétique et surtout orthophonique régulier.

A chaque instant, l'enfant doit apprendre à apprivoiser les sons qu'il entend, inconnus pour lui auparavant. L'orthophoniste va ainsi aider le jeune sourd à identifier puis reconnaître ce qu'il perçoit. Il va lui permettre de développer sa compréhension auditive. L'orthophoniste va également être en lien avec l'audioprothésiste, afin de signaler à ce dernier tout problème concernant l'aide auditive.

En parallèle, il va également encourager l'enfant à développer des moyens de communication efficaces. En effet, la HAS recommande de « *maintenir et développer toutes formes de communication, verbale ou non verbale, entre l'enfant et son entourage* » et de « *favoriser le développement du langage de l'enfant sourd au sein de sa famille, quelles que soient la ou les langues utilisées [...]* » (2009).

De plus, l'orthophoniste, spécialiste du langage et de la communication, se retrouve partenaire privilégié dans les relations entre le jeune sourd et sa famille.

Le suivi orthophonique mis en place est généralement long et intensif et peut s'avérer coûteux pour ces enfants. Une participation active leur est constamment demand e, afin de pouvoir progresser dans la communication avec autrui. Ainsi, au moment de l'adolescence, période de

la vie où de nombreux changements s'opèrent, qu'en est-il vraiment de leur investissement dans la prise en charge en orthophonie ?

Il semblerait que certains jeunes se lassent de ce suivi, débuté pour beaucoup d'entre eux à la petite enfance. D'autres ne semblent pas avoir l'impression subjective de bénéficier de leur rééducation orthophonique actuelle. De plus, quelques-uns ne semblent pas avoir d'attentes particulières concernant leur prise en charge.

Par ailleurs, un choix identitaire spécifique à la surdité se pose à cet âge-là : la question de l'appartenance à la culture sourde ou non. Les conséquences de ce choix peuvent-ils avoir des répercussions sur la prise en charge en orthophonie ?

Il nous paraît donc légitime de nous interroger sur ce sujet, d'autant plus qu'à notre connaissance, la littérature scientifique est pauvre de documents relatifs à ce questionnement. En effet, après avoir effectué de nombreuses recherches bibliographiques, nous avons trouvé peu d'études portant sur cette problématique.

C'est pourquoi, nous avons souhaité réaliser un état des lieux du suivi rééducatif en orthophonie chez des adolescents sourds appareillés.

Le but de cette étude est de savoir ce que pensent réellement ces jeunes de leur prise en charge en orthophonie. L'objectif étant, par la suite, de dégager des améliorations pour cette prise en charge, afin de la rendre plus attractive et surtout plus adaptée.

Dans la première partie de ce mémoire, nous présenterons les données théoriques en lien avec notre sujet. Tout d'abord, nous définirons la surdité à partir de ses principales caractéristiques. Puis, nous nous intéresserons à la prise en charge orthophonique chez le jeune sourd appareillé. Enfin, nous analyserons la relation entre adolescence et surdité.

Dans la seconde partie de ce mémoire, nous exposerons tout d'abord nos hypothèses de travail ainsi que la méthodologie utilisée. Puis, nous analyserons nos résultats, en les confrontant aux hypothèses de départ. Enfin, nous proposerons une discussion critique sur le travail mené, avant d'ouvrir sur les perspectives en orthophonie.

## **2 PARTIE THEORIQUE**

### **2.1 La surdité : rappels généraux**

#### **2.1.1 Définition**

D'un point de vue médical, la surdité est définie par une diminution de la perception des sons. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) caractérise la surdité, ou déficience auditive incapacitante, par une perte d'audition supérieure à 40 décibels (dB) dans la meilleure oreille chez l'adulte et supérieure à 30 dB dans la meilleure oreille chez l'enfant.

Le dictionnaire d'orthophonie définit quant à lui la surdité comme une « *déficience auditive, quelle que soit son origine et quelle que soit son importance. Elle peut être transitoire ou définitive, parfois même évolutive, et ses conséquences sont multiples : trouble de la communication préverbale chez le nourrisson avec incidences développementales, absence ou retard de langage, troubles de la parole et de la voix, difficultés d'intégration scolaire et/ou sociale... Comme la surdité n'est pas toujours curable médicalement ou chirurgicalement, elle implique la notion de handicap et sa prise en charge est alors pluridisciplinaire* » (Brin-Henry, Courier, Lederle & Masy, 2011, p. 263).

Il s'agit du handicap sensoriel le plus fréquent. En effet, près de 360 millions de personnes souffrent de ce handicap (soit 5% de la population mondiale), dont 32 millions d'enfants.

Les conséquences de la surdité sont liées à l'âge d'apparition, au degré de sévérité, à l'étiologie, ainsi qu'à la précocité de la prise en charge.

La surdité peut être stable dans le temps mais elle peut également être évolutive chez certaines personnes.

#### **2.1.2 Classification des surdités**

Les surdités sont classées en fonction du degré de perte auditive.

La surdité est déterminée à partir d'un audiogramme testant les possibilités d'audition du sujet sur différentes fréquences conversationnelles : 500, 1000, 2000 et 4000 hertz (Hz). Le degré de perte auditive est ensuite calculé en décibels sur la moyenne de perte de la meilleure oreille.

Le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) distingue quatre groupes de surdité : les surdités légères, les surdités moyennes, les surdités sévères et les surdités profondes.

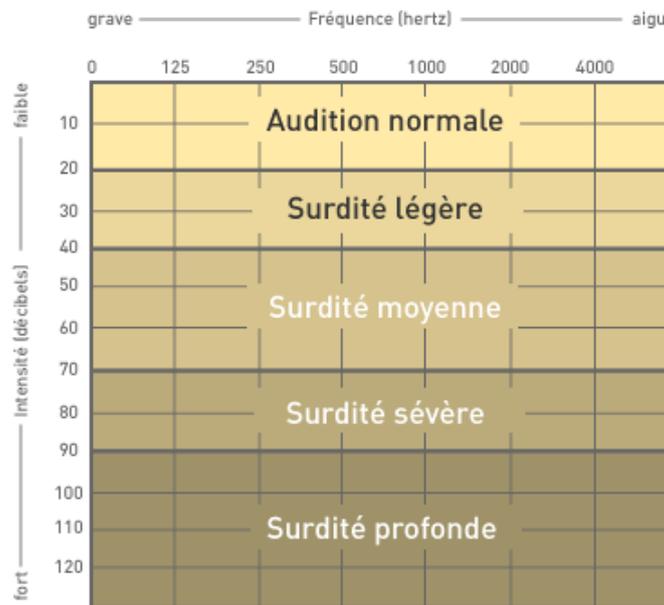


Figure 1. Les degrés de surdité (d'après le site <http://www.sonetenvironnement.sitew.com/>)

Si les seuils d'audition d'un sujet se situent entre 0 et 20 dB, on considère son audition comme normale.

La surdité légère renvoie à un déficit auditif compris entre 21 et 40 dB. Le sujet perçoit la plupart des bruits et la parole à voix normale. Toutefois, il a des difficultés à comprendre la parole à voix basse, chuchotée ou lointaine. De même, la perception de la parole dans un environnement bruyant reste compliquée (confusions de mots proches). Sur le plan de la production, de légères difficultés d'articulation peuvent être observées ainsi que des difficultés à comprendre le sujet.

Il est à noter qu'une perte transitoire de ce type est fréquente chez le jeune enfant en raison d'otites séro-muqueuses.

Une personne atteinte d'une surdité légère doit constamment mobiliser son attention pour comprendre la conversation. Il peut donc y avoir des retentissements sur son comportement : fatigabilité, irritabilité (Dumont, 2008).

En ce qui concerne la surdité moyenne, le déficit auditif est compris entre 41 et 70 dB. Cependant, on distingue deux degrés : entre 41 et 55 dB pour le premier degré et entre 56 et

70 dB pour le deuxième degré. La réception des messages, le contrôle de la voix et l'acquisition du langage sont perturbés. En effet, la voix émise à l'intensité habituelle (60 dB) est mal perçue (parole inintelligible) et l'acquisition du langage est souvent imparfaite. Des répercussions dans l'articulation et le timbre de la voix sont également constatées, surtout lors des surdités moyennes de second degré.

Des manifestations comportementales peuvent apparaître chez ces sujets.

Un appareillage classique et une prise en charge orthophonique sont proposés. La lecture labiale est souvent utile.

Il est à noter que les surdités moyennes représentent 50% des surdités de l'enfant d'après le rapport de l'Inserm. Elles ont un retentissement sur les apprentissages scolaires, le développement cognitif et l'adaptation sociale (Dumont, 2008).

La surdité sévère renvoie à un déficit auditif compris entre 71 et 90 dB. Cependant, on distingue deux degrés : entre 71 et 80 dB pour le premier degré et entre 81 et 90 dB pour le deuxième degré. Le sujet perçoit des bruits intenses et la voix forte émise à proximité de l'oreille. Il peut identifier certaines voyelles mais cela est plus difficile pour les consonnes. La parole n'est pas comprise mais certaines voix sont audibles, captées en fonction de leurs caractéristiques acoustiques. Des répercussions très importantes sur le langage oral sont repérées au niveau de son appropriation et/ou de sa conservation.

Un appareillage classique, voire la pose d'un implant cochléaire, et une prise en charge orthophonique sont proposés. La lecture labiale est constamment nécessaire.

En ce qui concerne la surdité profonde, le déficit auditif est compris entre 91 et 119 dB. Cependant, on distingue trois degrés : entre 91 et 100 dB pour le premier degré (Déficiência Auditive Profonde 1 ou DAP1), entre 101 et 110 dB pour le deuxième degré (DAP2) et entre 111 et 119 dB pour le troisième degré (DAP3). Le sujet perçoit seulement quelques bruits très puissants. La parole n'est quant à elle pas perçue, hormis des éléments prosodiques de mélodie et de rythme.

Une implantation cochléaire est proposée ainsi qu'une prise en charge orthophonique pour mettre en place des apports visuels essentiels comme les signes et/ou le Langage Parlé Complété (LPC).

Il est à noter que sans réhabilitation auditive, un jeune enfant qui naît sourd profond ne pourra pas acquérir le langage oral et un sujet qui devient sourd profond se retrouvera dans « *une bulle d'isolement* » (Dumont, 2008, p.7).

Si les seuils d'audition d'un sujet sont à 120 dB, on considère qu'il a une cophose, c'est-à-dire une perte totale d'audition. Aucun son n'est perçu.

Cette classification proposée par le BIAP permet ainsi de déterminer la sévérité d'une surdité et ses conséquences pour le sujet atteint.

## **2.1.3 Types de surdité et étiologies**

### **2.1.3.1 Age d'apparition**

La surdité peut être unilatérale ou bilatérale, congénitale (installée avant la naissance) ou acquise. Parmi les surdités acquises, on distingue les surdités pré-, péri-, ou post-linguistiques :

- Surdité pré-linguistique : surdité apparue avant l'acquisition du langage, soit avant 2 ans.
- Surdité péri-linguistique : surdité apparue pendant l'acquisition du langage, soit entre 2 et 4 ans.
- Surdité post-linguistique : surdité apparue après l'acquisition du langage, soit après 4 ans.

La surdité a donc d'autant plus de répercussions qu'elle survient tôt et ces répercussions sont d'autant plus graves que la surdité est importante. Ainsi, le diagnostic de surdité chez l'enfant relève d'une urgence, car le développement ultérieur du langage est en jeu (Lina-Granade & Truy, 2009).

### **2.1.3.2 Types de surdité et étiologies**

En fonction de la localisation de l'atteinte, on différencie les surdités de transmission, les surdités de perception et les surdités mixtes. Ces surdités ont une origine, un pronostic et un traitement bien différents.

#### **2.1.3.2.1 Les surdités de transmission**

Ce sont des surdités qui résultent d'une déficience au niveau de l'oreille externe (pavillon, conduit auditif externe ou CAE) et/ou moyenne (système tympano-ossiculaire de la caisse du tympan, trompe d'Eustache). D'après Dulguerov et Remacle (2005, p. 179), « *Les surdités de transmission sont la manifestation d'une transmission imparfaite du son à la cochlée* ».

Les surdités de transmission sont d'intensité légère ou moyenne : elles ne dépassent pas, en principe, 60 dB de perte. A l'audiométrie tonale, on retrouve des seuils auditifs normaux en conduction osseuse mais un abaissement des seuils en conduction aérienne, en général sur toutes les fréquences ou bien prédominant sur les fréquences graves.

Il n'y a pas d'altération qualitative du message (pas de distorsions). L'intelligibilité est souvent améliorée dans le bruit (paracousie) et au téléphone. La voix peut résonner dans l'oreille : c'est ce qu'on appelle l'autophonie. En revanche, les sujets atteints n'élèvent pas la voix.

Une surdité de transmission peut être accompagnée ou non d'acouphènes, plutôt de timbre grave, peu gênants et localisés dans l'oreille atteinte.

Un traitement médical ou chirurgical est souvent possible pour ces surdités, qui seront alors transitoires.

Ce type de surdité représente 90% des surdités de l'enfant et peut être à l'origine d'un retard de parole-langage.

Il existe différentes étiologies des surdités de transmission.

→ Les pathologies de l'oreille externe :

Obstruction du CAE :

- bouchon de cérumen
- ostéome du CAE
- corps étranger
- sténose congénitale du CAE (atrésie)
- tumeur du CAE

Pathologie infectieuse :

- otite externe

→ Les pathologies de l'oreille moyenne :

Il s'agit de toutes les atteintes tympano-ossiculaires :

- otospongiose
- otite moyenne aiguë
- otite séreuse ou séro-muqueuse subaiguë et chronique
- séquelles d'otite chronique : perforation tympanique, lyse ossiculaire avec interruption de chaîne, dysperméabilité de la trompe d'Eustache

- choléastome
- surdité post-traumatique
- malformation de l'oreille moyenne
- tumeur de l'oreille moyenne : tumeur du glomus jugulaire, tumeur maligne

#### 2.1.3.2.2 Les surdités de perception

Les surdités de perception, ou surdités neurosensorielles, résultent d'une déficience soit au niveau de l'oreille interne (cochlée) - origine endo-cochléaire - soit au niveau du nerf auditif (nerf VIII), des voies nerveuses auditives ou des structures centrales de l'audition - origine rétro-cochléaire. Dans les deux cas, la transmission du son par le système tympano-ossiculaire jusqu'à la cochlée est parfaite.

Les surdités de perception sont d'intensité variable, allant de la surdité légère à la cophose. A l'audiométrie tonale, on retrouve un abaissement des seuils auditifs en conduction osseuse et en conduction aérienne (courbes non dissociées). En général, la perte prédomine sur les sons aigus (sauf dans le cas de la maladie de Ménière).

Dans les atteintes de l'oreille interne, on peut retrouver des altérations qualitatives du message portant sur la hauteur (diplacousie), l'intensité (recrutement) et le timbre. Ces distorsions sont fréquemment absentes dans les atteintes du nerf auditif. La gêne auditive est généralement révélée voire aggravée dans les milieux bruyants et lors de conversations à plusieurs : c'est le signe de la « *cocktail party* » (Cherry, 1953). De plus, les surdités de perception entraînent, lorsqu'elles sont bilatérales et sévères, une élévation de la voix chez le sujet atteint.

Une surdité de perception peut être accompagnée ou non d'acouphènes, de timbre aigu (sifflements), mal tolérés par le patient et plus ou moins bien localisés dans l'oreille atteinte.

Par ailleurs, on peut retrouver des vertiges et/ou des troubles de l'équilibre chez le patient.

La prise en charge est délicate et implique un travail multidisciplinaire (médecins, orthophonistes, psychologues, ...) sur une longue durée.

Ce type de surdité peut être à l'origine d'un retard et/ou de troubles du langage chez l'enfant.

Il existe différentes étiologies des surdités de perception.

→ Surdités de perception endo-cochléaires :

- presbyacousie
- maladie de Ménière
- surdité brusque

- labyrinthite
- atteinte toxique
- traumatisme physique ou sonore
- otospongiose cochléaire
- surdité d'origine génétique (qui peut être syndromique ou non)

→ Surdités de perception rétro-cochléaires :

- le neurinome de l'acoustique

#### 2.1.3.2.3 Les surdités mixtes

Ce sont des surdités qui associent à la fois une surdité de transmission et une surdité de perception.

Fréquentes, elles sont caractérisées par un abaissement plus important de la conduction aérienne.

Elles bénéficient des mêmes traitements prescrits pour les surdités de transmission ou de perception.

#### 2.1.3.3 *Surdités génétiques*

Les surdités génétiques représentent plus de 50% des étiologies des surdités de perception.

Il existe de nombreux cas de surdités dites isolées, ou non-syndromiques, c'est-à-dire que le déficit auditif est le seul signe clinique observé. Elles représentent 20 à 25% des causes de surdités de l'enfant, soit les deux tiers des surdités génétiques. Plus de cent gènes seraient en cause, dont soixante-dix ont déjà été localisés. 85% des surdités isolées se transmettent selon un mode autosomique récessif (type DFNB, liée au gène de la connexine 26, de la pendrine ou de l'otoferline), 10-15% selon un mode autosomique dominant (type DFNA) et 1% des surdités isolées selon un mode lié au chromosome X (type DFN).

Il existe également des cas de surdités syndromiques, c'est-à-dire que la surdité est associée à un ou plusieurs autres signes cliniques. La surdité peut être le symptôme principal ou être au deuxième plan par rapport aux autres malformations. Elles représentent 10 à 15 % des surdités de l'enfant, soit un tiers des surdités génétiques. Plus de cinq cents syndromes ont été décrits et plus de cent gènes identifiés. Le syndrome d'Usher (associant une surdité de perception généralement congénitale et une rétinite pigmentaire entraînant la perte progressive de la

vision) ou encore le syndrome de Waardenburg (associant une surdité et des anomalies pigmentaires au niveau de la peau, des cheveux ou de l'iris) sont les syndromes les plus courants.

### **2.1.4 Aides auditives proposées**

Certaines surdités peuvent être en partie corrigées par une aide auditive.

« *L'objectif de l'appareillage est de compenser autant que possible les déficits du système auditif du patient, en améliorant les seuils auditifs ainsi que l'intelligibilité des sons de la parole.* » (Gallego, Bouzianne & Collet, 2009). Ainsi, l'aide auditive permet de maintenir le sujet dans un environnement sonore et de prévenir l'isolement. Par ailleurs, elle facilite la restauration de ses habiletés de communication.

Les modalités de la réhabilitation auditive dépendent toutefois de la cause et de la sévérité de la surdité. Ainsi, différents types d'aide auditive pourront être proposés :

- une prothèse ossiculaire, dans le cas d'atteinte de l'oreille moyenne (s'il est nécessaire de restaurer la fonction de la chaîne des osselets),
- un appareillage conventionnel acoustique, dans le cas d'atteinte de l'oreille interne,
- un implant d'oreille moyenne, dans le cas de contre-indication ou d'insuffisance d'amplification de l'appareillage conventionnel acoustique,
- un implant cochléaire dans les surdités sévères et profondes,
- un implant du tronc cérébral, en cas d'atteinte bilatérale du nerf auditif,
- une prothèse à ancrage osseux dans des indications particulières.

(Bouccara, Avan, Mosnier, Bozorg Grayeli, Ferrary & Sterkers, 2005)

Chez le jeune sourd, l'appareillage conventionnel acoustique, et plus récemment l'implant cochléaire, sont privilégiés.

#### **2.1.4.1 L'appareillage conventionnel acoustique**

Il est constitué d'un micro, d'un amplificateur, d'un écouteur et d'une pile qui fournit l'énergie.

Le micro capte les sons puis l'amplificateur augmente le volume. L'écouteur transmet ensuite les sons au CAE, qui arrivent ainsi plus forts au niveau du tympan.

La technologie numérique utilisée permet de régler finement les fréquences, en fonction des besoins du sujet, du gain prothétique apporté et du confort éprouvé avec l'aide auditive.

Il existe différents types d'appareillage conventionnel acoustique comme les contours d'oreille ou les prothèses intra-auriculaires.

De nombreuses options complémentaires sont également disponibles : possibilité de brancher une source sonore, lien avec une boucle magnétique ou avec un système Haute Fréquence (HF).

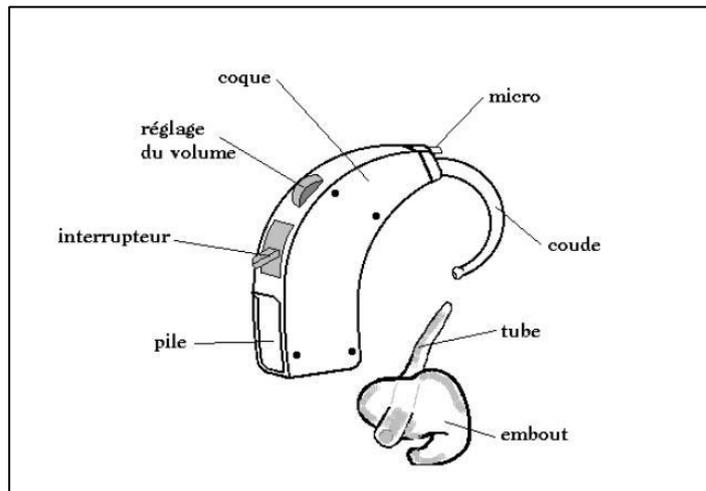


Figure 2. Composition d'un appareillage conventionnel acoustique, type contour d'oreille (d'après le site <http://www.coquelicot.asso.fr/>)

#### **2.1.4.2 L'implant cochléaire**

Il comporte une partie externe (visible) et une partie interne (implantée).

La partie externe comprend un contour d'oreille dans lequel sont inclus un microphone, une antenne émettrice et un processeur vocal. La partie interne comporte quant à elle une antenne réceptrice (aimantée), placée sous la peau en arrière du pavillon de l'oreille, ainsi qu'un porte-électrodes enroulé dans la cochlée et supportant une vingtaine d'électrodes.

Le microphone capte les sons et les transmet au processeur vocal qui analyse les sons et les transforme en signaux électriques. Les électrodes transmettent ensuite les signaux au nerf auditif. L'influx nerveux atteint par la suite les aires auditives cérébrales, impliquées dans le décodage de l'information.

L'énergie électrique délivrée dans chaque électrode est finement réglée.

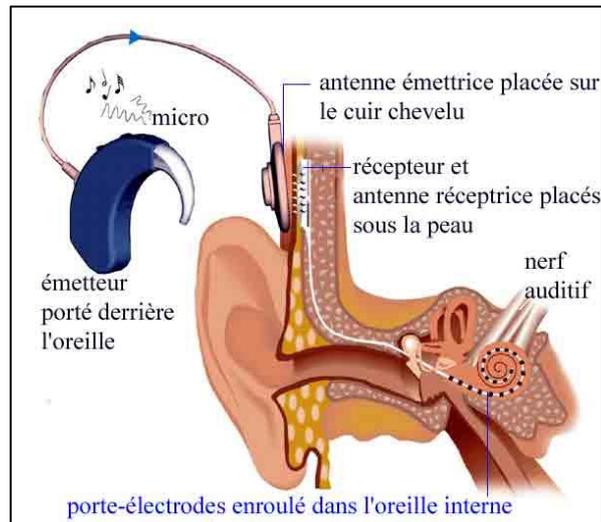


Figure 3. Composition d'un implant cochléaire (d'après le site <http://jaouen.famille.free.fr/>)

L'appareillage conventionnel acoustique peut être uni- ou bilatéral. De même, l'implant cochléaire peut être unilatéral, combiné ou non avec un appareillage conventionnel acoustique, ou bien bilatéral.

Dans tous les cas, selon Bouccara et al. (2005), il faut privilégier la restauration de l'audition bilatérale dans le but d'améliorer la compréhension globale (en particulier dans les situations bruyantes).

Le choix de l'aide auditive relève d'une décision multidisciplinaire : médecin ORL, audioprothésiste, orthophoniste, et parfois même psychologue, s'accordent sur l'appareillage proposé, après avoir vérifié que le sujet répond bien à l'ensemble des critères définis. Par la suite, l'ensemble des réglages de l'aide auditive revient à l'audioprothésiste qui travaille en étroite collaboration avec l'orthophoniste.

Dumont (2008, p. 126) précise toutefois que « *La réhabilitation fait suite à une période de privation sensorielle dont la durée varie en fonction de plusieurs facteurs : la date d'apparition de la surdité, l'âge au moment du diagnostic, le délai séparant le diagnostic du premier appareillage et, le cas échéant, celui séparant ce premier appareillage de l'implantation cochléaire.* » Ainsi, en fonction de la durée de cette période, le développement des capacités auditives et linguistiques de l'enfant sera plus ou moins impacté. L'appareillage précoce reste donc une priorité afin de diminuer les effets cérébraux de la privation sensorielle.

Il est toutefois important de noter que le succès de l'appareillage dépend essentiellement de la qualité de la prise en charge qui va suivre la pose de l'aide auditive.

## **2.2 Prise en charge orthophonique chez le jeune sourd appareillé**

Dans les cas de surdité chez un enfant, « *La famille, l'entourage et l'enfant ont besoin d'être soutenus, accompagnés par de nombreux professionnels parmi lesquels l'orthophoniste joue un rôle de premier plan étant donné l'importance de l'enjeu de l'accès à la communication et au langage pour permettre l'autonomie du sujet sourd* » (Dumont, 2008, p. 61).

### **2.2.1 Axes d'intervention et missions de l'orthophoniste**

Dans le cas d'une surdité, chez un jeune appareillé, la prise en charge orthophonique se révèle fondamentale, quels que soient la sévérité et le caractère évolutif ou non de l'atteinte auditive. Dumont (2008) distingue trois axes d'intervention dans la prise en charge orthophonique chez le jeune sourd appareillé : l'évaluation, l'information et la rééducation.

#### **2.2.1.1 L'évaluation**

Avant de débiter la rééducation orthophonique du jeune sourd, il est nécessaire de réaliser un bilan, quels que soient son âge et le motif précis de la demande. Ce bilan orthophonique a pour but d'évaluer la nature des troubles du sujet. Il permet également à l'orthophoniste d'établir le plan thérapeutique de la prise en charge, en fonction des résultats.

En effet, le bilan orthophonique repère les compétences déficitaires et les compétences préservées (à l'oral et à l'écrit, à la fois sur le versant réceptif et expressif), les compensations mises en place par le jeune sourd et les troubles cognitivo-linguistiques associés.

Il s'effectue selon différentes étapes, comme le précise Dumont (2008) :

- Observation globale de la personne.
- Anamnèse pour reconstituer l'histoire du patient et connaître son quotidien.
- Evaluation des modes de communication et des aspects formels et fonctionnels du langage (à l'aide d'épreuves standardisées) : phonologie, lexique, syntaxe, discours, intelligibilité et pragmatique.
- Analyse des compétences cognitives : attention, mémoire, fonctions exécutives.
- Etude de l'audition et de la dynamique d'écoute du sujet.

→ Observation de l'usage de la lecture labiale.

### **2.2.1.2 L'information**

La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) (2010) souligne que « *L'orthophoniste apportera à l'entourage familial ou institutionnel une information sur la surdité et ses effets dans la vie quotidienne, une reprise de l'information sur les aides auditives, un ensemble de conseils... Si le maintien de la communication est toujours au cœur de cette prise en charge, l'objectif est aussi de changer le regard des personnes entourant la personne malentendante en les aidant à mieux comprendre l'impact de la déficience auditive dans la vie de tous les jours et par conséquent à mieux savoir ce qu'il faut faire et ne pas faire en sa présence.* »

L'orthophoniste a donc un réel rôle d'information auprès de son patient, de sa famille et de son entourage. Il peut parfois même leur procurer un soutien moral (Lina-Granade & Truy, 2009).

### **2.2.1.3 La rééducation**

A la suite du bilan orthophonique, une prise en charge est proposée à l'enfant et sa famille.

L'orthophoniste organise son suivi en fonction du plan thérapeutique qu'il a établi à la fin du bilan. Il s'appuie sur des axes de travail spécifiques à chaque jeune.

La surdité est un handicap complexe qui nécessite bien souvent une prise en charge globale du patient. Ainsi, un (ou des) mode(s) de communication va (vont) être mis en place chez le jeune. Par ailleurs, d'un point de vue langagier, de nombreux domaines vont être abordés en séance comme : la phonologie, le lexique, la syntaxe, le discours, l'intelligibilité, la pragmatique ainsi que la voix. L'éducation auditive et la lecture labiale vont également être étudiées. Pour certains, enfin, il sera également nécessaire de travailler autour des fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives).

Chez les très jeunes enfants, le travail orthophonique prend la forme de guidance parentale.

D'une manière générale, plus la prise en charge orthophonique est précoce et intensive, plus les résultats sont encourageants. Toutefois, le suivi orthophonique impose un travail coûteux au jeune sourd et s'inscrit dans le long terme.

Pour Lina-Granade et Truy (2009), « *L'appareillage sans orthophonie est un non-sens. En effet, les appareils ne suffisent pas pour que l'enfant « rattrape » le retard pris dans l'acquisition du langage, et dans l'analyse auditive nécessaire pour une parole précise et un apprentissage facile du langage écrit.* » La rééducation orthophonique s'avère donc

essentielle pour le jeune sourd malgré l'implication qu'elle lui demande. Elle prend en compte le patient dans sa globalité, en fonction de ses habitudes de vie, afin de diminuer les situations de handicap. Par ailleurs, elle nécessite un travail interdisciplinaire (médecin ORL, audioprothésiste, psychologue, ...).

## **2.2.2 Développement de la communication orale chez l'enfant sourd**

Il est important de rappeler que nous étudions le cas d'adolescents sourds appareillés, donc inscrits dans une démarche oraliste, où le développement de la communication orale reste une priorité.

Une perte auditive prive l'enfant sourd de nombreuses stimulations sonores dès son plus jeune âge, et en particulier « *d'informations sur la forme, le contenu et l'utilisation du langage.* » (Lauwerier, De Chouly De Lenclave & Bailly, 2003). Ceci a pour conséquences des perturbations plus ou moins importantes sur le développement de ses capacités auditives et langagières.

### ***2.2.2.1 Facteurs perturbant le développement de la communication orale***

Chez un enfant sourd appareillé, la communication orale va se développer plus ou moins bien en fonction de différents paramètres. En effet, l'âge d'apparition de l'atteinte auditive, l'âge du diagnostic, le degré de surdité ou encore l'âge d'appareillage sont des facteurs qui vont plus ou moins perturber l'accès au langage oral chez le jeune sourd.

Concernant l'âge d'apparition de l'atteinte auditive, si la surdité est post-linguistique, la mise en place du langage oral ne sera pas perturbée. En revanche, si la surdité est péri- ou pré-linguistique, l'enfant aura davantage de difficultés pour accéder au langage oral. L'âge du diagnostic va également impacter le développement de la communication orale.

Par ailleurs, le degré de surdité entre également en jeu dans l'accès au langage oral. En effet, dans le cadre d'une surdité légère ou moyenne, le langage oral se développera de façon quasi-normale contrairement à une surdité sévère ou profonde.

Concernant l'âge d'appareillage (appareillage conventionnel acoustique et/ou implant cochléaire), plus l'enfant est appareillé tôt, meilleurs seront les résultats. En effet, un appareillage précoce permet à l'enfant de bénéficier de stimulations sonores, dont il était privé auparavant, et cela favorise l'accès au langage oral.

Enfin, d'autres facteurs entrent en jeu dans l'acquisition du langage oral, tels que : la présence ou non de handicaps associés, le développement cognitif de l'enfant, son comportement ainsi que les stimulations du milieu socioculturel. Selon Gregory (1979), cité par Virole (2006), les enfants sourds reçoivent un langage appauvri, les parents ayant tendance à utiliser des phrases courtes avec des structures moins complexes.

### 2.2.2.2 Les productions vocales du bébé sourd

Au niveau des productions vocales, Vinter (1992), citée par Dumont (2008), a comparé celles des bébés sourds et entendants.

BÉBÉ SOURD	BÉBÉ ENTENDANT
Produit des sons F°= 380 Hz Espace tonal réduit Schémas mélodiques plats Cris Peu d'accès au babillage	Produit des sons F°= 400 Hz Explore son registre jusqu'à 5/6 mois, joue à produire des sons graves à aigus Accède à la structure rythmique de la langue

Figure 4. Caractéristiques des productions vocales des bébés sourds et entendants (d'après Dumont, 2008)

« Ces études ont mis en évidence que les vocalisations existent chez tous les enfants sourds, quelle que soit l'importance de leur surdité et qu'ils aient ou non été appareillés. [...] Le fondamental ne varie pas selon le type de surdité et augmente légèrement avec l'âge. Contrairement aux entendants du même âge, les bébés sourds ont un espace tonal réduit qui comporte peu de fréquences très graves ou très aiguës, ce qui donne une impression de voix monocorde. Impression renforcée par leurs schémas mélodiques qui sont tributaires des informations vocales perçues. [...] L'appareillage agit sur les vocalisations au niveau de la durée des émissions et de la variété des schémas mélodiques. » (Dumont, 2008, p. 144).

Il est à noter que l'entourage du bébé sourd ne prête pas toujours une valeur communicative aux productions vocales de ce dernier. Or, il s'agit d'un véritable moyen de communication, que l'orthophoniste se doit de valoriser afin que les parents lui attribuent une réelle valeur dans l'échange.

### 2.2.2.3 Accès au langage oral : deux voies possibles

Vinter (1992), citée par Dumont (2008), décrit deux voies d'accès possibles au langage oral. Faisant suite aux productions vocales, le babillage apparaît. Il peut alors soit évoluer vers les premières formes langagières, soit perdurer. « *L'évolution vers une organisation syllabique et un babillage canonique dépend des informations auditives et de la stimulation, donc de la prise en charge.* » (Dumont, 2008, p. 146).

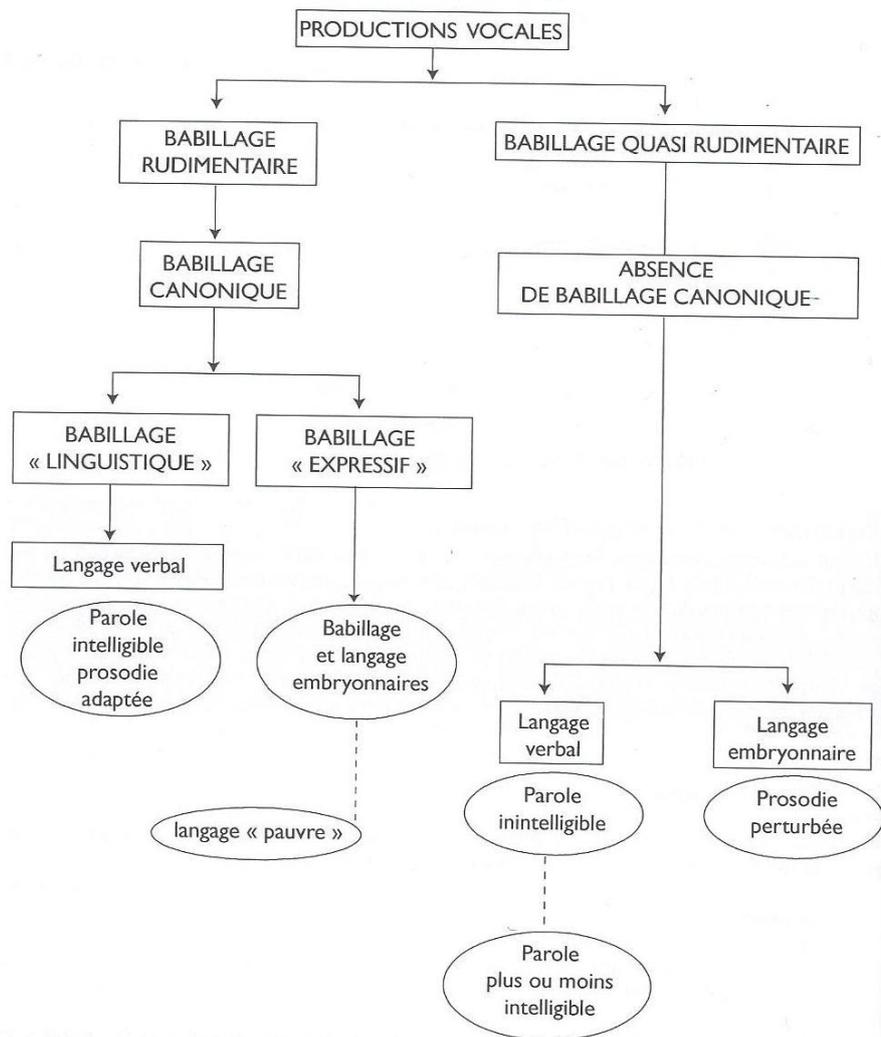


Figure 5. Des productions vocales au langage verbal les différentes voies d'accès (d'après Dumont, 2008)

#### 2.2.2.4 *Le lexique*

Au niveau du lexique, on constate un décalage temporel entre les enfants entendants et les enfants sourds.

Enfants entendants	Enfants sourds
Premier mot : vers 10 mois	Premier mot : date très variable
Accroissement lent jusqu'à 20 mois Brusque extension : 300 mots à 2 ans 1 000 à 3 ans	Développement lent Pas d'explosion lexicale Décalage en moyenne de 2 ans
Lexique catégorisé et organisé	Lexique peu catégorisé

Figure 6. Le lexique, décalage temporel et catégoriel entre entendants et malentendants (Dumont, 2008)

Par ailleurs, comme l'indique Kretschmer (1978), cité par Dumont (2008), les enfants sourds ont un vocabulaire moins étendu et moins organisé que les enfants entendants. Ce retard est d'environ deux ans. Les mots polysémiques et les mots abstraits leur posent davantage de difficultés.

Toutefois, il est important de rappeler l'hétérogénéité des profils rencontrés, notamment en ce qui concerne le niveau de langage. Les facteurs vus précédemment expliquent en partie cette hétérogénéité.

### 2.2.3 Aides à la communication et modes de communication

La réhabilitation auditive ne permet pas toujours de percevoir l'intégralité du message oral (Mondain, Blanchet, Venail & Vieu, 2005).

D'autres moyens de communication sont alors utiles pour augmenter voire, dans certains cas, suppléer la communication du jeune sourd. En effet, la lecture labiale, le Langage Parlé Complété (LPC), la Langue des Signes Française (LSF), le Français Signé (FS), ... sont autant d'aides à la communication proposées au sujet.

#### 2.2.3.1 *La lecture labiale*

La lecture labiale est généralement définie comme la perception du langage oral à l'aide de la reconnaissance des mouvements articulatoires du locuteur. C'est une démarche cognitivo-linguistique complexe puisqu'elle met en jeu le jeune dans sa globalité et lui permet d'accéder

au sens du message par la médiation de différents traitements : perceptifs, cognitifs, linguistiques et pragmatiques (Dumont, 2008).

En revanche, l'information reçue est partielle et est dépendante du contexte. En effet, il n'existe que douze images labiales pour trente-six sons de la langue orale française. La lecture labiale ne suffit donc pas toujours à elle seule à discriminer les phonèmes prononcés.

### 2.2.3.2 Le Langage Parlé Complété

Le LPC, ou Cued-Speech, est une méthode qui a été inventée aux Etats-Unis par le Dr Cornett en 1967, puis adaptée au français par le pasteur Mermod en 1971.

Le principe de cette technique consiste à associer à chaque phonème prononcé, un geste de la main (ou clé) effectué près du visage. Ce geste se compose d'une position de la main et d'une configuration des doigts. Il existe au total cinq positions de la main et huit configurations des doigts, qui distinguent respectivement les voyelles et les consonnes. Une clé correspond donc à une syllabe.

Ces gestes ont pour but d'apporter des informations en complément de la lecture labiale. Ils permettent de lever toute ambiguïté due aux sosies labiaux (tels que /pa/, /ba/, /ma/) et permettent ainsi une perception complète du message oral.

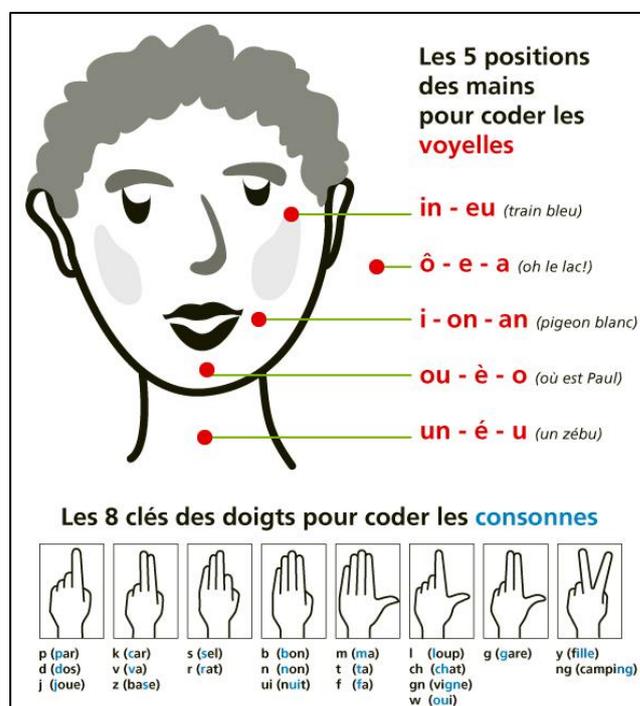


Figure 7. Le LPC (d'après le site <http://www.adapeda85.fr/>)

### 2.2.3.3 La Langue des Signes Française

La LSF est une langue à part entière au même titre que les langues parlées. Le lien entre le mot, ou l'idée, et le signe est très souvent iconique. En revanche, ils sont conventionnels et varient d'une langue à l'autre.

La réalisation de chaque signe se doit d'être extrêmement précise, du fait des nombreux paramètres qu'elle implique : forme et configuration de la main, position de la main par rapport au corps, orientation de la main, direction du mouvement, du regard et du corps et expression du visage.

La syntaxe est de nature spatiale. La direction des signes renseigne sur l'action ; elle permet de savoir qui en est l'agent et qui en est le patient. Les différents participants sont quant à eux définis par des déictiques. Le temps est exprimé selon deux axes par rapport au corps du locuteur : l'axe arrière-avant représente le passé et le futur tandis que l'axe gauche-droite situe des événements les uns par rapport aux autres (Dumont, 2008).

De plus, la dactylogogie est un alphabet qui permet d'épeler des mots nouveaux, des mots qui n'ont pas de signe ou encore les noms propres.

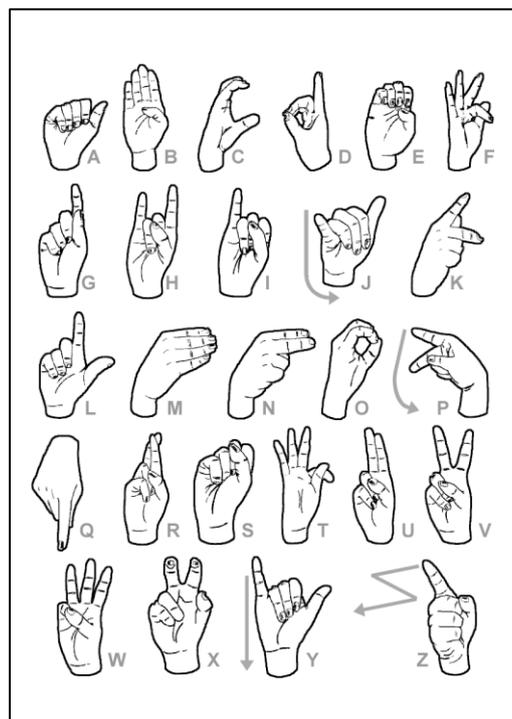


Figure 8. L'alphabet dactylogologique (d'après le site <http://langue-des-signes-francaise.com/>)

#### **2.2.3.4 Le Français Signé**

Selon Dumont (2008), le FS est « *un mélange de français parlé et de signes lexicaux de la langue des signes* ». La structure syntaxique est celle du français oral, tandis que les signes de la LSF ne viennent qu'en appui lexical (pour les mots les plus importants de l'énoncé).

Les modalités orales et gestuelles sont ainsi utilisées simultanément, mais cela implique la nécessité d'une maîtrise des deux langues pour le locuteur.

Le FS est un moyen de communication qui permet de rendre la langue orale plus transparente et accessible en la ponctuant de signes.

Le Français Complet Signé Codé (ou FCSC) combine l'utilisation des signes de la LSF et l'utilisation du LPC. Il consiste à signer les éléments lexicaux et coder les éléments grammaticaux, en respectant la syntaxe du français.

#### **2.2.3.5 Aides à l'écrit**

Il existe également des supports graphiques qui permettent aux enfants sourds de rentrer dans le langage.

En effet, dans certaines prises en charge, l'orthophoniste peut proposer à son patient un code pictographique. Les pictogrammes sont des représentations graphiques très simplifiées, constituées seulement des quelques éléments essentiels pour comprendre leur sens. Ainsi, ils permettent à l'enfant sourd de mieux comprendre le langage oral, puisqu'ils apportent du sens, un référent visuel derrière le message oral.

Par ailleurs, les pictogrammes permettent au jeune sourd de rentrer progressivement dans le langage écrit.

### **2.2.4 Structures spécialisées dans la prise en charge d'un enfant sourd**

D'après Mondain et al. (2005), « *L'enfant déficient auditif doit être socialisé dès le plus jeune âge, en fréquentant par exemple un jardin d'enfants ou une structure rééducative organisant des groupes pour travailler la communication, le conditionnement, les stimulations auditives.* ».

En France, tout enfant sourd est en droit d'être scolarisé dès l'âge de 3 ans. C'est la loi handicap du 11 février 2005 qui définit le cadre de scolarisation de ces enfants.

Ainsi, il existe différentes modalités de scolarisation.

Un enfant sourd peut bénéficier d'une scolarisation individuelle. Il est alors accueilli dans son école de quartier, dans une classe ordinaire, avec les adaptations prévues par son Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS).

Un jeune sourd peut également bénéficier d'une scolarisation collective. Il peut être accueilli dans une Classe pour L'Inclusion Scolaire (CLIS) à l'école élémentaire ou dans une Unité Localisée d'Inclusion Scolaire (ULIS) au collège ou au lycée. Ce sont des dispositifs à petit effectif, qui regroupent des enfants ayant des besoins équivalents. Présents au sein d'établissements scolaires ordinaires, des passerelles avec les autres classes sont organisées en fonction de chaque enfant.

Enfin, un enfant sourd peut être orienté vers un établissement spécialisé, accueillant uniquement des enfants malentendants. Ces établissements proposent une prise en charge globale de l'enfant (prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique).

Il existe aussi des services d'accompagnement médico-sociaux, qui soutiennent le projet scolaire de chaque enfant. Ces structures sont organisées en fonction des besoins spécifiques de l'enfant, de son âge et du projet familial. Elles peuvent être indépendantes ou rattachées à un établissement spécialisé. Tous ces services comptent une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins, d'orthophonistes, de psychologues, d'éducateurs, etc.

- Les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) : ces structures, polyvalentes ou spécialisées (en surdité, par exemple), accueillent des enfants de 0 à 6 ans. Elles ont pour mission le dépistage précoce des troubles, pouvant affecter l'ensemble du développement. Par ailleurs, elles proposent à l'enfant et sa famille une prise en charge globale, avec des rééducations spécifiques aux besoins du jeune (orthophonie, psychomotricité, psychothérapie, ...). Une prise en charge au sein d'un CAMSP ne nécessite pas de notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
- Les Services d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP) : ces services accueillent également de jeunes enfants, âgés de 0 à 3 ans. Les missions qui les caractérisent sont identiques à celles des CAMSP. Toutefois, le personnel travaillant au sein des SAFEP est amené à se déplacer dans les familles ou dans les autres lieux de vie de l'enfant (crèche, école, ...). Une prise en charge au sein d'un SAFEP nécessite une notification de la MDPH.

- Les Services de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS) ou les Services de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation (SSFES) : ces services accueillent des enfants d'âge variable. Ils ont pour mission d'accompagner l'enfant à travers ses différents lieux de vie (domicile, école, loisirs, ...), l'objectif étant de l'aider à devenir autonome au quotidien. Une prise en charge au sein d'un SSEFIS ou d'un SSEFS nécessite une notification de la MDPH.
- Les Services d'Enseignement et d'Education Spécialisés (SEES) : ces structures accueillent des enfants d'âge variable. Elles proposent une prise en charge globale à des enfants sourds pour lesquels une intégration en milieu ordinaire n'est pas possible, en raison de besoins spécifiques à l'enfant. Une prise en charge au sein d'un SEES nécessite une notification de la MDPH.
- Les Sections pour Enfants avec Handicap(s) Associé(s) (SEHA) et les Sections d'Education pour Déficients Auditifs avec Handicap(s) Associé(s) (SEDAHA) : ces structures accueillent des enfants âgés de 6 à 13 ans pour les SEHA et des enfants âgés de 14 à 20 ans pour les SEDAHA. Ces jeunes sont atteints d'une surdité associée à un ou plusieurs handicaps comme une pathologie neurologique acquise, une déficience intellectuelle ou encore un trouble psychologique. Ces structures proposent une prise en charge globale au jeune. L'insertion sociale et professionnelle est recherchée à terme. Une prise en charge au sein d'une SEHA ou d'une SEDAHA nécessite une notification de la MDPH.

Selon François, Boukhris et Noel-Petroff (2015), la loi handicap du 11 février 2005 a sûrement influencé l'augmentation du nombre d'enfants en intégration totale. *« Cette amélioration notable est certainement la résultante de plusieurs facteurs : les recommandations et exigences données par la loi sur l'intégration des enfants handicapés, l'effet bénéfique du bain linguistique oral en classes ordinaires dans lequel ces enfants sourds sont plongés, les améliorations technologiques des prothèses auditives sur cette période de 14 années, etc. »* (François et al., 2015).

Dans tous les cas, Mondain et al. (2005) nous rappellent qu'il n'y a pas de modèle rééducatif type. Il est avant tout important de se référer aux capacités de l'enfant, afin qu'il soit bien pris en charge.

## **2.3 Adolescence et surdité**

Il n'est pas concevable de réduire un adolescent sourd à sa surdité. En effet, il reste avant tout un jeune, avec des problématiques relatives à l'adolescence le concernant.

Ainsi, nous nous intéresserons d'abord aux principaux changements survenant à l'adolescence chez un sujet entendant, avant de définir les difficultés spécifiques existant chez un sujet sourd.

### **2.3.1 L'adolescence chez un sujet entendant**

#### **2.3.1.1 Définition**

Selon l'OMS, « *l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements [...]. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.* »

Il est à noter que les facteurs biologiques de l'adolescence sont universels. Toutefois, la durée et les caractéristiques de cette période varient dans le temps, entre les cultures et selon les situations socio-économiques. L'adolescence est donc un stade propre à chaque individu.

#### **2.3.1.2 Une période clé dans le développement**

« *L'adolescence est un passage obligé entre l'enfance d'âge scolaire, période de latence avec socialisation communautaire, et l'âge adulte qui se définit en pratique comme le moment où l'individu est reconnu adulte par la société dans laquelle il vit.* » (Orsini, 2008).

L'adolescent va avoir certaines difficultés à s'identifier en tant qu'individu et à quitter un groupe où il a ses repères, pour en intégrer un autre avec des codes différents. La problématique de l'identité se révèle donc essentielle puisque l'adolescence renvoie à la place de l'individu dans un système.

Par ailleurs, l'adolescence est une période qui comporte des modifications morphologiques importantes pour l'adolescent et son entourage (période pubertaire). Le jeune se trouve donc confronté à une question double :

- qui est ce nouvel individu pour moi ? Cela renvoie à la sphère psychique du jeune : il ne se reconnaît plus.
- qui est ce nouvel individu pour les autres ? Cela renvoie à la sphère organique du jeune et à l'organisation sociale, avec la difficulté de se faire accepter dans deux groupes différents : celui de ses pairs et celui des adultes.

Sur le plan social, le statut de l'adolescent est défini en partie par le regard que porte la société sur lui. Selon Orsini (2008), « *L'adolescent se heurte à la contradiction, entre la revendication de sa reconnaissance par le milieu qui l'entoure et sa recherche éperdue d'une autonomie qu'il considère comme devant lui être due, alors même qu'il revendique l'assistance morale et matérielle de ce même milieu. Les interdits jusque-là plus ou moins acceptés (ou imposés) deviennent des contraintes inacceptables contre lesquelles, pour lui, la rébellion est légitime.* »

Par ailleurs, l'apprentissage occupe une grande partie de son temps, avec une scolarisation qui se situe en général entre le collège et le lycée. Il faut remarquer que l'on demande un effort intellectuel important au jeune, à un moment de sa vie difficile à vivre pour lui.

Ainsi, développement de l'identité, maturation physique et sexuelle, acquisition de l'indépendance sociale et économique, acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte, ... sont autant de paramètres qui vont intervenir chez l'adolescent.

### **2.3.1.3 Conduites à risque**

D'après l'OMS, « *Si l'adolescence est un moment de croissance et de potentiel exceptionnel, c'est également un moment où les risques sont importants et au cours duquel le contexte social peut exercer une influence déterminante.* »

Les conduites à risque sont très diversifiées. En effet, il peut s'agir de la consommation de substances psycho-actives (tabac, alcool, drogues), de rapports sexuels non-protégés, de fugues, de la conduite de véhicules motorisés (vitesse excessive, absence de port du casque, non-respect des feux de signalisation, ...), de tentatives de suicide, de pratique de sports de glisse voire de sports à risque (parachutisme, alpinisme, ...) (Michel, Le Heuzey, Purper-Ouakil & Mouren-Simeoni, 2001).

En revanche, ces conduites à risque semblent être un passage obligé lors de la période de l'adolescence. En effet, comme le soulignent Michel et al (2001), « *D'un point de vue développemental, la prise de risque se conceptualise comme faisant partie des éléments inhérents aux processus d'acquisition, d'indépendance et d'individualisation.* [...] »

*L'adolescence comme période transitionnelle est propice à l'expérimentation d'une variété de comportements dont certains sont considérés comme dangereux pour la santé et le bien-être. L'adolescent va questionner ses acquis, ses valeurs jugées trop installées et tenter d'établir par diverses conduites à risque un équilibre dans sa vie psychique. La prise de risque peut apparaître comme un moyen pour l'adolescent de développer de façon optimale et efficiente ses compétences sociales et psychologiques d'autonomie, d'indépendance et d'autorégulation. »*

### **2.3.2 L'adolescence chez un sujet sourd appareillé**

Virole (2006) nous indique que « *Si la dimension somatique pubertaire se retrouve de façon bien identique chez les sourds (à l'exception de quelques formes syndromiques rares où la puberté ne se réalise pas), les autres dimensions sont modifiées spécifiquement par la surdité.* » Comportements d'opposition scolaire et familiale, refus net des sollicitations éducatives et audiophonologiques, signes dépressifs voire « raptus » violents peuvent être observés chez certains adolescents sourds. Ce sont de nombreux bouleversements qui peuvent avoir lieu à la fois sur le plan cognitif et sur le plan social.

#### **2.3.2.1 Perturbations au niveau cognitif**

« *A l'adolescence, les styles cognitifs et les aptitudes neurologiques se fixent définitivement du fait de la nouvelle organisation neuronale.* » (Virole, 2006). Chez certains jeunes, l'importance accordée à la mise en place du langage oral et écrit a occulté l'absence ou le trouble des apprentissages fondamentaux (logico-mathématique, culture générale, raisonnement, etc.) qui se révèle alors négativement à l'adolescence. Il n'est donc pas rare de constater chez ces jeunes un désengagement de la vie scolaire et de fréquents comportements d'opposition. Une réorientation peut être alors proposée dans une filière plus adaptée. Virole (2006) précise qu' « *il est plus réaliste de considérer que la surdité renforce des styles d'apprentissage, centrés sur le concret, le visuel, la pragmatique de l'action, qui font mauvais ménage avec les valeurs et les standards pédagogiques de l'éducation nationale.* »

### **2.3.2.2 *Perturbations au niveau social***

Le changement identitaire qui a lieu au moment de l'adolescence prend toute son importance chez un sujet sourd. En effet, à l'annonce du diagnostic de surdité, le choix des parents, à savoir d'appareiller ou non leur enfant, va définir d'une certaine manière l'identité de l'enfant. Si l'enfant n'est pas appareillé, la question de son appartenance à la culture sourde va se poser au moment de l'adolescence. En effet, se dit-il appartenir à la culture sourde ? Ou cultive-t-il le désir de s'intégrer dans le monde des entendants ?

Si l'enfant est appareillé, plusieurs questions se posent.

Tout d'abord, la surdité, handicap initialement invisible, devient apparente avec l'appareillage. Or, à l'adolescence, des modifications morphologiques importantes ont lieu. Ces changements, qui transforment l'apparence physique des jeunes, peuvent les perturber. Certains en ont même honte et tentent de les masquer. Ainsi, la présence de l'appareillage peut être un élément supplémentaire que certains sourds ne supportent plus et veulent cacher voire enlever.

De plus, la question de sa place au sein du monde des entendants va se poser. Pour un enfant sourd issu d'une famille d'entendants, il est parfois difficile de trouver sa place. Par ailleurs, l'intégration scolaire est, lorsqu'elle est possible, privilégiée. Cependant, selon Virole (2006), ces enfants « *passent beaucoup de temps isolés en milieu entendant où ils ont de facto un statut d'handicapé. Les professionnels qui les entourent déploient des trésors de dévouement et d'intelligence pour favoriser l'intégration de ces élèves mais le fait reste là.* »

De nombreuses questions peuvent émerger : l'enfant sourd souhaite-t-il toujours s'intégrer dans le monde des entendants ? Ou revendique-t-il son appartenance à la culture sourde ?

Nous voyons bien ici que c'est toute la problématique identitaire qui est remise en cause chez le jeune sourd au moment de l'adolescence.

### **2.3.2.3 *Répercussions sur la prise en charge orthophonique***

Tous ces questionnements sur l'identité du jeune vont avoir une incidence sur la prise en charge orthophonique de l'enfant.

L'aide auditive se retrouve parfois au cœur des questionnements du jeune. Le désir de ne plus être appareillé peut surgir (ou resurgir si l'enfant a déjà exprimé cette demande précédemment). Cela risque ainsi de perturber l'accès au langage oral et à la communication chez le jeune. De plus, cela peut engendrer un véritable conflit familial qui perturbe alors la relation parents-enfants.

Par ailleurs, l'engagement personnel du jeune sourd dans sa prise en charge orthophonique peut être perturbé. En effet, tous ces questionnements peuvent pousser l'enfant à se demander pourquoi il bénéficie de séances d'orthophonie. L'utilité de la prise en charge peut également être remise en cause. C'est alors toute l'alliance thérapeutique qui peut être fragilisée. L'orthophoniste se doit donc d'être présent pour le jeune, il doit pouvoir répondre à toutes ses questions sur la prise en charge, dans le but de consolider le lien thérapeutique.

## 3 PARTIE EXPERIMENTALE

### 3.1 Problématique et hypothèses de recherche

Compte-tenu de ce que nous avons exposé dans la partie théorique, nous nous sommes demandé ce que pensaient réellement les adolescents sourds appareillés de leur prise en charge orthophonique. A une période difficile à vivre pour l'ensemble d'entre eux, nous avons souhaité savoir si le regard qu'ils portent sur leur rééducation en orthophonie était modifié. Cette étude a donc d'abord pour objectif de **faire un état des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés** (appareillage conventionnel acoustique et/ou implant cochléaire).

Comme la littérature scientifique nous apporte peu d'informations sur la situation au cours de l'adolescence, nous avons choisi de nous intéresser particulièrement à cette tranche d'âge.

Pour cela, il nous a semblé important de recueillir directement le discours de jeunes sourds appareillés, afin qu'ils puissent eux-mêmes s'exprimer et donner leur point de vue sur ce sujet.

Par ailleurs, il nous a paru intéressant de demander l'avis des parents, parce que ce sont souvent eux qui partagent le quotidien du jeune et se trouvent directement impliqués dans le suivi éducatif et rééducatif de leur enfant.

Ainsi, nous avons voulu **déterminer la présence ou non d'une lassitude chez des adolescents sourds appareillés concernant leur prise en charge orthophonique.**

De plus, nous avons souhaité **savoir si ces jeunes ont l'impression subjective de bénéficier de leur rééducation en orthophonie.**

Cela nous amènera nécessairement à la question suivante : **quelles sont leurs attentes concernant leur suivi rééducatif en orthophonie ?**

Par ailleurs, nous avons voulu **déterminer si la question identitaire, très présente au moment de l'adolescence, entrave la prise en charge orthophonique.**

Enfin, nous nous sommes interrogés sur **une possible corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie.**

## **3.2 Rappel des objectifs de l'étude**

Cette étude a plusieurs objectifs :

- participer à l'actualisation des connaissances sur la prise en charge orthophonique d'adolescents sourds appareillés, à travers la réalisation d'un état des lieux
- apprécier le bénéfice apporté par la rééducation en orthophonie chez ces jeunes ainsi que leurs attentes
- déterminer l'existence ou non d'une corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans le suivi rééducatif en orthophonie
- dégager des améliorations pour la prise en charge en orthophonie, afin de la rendre plus attractive et surtout plus adaptée.

## **3.3 Matériel et méthodes**

### **3.3.1 Méthodologie de l'outil de recherche**

#### ***3.3.1.1 Choix du questionnaire***

Le questionnaire nous a paru être l'outil le plus approprié pour recueillir les informations souhaitées. En effet, il a l'avantage de cadrer les réponses des familles, contrairement à l'entretien, et donc de permettre une analyse des résultats plus aisée.

Par ailleurs, le questionnaire a permis au jeune et à ses parents de s'exprimer librement, sans avoir la crainte d'être jugés, contrairement à l'entretien. En outre, les propositions de réponses ont pu les orienter dans leurs réflexions, afin qu'ils soient les plus justes possibles.

Enfin, l'objectif principal de notre étude étant de réaliser un état de lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés, nous tenions à ce qu'un nombre important de familles puisse participer à notre travail, et il nous paraissait difficile d'organiser de nombreux entretiens physiques.

#### ***3.3.1.2 Construction du questionnaire***

La conception du questionnaire fut la première étape de notre travail. Il s'agissait de le proposer assez tôt aux familles dans le but de recueillir un maximum de réponses.

Etant donné que notre sujet d'étude est peu abordé dans la littérature scientifique, nous n'avons pas trouvé de documents spécifiques, relatifs à notre exposé. C'est pourquoi, nous avons choisi de créer nous-mêmes un questionnaire.

Afin qu'il soit le plus complet et adapté possible, nous avons demandé conseils auprès de plusieurs interlocuteurs.

Le Dr Jean-Pascal Lebreton, praticien hospitalier au sein du service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers et directeur de mémoire, nous a fait part des points qu'il lui serait essentiel d'aborder et de diverses remarques, notamment au niveau des prises en charge médicale et audioprothétique. Il a également souligné que le questionnaire ne devait pas avoir une résonance trop psychologique.

Mme Michèle Baudequin, orthophoniste au sein du service d'ORL, de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie du CHU de Poitiers, nous a également guidés dans l'élaboration de notre outil. Elle s'est montrée disponible pour relire et commenter chaque question, tout en nous en proposant des nouvelles à intégrer à notre travail.

Enfin, Mr Jean-Pierre Bernard, psychologue au sein de l'association DIAPOSOM à Poitiers, a pris le temps de nous aider dans la construction de notre outil. Il nous a conseillés d'élaborer un seul et unique questionnaire, destiné au jeune sourd et à ses parents, dans le but de faire naître entre eux une communication, de favoriser un échange. Par ailleurs, nous avons pu discuter de l'accueil que pourraient faire les participants à notre travail.

### ***3.3.1.3 Contenu du questionnaire***

Le questionnaire est consultable en Annexe I.

Il contient au total 53 questions. Il s'agit principalement de questions fermées (à choix multiples ou de type oui/non) mais il y a également quelques questions ouvertes afin que les participants puissent préciser ce qu'il en est de leur situation.

Le questionnaire est divisé en 3 parties.

La première partie, intitulée « Prise en charge médicale », est composée de 16 questions portant sur : l'âge d'apparition de la surdité, le diagnostic, la surdité en elle-même, le suivi ORL, l'aide auditive, le suivi audioprothétique ainsi que le port de l'aide auditive.

La deuxième partie, intitulée « Prise en charge orthophonique », est composée de 19 questions portant sur : le premier bilan orthophonique, la rééducation orthophonique en elle-même, le mode de communication mis en place, la poursuite du suivi orthophonique, les motifs de ce suivi, le vécu de la prise en charge en orthophonie, le bénéfice apporté par les séances d'orthophonie ainsi que les attentes du jeune vis-à-vis de sa prise en charge.

La troisième partie, intitulée « Partie à remplir par les parents », est composée de 18 questions reprenant certains thèmes abordés dans les parties précédentes : le suivi médical, l'aide auditive, le suivi audioprothétique, le port de l'aide auditive, la prise en charge orthophonique, le mode de communication, la poursuite du suivi orthophonique, le vécu de la prise en charge en orthophonie, le bénéfice apporté par les séances d'orthophonie à leur enfant ainsi que leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique.

Le statut auditif des parents est également pris en compte.

Les questions proposées dans cette dernière partie correspondent donc pour la plupart à celles posées au jeune, l'idée étant de recueillir les avis des parents sur le même sujet.

Les deux premières parties sont à remplir par le jeune, aidé de ses parents si besoin, tandis que la dernière partie est réservée aux parents, certaines réponses aux questions pouvant déstabiliser leur enfant.

Pour la majorité des questions, la réponse « Autre » a été ajoutée afin de laisser le jeune et ses parents s'exprimer librement.

Par ailleurs, à la fin de chaque partie, un encart « Commentaires à ajouter » a été inséré. Cela permet ainsi aux participants de faire des remarques sur l'étude en général ou bien sur l'outil. C'est aussi l'occasion pour eux d'ajouter certains éléments qui ont été omis précédemment et qu'ils souhaitent partager.

Il est à noter que les nom et prénom du jeune, son sexe et son âge sont demandés au début du questionnaire mais les données ont par la suite été toutes anonymisées.

#### **3.3.1.4 Echelle d'évaluation : le Categories of Auditory Performance (CAP)**

Un de nos objectifs est de déterminer l'existence ou non d'une corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans le suivi rééducatif en orthophonie.

Ainsi, nous avons choisi d'utiliser une échelle d'évaluation : le CAP. Cette échelle est consultable en Annexe II.

Le CAP a été élaboré par Archbold, Lutman et Marshall en 1995. Il évalue la progression de la perception auditive, généralement chez des sujets porteurs d'implant. Cette échelle comporte 8 niveaux : du niveau 0 (non conscient des sons de l'environnement) au niveau 7 (utilise le téléphone avec un interlocuteur connu).

Dans le cadre de notre travail, nous avons choisi d'administrer le CAP sous forme d'auto-évaluation, à l'ensemble des adolescents sourds appareillés participant à notre étude. Ainsi, chaque jeune devait se situer sur l'échelle, en fonction de ses performances avec son aide auditive.

Cela nous a donc permis d'avoir une idée du gain prothétique apporté par l'aide auditive pour chacun des jeunes.

Par la suite, nous avons pu ainsi corréler les résultats du CAP et les résultats du questionnaire pour l'ensemble des participants.

#### **3.3.1.5 Diffusion du questionnaire et de l'échelle d'évaluation**

L'une de nos premières préoccupations fut la diffusion du questionnaire et du CAP à des adolescents sourds appareillés ainsi qu'à leurs parents. La réalisation de ce mémoire y était conditionnée.

Nous avons choisi d'opter pour un questionnaire en ligne, réalisé à l'aide de l'outil « *Google Drive* », qui présentait de nombreux avantages : une construction facile, un design attractif et une diffusion rapide à l'ensemble des participants. De plus, il permettait aux jeunes et à leurs parents de le remplir aisément.

Cependant, nous avons également choisi d'imprimer notre questionnaire, afin de pouvoir en distribuer une version papier à certains participants.

Ainsi, nous avons pu transmettre le questionnaire et le CAP à nos sujets, par mail ou en version papier.

Nous leur avons également fait parvenir des documents administratifs, à savoir : un formulaire d'information, un formulaire de consentement ainsi qu'un formulaire d'autorisation d'utilisation d'informations. Ces trois documents sont consultables en Annexes III, IV et V.

Par ailleurs, le Dr Lebreton nous a conseillés de contacter sans attendre différentes structures accueillant des adolescents sourds appareillés.

Ainsi, nous nous sommes adressés à l'Institut Départemental Gustave Baguer, à Asnières-sur-Seine (92), structure où nous étions en stage au cours de l'année 2015-2016. L'une de nos maîtresses de stage, Mme Cécile Jacquemard, a accepté notre démarche et nous a soutenus dans notre projet. Elle a proposé à 11 jeunes, scolarisés en section SEES Secondaire ou en classe d'Enseignement Général Adapté (EGA), de participer à notre étude.

La directrice des Collège et Lycée privés Morvan (enseignement général), à Paris (75), Mme Annie Carcaillon, a également soutenu la diffusion de notre étude, en envoyant un mail à 16 familles ayant un enfant sourd scolarisé dans son établissement.

D'autre part, nous avons choisi de diffuser notre travail via le réseau social « *Facebook* ». Nous avons donc publié une annonce dans le groupe « Orthophonie et audition ».

Une ancienne étudiante de l'école d'orthophonie de Poitiers, intéressée par le projet puisque confrontée à cette problématique dans sa pratique, nous a ainsi contactés. Elle nous a assurés de son soutien, en nous proposant de discuter de notre étude avec les autres membres de l'association dans laquelle elle travaille. Cette association souhaite rester anonyme, nous ne la présenterons donc pas. L'ensemble de l'équipe a accueilli notre démarche avec enthousiasme et a fait parvenir le questionnaire et le CAP à tous les adolescents sourds pris en charge par les orthophonistes de l'association (soit une trentaine de jeunes en SSEFIS).

Le questionnaire a été publié en ligne le 21/11/2015 et désactivé le 01/03/2016. Les participants ont donc pu y accéder pendant une durée de trois mois environ.

Toutefois, seulement 5 réponses nous sont parvenues par ce biais, la plupart nous ayant été rendues en version papier.

Nous avons tout de même reporté ces dernières sur la version en ligne du questionnaire, comme si les familles l'avaient rempli elles-mêmes via cet outil, ce qui nous a permis de centraliser toutes les réponses et de pouvoir les exporter dans le tableur « *Excel* » associé à l'outil « *Google Drive* ». L'analyse des données nous a ainsi été facilitée.

### **3.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants**

#### **3.3.2.1 Critères d'inclusion**

Notre étude a pour objectif de faire un état des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés.

Ainsi, les participants ont dû répondre à un certain nombre de critères tels que :

- être sourd(e)
- être appareillé(e) (appareillage conventionnel acoustique uni- ou bilatéral, implant cochléaire uni- ou bilatéral, implant cochléaire unilatéral et appareillage conventionnel acoustique controlatéral)
- être âgé(e) de 11 à 18 ans inclus
- être suivi(e) ou avoir été suivi(e) en orthophonie
- être pris(e) en charge dans une institution spécialisée pour enfants sourds ou être en inclusion scolaire
- ou être parent(s) d'un enfant présentant l'ensemble des critères ci-dessus, notre étude s'adressant également aux parents des jeunes interrogés.

Le critère d'âge retenu nous semblait pertinent puisqu'il permettait de s'intéresser à une large tranche d'âge. Cependant, au vu des réponses qui nous sont parvenues, nous nous sommes aperçus que la limite d'âge fixée était trop restreinte. En effet, certains jeunes, âgés de 19 ans, ont désiré participer à notre étude. Nous avons donc souhaité élargir le critère d'âge choisi initialement, soit 18 ans inclus, à 19 ans inclus, âge limite de l'adolescence selon l'OMS.

De plus, le critère concernant la prise en charge en orthophonie n'a pas forcément été bien respecté. La majorité des participants sont actuellement suivis en orthophonie mais une participante a souhaité répondre à notre étude malgré le fait qu'elle n'ait jamais bénéficié d'une prise en charge orthophonique.

Nous avons toutefois choisi de prendre en compte certains éléments de réponse apportés par cette jeune, notamment sur les questions de la prise en charge médicale.

### **3.3.2.2 Critères d'exclusion**

Nous n'avons pas souhaité déterminer de critères d'exclusion pour notre étude.

En revanche, au cours de notre recherche, nous nous sommes aperçus qu'il était essentiel que les participants soient lecteurs.

Nous avons été confrontés à cette problématique avec trois jeunes, scolarisés en SEES Secondaire ou en classe EGA, pour lesquels la maîtrise du français écrit n'était pas parfaite. Nous avons dû traduire l'ensemble des documents en français signé afin qu'ils comprennent parfaitement notre étude et que leurs réponses ne soient pas biaisées en raison d'une mauvaise compréhension des questions.

D'autre part, les parents devaient également être lecteurs, ce qui dépendait de leur niveau socio-culturel.

Par ailleurs, nous reviendrons sur ce point ultérieurement, mais nous nous sommes volontairement adressés à des services accueillant des enfants non porteurs d'une déficience intellectuelle associée à la surdité, par crainte de recueillir des réponses biaisées en raison d'une mauvaise compréhension des questions.

### **3.3.3 Analyse des données**

Etant donné l'objectif principal de notre étude, qui est la réalisation d'un état des lieux, et le fait que nous ayons choisi une approche descriptive plutôt que comparative, nous avons opté pour le calcul de pourcentages comme méthode statistique. Notre but étant de mettre en évidence les résultats quantitatifs recueillis et de les analyser avant de les discuter.

L'une des plus grandes difficultés à laquelle nous avons été confrontés fut de calculer des pourcentages concernant des nombres de participants souvent différents. En effet, certains d'entre eux n'ont pas toujours répondu à l'ensemble des questions pour différentes raisons (sauts de questions, non connaissance de la réponse à la question posée, ...). Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Par ailleurs, nous avons souvent dû croiser les pourcentages obtenus à certaines questions avec ceux d'autres questions. Nous avons également croisé les réponses au questionnaire des jeunes avec celles de leurs parents. Enfin, nous avons croisé les réponses au questionnaire de chaque jeune avec leur niveau au CAP. Ces différents croisements ont été réalisés « manuellement » afin de faire émerger des points qui nous ont paru pertinents quant à notre objet d'étude.

## **3.4 Résultats**

Afin de rendre compte de nos résultats de la façon la plus claire possible, nous avons fait le choix de les présenter en suivant la trame du questionnaire.

Ainsi, après avoir abordé la répartition de la population d'étude, nous traiterons la prise en charge médicale, puis la prise en charge orthophonique des adolescents sourds appareillés. Nous étudierons ensuite les réponses des parents de ces derniers et enfin nous analyserons le CAP de chacun des jeunes en le confrontant aux réponses du questionnaire.

Nous avons décidé de présenter les résultats sous forme de graphiques ou de tableaux à chaque fois que nous avons pensé que cela permettrait d'en améliorer la lisibilité.

### **3.4.1 Répartition de la population d'étude**

19 personnes ont participé à notre étude.

Sur ce total, 1 personne n'a pas totalement répondu aux critères d'inclusion puisqu'elle n'a jamais suivi de rééducation en orthophonie suite au bilan effectué. Nous avons toutefois choisi de ne pas l'exclure de notre étude, certains éléments de réponse apportés par cette jeune, notamment sur les questions de la prise en charge médicale, étant pertinents.

La moyenne d'âge des participants était de 14 ans, le plus jeune ayant 11 ans et le plus âgé 19 ans au moment où ils ont rempli le questionnaire.

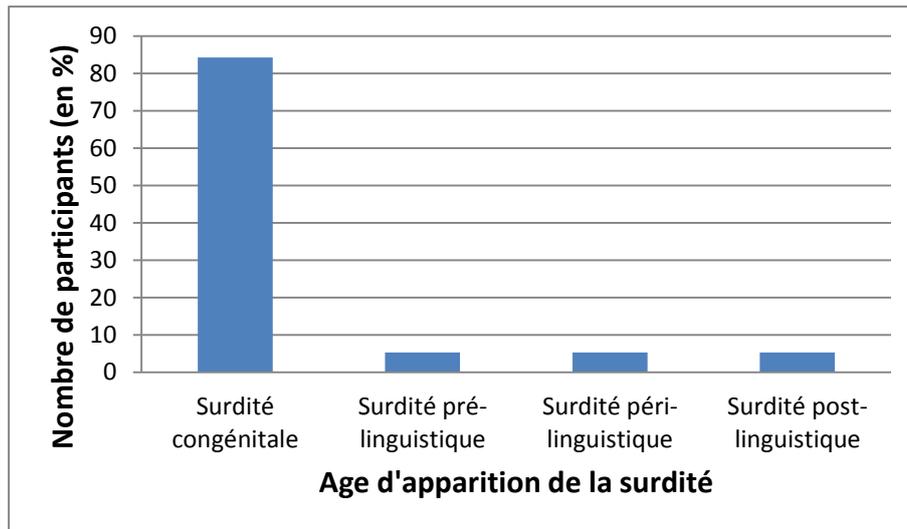
La répartition des sexes était la suivante : 63,2% de sexe masculin (12 garçons) et 36,8% de sexe féminin (7 filles), soit pour notre population d'étude un sex- ratio de 1,7.

### **3.4.2 Prise en charge médicale**

#### **3.4.2.1 *Age d'apparition de la surdité***

84,2% des jeunes (16 personnes) sont atteints d'une surdité congénitale (installée avant la naissance).

1 personne est atteinte d'une surdité pré-linguistique (apparue avant l'acquisition du langage), 1 personne est atteinte d'une surdité péri-linguistique (apparue pendant l'acquisition du langage), et enfin 1 personne est atteinte d'une surdité post-linguistique (apparue après l'acquisition du langage).



Graphique 1. Répartition du nombre de participants en fonction de l'âge d'apparition de la surdité

### 3.4.2.2 *Diagnostic de surdité*

Le diagnostic de surdité a été posé en moyenne à 2 ans et demi, le diagnostic le plus précoce étant à la naissance et le plus tardif à 6 ans et demi.

Pour 88,2% des jeunes (15 personnes), le diagnostic de surdité a été posé par un ORL.

Parmi ces jeunes, il a été posé à l'hôpital pour 33,3% d'entre eux (5 personnes) et au sein d'une structure accueillant des enfants sourds pour 13,3% d'entre eux (2 personnes).

Pour une jeune, la surdité a été détectée lors d'un bilan orthophonique.

Pour une autre jeune, il s'agit de la nourrice qui a suspecté une d ficiance auditive.

Il est à noter que 2 participants n'ont pas précisé qui avait posé le diagnostic de surdité.

### 3.4.2.3 *Caractéristiques de la surdité*

#### 3.4.2.3.1 Surdité isolée ou syndromique

Pour 88,9% des jeunes (16 personnes), la surdité est isolée.

11,1% des jeunes (2 personnes) sont quant à eux atteints d'une surdité syndromique, dans le cadre d'un syndrome polymalformatif pour une personne et d'un syndrome d'Usher pour l'autre.

Il est à noter qu'un participant n'a pas répondu à cette question.

#### 3.4.2.3.2 Degré de surdité (sans appareillage)

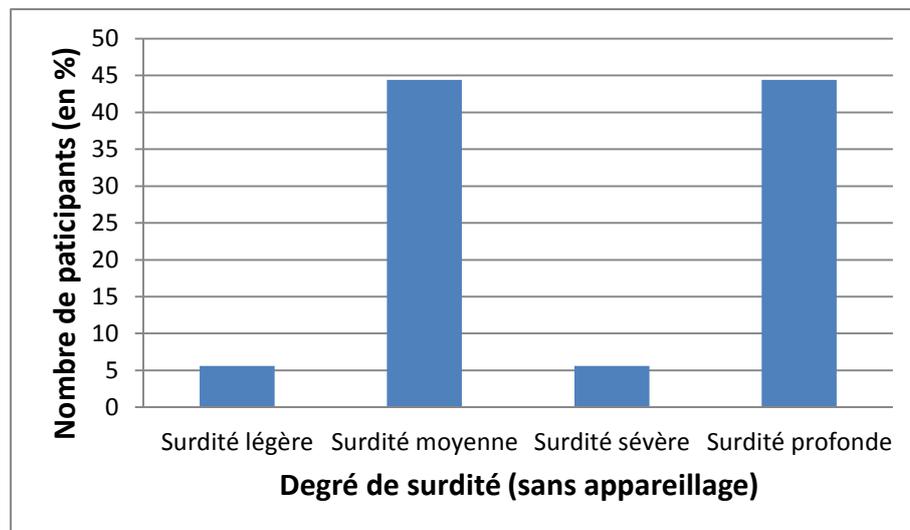
1 personne est atteinte d'une surdité légère (perte auditive de 21 à 40 dB).

44,4% des jeunes (8 personnes) sont atteints d'une surdité moyenne (perte auditive de 41 à 70 dB).

1 personne est atteinte d'une surdité sévère (perte auditive de 71 à 90 dB).

44,4% des jeunes (8 personnes) sont atteints d'une surdité profonde (perte auditive de 91 à 119 dB).

Il est à noter qu'un participant n'a pas répondu à cette question.



Graphique 2. Répartition du nombre de participants en fonction du degré de surdité (sans appareillage)

#### 3.4.2.3.3 Evolutivité de la surdité

76,5% des jeunes (13 personnes, dont la jeune atteinte d'un syndrome polymalformatif) constatent une stabilité de leur surdité.

En revanche, pour 23,5% des jeunes (4 personnes), une dégradation est observée. Il s'agit de 2 filles et 1 garçon atteints d'une surdité congénitale profonde et d'1 fille atteinte d'une surdité congénitale moyenne.

Il est à noter que 2 participants n'ont pas répondu à cette question (dont le jeune atteint d'un syndrome d'Usher).

### **3.4.2.4 Suivi ORL**

89,5% des jeunes (17 personnes) ont un suivi ORL régulier.

10,5% des jeunes (2 personnes) estiment quant à elles ne pas avoir un suivi ORL régulier.

Pour les jeunes ayant un suivi ORL régulier :

- 70,6% d'entre eux (12 personnes) ont un suivi annuel
- 17,6% d'entre eux (3 personnes) ont un suivi semestriel
- 11,8% d'entre eux (2 personnes) ont un suivi trimestriel

Il est à noter qu'un participant n'ayant pas un suivi ORL régulier a précisé à cette question qu'il allait chez l'audioprothésiste.

### **3.4.2.5 Aide auditive**

#### **3.4.2.5.1 Age d'appareillage**

Les jeunes ont été appareillés en moyenne à 4 ans, l'appareillage le plus précoce étant 4 mois et le plus tardif 11 ans.

Un jeune nous a indiqué avoir été implanté à 17 ans (implant cochléaire unilatéral) mais il n'a pas mentionné la date initiale à laquelle il a été appareillé (appareillage conventionnel acoustique, précédant la pose de l'implant).

Un jeune a été appareillé à 20 mois (appareillage conventionnel acoustique unilatéral) puis a été implanté à 3 ans.

Il est à noter qu'une participante n'a pas répondu à cette question.

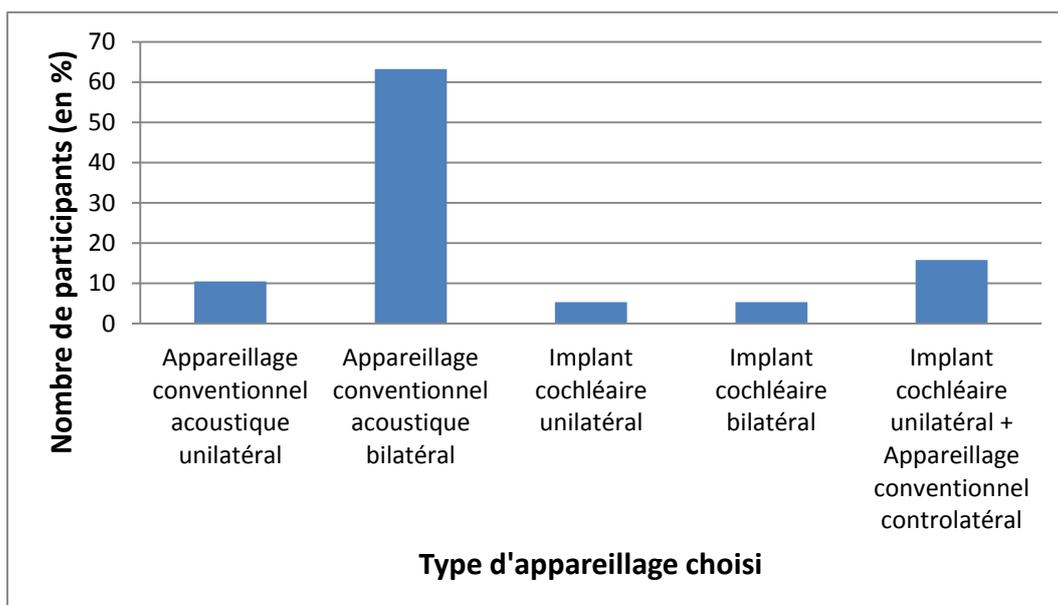
#### **3.4.2.5.2 Type d'appareillage choisi**

10,5% des jeunes (2 personnes) portent un appareillage conventionnel acoustique unilatéral.

63,2% d'entre eux (12 personnes) portent un appareillage conventionnel acoustique bilatéral.

1 personne porte un implant cochléaire unilatéral et 1 autre personne porte un implant cochléaire bilatéral.

15,8% des jeunes (3 personnes) portent un implant cochléaire unilatéral et un appareillage conventionnel acoustique controlatéral.



Graphique 3. Répartition du nombre de participants en fonction du type d'appareillage choisi

#### 3.4.2.5.3 Suivi audioprothétique

89,5% des jeunes (17 personnes) ont un suivi audioprothétique régulier.

10,5% des jeunes (2 personnes) estiment quant à eux ne pas avoir un suivi audioprothétique régulier.

Pour 1 des 2 personnes estimant ne pas avoir un suivi audioprothétique régulier, cette réponse se recoupe avec la question concernant le suivi ORL (également non régulier selon ce participant).

Pour les jeunes ayant un suivi audioprothétique régulier :

- 47,1% d'entre eux (8 personnes) ont un suivi annuel. Pour une des participantes, un suivi audioprothétique annuel n'est pas un suivi régulier.
- 17,6% d'entre eux (3 personnes) ont un suivi semestriel
- 35,3% d'entre eux (6 personnes) ont un suivi trimestriel

Il est à noter qu'une des participantes n'a pas spécifié la fréquence de son suivi.

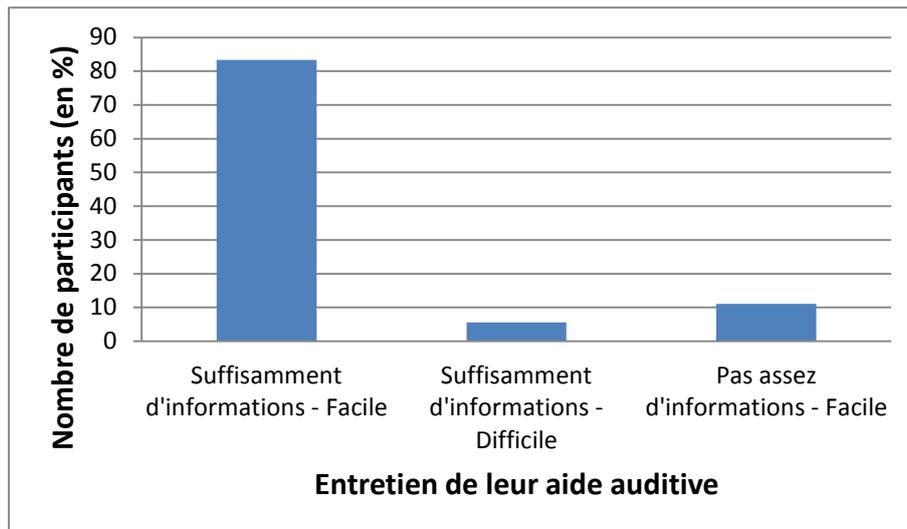
#### 3.4.2.5.4 Entretien de l'aide auditive (réglages à faire faire, piles à changer, nettoyage, ...)

83,3% des jeunes (15 personnes) pensent qu'ils ont suffisamment d'informations concernant leur aide auditive et trouvent cela facile.

1 personne trouve qu'elle a suffisamment d'informations mais trouve cela difficile. Il s'agit d'une jeune âgée de 13 ans, appareillée à 6 ans (appareillage conventionnel acoustique bilatéral)

11,1% d'entre eux (2 personnes) pensent qu'ils n'ont pas assez d'informations mais trouvent cela facile.

Il est à noter qu'une participante n'a pas répondu à cette question.



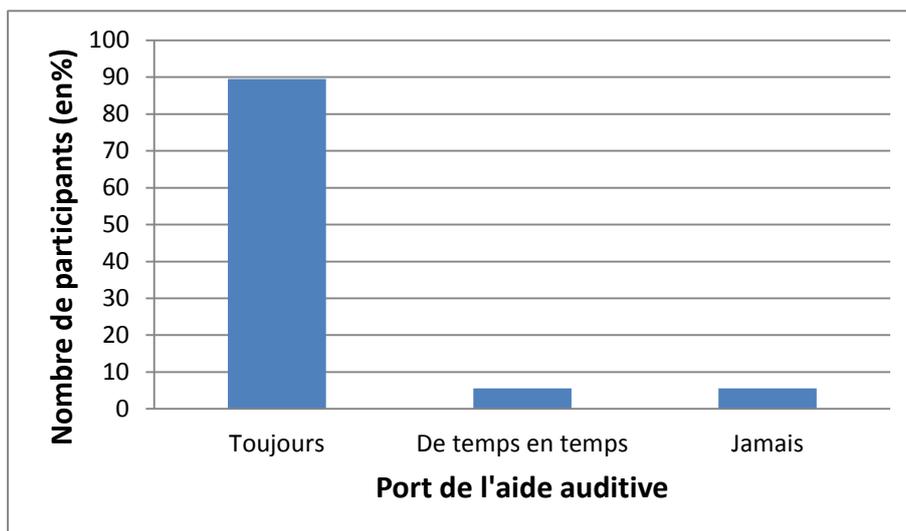
Graphique 4. Répartition du nombre de participants en fonction de l'entretien de l'aide auditive

#### 3.4.2.5.5 Port de l'aide auditive

89,5% des jeunes (17 personnes) portent toujours leur aide auditive (à la maison, à l'école, en séance d'orthophonie, avec leurs amis, ...)

1 personne porte son aide auditive de temps en temps (seulement à l'école, seulement en séance d'orthophonie, ...).

1 personne ne porte jamais son aide auditive. Il s'agit de la jeune fille n'ayant jamais bénéficié d'une prise en charge orthophonique.



Graphique 5. Répartition du nombre de participants en fonction du port de l'aide auditive

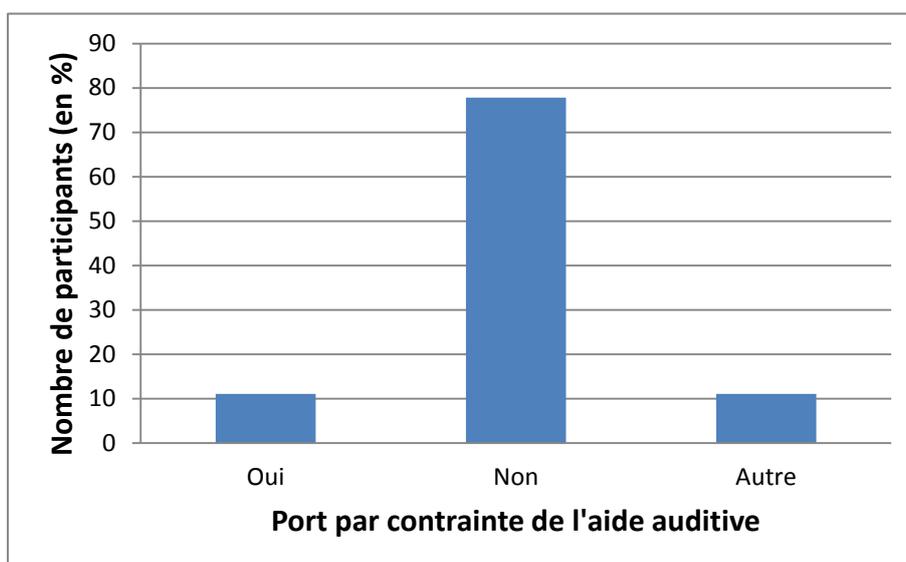
Le jeune portant son aide auditive de temps en temps évoque pour raison du bruit qui le gêne. La jeune qui ne porte jamais son aide auditive évoque quant à elle une gêne (problèmes au niveau des réglages, ...) mais également de la honte, des moqueries, ...

11,1% des jeunes (2 personnes) semblent porter leur aide auditive par contrainte.

77,8% d'entre eux (14 personnes) ne portent pas leur aide auditive par contrainte.

11,1% d'entre eux (2 personnes) ont répondu « Autre » à cette question, une jeune précisant « *Un peu les deux* » et l'autre participant expliquant « *De temps en temps je suis contraint (rare)* ».

Il est à noter qu'une participante n'a pas répondu à cette question puisqu'elle ne porte jamais son aide auditive.



Graphique 6. Répartition du nombre de participants en fonction du port par contrainte de l'aide auditive

### **3.4.2.6 Commentaires à ajouter**

Aucun participant n'a ajouté de commentaire.

## **3.4.3 Prise en charge orthophonique**

### **3.4.3.1 Premier bilan orthophonique**

Le premier bilan orthophonique a été effectué en moyenne à 3 ans, le bilan le plus précoce étant à 1 an et le plus tardif à 6 ans.

Il est à noter que 2 participants n'ont pas répondu à cette question.

Pour 27,8% des jeunes (5 personnes), le premier bilan orthophonique a été effectué par l'orthophoniste du service ORL où la surdité a été dépistée.

Pour 27,8% des jeunes (5 personnes), il a été effectué chez un(e) orthophoniste en libéral.

Pour les autres jeunes, soit 44,4% (8 personnes), il a été effectué par un(e) orthophoniste au sein d'une institution spécialisée pour enfants sourds.

Un des participants n'ayant pas répondu à la question précédente n'a pas répondu à cet item.

### **3.4.3.2 Rééducation orthophonique**

94,7% des jeunes (18 personnes) ont suivi une rééducation en orthophonie.

En revanche, comme nous l'avons vu précédemment, une participante n'a jamais suivi de rééducation en orthophonie suite au bilan effectué.

Ainsi, pour le reste de la partie 3.4.3 Prise en charge orthophonique, nous tiendrons compte uniquement des réponses des 18 autres sujets interrogés.

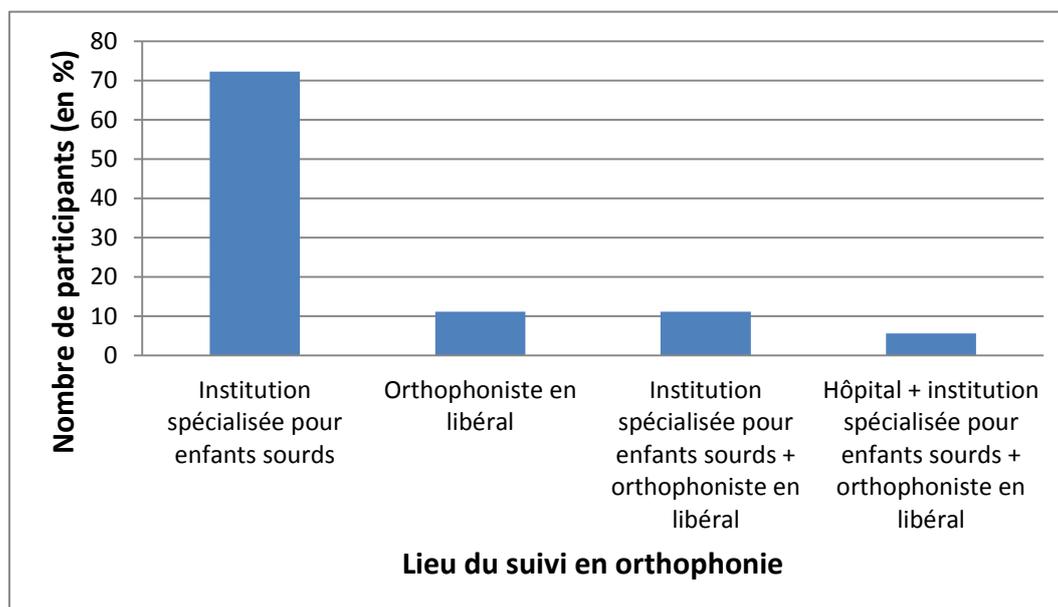
#### **3.4.3.2.1 Lieu du suivi en orthophonie**

72,2% des jeunes (13 personnes) ont été suivis en orthophonie dans une institution spécialisée pour enfants sourds.

11,1% des jeunes (2 personnes) ont été suivis en orthophonie chez un(e) orthophoniste en libéral.

11,1% des jeunes (2 personnes) ont été suivis en orthophonie dans une institution spécialisée pour enfants sourds et chez un(e) orthophoniste en libéral.

1 personne a été suivie en orthophonie à l'hôpital, dans une institution spécialisée pour enfants sourds et chez un(e) orthophoniste en libéral.



Graphique 7. Répartition du nombre de participants en fonction du lieu du suivi en orthophonie

#### 3.4.3.2.2 Fréquence du suivi

Beaucoup de participants (9 personnes) nous ont donné la fréquence de leur suivi actuel en orthophonie. Certains (6 personnes) nous ont quant à eux indiqué la fréquence de leur suivi antérieur (lorsqu'ils étaient petits ou bien avant l'arrêt de leur prise en charge). D'autres (3 personnes) nous ont donné les fréquences respectives de leur suivi actuel et de leur suivi antérieur.

Ainsi, nous avons choisi d'analyser les résultats en fonction du suivi antérieur des jeunes d'une part et du suivi actuel des jeunes d'autre part.

- Suivi antérieur (concernant 9 participants) :

55,6% des jeunes (5 personnes) étaient suivis plus de trois fois par semaine en orthophonie.

33,3% d'entre eux (3 personnes) étaient suivis trois fois par semaine en orthophonie.

1 personne était suivie 1 fois par semaine.

- Suivi actuel (concernant 12 participants) :

16,7% des jeunes (2 personnes) sont suivis trois fois par semaine.

58,3% d'entre eux (7 personnes) sont suivis deux fois par semaine.

25% d'entre eux (3 personnes) sont suivis une fois par semaine.

Pour les 3 personnes nous ayant donné les fréquences respectives de leur suivi actuel et de leur suivi antérieur, il s'avère que leur prise en charge en orthophonie est moins intensive aujourd'hui. La fréquence des séances a diminué par rapport à leur rééducation initiale (une séance en moyenne à présent contre trois auparavant).

### **3.4.3.3 Mode de communication**

#### **3.4.3.3.1 Mode de communication mis en place initialement**

Pour 94,1% des jeunes (16 personnes), le langage oral avec le soutien de la lecture labiale a été mis en place initialement.

Parmi ces jeunes, pour 43,7% d'entre eux (7 personnes), seul ce mode de communication a été mis en place initialement.

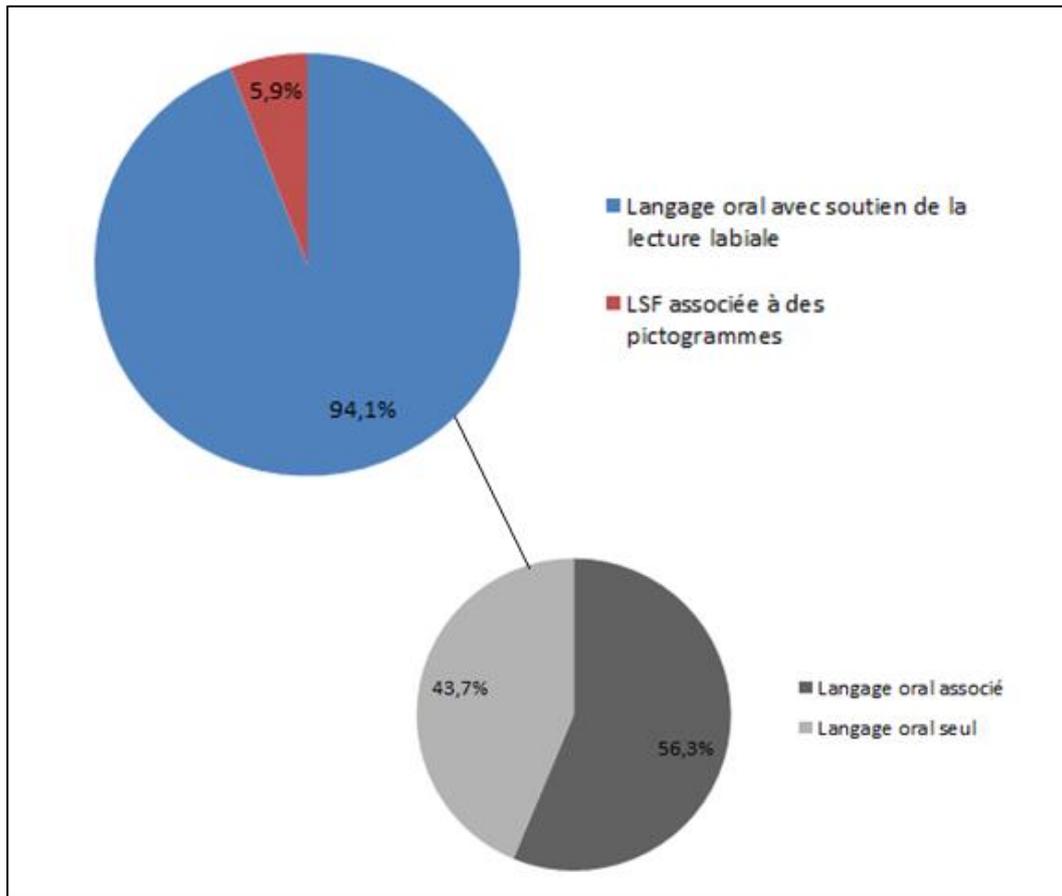
En revanche, pour 56,3% d'entre eux (9 personnes), ce mode de communication a été mis en place initialement, associé à un ou plusieurs outils de communication.

Ainsi :

- Pour 44,4% de ces jeunes (4 personnes), le LPC a été associé au langage oral avec le soutien de la lecture labiale
- Pour 55,6% d'entre eux (5 personnes), la LSF a été associée au langage oral avec le soutien de la lecture labiale
- Pour 88,9% d'entre eux (8 personnes), le langage écrit a été associé au langage oral avec le soutien de la lecture labiale
- Pour 22,2% d'entre eux (2 personnes), des pictogrammes ont été associés au langage oral avec le soutien de la lecture labiale

Pour une personne, la LSF a été mise en place initialement, associée à des pictogrammes.

Par ailleurs, il est à noter qu'un participant n'a pas répondu à cette question.



Graphique 8. Répartition du nombre de participants en fonction du mode de communication initial

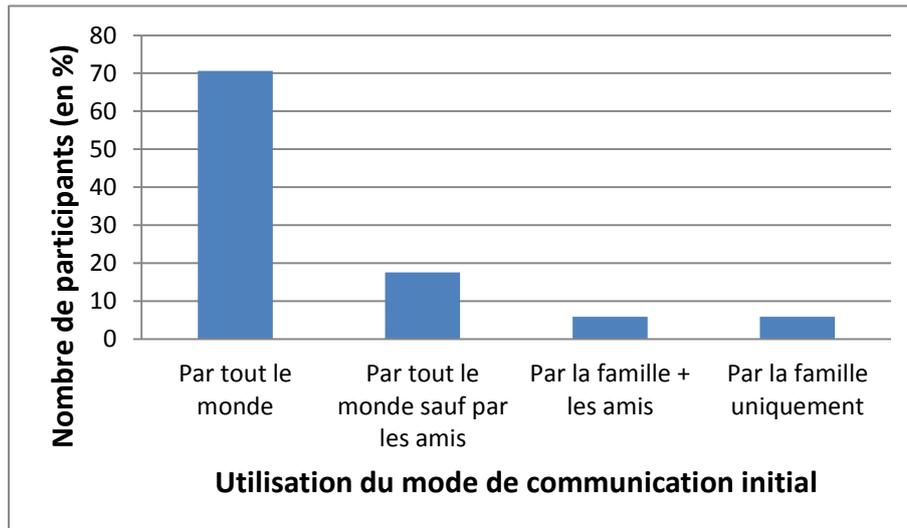
#### 3.4.3.3.2 Utilisation du mode de communication initial

Pour 70,6% des jeunes (12 personnes), le mode de communication initial est utilisé couramment par la famille, les amis, l'encadrement scolaire (professeurs, éducateurs, ...) et l'orthophoniste.

Pour 17,6% des jeunes (3 personnes), il est utilisé couramment par tout le monde sauf par les amis. Cela concerne un jeune utilisant le langage oral avec le soutien de la lecture labiale, un jeune utilisant le langage oral avec le soutien de la lecture labiale associé au LPC et à des pictogrammes et le jeune utilisant la LSF associée à des pictogrammes.

Pour 1 personne, il est partagé avec la famille et les amis (jeune utilisant le langage oral avec le soutien de la lecture labiale associé au LPC, au langage écrit et à des pictogrammes) et pour une autre personne, il est partagé uniquement avec la famille (jeune utilisant le langage oral avec le soutien de la lecture labiale).

Le participant n'ayant pas répondu à la question précédente n'a pas répondu à cet item.



Graphique 9. Répartition du nombre de participants en fonction de l'utilisation du mode de communication initial

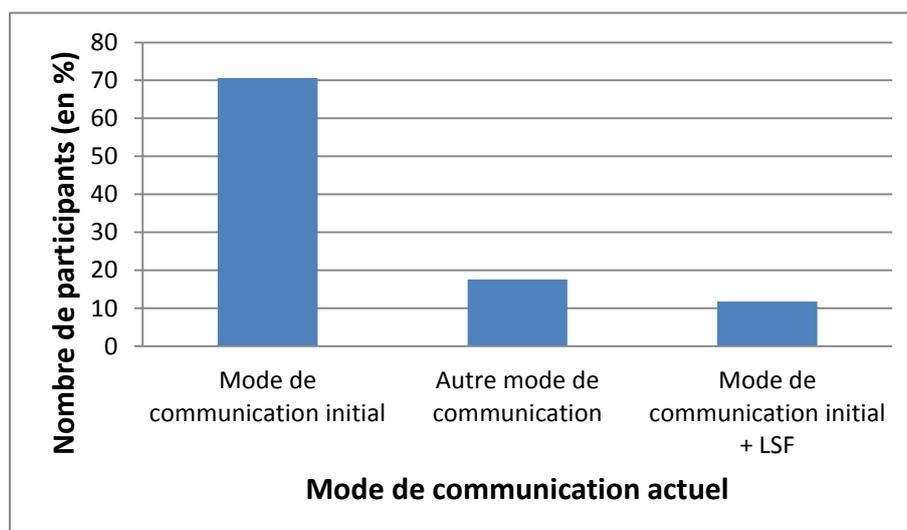
#### 3.4.3.3.3 Mode de communication actuel

70,6% des jeunes (12 personnes) utilisent actuellement toujours leur mode de communication initial.

17,6% des jeunes (3 personnes) utilisent actuellement un autre mode de communication.

11,8% des jeunes (2 personnes) utilisent actuellement toujours leur mode de communication (langage oral avec le soutien de la lecture labiale) mais ils utilisent également en plus la LSF.

Le participant n'ayant pas répondu aux deux questions précédentes n'a pas répondu à cet item.



Graphique 10. Répartition du nombre de participants en fonction du mode de communication actuel

Pour les participants utilisant actuellement un autre mode de communication, un jeune (utilisant le langage oral avec le soutien de la lecture labiale associé au LPC et à des pictogrammes) utilise désormais principalement le langage oral avec le soutien de la lecture labiale et la LSF. Une jeune (utilisant le langage oral avec le soutien de la lecture labiale associé au LPC, au langage écrit et à des pictogrammes) utilise désormais principalement le langage oral avec le soutien de la lecture labiale et le langage écrit. Enfin, le jeune utilisant la LSF associée à des pictogrammes, utilise désormais principalement le langage oral avec le soutien de la lecture labiale et le langage écrit.

Il est à noter que le participant n'ayant pas répondu aux trois questions précédentes, portant sur le mode de communication initial et actuel, a précisé à cet item qu'il utilisait le langage oral avec le soutien de la lecture labiale mais qu'il ne se servait pas toujours de la lecture labiale.

#### ***3.4.3.4 Poursuite du suivi en orthophonie***

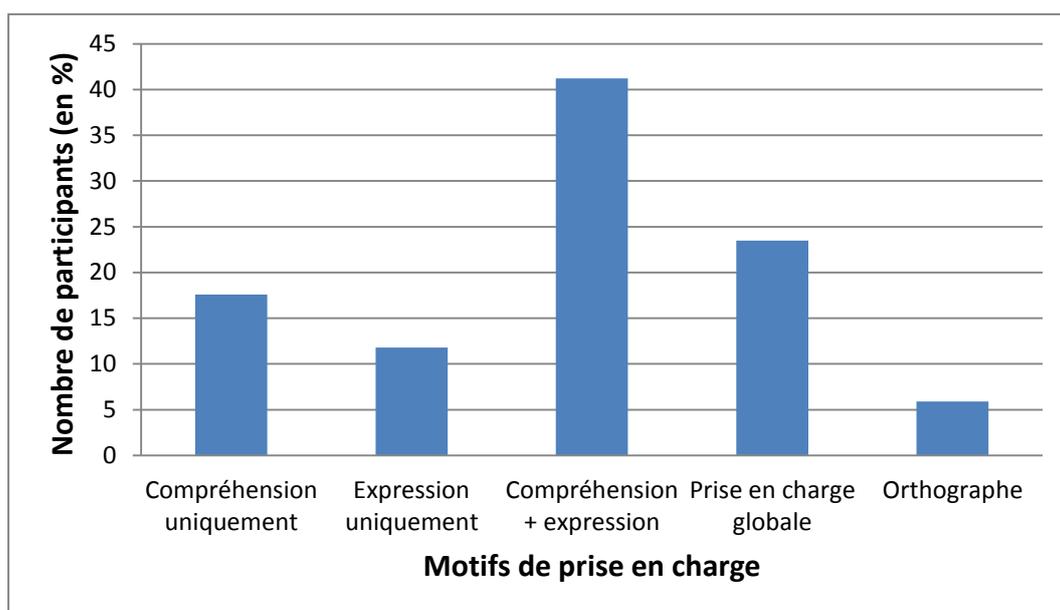
94,4% des jeunes (17 personnes) sont toujours suivis en orthophonie.

Un participant, âgé de 17 ans, a arrêté définitivement, précisant qu'il parle très bien et comprend les paroles.

Les jeunes sont toujours suivis en orthophonie pour différents motifs.

Ainsi :

- 17,6% des jeunes (3 personnes) sont suivis uniquement pour de la compréhension du langage oral et/ou écrit (lecture).
- 11,8% des jeunes (2 personnes) sont suivis uniquement pour de l'expression du langage oral (articulation) et/ou écrit (écriture).
- 41,2% des jeunes (7 personnes) sont suivis pour les deux motifs précédents, dont un jeune précisant qu'il travaille également la mémoire, la concentration et l'organisation en séance.
- 23,5% des jeunes (4 personnes) sont suivis pour une prise en charge globale, dont une jeune qui a tenu à nous préciser qu'elle travaille surtout l'évocation en séance.
- 1 personne est suivie uniquement pour de l'orthographe.



Graphique 11. Répartition du nombre de participants en fonction des motifs de prise en charge

Pour le jeune n'étant plus suivi en orthophonie, ce dernier a remarqué suite à l'arrêt de sa prise en charge une stabilité de ses compétences.

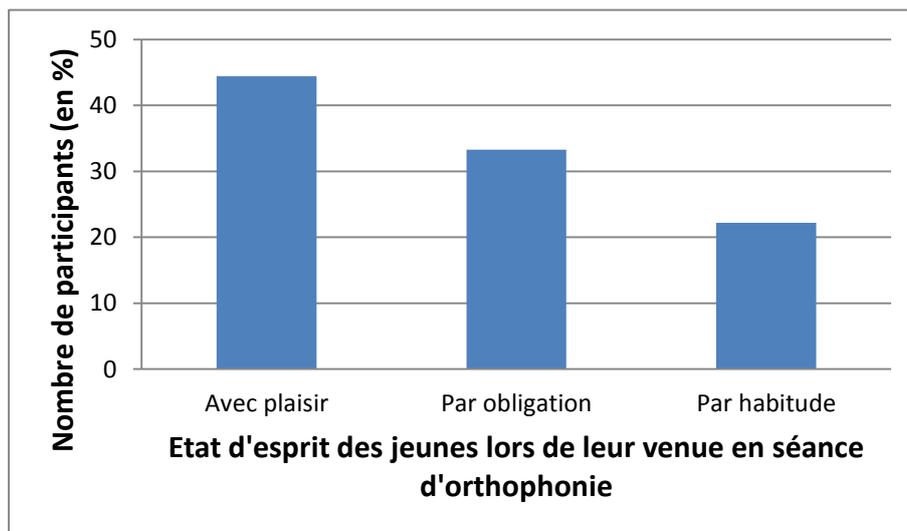
### **3.4.3.5 Ressenti de la prise en charge en orthophonie**

#### **3.4.3.5.1 Etat d'esprit du jeune lors de sa venue en séance d'orthophonie**

44,4% des jeunes (8 personnes) viennent avec plaisir en séance d'orthophonie (bonne entente avec l'orthophoniste, progrès constatés, ...).

33,3% des jeunes (6 personnes) se sentent obligés de venir en séance d'orthophonie (par leurs parents, par les professionnels de santé, ...) mais ils n'aiment pas cela. Le jeune qui a arrêté sa prise en charge en fait partie.

22,2% des jeunes (4 personnes) viennent en séance d'orthophonie par habitude, sans trop se poser de questions.



Graphique 12. Répartition du nombre de participants en fonction de leur état d'esprit lors de leur venue en séance d'orthophonie

Nous avons souhaité savoir s'il existe un « profil type » (sexe, âge) chez les jeunes qui se sentent obligés de venir en séance d'orthophonie.

Cela concerne autant de filles que de garçons (3 filles et 3 garçons), âgés de 11 à 19 ans (avec une moyenne d'âge de 14 ans et demi pour ce groupe, peu significative).

Il ne semble donc pas y avoir de corrélation entre la motivation des participants à venir en séance d'orthophonie et leur sexe et leur âge.

#### 3.4.3.5.2 Satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie

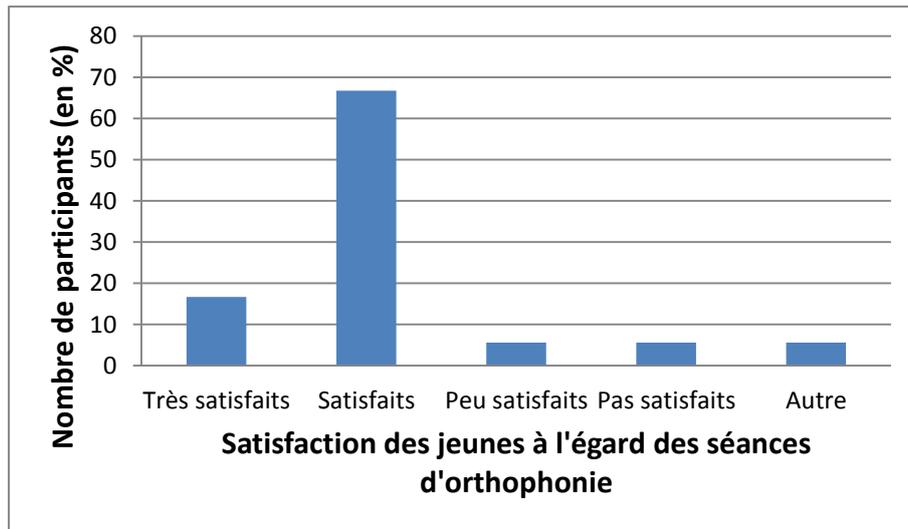
16,7% des jeunes (3 personnes) sont très satisfaits des séances d'orthophonie.

66,7% des jeunes (12 personnes) sont satisfaits des séances d'orthophonie. Le jeune qui a arrêté sa prise en charge en fait partie.

Un participant, âgé de 13 ans, est peu satisfait des séances d'orthophonie.

Une participante, âgée de 13 ans, n'est pas satisfaite des séances d'orthophonie.

Un participant, âgé de 11 ans, a répondu « Autre » à cet item, nous précisant qu'il est satisfait « *Que quand on fait des jeux* ».



Graphique 13. Répartition du nombre de participants en fonction de leur satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie

Nous avons souhaité savoir s'il existe une corrélation entre la satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie et l'état d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie. Sur les 3 participants ayant répondu « Très satisfaits », 2 viennent avec plaisir en séance d'orthophonie.

A l'inverse, les 3 participants ayant répondu « Peu satisfaits », « Pas satisfaits » et « Autre » font partie du groupe de jeunes se sentant obligés de venir en séance d'orthophonie mais n'aimant pas cela.

On peut donc supposer qu'il y ait un lien entre la satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie et l'état d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie.

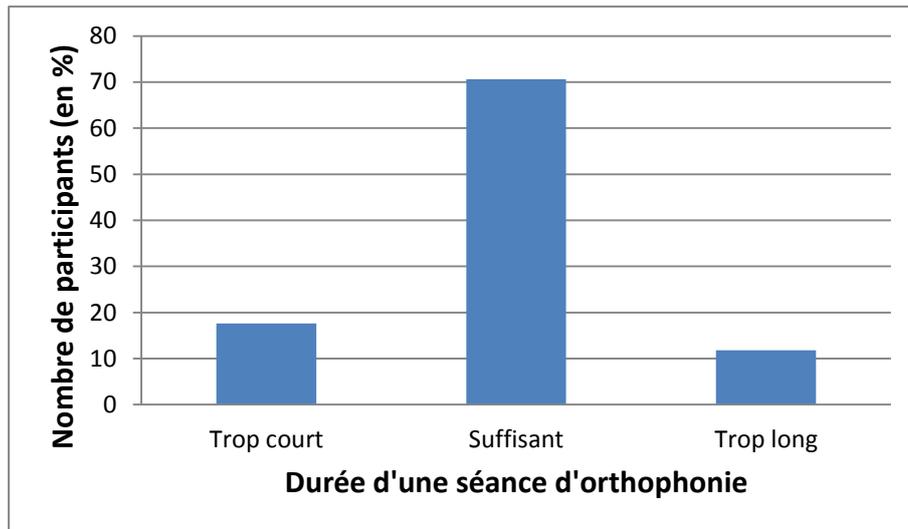
#### 3.4.3.5.3 Durée d'une séance d'orthophonie (en principe 45 minutes)

Pour 17,6% des jeunes (3 personnes), la durée d'une séance d'orthophonie est trop courte. Le jeune qui a arrêté sa prise en charge en fait partie.

Pour 70,6% des jeunes (12 personnes), elle est suffisante.

Pour 11,8% des jeunes (2 personnes), elle est trop longue. Le participant, ayant répondu à la question précédente qu'il est satisfait uniquement lorsqu'il fait des jeux, trouve la durée d'une séance d'orthophonie trop longue mais nous a précisé : « *Je ne vois pas l'heure tourner quand je fais des jeux* ».

La participante n'étant pas satisfaite des séances d'orthophonie n'a pas répondu à cette question.



Graphique 14. Répartition du nombre de participants en fonction de la durée d'une séance d'orthophonie

Nous avons souhaité savoir s'il existe une corrélation entre l'avis des jeunes concernant la durée d'une séance d'orthophonie et leur état d'esprit lors de leur venue en séance d'orthophonie.

Sur les 3 participants qui trouvent la durée d'une séance d'orthophonie trop courte, deux viennent avec plaisir en séance d'orthophonie. Par ailleurs ils sont satisfaits de leur suivi.

A l'inverse, les 2 participants qui trouvent la durée d'une séance d'orthophonie trop longue se sentent obligés de venir en séance d'orthophonie. La jeune fille est cependant satisfaite de ses séances, contrairement au jeune homme qui est satisfait de ses séances uniquement lorsqu'il fait des jeux.

On peut donc supposer qu'il y ait un lien entre l'avis des jeunes concernant la durée d'une séance d'orthophonie et leur état d'esprit lors de leur venue en séance d'orthophonie.

#### 3.4.3.5.4 Bénéfice des séances d'orthophonie selon les jeunes

- Dans l'enfance :

94,4% des jeunes (17 personnes) pensent que l'orthophonie les a beaucoup aidés. Le jeune ayant arrêté sa prise en charge en fait partie.

Un participant, âgé de 11 ans, pense que l'orthophonie l'a un peu aidé. Il s'agit d'un jeune venant avec plaisir en séance d'orthophonie, satisfait de son suivi.

- Actuellement :

64,7% des jeunes (11 personnes) pensent que l'orthophonie les aide beaucoup.

35,3% des jeunes (6 personnes) pensent que l'orthophonie les aide un peu. Il s'agit d'1 personne venant avec plaisir en séance d'orthophonie et satisfaite de ses séances, 2 personnes venant par habitude en séance d'orthophonie et satisfaites de leurs séances et 3 personnes se sentant obligées de venir en séance d'orthophonie et plus ou moins satisfaites de leurs séances.

Il est à noter qu'il ne semble pas y avoir de lien entre le bénéfice apporté par l'orthophonie et l'état d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie ainsi que leur satisfaction à l'égard de leur prise en charge.

D'une manière générale, le bénéfice des séances d'orthophonie semble pour les jeunes un peu plus faible actuellement.

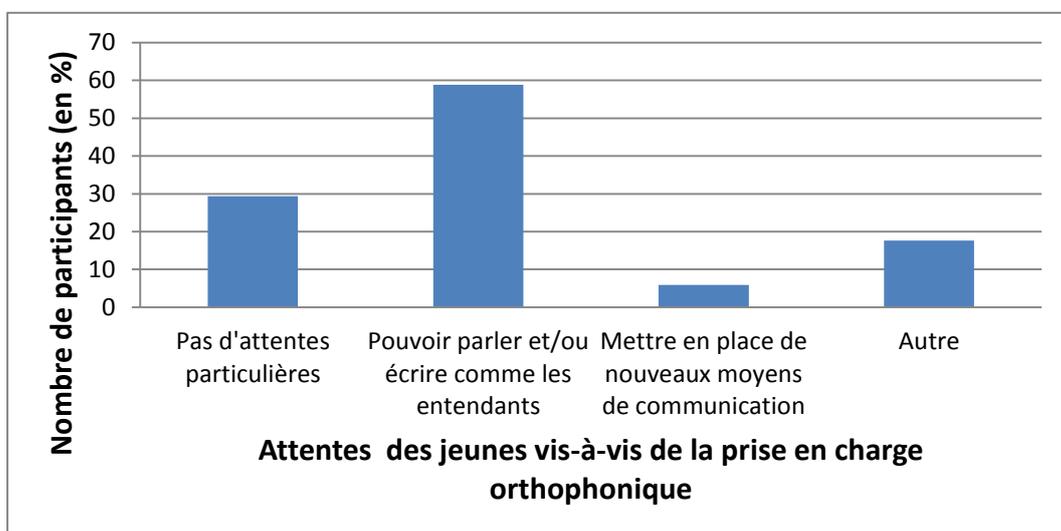
#### **3.4.3.6 Attentes des jeunes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique**

29,4% des jeunes (5 personnes) n'ont pas d'attentes particulières.

58,8% des jeunes (10 personnes) souhaitent pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants. Le jeune ayant arrêté sa prise en charge en fait partie. Il aurait également souhaité mettre en place de nouveaux moyens de communication (LPC, LSF, langage écrit, pictogrammes, ...), même s'il semble maîtriser l'oral, et « Apprendre à téléphoner » (réponse « Autre »).

2 participants ont aussi répondu « Autre » à cette question, l'un souhaitant « Mieux parler, exprimer et comprendre l'oral » et l'autre précisant « Je ne sais pas ».

Il est à noter qu'un participant n'a pas répondu à cette question.



Graphique 15. Répartition du nombre de participants en fonction de leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique

Les participants n'ayant pas d'attentes particulières vis-à-vis de leur prise en charge orthophonique semblent suivre leur rééducation sans trop s'interroger sur leurs envies vis-à-vis de celle-ci. De plus, on peut supposer qu'il s'agit de jeunes qui ne voient pas forcément l'enjeu de leur suivi rééducatif. Il se peut qu'ils ne connaissent pas très bien les objectifs thérapeutiques et les axes de travail déterminés par l'orthophoniste, pourtant essentiels au bon déroulement de la rééducation orthophonique. L'utilité de la prise en charge peut être mal comprise voire non comprise, ce qui à terme peut fragiliser l'alliance thérapeutique mise en place entre l'orthophoniste et son patient.

A l'inverse, certains jeunes ont des attentes plus précises vis-à-vis de leur prise en charge, correspondant à leurs besoins au quotidien.

#### ***3.4.3.7 Age limite pour une rééducation en orthophonie***

Pour 66,6% des jeunes (12 personnes), il n'y a pas d'âge limite pour proposer une rééducation en orthophonie, cela dépend de chacun (progrès, lassitude, ...).

Pour 33,3% des jeunes (6 personnes) une rééducation en orthophonie devrait être proposée jusqu'à 18 ans (entrée dans les études supérieures, entrée dans le monde professionnel, ...).

Nous avons souhaité savoir s'il existe une corrélation entre l'âge limite souhaité par les jeunes pour une rééducation en orthophonie et leur état d'esprit lors de leur venue en séance d'orthophonie.

Sur les 6 personnes estimant que la rééducation doit être proposée jusqu'à 18 ans, 3 personnes se sentent obligés de venir en séance.

On peut donc supposer qu'il y ait un lien entre l'âge limite souhaité par les jeunes pour une rééducation en orthophonie et leur état d'esprit lors de leur venue en séance.

#### ***3.4.3.8 Commentaires à ajouter***

Les parents de deux participants ont souhaité ajouter un commentaire.

La mère de la jeune fille n'ayant jamais suivi de rééducation en orthophonie suite au bilan effectué nous l'a spécifié ici : « *L. n'a jamais eu de suivi en orthophonie* ».

Par ailleurs, un parent a souhaité communiquer d'autres informations par rapport au diagnostic de surdité et à la prise en charge orthophonique de son fils : « *de 3 à 6 ans et demi = erreur de diagnostic -> prise en charge pour dysphonie ; > 6 ans et demi = diagnostic de surdité posé => rééducation orthophonique adaptée* ».

### 3.4.4 Réponses des parents des adolescents sourds appareillés

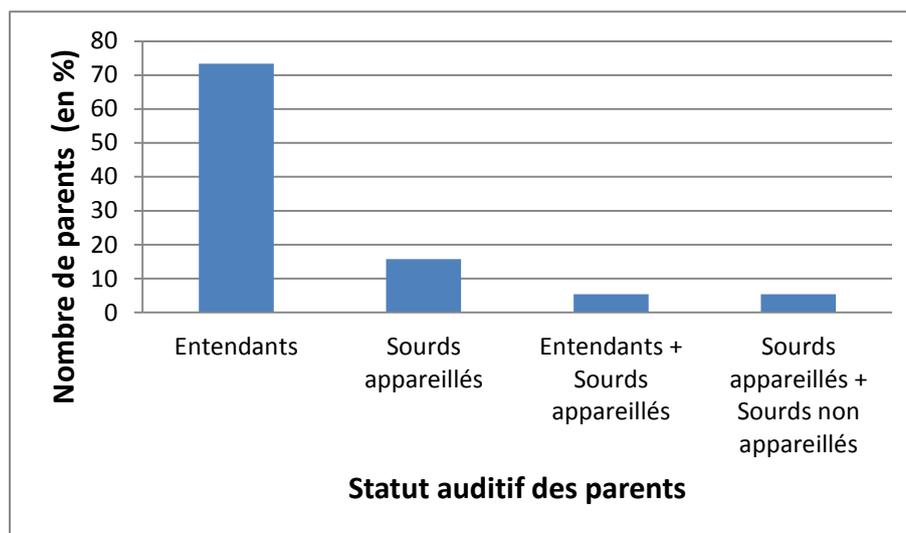
#### 3.4.4.1 Statut auditif des parents

73,4% des parents (14 couples) sont entendants.

15,8% des parents (3 couples) sont sourds appareillés.

1 couple est composé d'un(e) entendant(e) et d'un(e) sourd(e) appareillé(e).

1 couple est composé d'un(e) sourd(e) appareillé(e) et d'un(e) sourd(e) non appareillé(e).



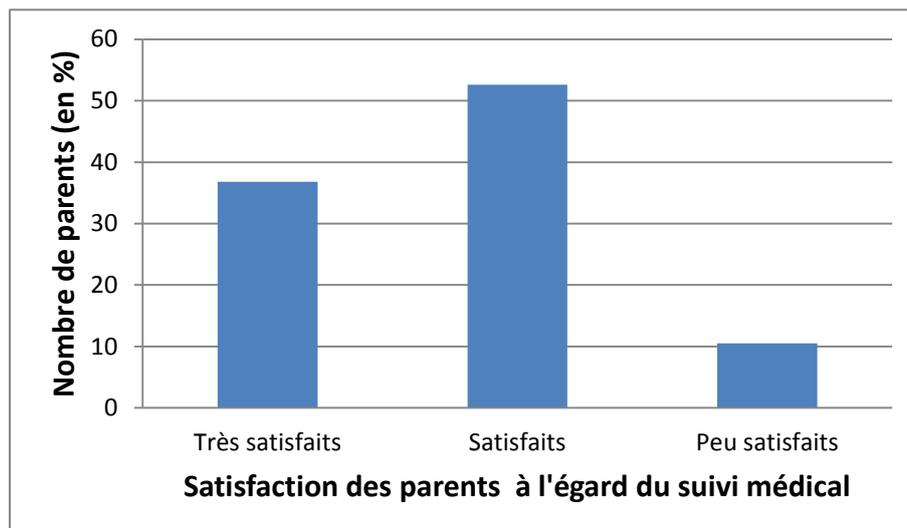
Graphique 16. Répartition du nombre de parents en fonction de leur statut auditif

#### 3.4.4.2 Suivi médical concernant la surdité de leur enfant

36,8% des parents (7 couples) sont très satisfaits du suivi médical concernant la surdité de leur enfant.

52,6% des parents (10 couples) sont satisfaits du suivi médical.

10,5% des parents (2 couples) sont peu satisfaits du suivi médical.



Graphique 17. Répartition du nombre de parents en fonction de leur satisfaction à l'égard du suivi médical

Parmi les parents peu satisfaits du suivi médical concernant la surdité de leur enfant, figurent les parents d'une jeune n'ayant pas un suivi ORL régulier.

### **3.4.4.3 Décision d'appareiller leur enfant**

94,7% des parents (18 couples) disent avoir été conseillés, aidés dans le choix d'appareiller leur enfant. Pour la plupart, il s'agit de l'ORL qui les a conseillés. Pour certains, l'audioprothésiste a également joué un rôle dans la décision d'appareiller leur enfant. Quelques familles ont quant à elles bénéficié de l'avis d'un orthophoniste et d'un psychologue. Pour d'autres enfin, il s'agit d'institutions spécialisées pour enfants sourds qui les ont aidées (CAMSP, associations).

1 couple dit ne pas avoir été conseillé, aidé dans ce choix.

Par ailleurs, aucun couple ne regrette ce choix.

### **3.4.4.4 Aide auditive de leur enfant**

#### **3.4.4.4.1 Type d'appareillage choisi**

94,7% des parents (18 couples) disent avoir été bien informés sur le type d'appareillage choisi (appareillage conventionnel acoustique et/ou implant cochléaire).

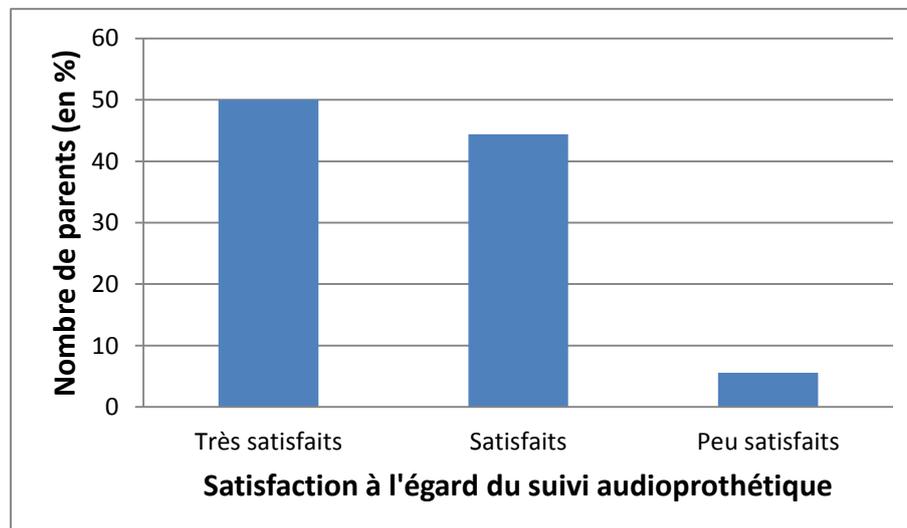
1 couple dit ne pas avoir été bien informé sur ce choix. Il s'agit du couple n'ayant pas été conseillé, aidé dans la décision d'appareiller leur enfant.

#### 3.4.4.4.2 Suivi audioprothétique de leur enfant

50% des parents (9 couples) sont très satisfaits du suivi audioprothétique de leur enfant.

44,4% des parents (8 couples) sont satisfaits du suivi audioprothétique de leur enfant.

1 couple est peu satisfait du suivi audioprothétique de leur enfant.



Graphique 18. Répartition du nombre de parents en fonction de leur satisfaction à l'égard du suivi audioprothétique

Les parents étant peu satisfaits du suivi audioprothétique de leur enfant bénéficient tout de même d'un suivi audioprothétique régulier.

#### 3.4.4.4.3 Entretien de l'aide auditive (réglages à faire faire, piles à changer, nettoyage, ...)

94,4% des parents (17 couples) pensent être bien informés sur l'entretien de l'aide auditive de leur enfant.

1 couple ne pense pas être bien informé sur l'entretien de l'aide auditive de leur enfant. Il s'agit d'un couple peu satisfait du suivi médical.

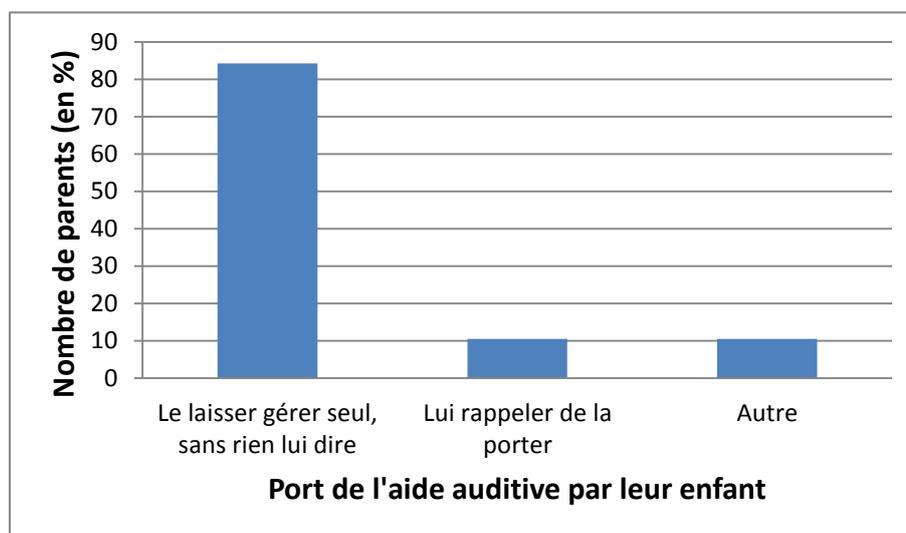
Il est à noter qu'un couple n'a pas répondu à cette question.

#### 3.4.4.4.4 Port de l'aide auditive par leur enfant

84,2% des parents (16 couples) ont tendance à le laisser gérer seul, sans rien lui dire. Parmi eux, un couple a également répondu « Autre » à cette question, nous précisant qu'il rappelle tout de même à leur enfant de faire attention.

10,5% des parents (2 couples) ont tendance à lui rappeler de la porter.

1 couple a répondu « Autre » à cette question, nous précisant : « *Il gère. Il le porte tout le temps.* »



Graphique 19. Répartition du nombre de parents en fonction du port de l'aide auditive par leur enfant

#### ***3.4.4.5 Prise en charge orthophonique de leur enfant***

Comme nous l'avons vu précédemment, une participante n'a jamais suivi de rééducation en orthophonie suite au bilan effectué.

Ainsi, pour le reste de la partie 3.4.4 Réponses des parents des adolescents sourds appareillés, nous tiendrons compte uniquement des réponses des 18 autres couples interrogés.

94,1% des parents (16 couples) pensent être bien informés en ce qui concerne la prise en charge orthophonique de leur enfant.

En revanche, 1 couple ne pense pas être bien informé.

Il est à noter qu'un couple n'a pas répondu à cette question.

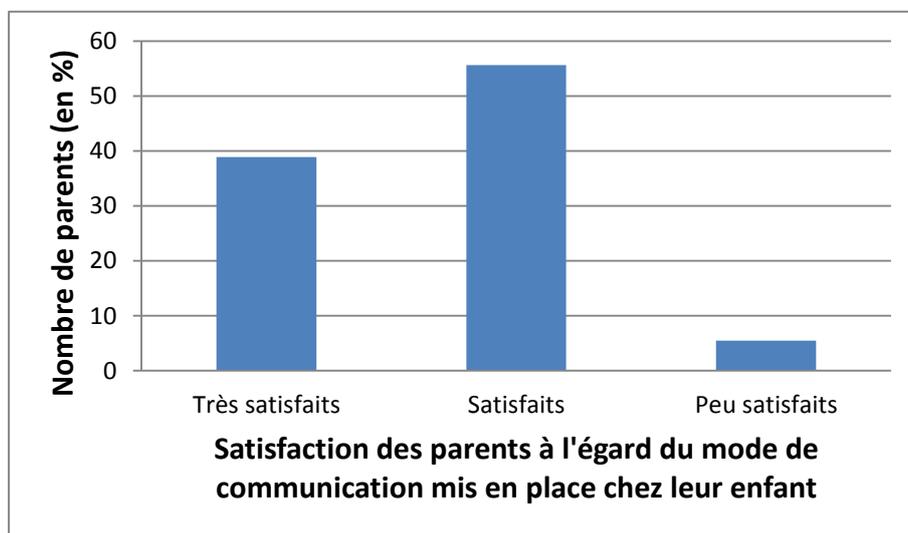
#### ***3.4.4.6 Mode de communication***

##### **3.4.4.6.1 Mode de communication mis en place chez leur enfant**

38,9% des parents (7 couples) sont très satisfaits du mode de communication mis en place chez leur enfant.

55,6% des parents (10 couples) sont satisfaits du mode de communication mis en place chez leur enfant.

1 couple est peu satisfait du mode de communication mis en place chez leur enfant. Il s'agit des parents d'un jeune garçon de 11 ans, utilisant le langage oral avec le soutien de la lecture labiale ainsi que le langage écrit. Toutefois, ces outils ne sont pas parfaitement maîtrisés par l'enfant, qui doit donc beaucoup s'appuyer sur les signes de la LSF.



Graphique 20. Répartition du nombre de parents en fonction de leur satisfaction à l'égard du mode de communication mis en place chez leur enfant

#### 3.4.4.6.2 Proposition d'un nouveau moyen de communication, différent de celui utilisé

Pour 77,8% des parents (14 couples), aucun nouveau moyen de communication n'a été proposé au début de la prise en charge orthophonique.

Pour 22,2% des parents (4 couples), un nouveau moyen de communication a été proposé.

Parmi eux :

- Pour 2 couples, il s'agit de la LSF qui a été mise en place
- Pour 1 couple, le LPC a été conseillé
- 1 couple n'a pas spécifié quel nouveau moyen de communication lui a été proposé. Toutefois, il s'agit des parents de l'enfant utilisant initialement la LSF associée à des pictogrammes, qui utilise désormais le langage oral avec le soutien de la lecture labiale, associé au langage écrit.

Pour ces 4 couples ayant mis en place un nouveau moyen de communication, différent de celui utilisé :

- 3 n'utilisent plus ce moyen de communication actuellement avec leur enfant. Pour les 2 couples qui se sont vus proposer la LSF, l'un n'a pas spécifié la raison de cet arrêt,

en revanche l'autre nous a précisé qu'il ne l'avait pas apprise. Pour le couple qui s'est vu proposer le LPC, ce dernier nous a précisé qu'il n'avait pas eu assez de temps de formation.

- 1 couple utilise toujours ce moyen de communication actuellement avec leur enfant.

### 3.4.4.7 Arrêt du suivi

Pour le jeune ayant arrêté sa prise en charge orthophonique, ses parents ont constaté une stabilité de ses compétences.

La réponse des parents à cette question concorde avec la réponse de leur enfant.

### 3.4.4.8 Ressenti de la prise en charge en orthophonie

#### 3.4.4.8.1 Implication dans la prise en charge

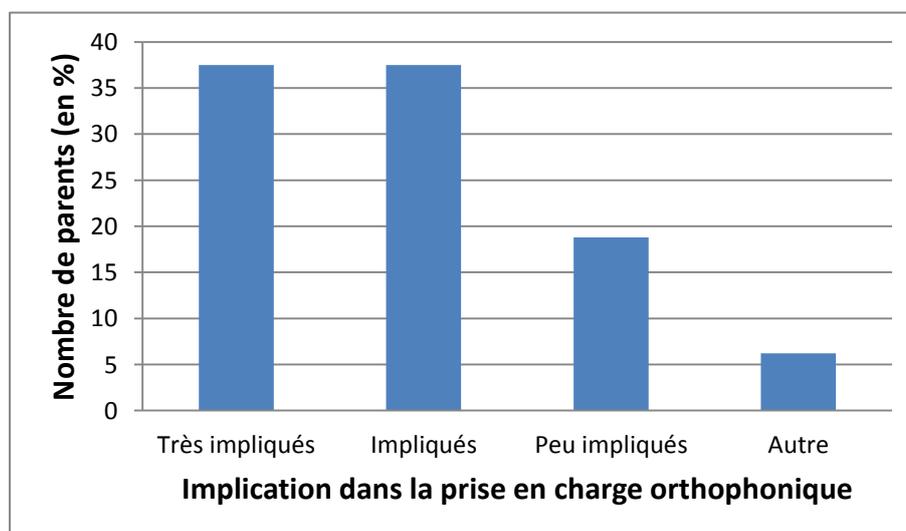
37,5% des parents (6 couples) se sentent très impliqués dans la prise en charge orthophonique de leur enfant.

35,5% des parents (6 couples) se sentent impliqués dans la prise en charge orthophonique de leur enfant.

18,8% des parents (3 couples) se sentent peu impliqués dans la prise en charge orthophonique de leur enfant. Il s'agit des parents de 3 garçons âgés de 12 ans, 15 ans et 17 ans (jeune ayant arrêté sa prise en charge), tous scolarisés dans un établissement différent.

1 couple a répondu « Autre » à cette question, précisant qu'il ne se sent « *plus impliqués, G. gère seul cette prise en charge* ». Il est important de préciser que leur enfant est âgé de 19 ans.

Il est à noter que 2 couples n'ont pas répondu à cette question.



Graphique 21. Répartition du nombre de parents en fonction de leur implication dans la prise en charge orthophonique

#### 3.4.4.8.2 Satisfaction à l'égard de la prise en charge orthophonique de leur enfant

38,9% des parents (7 couples) sont très satisfaits de la prise en charge orthophonique de leur enfant.

61,1% des parents (11 couples) sont satisfaits de la prise en charge orthophonique de leur enfant.

#### 3.4.4.8.3 Bénéfice des séances d'orthophonie selon les parents

- Dans l'enfance :

94,4% des parents (17 couples) pensent que l'orthophonie a beaucoup aidé leur enfant. Les parents du jeune pensent que l'orthophonie l'a un peu aidé en font partie.

1 couple pense que l'orthophonie a un peu aidé leur enfant. Il s'agit des parents d'un enfant pensant que l'orthophonie l'a beaucoup aidé.

- Actuellement :

76,5% des parents (13 couples) pensent que l'orthophonie aide beaucoup leur enfant. Parmi eux, se trouvent des parents dont les enfants pensent que l'orthophonie les aide un peu (4 jeunes).

17,6% des parents (3 couples) pensent que l'orthophonie aide un peu leur enfant. Pour 2 couples, les réponses concordent avec celle de leur enfant, en revanche pour un couple, l'enfant pense que l'orthophonie l'aide beaucoup.

1 couple pense que l'orthophonie n'aide pas leur enfant. Il s'agit des parents (sourd appareillé et sourd non-appareillé) d'une enfant pensant que l'orthophonie l'aide beaucoup.

D'une manière générale, le bénéfice des séances d'orthophonie semble pour les parents un peu plus faible actuellement. Ce constat est donc le même que chez les jeunes.

#### **3.4.4.9 *Attentes des parents vis-à-vis de la prise en charge orthophonique***

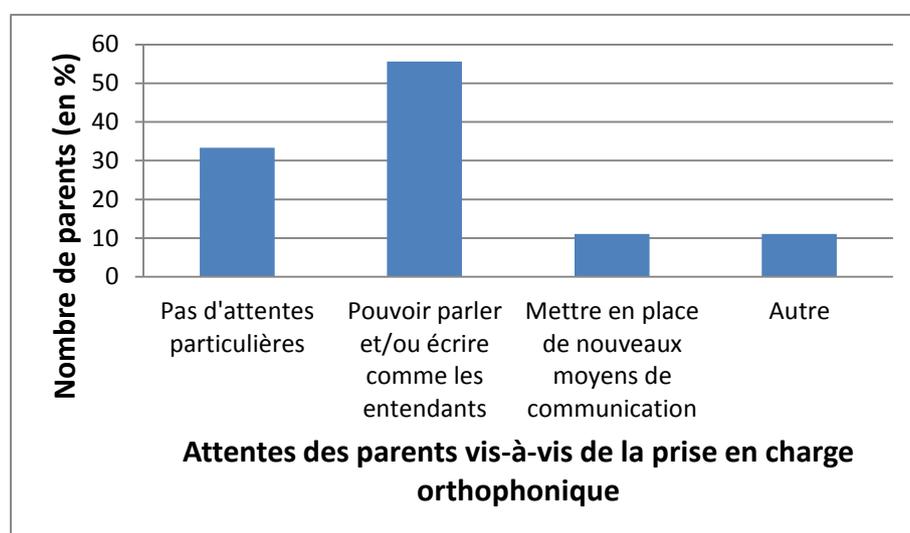
33,3% des parents (6 couples) n'ont pas d'attentes particulières. Pour 3 couples, la réponse diffère avec celle de leur enfant qui souhaite pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants.

55,6% des parents (10 couples) souhaitent que leur enfant puisse parler et/ou écrire comme les entendants. Pour 3 couples, la réponse diffère avec celle de leur enfant qui n'a pas d'attentes particulières.

Par ailleurs, 2 couples, souhaitant que leur enfant puisse parler et/ou écrire comme les entendants, voudraient également que leur enfant mette en place de nouveaux moyens de communication (LPC, LSF, langage écrit, pictogrammes, ...), même s'il semble maîtriser l'oral.

1 couple a répondu « Autre » à cette question, précisant « *Améliorer le parler, la compréhension orale et l'expression écrite* ». Cette réponse concorde avec celle de leur enfant.

1 autre couple a également répondu « Autre » à cette question, précisant « *Le bilan orthophonique est fait à l'hôpital une fois par an, il nous est difficile de comprendre ce que met en place l'orthophoniste régulière au regard de ce bilan* ». Par ailleurs, leur enfant n'a pas d'attentes particulières.



Graphique 22. Répartition du nombre de parents en fonction de leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique

#### 3.4.4.10 Commentaires à ajouter

Les parents de deux participants ont souhaité ajouter un commentaire.

La mère de la jeune fille n'ayant jamais suivi de rééducation en orthophonie suite au bilan effectué nous a précisé ceci : « *L. est malentendante d'une oreille seulement, donc elle a pu acquérir et maîtriser le langage sans trop de problèmes. Elle a été appareillée en primaire mais dès le secondaire n'a plus voulu mettre son appareil. Elle s'est retrouvée en situation d'échec scolaire très rapidement et nous l'avons inscrite à [...] en 4e d'où elle a repris une scolarité normale. Nous ne sommes donc pas concernés par tout un tas de questions que vous*

posez. J'espère malgré tout vous avoir apporté un peu d'aide je vous souhaite bonne chance pour la suite de vos études. »

Par ailleurs, un parent a souhaité nous faire part d'une information : « Le retard de prise en charge en séances d'orthophonie par un professionnel a pénalisé M. »

### **3.4.5 Analyse du CAP**

#### **3.4.5.1 Répartition du nombre de jeunes en fonction de leur niveau au CAP**

Nous avons choisi de répertorier sous forme de tableau les niveaux du CAP relatifs aux participants et le nombre de jeunes correspondant à chaque niveau.

Il est à noter que 3 jeunes ne nous ont pas rendu leur CAP complété. Nous n'avons donc pas pu les prendre en compte dans notre analyse.

<b>Niveaux du CAP</b>	<b>Nombre de jeunes</b>
Identifie des sons de l'environnement (Niveau 3)	1
Discrimine certains sons de parole sans lecture labiale (Niveau 4)	2
Comprend des phrases du quotidien sans lecture labiale (Niveau 5)	4
Comprend une conversation sans lecture labiale (Niveau 6)	1
Utilise le téléphone avec un interlocuteur connu (Niveau 7)	8

Tableau 1. Répartition du nombre de jeunes en fonction de leur niveau au CAP

#### **3.4.5.2 Corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie**

Pour rappel, l'une de nos hypothèses était de voir s'il existe ou non une corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie.

Pour ce faire, nous avons choisi de comparer deux groupes : un premier groupe de jeunes ayant un CAP faible et un deuxième groupe de jeunes ayant un CAP élevé. Nous avons

volontairement fixé le CAP faible comme inférieur ou égal au niveau 4 et le CAP élevé comme supérieur ou égal au niveau 5. Le groupe de jeunes ayant un CAP faible comporte 3 participants, tandis que le groupe de jeunes ayant un CAP élevé comporte 13 participants.

Pour les deux groupes, nous avons ensuite examiné les réponses des jeunes aux questions portant sur la prise en charge orthophonique et plus particulièrement sur le ressenti de la prise en charge à savoir : leur état d'esprit lors de leur venue en séance d'orthophonie, leur satisfaction à l'égard des séances, leur avis concernant la durée d'une séance, le bénéfice actuel des séances et leurs attentes. Ces différentes questions reflètent l'investissement rééducatif des jeunes.

Les résultats sont inscrits dans les tableaux ci-dessous.

#### 3.4.5.2.1 Etat d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie

<b>Niveaux du CAP</b>	<b>Etat d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie (pourcentage de jeunes)</b>
CAP faible (inférieur ou égal au niveau 4)	Se sent obligé (33,3%) Vient avec plaisir (66,7%)
CAP élevé (supérieur ou égal au niveau 5)	Se sent obligé (38,5%) Vient avec plaisir (38,5%) Vient par habitude (23%)

Tableau 2. Etat d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie en fonction de leur CAP

Les participants qui se sentent obligés de venir en séance sont approximativement aussi nombreux dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible que dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé.

En revanche, les participants qui viennent avec plaisir en séance sont plus nombreux dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible. On peut supposer que ces derniers ont plus de motivation à venir en séance d'orthophonie que leurs pairs, dans le but de progresser davantage.

Par ailleurs, dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé, on retrouve des jeunes venant par habitude en séance, contrairement au groupe de jeunes ayant un CAP faible. On peut supposer

qu'ils n'ont pas forcément d'objectifs précis par rapport à leur prise en charge orthophonique, ce qui ne les motive pas vraiment.

#### 3.4.5.2.2 Satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie

<b>Niveaux du CAP</b>	<b>Satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie (pourcentage de jeunes)</b>
CAP faible (inférieur ou égal au niveau 4)	Très satisfaits (33,3%) Satisfaits (66,7%)
CAP élevé (supérieur ou égal au niveau 5)	Très satisfaits (7,7%) Satisfaits (69,2%) Peu satisfaits (7,7%) Pas satisfaits (7,7%) Autre (7,7%)

Tableau 3. Satisfaction des jeunes à l'égard des séances d'orthophonie en fonction de leur CAP

Le nombre de participants étant très satisfaits de leurs séances d'orthophonie est plus élevé dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible. Ce résultat semble lié à l'état d'esprit des jeunes, comme nous l'avons vu précédemment, mais également à l'avancée de la prise en charge orthophonique, aux progrès réalisés par les jeunes, ...

En revanche, les participants satisfaits de leurs séances d'orthophonie sont approximativement aussi nombreux dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible que dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé.

Par ailleurs, dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé, on retrouve des participants peu voire pas satisfaits de leurs séances d'orthophonie, contrairement au groupe de jeunes ayant un CAP faible. Ce résultat semble lié à l'état d'esprit des jeunes, comme nous l'avons vu précédemment. Il est possible que ces derniers se lassent de leur suivi. Ils ne constatent peut-être pas d'avancée de leur prise en charge orthophonique ou des progrès qui sont moindres.

### 3.4.5.2.3 Durée d'une séance d'orthophonie (en principe 45 minutes)

<b>Niveaux du CAP</b>	<b>Avis des jeunes concernant la durée d'une séance d'orthophonie (pourcentage de jeunes)</b>
CAP faible (inférieur ou égal au niveau 4)	Trop court (33,3%) Suffisant (66,7%)
CAP élevé (supérieur ou égal au niveau 5)	Trop court (16,7%) Suffisant (66,6%) Trop long (16,7%)

Tableau 4. Avis des jeunes concernant la durée d'une séance d'orthophonie en fonction de leur CAP

Le nombre de participants trouvant la durée d'une séance d'orthophonie trop courte est plus élevé dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible. Ce résultat semble lié à l'état d'esprit des jeunes, comme nous l'avons vu précédemment.

En revanche, les participants trouvant la durée d'une séance d'orthophonie suffisante sont sensiblement aussi nombreux dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible que dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé.

Par ailleurs, dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé, on retrouve des participants trouvant que la durée d'une séance d'orthophonie est trop longue. Ce résultat semble lié à l'état d'esprit des jeunes, comme nous l'avons vu précédemment.

### 3.4.5.2.4 Bénéfice actuel des séances d'orthophonie selon les jeunes

<b>Niveaux du CAP</b>	<b>Bénéfice actuel des séances d'orthophonie selon les jeunes (pourcentage de jeunes)</b>
CAP faible (inférieur ou égal au niveau 4)	L'orthophonie m'aide beaucoup (66,7%) L'orthophonie m'aide un peu (33,3%)
CAP élevé (supérieur ou égal au niveau 5)	L'orthophonie m'aide beaucoup (58,3%) L'orthophonie m'aide un peu (41,7%)

Tableau 5. Bénéfice actuel des séances d'orthophonie selon les jeunes en fonction de leur CAP

Le nombre de jeunes qui pensent que l'orthophonie les aide beaucoup est approximativement aussi important dans les deux groupes, même s'il reste plus élevé dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible. Ces derniers constatent peut-être davantage de progrès réalisés au cours de leur prise en charge orthophonique que leurs pairs. Ils semblent tirer un plus grand bénéfice de leur suivi.

De plus, les participants qui pensent que l'orthophonie les aide un peu sont approximativement autant dans le groupe de jeunes ayant un CAP faible que dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé, même s'ils restent plus nombreux dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé. Ces derniers constatent peut-être une évolution moins marquée que leurs pairs. Ils semblent tirer un bénéfice plus léger de leur suivi.

#### 3.4.5.2.5 Attentes des jeunes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique

<b>Niveaux du CAP</b>	<b>Attentes des jeunes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique (pourcentage de jeunes)</b>
CAP faible (inférieur ou égal au niveau 4)	Pas d'attentes particulières (33,3%) Pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants (33,3%) Autre (33,3%)
CAP élevé (supérieur ou égal au niveau 5)	Pas d'attentes particulières (33,3%) Pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants (58,3%) Mettre en place de nouveaux moyens de communication (8,3%) Autre (16,7%)

Tableau 6. Attentes des jeunes vis-à-vis de la prise en charge orthophonique en fonction de leur CAP

Le nombre de jeunes n'ayant pas d'attentes particulières vis-à-vis de leur prise en charge orthophonique est sensiblement le même dans les deux groupes. Ces jeunes semblent suivre leur rééducation sans trop s'interroger sur leurs envies vis-à-vis de celle-ci, comme nous l'avons vu précédemment.

En revanche, les jeunes souhaitant pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants sont plus nombreux dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé. On peut supposer que cela s'explique par le gain prothétique apporté par l'aide auditive à chacun de ces jeunes. En effet, ces derniers ont un niveau au CAP élevé, ce qui signifie que le gain prothétique apporté par l'aide auditive est relativement bon. Les performances langagières de ces jeunes sont donc probablement meilleures que celles de leurs pairs ayant un CAP faible et peuvent s'approcher de celles de personnes normo-entendantes. C'est pourquoi, pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants peut être leur souhait premier.

Pour les autres attentes, si nous regroupons dans le groupe de jeunes ayant un CAP élevé les items « Mettre en place de nouveaux moyens de communication » et « Autre », nous retrouvons un nombre de jeunes approximativement aussi élevé que dans le groupe de jeune ayant un CAP faible. Certains jeunes, qu'ils aient un CAP faible ou élevé, semblent avoir des attentes plus précises vis-à-vis de leur prise en charge, correspondant à leurs besoins au quotidien. Nous les avons vues auparavant.

#### 3.4.5.2.6 Conclusion

A la lecture de ces différents tableaux, nous voyons bien que les jeunes ayant un CAP faible (soit inférieur ou égal à 4) ne sont pas moins investis dans leur prise en charge orthophonique que les jeunes ayant un CAP élevé (soit supérieur ou égal à 5).

Bien au contraire, les jeunes ayant un CAP faible paraissent plus motivés pour venir en séance que leurs pairs ayant un CAP élevé. Ils semblent également satisfaits voire très satisfaits de leur rééducation en orthophonie. De plus, aucun des jeunes ayant un CAP faible ne trouve les séances trop longues, contrairement à certains jeunes ayant un CAP élevé. Par ailleurs, ils sont plus nombreux que leurs pairs ayant un CAP élevé à penser que l'orthophonie les aide beaucoup.

Un faible gain prothétique apporté par l'aide auditive n'entraîne donc pas forcément une baisse d'engagement des jeunes dans leur prise en charge. Il semblerait même que la situation inverse ait lieu : les jeunes bénéficiant d'un important gain prothétique apporté par l'aide auditive semblent se lasser davantage de leur prise en charge orthophonique (motivation plus faible, satisfaction modérée, séances parfois trop longues, bénéfice apporté par la rééducation plus léger).

Les jeunes bénéficiant d'un faible gain prothétique paraissent plus demandeurs d'un renforcement de compétences et du développement de suppléances. Leur investissement supplémentaire peut donc sembler logique.

Ces résultats nous ont montré qu'il existe une corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie : un important gain prothétique apporté par l'aide auditive semble entraîner à terme une baisse d'investissement de la part du jeune vis-à-vis de sa prise en charge.

Ce gain prothétique semble également corrélé aux attentes des jeunes vis-à-vis de leur prise en charge orthophonique. Les jeunes bénéficiant d'un important gain prothétique apporté par l'aide auditive souhaiteraient en premier lieu pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants.

## **3.5 Discussion**

### **3.5.1 Rappel de l'objectif principal de l'étude**

Notre étude avait d'abord pour objectif de faire un état des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés (appareillage conventionnel acoustique et/ou implant cochléaire).

Grâce au questionnaire que nous avons élaboré, nous avons pu dégager quelques éléments caractéristiques de la prise en charge orthophonique d'adolescents sourds appareillés.

Notre étude a ainsi participé à l'actualisation des connaissances dans ce domaine, la littérature scientifique nous apportant peu d'informations sur la situation au cours de l'adolescence.

### **3.5.2 Confrontation des résultats aux hypothèses**

Au début de notre étude, nous avons formulé plusieurs hypothèses. Certaines ont été confirmées, d'autres infirmées.

### ***3.5.2.1 Déterminer la présence ou non d'une lassitude chez des adolescents sourds appareillés concernant leur prise en charge orthophonique***

Au vu des différents résultats de notre étude, nous pouvons dire que certains jeunes semblent se lasser de leur prise en charge orthophonique.

Toutefois, il est important de noter que cela concerne seulement une minorité de jeunes (3 participants sur les 18 pris en compte dans notre étude). Il s'agit surtout de jeunes bénéficiant d'un important gain prothétique, comme nous avons pu le voir précédemment.

Ce phénomène peut s'expliquer par différentes raisons. En effet, ces jeunes ne constatent peut-être pas d'avancée de leur prise en charge orthophonique ou alors ils remarquent une évolution moins importante que leurs pairs. Les progrès effectués sont peut-être moindres. De plus, ils semblent tirer un bénéfice plus léger de leur suivi rééducatif.

Il est cependant nécessaire de rappeler que la prise en charge orthophonique, dans le cadre d'une surdité, est un suivi très long (démarré pour la plupart dans la petite enfance) et intensif. Il paraît donc logique que certains jeunes saturent à un moment donné.

### ***3.5.2.2 Savoir si ces jeunes ont l'impression subjective de bénéficier de leur rééducation en orthophonie***

D'une manière générale, les jeunes ont l'impression subjective de bénéficier de leur rééducation en orthophonie.

Au vu des différents résultats de notre étude, la majorité des jeunes est d'accord pour dire que l'orthophonie les a beaucoup aidés dans l'enfance (17 participants sur les 18 pris en compte dans notre étude).

En revanche, ils sont moins nombreux à dire que l'orthophonie les aide beaucoup actuellement (11 participants sur les 18 pris en compte dans notre étude).

Pour les jeunes, le bénéfice des séances d'orthophonie semble donc un peu plus faible actuellement. Les parents des jeunes confirment ce constat.

Ce phénomène peut s'expliquer par la durée du suivi en orthophonie, qui impacte directement sur les objectifs de prise en charge. En effet, à la suite de chaque bilan orthophonique, des axes thérapeutiques sont fixés par le praticien. Au fil des années et en fonction des progrès du jeune, il se peut que l'orthophoniste ait quelques difficultés à déterminer de nouveaux axes de travail, correspondant bien aux besoins du jeune. A fortiori, cela peut entraîner chez le jeune une impression de moins bénéficier de sa rééducation en orthophonie.

### ***3.5.2.3 Quelles sont leurs attentes concernant leur suivi rééducatif en orthophonie ?***

Au vu des différents résultats, la majorité des jeunes souhaite pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants (10 participants sur les 18 pris en compte dans notre étude). Pour les jeunes bénéficiant d'un fort gain prothétique, cet objectif est prioritaire.

Certains jeunes n'ont quant à eux pas d'attentes particulières vis-à-vis de leur prise en charge orthophonique. Il nous paraît étonnant de voir des jeunes qui n'attendent rien de leur rééducation. En effet, comment peuvent-ils s'investir dans leur prise en charge s'ils n'ont aucun souhait vis-à-vis de celle-ci ? Ces jeunes semblent suivre leur rééducation sans trop s'interroger sur leurs envies. Ils ne voient pas forcément l'enjeu de leur suivi rééducatif et il est possible qu'ils ne connaissent pas très bien les objectifs thérapeutiques et les axes de travail mis en place par leur orthophoniste. L'utilité de la prise en charge peut être mal comprise voire non comprise, ce qui à terme peut fragiliser l'alliance thérapeutique mise en place entre l'orthophoniste et son patient.

A l'inverse, quelques jeunes ont des attentes plus précises vis-à-vis de leur prise en charge, de réels objectifs de travail en lien direct avec leur vie quotidienne, comme par exemple, apprendre à téléphoner.

Pour les parents, les attentes sont sensiblement les mêmes que celles de leur enfant, même s'il existe parfois quelques différences entre les réponses des parents et celles des jeunes.

Pour les parents n'ayant aucune attente vis-à-vis de la prise en charge orthophonique de leur enfant, la même question se pose que pour les jeunes. Comment peuvent-ils s'investir dans le suivi rééducatif de leur enfant s'ils n'ont aucun souhait vis-à-vis de celle-ci ? En plus des répercussions sur leur propre implication dans la prise en charge de leur jeune, cela peut parfois avoir des conséquences directes sur leur enfant, et notamment sur l'investissement de ce dernier dans sa rééducation. Un enfant qui voit ses parents peu investis dans sa prise en charge n'a lui-même pas forcément envie de s'impliquer dans son suivi.

Par ailleurs, il est à noter que le travail effectué par l'orthophoniste n'est pas toujours bien compris par les parents. Cela explique peut-être le manque d'investissement de certains parents.

#### ***3.5.2.4 Déterminer si la question identitaire, très présente au moment de l'adolescence, entrave la prise en charge orthophonique***

Au vu des différents résultats de notre étude, la question identitaire ne semble pas entraver la prise en charge orthophonique.

Les jeunes que nous avons interrogés sont tous dans une démarche oraliste, qu'ils assument complètement. Pour la majorité d'entre eux, l'aide auditive est portée constamment et sans contrainte. Une prise en charge orthophonique a été proposée à tous (18 participants sur les 18 pris en compte dans notre étude) et la majorité d'entre eux continue ce suivi rééducatif.

Ces jeunes ont un réel désir de pouvoir communiquer avec les entendants via le langage oral. Pour la plupart, il s'agit d'ailleurs de leur moyen de communication principal. Certains d'entre eux vont jusqu'à dire qu'ils ne sont pas sourds mais simplement malentendants.

Pour d'autres, le fait d'être dans une démarche oraliste ne les exclut pas pour autant de la communauté sourde. En effet, beaucoup maîtrisent la LSF en complément du langage oral, ce qui leur permet de communiquer avec leurs pairs qui n'oralisent pas. Ces enfants bilingues ne semblent pas utiliser la LSF comme une marque identitaire, comme un signe d'appartenance à la culture sourde mais plutôt comme une deuxième langue, complémentaire du langage oral. Ces jeunes se sentent réellement intégrés dans la culture sourde, même s'ils sont dans une démarche oraliste.

Ce phénomène peut s'expliquer par le lieu de scolarisation des jeunes. En effet, ceux scolarisés en milieu entendant se définissent plus comme malentendants contrairement à certains jeunes scolarisés en institution spécialisée pour déficients auditifs, qui côtoient de nombreux sourds, inscrits dans une démarche oraliste ou non (en fonction du choix initial des parents mais également de leurs capacités réelles). L'environnement du jeune influe donc sur son identité.

#### ***3.5.2.5 Possible corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie***

Comme nous l'avons vu précédemment, les jeunes ayant un CAP faible (soit inférieur ou égal à 4) ne sont pas moins investis dans leur prise en charge orthophonique que les jeunes ayant un CAP élevé (soit supérieur ou égal à 5). Un faible gain prothétique apporté par l'aide auditive n'entraîne pas forcément une baisse d'engagement des jeunes dans leur prise en charge.

En revanche, la situation inverse semble avoir lieu : les jeunes bénéficiant d'un important gain prothétique apporté par l'aide auditive semblent se laisser davantage de leur prise en charge orthophonique.

Les jeunes bénéficiant d'un faible gain prothétique paraissent plus demandeurs d'un renforcement de compétences et du développement de suppléances. Leur investissement supplémentaire peut donc sembler logique.

Il existe donc une corrélation entre le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement dans la rééducation en orthophonie : un important gain prothétique apporté par l'aide auditive semble entraîner une baisse d'investissement de la part du jeune vis-à-vis de sa prise en charge.

### **3.5.3 Limites et biais de l'étude**

#### ***3.5.3.1 Limites de l'étude***

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à deux problèmes majeurs.

La première limite fut rencontrée lors de notre recueil de données.

En plus de la difficulté à recruter des participants pour notre étude, nous avons été dans l'obligation d'en exclure certains. En effet, deux jeunes ont souhaité participer à notre recherche et se sont montrés coopérants avec nous. Cependant, leurs parents n'ont pas souhaité répondre à nos questions. Les documents ne nous ont pas été rendus et ont même été jetés par l'une des deux familles. Nous avons donc dû retirer les réponses de ces deux jeunes, incomplètes, de notre recueil de données.

Ces deux jeunes, dont les familles n'ont pas répondu, ne semblent pas en opposition vis-à-vis de l'orthophonie. En revanche, qu'en est-il de leurs parents ? Après discussion avec l'orthophoniste de ces deux adolescents, nous avons appris que leurs parents refusent régulièrement tout document provenant du lieu de scolarisation de leur enfant. La raison nous est inconnue, même si nous pouvons fortement supposer une difficulté à accepter le handicap de leur enfant, qui se manifeste par une absence de contact avec les membres de la structure accueillant leur jeune.

Cette première limite nous amène à nous interroger sur un probable biais de recrutement pour notre étude. En effet, nous nous sommes demandé si nous n'avions pas recruté surtout des familles très investies dans le parcours rééducatif de leur enfant, ce qui n'est pas généralisable à l'ensemble de la population d'adolescents sourds appareillés.

Par ailleurs, lors de l'analyse des données recueillies, nous avons été confrontés à une deuxième limite. A de nombreuses questions, certains participants (les jeunes comme leurs parents) n'ont pas donné de réponses. Nous nous sommes donc interrogés sur ces absences de réponses et trois hypothèses nous semblent probables :

- des erreurs d'attention. Le grand nombre de questions peut en être la cause (53 items).
- des réponses que les participants ne connaissent pas ou ont oubliées (comme par exemple, la question portant sur l'âge du premier bilan orthophonique).
- une mauvaise compréhension des questions. La formulation des questions peut en être la cause (comme par exemple, les questions portant sur le moyen de communication initial et actuel qui ont parfois posé problème). Certains items étaient peut-être trop ambigus pour les participants, ils ne voyaient peut-être pas la visée de la question.

### **3.5.3.2 Biais de l'étude**

Il existe plusieurs biais relatifs à cette étude.

En premier lieu, nous avons fait le choix de ne pas exclure de notre étude la jeune fille n'ayant pas suivi de rééducation orthophonique suite au bilan effectué. Ce choix est discutable. Tout d'abord, cette jeune fille a personnellement souhaité participer à notre étude et il nous paraissait donc difficile de l'exclure, d'autant plus que nous avons eu du mal à recruter des sujets. De plus, les réponses apportées par cette jeune nous semblaient pertinentes et nous avons donc souhaité les prendre en compte (notamment sur les questions de la prise en charge médicale). Cette jeune fille, présentant une surdité unilatérale, perd la stéréophonie. Cette gêne auditive peut être responsable d'un retard scolaire ou bien d'un retard de langage, mais il s'agit là d'un problème très particulier.

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, nous nous sommes volontairement adressés à des services accueillant des enfants non porteurs d'une déficience intellectuelle associée à la surdité. Nous n'avons pas souhaité proposer notre travail à cette population par crainte de recueillir des réponses biaisées. En effet, dans le cas de déficience intellectuelle associée à la surdité, certains enfants ne sont pas toujours lecteurs. Il aurait donc fallu traduire l'ensemble des documents en LSF, voire en pictogrammes, afin que ces enfants puissent comprendre notre étude. Par ailleurs, pour certains enfants atteints de déficience intellectuelle, il est très difficile d'évaluer son ressenti personnel, or certains items de notre questionnaire nécessitaient cette compétence. Cette population d'enfants porteurs d'une déficience

intellectuelle associée à la surdité constitue en elle-même un autre sujet d'étude. A terme, il serait donc pertinent d'interroger ces jeunes.

En outre, notre étude comporte 19 participants au total. Il s'agit d'un petit effectif, qui s'explique par la difficulté à trouver des sujets souhaitant participer à notre étude.

Nous avons choisi d'exprimer l'ensemble des résultats de notre étude en pourcentage afin que ceux-ci soit plus clairs. Toutefois, il est important de préciser que notre étude n'est pas généralisable à l'ensemble de la population d'adolescents sourds appareillés. Notre petit effectif n'est pas représentatif de cette population. C'est pourquoi, nous avons décidé de rappeler entre parenthèses, à côté de chaque pourcentage, le nombre de personnes concernées dans notre étude.

Par ailleurs, le profil des participants peut en lui-même être un biais de l'étude. En effet, plusieurs critères peuvent être discutés.

Tout d'abord, nous avons souhaité recueillir les avis d'adolescents sourds appareillés scolarisés dans différents milieux, afin d'obtenir une population d'étude variée. Nous avons donc choisi de nous intéresser à des jeunes scolarisés en milieu ordinaire et à des jeunes scolarisés en milieu adapté. Les jeunes que nous avons interrogés en milieu ordinaire sont en inclusion complète (9 jeunes en SSEFIS). Pour les jeunes scolarisés en milieu adapté, certains jeunes sont en inclusion partielle (1 jeune en SEES Secondaire de l'Institut Gustave Baguer), d'autres ne le sont pas (4 jeunes en classe EGA de l'Institut Gustave Baguer / 5 jeunes au Collège et Lycée privés Morvan).

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2014), environ 216 000 jeunes, âgés de 6 à 25 ans et présentant une perte auditive moyenne à totale, sont scolarisés. Par ailleurs, il est à noter que 70% des enfants âgés de 6 à 18 ans suivent leur parcours en classe ordinaire. Ce dernier chiffre, nous pousse à nous demander si l'investissement rééducatif des jeunes scolarisés en milieu ordinaire peut réellement être comparé avec celui des jeunes scolarisés en milieu adapté, comme nous l'avons fait dans notre étude. En effet, en milieu adapté, la prise en charge orthophonique est généralement globale. Il s'agit d'une prise en charge intensive, proposée à des enfants ayant des difficultés importantes. Un enfant scolarisé en milieu ordinaire ne bénéficiera donc pas du même type de prise en charge qu'un enfant scolarisé en milieu adapté. Le suivi orthophonique étant différent en fonction du milieu de scolarisation, il peut paraître délicat de comparer l'investissement des jeunes vis-à-vis de ce dernier.

De plus, parmi les jeunes interrogés, 14 ont un appareillage conventionnel acoustique et 5 sont implantés cochléaire. Nous avons donc étudié les réponses des jeunes pour les deux types d'aide auditive. Nous n'avons pas remarqué de différences significatives entre les jeunes portant un appareillage conventionnel acoustique et ceux portant un implant cochléaire. Les jeunes implantés cochléaire ne semblent pas avoir un profil spécifique. Cependant, à terme, il serait intéressant de comparer distinctement ces deux groupes de sujets pour savoir s'il existe des différences entre eux, notamment au niveau du vécu de la prise en charge orthophonique.

De surcroît, sur les 16 participants ayant rendu leur CAP complété, 13 ont un niveau au CAP supérieur ou égal à 4 et 3 jeunes seulement ont un niveau au CAP inférieur ou égal à 4. La répartition des sujets, en fonction de cette caractéristique, n'est donc pas très égale.

Enfin, sur les 18 participants recrutés ayant suivi une rééducation orthophonique, 17 sont encore pris en charge et 1 jeune seulement a arrêté son suivi. Rappelons qu'un de nos critères d'inclusion était « être suivi(e) ou avoir été suivi(e) en orthophonie ». La répartition des sujets, en fonction de cette caractéristique, n'est donc pas très égale.

Dans notre étude, la durée du suivi rééducatif en orthophonie de chaque jeune n'a pas été spécifiée. Mais celle-ci est variable en fonction de chacun des patients. Il n'y a pas de règles, même si généralement la rééducation orthophonique est longue (sur plusieurs années) et intensive (rythme soutenu). Certains commencent leur prise en charge plus tardivement que d'autres (en cause notamment, l'âge du diagnostic de surdité). De la même manière, des jeunes vont arrêter leur prise en charge plus tardivement que leurs pairs en fonction de leurs besoins. Le jeune est en droit de mettre fin à sa rééducation, s'il se lasse de son suivi par exemple et qu'il ne souhaite pas le poursuivre. Dans d'autres cas, l'arrêt de la prise en charge orthophonique peut être décidé par l'orthophoniste qui peut parfois être bloqué dans sa prise en charge. Une fenêtre thérapeutique peut alors être proposée ou bien le praticien peut orienter son patient vers un de ses confrères, qui continuera la prise en charge, en apportant un nouveau regard.

Toutes ces remarques nous montrent que le profil des participants peut donc en lui-même biaiser notre étude.

Pour finir, au cours de notre recherche, nous nous sommes interrogés sur le fait que nous avons sollicité uniquement les jeunes et leurs parents. Or, dans le cadre de notre travail, il aurait été pertinent de questionner l'orthophoniste du jeune. Ceci nous aurait permis de

recueillir son ressenti vis-à-vis du jeune et de son implication dans la prise en charge. De plus, nous aurions pu connaître les objectifs thérapeutiques de chaque jeune ainsi que les axes de travail mis en place. L'orthophoniste aurait ainsi pu nous faire partager son expérience et son vécu vis-à-vis du jeune.

Une nouvelle étude pourrait donc avoir lieu, en créant un questionnaire spécifique pour l'orthophoniste du jeune. Les réponses du jeune et de son orthophoniste pourraient être par la suite comparées.

### **3.5.4 Propositions d'amélioration pour la prise en charge orthophonique**

A travers la réalisation de notre état des lieux, nous avons pu dégager quelques éléments caractéristiques de la prise en charge orthophonique d'adolescents sourds appareillés.

Il est clair que le suivi rééducatif en orthophonie est très bien vécu pour la majorité des participants : les jeunes viennent avec plaisir en séance, ils sont satisfaits de leur rééducation, ils ont l'impression subjective de bénéficier de leur prise en charge, ...

Toutefois, certains jeunes semblent se lasser de leur rééducation. Or, nous avons pu voir précédemment que l'état d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie influe directement sur leur prise en charge. En effet, un jeune se sentant obligé de venir en séance d'orthophonie ne semble pas aussi satisfait de son suivi rééducatif que ses pairs. Par ailleurs, il semble trouver la durée d'une séance d'orthophonie (en principe 45 minutes) trop longue. Etat d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie et satisfaction à l'égard des séances d'orthophonie semblent donc liés, tout comme l'état d'esprit des jeunes lors de leur venue en séance d'orthophonie et leur avis concernant la durée d'une séance d'orthophonie.

Pour ces jeunes, il nous paraît évident que la rééducation orthophonique n'est pas assez attractive et peut-être même pas adaptée à leurs besoins. C'est pourquoi, nous avons choisi de proposer quelques idées pour améliorer la prise en charge orthophonique des jeunes sourds.

Nous avons vu précédemment que la moyenne d'âge du premier bilan orthophonique était de 3 ans. Certains jeunes ont débuté leur prise en charge précocement, à l'âge d'un an (âge minimal dans notre étude), mais d'autres ont dû la démarrer beaucoup plus tardivement, à l'âge de 6 ans (âge maximal dans notre étude), pour différentes raisons. Les jeunes ayant démarré leur prise en charge tardivement maîtrisent tous le langage oral avec le soutien de la lecture labiale. Toutefois, certains ont plus de difficultés que leurs pairs et doivent s'appuyer

davantage sur la LSF pour communiquer. Les parents d'un jeune nous confiaient par ailleurs que le retard de prise en charge avait pénalisé son enfant. Ainsi, nous voyons bien qu'une prise en charge précoce est essentielle pour que les jeunes sourds puissent acquérir un moyen de communication efficace. Plus une rééducation est démarrée tôt, meilleurs seront les résultats. Cela renvoie par ailleurs à la nécessité d'un diagnostic précoce, comme le rappellent Lina-Granade et Truy (2009).

Lors de notre recueil de données, nous avons constaté que la fréquence des séances d'orthophonie diminuait avec le temps. Dans l'enfance, les jeunes étaient suivis en moyenne 3 fois par semaine voire plus. Actuellement, ils sont en général suivis 1 à 2 fois par semaine.

Cette réduction du nombre de séances hebdomadaires semble être une proposition appréciée par les adolescents interrogés, qui approuvent le fait que leur prise en charge orthophonique ne soit plus aussi intense que dans leur enfance.

Cependant, il est important de rappeler que le rythme de la prise en charge se justifie. En effet, au début de la rééducation, la fréquence intensive des séances s'explique par l'urgence de mettre en place un système de communication efficace chez ces jeunes. Par la suite, les enjeux semblent très certainement moins importants et très variables suivant les sujets, ce qui entraîne nécessairement la réduction du nombre de séances hebdomadaires.

En revanche, si le nombre de séances hebdomadaires diminue, il nous paraît essentiel que ces séances soient réellement adaptées aux besoins des jeunes. En effet, lors de l'analyse des données, nous avons constaté que les jeunes ont l'impression subjective de moins bénéficier actuellement de leurs séances d'orthophonie que dans l'enfance. Leur suivi rééducatif ne correspond peut-être pas aussi bien qu'ils le souhaitent à leurs besoins.

A un certain moment, il peut donc être intéressant pour le jeune et son orthophoniste de bien déterminer ensemble leurs objectifs de travail afin que l'orthophonie aide le jeune dans sa vie quotidienne. Par exemple, avec des jeunes qui vont passer l'épreuve de français du Baccalauréat, il peut être intéressant de travailler davantage en séances d'orthophonie la compréhension du langage écrit ainsi que l'expression : vocabulaire, syntaxe, langage élaboré, etc. Autre exemple, avec des jeunes souhaitant débiter une formation professionnelle dans le domaine de la pâtisserie, il peut être intéressant de travailler davantage le vocabulaire relatif à la pâtisserie, la rédaction d'une recette mais aussi sa compréhension, etc. dans le but que le jeune puisse suivre sans difficultés sa formation.

Procéder de cette façon permet au jeune de ne pas saturer de sa prise en charge. Il peut ainsi la poursuivre en fonction de ses besoins au quotidien, sans l'arrêter à un âge précis. (Cela renvoie à l'idée du plafond à 18 ans pour les séances d'orthophonie, que certains jeunes évoquaient dans notre questionnaire.)

Cependant, il est important de rappeler que le plan thérapeutique est établi par l'orthophoniste à la suite du bilan. Or, il se peut que l'orthophoniste éprouve quelques difficultés à établir les axes de travail de la prise en charge du jeune. Ainsi, une question se pose : le bilan initial, effectué au début de la prise en charge, et le bilan de renouvellement sont-ils suffisamment complets pour permettre à l'orthophoniste de dégager des objectifs pertinents, qui permettraient d'orienter la rééducation, dans le but de la rendre plus attractive pour les jeunes ? Il paraît évident qu'il manque certains éléments puisque de nombreux bilans, testant l'ensemble des domaines nécessaires, ont été conçus pour des jeunes normo-entendants et non des jeunes sourds. La création d'un test, spécifique aux jeunes sourds et évaluant toutes les composantes nécessaires, semble donc essentielle pour affiner le profil des jeunes sourds qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge orthophonique.

De plus, il nous semble intéressant de revenir sur les différents outils qui peuvent être proposés aux patients en cas de difficultés à communiquer.

Malgré l'aide auditive, il se peut que certains jeunes aient des difficultés à acquérir le langage oral, comme le rappellent Mondain, Blanchet, Venail & Vieu (2005). Dans ce cas, il existe de nombreux moyens de communication qui permettent d'augmenter voire de suppléer la communication du jeune sourd. Lecture labiale, LPC, LSF, FS et même pictogrammes peuvent être utilisés par un jeune sourd en difficultés avec le langage oral. Ainsi, chaque enfant peut s'aider d'un outil adapté. C'est le rôle de l'orthophoniste de proposer à ses patients des suppléances complémentaires appropriées à chacun, afin qu'ils puissent s'exprimer et se faire comprendre mais également qu'ils comprennent leurs interlocuteurs. Chaque outil ne convient pas à tout le monde. En effet, les jeunes qui s'appuient davantage sur la lecture labiale vont plutôt préférer le LPC, qui les aidera à mieux décoder la parole. En revanche, des jeunes qui sont plus dans l'iconique, et qui ont donc besoin de supports imagés, vont plutôt se tourner vers la LSF ou le FS. D'une manière générale, il est essentiel que le patient maîtrise un moyen de communication qui lui convienne. Par ailleurs, l'orthophoniste se doit d'informer l'entourage de l'enfant (ses parents, sa famille, ses amis, ses professeurs, ses éducateurs, ...) afin que tous puissent apprendre cette suppléance et l'utiliser.

Toutefois, il est important de revenir sur un point qui pose problème et que certaines familles ont rapporté dans notre questionnaire, à savoir le manque de formation pour apprendre ces outils de communication. En effet, peu de structures proposent d'apprendre aux familles ces outils de communication, ou bien les formations sont trop courtes, ce qui ne permet pas à l'entourage de maîtriser pleinement l'outil utilisé par leur enfant. Ainsi, ce moyen de communication est à terme délaissé pour une autre forme de communication moins performante. C'est donc l'enfant lui-même qui est pénalisé.

De surcroît, à l'heure des nouvelles technologies de communication (portables, ordinateurs, réseaux sociaux, ...), il est intéressant de s'intéresser à l'utilité de la prise en charge orthophonique. En effet, la grande majorité des jeunes maîtrise ces nouveaux outils de communication, y compris les jeunes sourds. Ainsi, nous pouvons nous demander si ces derniers éprouvent le besoin de suivre une rééducation orthophonique, puisqu'ils peuvent communiquer via ces différents outils. Nous sommes tentés de répondre que malgré leurs aptitudes à manipuler ces nouveaux moyens de communication, ces jeunes doivent maîtriser le langage oral (pour le téléphone notamment) et/ou le langage écrit (SMS, discussions via les réseaux sociaux, etc.) pour pouvoir les utiliser pleinement. La prise en charge orthophonique peut donc être bénéfique à ces jeunes qui peuvent ainsi parfaire leur langage. Cela peut également être le but de la prise en charge, à savoir permettre au jeune de maîtriser ces différents outils. Un jeune nous confiait d'ailleurs dans notre questionnaire qu'il aurait souhaité apprendre à téléphoner lors de son suivi rééducatif en orthophonie.

Par ailleurs, afin de motiver les jeunes lors de leur prise en charge, il peut être intéressant pour l'orthophoniste de les faire travailler en binôme ou bien par petits groupes de plusieurs élèves. Ainsi, ils se stimulent entre eux et s'impliquent davantage dans leur prise en charge.

Les jeunes peuvent être regroupés en fonction de leurs compétences ou bien en fonction de leur attrait pour le thème du groupe. Par exemple, il peut s'agir d'un binôme où l'orthophoniste demande un travail spécifique aux jeunes (jeux autour de l'évocation lexicale, de la classification, ...). Autre exemple, l'orthophoniste peut construire un groupe « Journal », où les jeunes sont amenés à rédiger un journal mensuel de l'établissement dans lequel ils sont scolarisés.

Travailler de cette manière permet aux jeunes de s'aider mutuellement en fonction de leurs difficultés. Par ailleurs, cela renforce leurs liens amicaux.

En outre, nous l'avons vu précédemment, si l'orthophoniste sent l'enfant décrocher, il peut être intéressant de lui proposer une fenêtre thérapeutique. L'enfant pourra reprendre ses séances plus tard (quelques mois voire quelques années après l'arrêt de sa prise en charge). Cela permet à l'enfant de souffler un peu suite au suivi intensif qu'il a démarré puis de reprendre ensuite en fonction de ses difficultés, des éléments qui lui posent problèmes dans sa vie quotidienne.

Enfin, d'une manière générale, il nous semble essentiel que l'orthophoniste conserve un rôle d'information auprès des parents et du jeune. Les explications fournies au jeune et à ses parents ne sont pas toujours claires, comme nous le faisait remarquer une famille dans notre questionnaire. Cela les empêche de bien comprendre les objectifs thérapeutiques de la prise en charge, ce qui peut par la suite altérer la prise en charge et fragiliser l'alliance thérapeutique. Fournir régulièrement au jeune et aux parents des informations précises sur la prise charge facilitera ainsi le bon déroulé du suivi rééducatif. Toutefois, il faut aussi une bonne implication des parents, qui souvent se démobilisent quand l'adolescent s'autonomise.

## 4 CONCLUSION

Dans les cas de surdité, l'adolescence est une tranche d'âge peu étudiée dans la littérature scientifique.

Après avoir présenté les éléments théoriques relatifs à la surdité et à la prise en charge orthophonique du jeune sourd appareillé, nous avons mis en lien adolescence et surdité.

Nous avons ensuite souhaité réaliser un état des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés, en recueillant les réponses de 19 jeunes et leurs parents.

Notre étude a montré que la grande majorité des jeunes apprécie leur prise en charge orthophonique : ils viennent avec plaisir en séance, ils sont satisfaits de leur suivi rééducatif, ils ont l'impression subjective de bénéficier de leur prise en charge, ...

Toutefois, nous avons remarqué que certains jeunes se lassent de leur prise en charge. Il s'agit notamment de jeunes bénéficiant d'un fort gain prothétique. Ce constat a pu être mis en évidence en corrélant le gain prothétique apporté par l'aide auditive et l'investissement du jeune dans sa prise en charge. Pour ces jeunes, la prise en charge ne semble pas assez attractive voire peu ou pas adaptée à leurs besoins.

Par ailleurs, nous avons montré que la majorité des jeunes pense que l'orthophonie les a beaucoup aidés dans l'enfance. Mais le bénéfice qu'ils tirent de leur prise en charge actuelle est moindre. Prendre en compte les besoins du jeune, ses envies, paraît donc essentiel pour que l'orthophonie serve au jeune dans sa vie quotidienne.

Notre recherche a également permis de cibler les attentes des jeunes vis-à-vis de leur prise en charge. Si pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants reste une de leurs priorités, notamment pour les jeunes bénéficiant d'un important gain prothétique, certains jeunes n'ont pas d'attentes particulières. A l'inverse, d'autres jeunes ont de réelles demandes.

Par ailleurs, notre étude a montré que la question identitaire, très présente au moment de l'adolescence, n'entravait pas la prise en charge orthophonique, puisque les jeunes assument le fait d'être dans une démarche oraliste.

Enfin, il nous a paru important de proposer quelques améliorations pour la prise en charge orthophonique. Nous avons notamment mis en évidence l'importance du rôle d'information de l'orthophoniste, qui se doit d'être clair et précis vis-à-vis du jeune pris en charge et de sa famille. Un jeune bien informé sur son suivi rééducatif sera davantage investi qu'une personne qui ne connaît pas les objectifs thérapeutiques mis en place. Il en va de même pour ses parents. De plus, l'alliance thérapeutique entre l'orthophoniste et le jeune et ses parents est primordiale pour faire avancer la rééducation.

Nous souhaitons que ces propositions d'amélioration puissent être utiles aux orthophonistes prenant en charge des adolescents sourds appareillés. Mais nous espérons également que ces améliorations puissent être reprises et affinées à l'occasion de futures recherches en orthophonie.

# BIBLIOGRAPHIE

- Alphabet dactylogique. (s. d.), <http://langue-des-signes-francaise.com/apprendre-la-lsf/dactylogie/>
- Archbold, S., Lutman, M. E., & Marshall, D. H. (1995). Categories of Auditory Performance. *The Annals of otology, rhinology & laryngology. Supplement*, 166, 312-314.
- Bouccara, D., Avan, P., Mosnier, I., Bozorg Grayeli, A., Ferrary, E., & Sterkers, O. (2005). Réhabilitation auditive. *Médecine/Sciences*, 2, 21, 190-197.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*, 3<sup>e</sup> édition. Isbergues : Ortho édition.
- Bureau International d'Audiophonologie. (1996). BIAP Recommendation 02/1 : Audiometric Classification of Hearing Impairments., <http://www.biap.org/fr/recommandations/ct-02-classification-des-deficiences-auditives-1/55-02-1-audiometric-classification-of-hearing-impairments/file>
- Composition d'un appareillage conventionnel acoustique. (s. d.), <http://www.coquelicot.asso.fr/communication/appareil.php>
- Composition d'un implant cochléaire. (s. d.), <http://jaouen.famille.free.fr/TPE/partie3.htm>
- Cherry, E. C. (1953). Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears. *The Journal of the acoustical society of America*, 25(5), 975-979.
- Degrés de surdité. (s. d.), [http://www.sonetenvironnement.sitew.com/#II\\_Effets\\_negatifs\\_du\\_son.C](http://www.sonetenvironnement.sitew.com/#II_Effets_negatifs_du_son.C)
- Dulguerov, P., & Remacle, M. (2005). *Précis d'audiophonologie et de déglutition* (Tome 1, L'oreille et les voies de l'audition). Marseille: Solal.
- Dumont, A. (2008). *Orthophonie et surdité: communiquer, comprendre, parler* (Vol. 24). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2010). Surdité et orthophonie. L'orthophoniste, acteur de santé., <http://www.sorc-fno.fr/documents/fichiers/FS%20Surdit-.pdf>
- François, M., Boukhris, M., & Noel-Petroff, N. (2015). Scolarité de l'enfant sourd et bénéfice d'un diagnostic précoce. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 132(5), 232-236.
- Gallégo, S., Bouzianne, E., & Collet, L. (2009). Intelligibilité dans le bruit : Apport des aides auditives. *ORL autrement*, 4, 10-15.
- Haeusler, L., de Laval, T., & Millot, C. (2014). Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête «Handicap-Santé». Document de travail, Série Études et Recherche (Drees). 156 p.

Haute Autorité de Santé. (2009). Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire., [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite\\_de\\_lenfant\\_-\\_0\\_a\\_6\\_ans\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite_de_lenfant_-_0_a_6_ans_-_synthese_des_recommandations.pdf)

Langage Parlé Complété. (s. d.), <http://www.adapeda85.fr/dossiers/lpc.htm>

Lauwerier, L., de Lenclave, M. B. D. C., & Bailly, D. (2003). D ficiency auditive et développement cognitif. *Archives de pédiatrie*, 10(2), 140-146.

Lina-Granade, G., & Truy, E. (2005). Conduite à tenir devant une surdité de l'enfant. *EMC-Oto-rhino-laryngologie*, 2(3), 290-300.

Michel, G., Le Heuzey, M. F., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Sim oni, M. C. (2001). Recherche de sensations et conduites à risque chez l'adolescent. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 159, 10, 708-716

Mondain, M., Blanchet, C., Venail, F., & Vieu, A. (2005). Classification et traitement des surdités de l'enfant. *EMC-Oto-rhino-laryngologie*, 2(3), 301-319.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015) Surdité et d ficiency auditive (Aide-mémoire N 300), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/fr/>

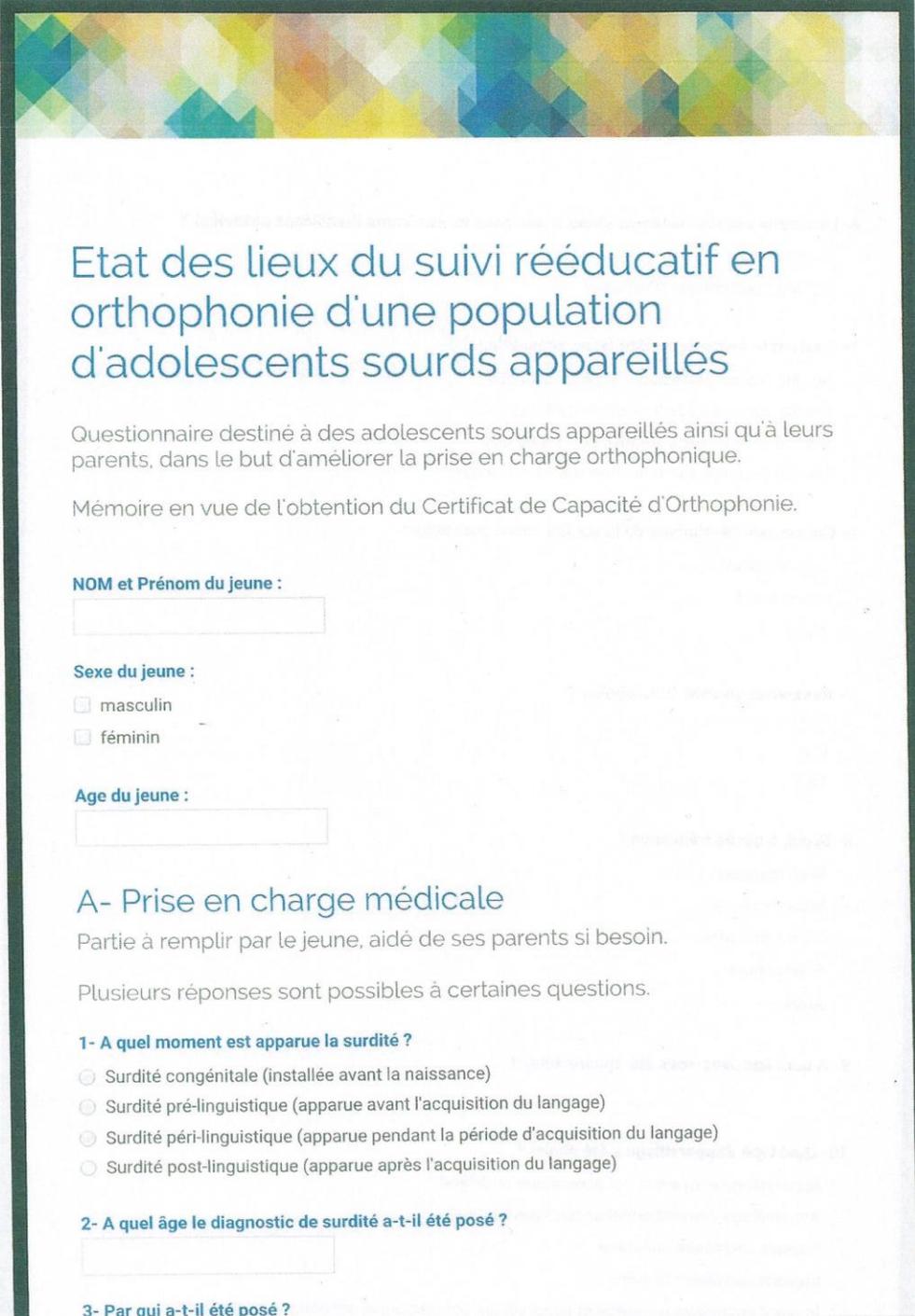
Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). Développement des adolescents., [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)

Orsini, P. (2008). Problèmes de l'adolescence., <http://www.orsini.net/pediatrie/puberte.htm>

Virole, B. (Ed.), (2006). *Psychologie de la surdité*, 3  édition augmentée. Bruxelles ; Paris : De Boeck Supérieur.

# ANNEXES

## Annexe I : Le questionnaire



**Etat des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés**

Questionnaire destiné à des adolescents sourds appareillés ainsi qu'à leurs parents, dans le but d'améliorer la prise en charge orthophonique.

Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.

**NOM et Prénom du jeune :**

**Sexe du jeune :**

masculin

féminin

**Age du jeune :**

**A- Prise en charge médicale**

Partie à remplir par le jeune, aidé de ses parents si besoin.

Plusieurs réponses sont possibles à certaines questions.

**1- A quel moment est apparue la surdité ?**

Surdité congénitale (installée avant la naissance)

Surdité pré-linguistique (apparue avant l'acquisition du langage)

Surdité péri-linguistique (apparue pendant la période d'acquisition du langage)

Surdité post-linguistique (apparue après l'acquisition du langage)

**2- A quel âge le diagnostic de surdité a-t-il été posé ?**

**3- Par qui a-t-il été posé ?**

[Empty rectangular box for text entry]

**4- La surdité est-elle isolée ou s'inscrit-elle dans un syndrome (handicaps associés) ?**

- Surdité isolée
- Surdité syndromique (Précisez :

**5- Quel est le degré de surdité (sans appareillage) ?**

- Surdité légère (perte auditive de 21 à 40 dB)
- Surdité moyenne (perte auditive de 41 à 70 dB)
- Surdité sévère (perte auditive de 71 à 90 dB)
- Surdité profonde (perte auditive de 91 à 119 dB)

**6- Concernant l'évolutivité de la surdité : vous constatez :**

- une dégradation
- une stabilité
- Autre :

**7- Avez-vous un suivi ORL régulier ?**

A l'hôpital ou ailleurs.

- Oui
- Non

**8- Si oui, à quelle fréquence ?**

- Suivi mensuel
- Suivi trimestriel
- Suivi semestriel
- Suivi annuel
- Autre :

**9- A quel âge avez-vous été appareillé(e) ?**

[Empty rectangular box for age entry]

**10- Quel type d'appareillage a été choisi ?**

- Appareillage conventionnel acoustique unilatéral
- Appareillage conventionnel acoustique bilatéral
- Implant cochléaire unilatéral
- Implant cochléaire bilatéral
- Implant cochléaire unilatéral et appareillage conventionnel acoustique controlatéral

**11- Avez-vous un suivi audioprothétique régulier ?**

- Oui
- Non

**12- Si oui, à quelle fréquence ?**

- Suivi mensuel
- Suivi trimestriel
- Suivi semestriel
- Suivi annuel
- Autre :

**13- Concernant l'entretien de votre aide auditive (réglages à faire faire, piles à changer, nettoyage, ...): que pensez-vous ?**

- J'ai suffisamment d'informations et je trouve cela facile
- J'ai suffisamment d'informations mais je trouve cela difficile
- Je n'ai pas assez d'informations mais je trouve cela facile
- Je n'ai pas assez d'informations et je trouve cela difficile
- Autre :

**14- Concernant le port de votre aide auditive (appareillage conventionnel et/ou implant cochléaire), vous la portez :**

- Toujours (à la maison, à l'école, en séance d'orthophonie, avec mes amis, ...)
- De temps en temps (seulement à l'école, seulement en séance d'orthophonie, ...)
- Jamais
- Autre :

**15- Si vous la portez de temps en temps ou si vous ne la portez jamais, pourquoi ?**

- Par manque d'informations utiles à la communication (perception auditive altérée, compréhension de la parole altérée, ...)
- Par gêne (problèmes au niveau des réglages, ...)
- Par oubli
- Honte, moqueries, ...
- Par choix (désir d'appartenance à la culture sourde)
- Autre :

**16- La portez-vous par contrainte ?**

Obligation parentale; obligation à l'école des professeurs, des éducateurs; obligation des professionnels de santé; ...

- Oui
- Non
- Autre :

COMMENTAIRES A AJOUTER :

Continuer »

Fourni par  Google Forms

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.  
[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)



## Etat des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés

### B- Prise en charge orthophonique

Partie à remplir par le jeune, aidé de ses parents si besoin.

Plusieurs réponses sont possibles à certaines questions.

#### 1- A quel âge le premier bilan orthophonique a-t-il été effectué ?

#### 2- Par qui a-t-il été effectué ?

- L'orthophoniste du service ORL où votre surdité a été dépistée
- Un(e) orthophoniste en libéral
- Autre :

#### 3- Avez-vous suivi une rééducation en orthophonie ?

- Oui
- Non

#### 4- Si oui, où avez-vous été suivi(e) en orthophonie ?

- A l'hôpital
- Dans une institution spécialisée pour enfants sourds
- Chez un(e) orthophoniste en libéral
- Autre :

#### 5- A quelle fréquence avez-vous été suivi(e) ?

- Une fois par semaine
- Deux fois par semaine
- Trois fois par semaine
- Plus de trois fois par semaine

Autre :

**6- Quel mode de communication a été mis en place initialement ?**

- Langage oral avec le soutien de la lecture labiale
- LPC (Langage Parlé Complété)
- LSF (Langue des Signes Française)
- Langage écrit
- Pictogrammes
- Autre :

**7- Ce mode de communication est utilisé couramment par :**

- Votre famille
- Vos amis
- L'encadrement scolaire (professeurs, éducateurs, ...)
- Votre orthophoniste
- Autre :

**8- Actuellement, utilisez-vous toujours ce mode de communication ?**

- Oui
- Non
- Autre :

**9- Si non, quel est votre moyen de communication principal aujourd'hui ?**

- Langage oral avec le soutien de la lecture labiale
- LPC (Langage Parlé Complété)
- LSF (Langue des Signes Française)
- Langage écrit
- Pictogrammes
- Autre :

**10- Êtes-vous toujours suivi(e) en orthophonie ?**

- Oui
- Non, je fais une pause pour le moment
- Non, j'ai arrêté définitivement (Précisez pourquoi :
- Autre :

**11- Pour quel(s) motif(s) êtes-vous toujours suivi(e) ?**

- Compréhension du langage oral et/ou écrit (lecture)
- Expression en langage oral (articulation) et/ou écrit (écriture)
- Difficultés logico-mathématiques
- Prise en charge globale

Autre :

**12- Si vous n'êtes plus suivi(e) en orthophonie, vous avez remarqué suite à l'arrêt de votre prise en charge :**

- Une baisse de vos compétences
- Une stabilité de vos compétences
- Autre :

**13- Dans quel état d'esprit venez-vous en séance d'orthophonie ?**

- Je viens avec plaisir (bonne entente avec l'orthophoniste, progrès constatés, ...)
- Je me sens obligé(e) de venir (par mes parents, par les professionnels de santé, ...) mais je n'aime pas cela
- Je viens par habitude, sans trop me poser de questions
- Autre :

**14- Etes-vous satisfait(e) des séances d'orthophonie ?**

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Peu satisfait(e)
- Pas satisfait(e)
- Autre :

**15- Concernant la durée d'une séance d'orthophonie (en principe 45 minutes) : vous trouvez cela :**

- Trop court
- Suffisant
- Trop long
- Autre :

**16- Concernant le bénéfice des séances d'orthophonie dans l'enfance : que pensez-vous ?**

- L'orthophonie m'a beaucoup aidé(e)
- L'orthophonie m'a un peu aidé(e)
- L'orthophonie ne m'a pas aidé(e)
- Autre :

**17- Concernant le bénéfice des séances d'orthophonie actuellement : que pensez-vous ?**

- L'orthophonie m'aide beaucoup
- L'orthophonie m'aide un peu
- L'orthophonie ne m'aide pas
- Autre :

**18- Quelles sont vos attentes vis à vis de la prise en charge orthophonique ?**

- Je n'ai pas d'attentes particulières

Mettre en place de nouveaux moyens de communication (langage oral avec le soutien de la lecture labiale, LPC, LSF, langage écrit, pictogrammes, ...)

Pouvoir parler et/ou écrire comme les entendants

Autre :

**19- A votre avis, jusqu'à quand une rééducation en orthophonie devrait être proposée ?**

Est-ce que les séances d'orthophonie deviennent inutiles à un certain âge, à un certain moment ?

Il n'y a pas d'âge limite, cela dépend de chacun (progrès, lassitude, ...)

Jusqu'à 18 ans (entrée dans les études supérieures, entrée dans le monde professionnel, ...)

Avant 18 ans

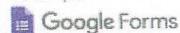
Autre :

**COMMENTAIRES A AJOUTER :**

[« Retour](#)

[Continuer »](#)

Fourni par



Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)



## Etat des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés

### C- Partie à remplir par les parents

Plusieurs réponses sont possibles à certaines questions.

#### 1- Vous êtes :

- Entendants
- Sourds non appareillés
- Sourds appareillés
- Autre :

#### 2- Concernant la surdité de votre enfant : êtes-vous satisfaits du suivi médical (informations, prise en charge, ...) ?

- Très satisfaits
- Satisfaits
- Peu satisfaits
- Pas satisfaits
- Autre :

#### 3- Concernant la décision d'appareiller votre enfant : avez-vous été conseillés, aidés dans ce choix ?

Par le professionnels de santé (médecins ORL, médecin traitant, orthophonistes, psychologues), par une association, ...

- Oui (Précisez qui vous a conseillés, aidés :
- Non
- Autre :

#### 4- Concernant la décision d'appareiller votre enfant : regrettez-vous ce choix ?

- Oui (Précisez pourquoi :
- Non
- Autre :

**5- Concernant le type d'appareillage choisi (appareillage conventionnel acoustique et/ou implant cochléaire) : avez-vous été bien informés sur ce choix ?**

- Oui
- Non
- Autre :

**6- Etes-vous satisfaits du suivi audioprothétique de votre enfant ?**

- Très satisfaits
- Satisfaits
- Peu satisfaits
- Pas satisfaits
- Autre :

**7- Pensez-vous être bien informés sur l'entretien de l'aide auditive de votre enfant (réglages à faire faire, piles à changer, nettoyage, ...) ?**

- Oui
- Non
- Autre :

**8- Concernant le port de l'aide auditive par votre enfant : vous avez tendance à :**

- Lui rappeler de la porter
- L'obliger à la porter
- Le laisser gérer seul, sans rien lui dire
- Autre :

**9- Concernant la prise en charge orthophonique de votre enfant : pensez-vous être bien informés ?**

Informations sur les objectifs de la prise en charge, ce qui est travaillé en séance, les progrès de votre enfant, ...

- Oui
- Non
- Autre :

**10- Etes-vous satisfaits du mode de communication mis en place chez votre enfant ?**

- Très satisfaits
- Satisfaits
- Peu satisfaits
- Pas satisfaits
- Autre :

**11- Au début de la prise en charge orthophonique, vous a-t-on proposé un nouveau moyen de communication, différent de celui que vous utilisiez ?**

Apprendre le LPC, la LSF, utiliser les pictogrammes, ...

- Oui (Précisez :
- Non

**12- Utilisez-vous toujours ce moyen de communication actuellement avec votre enfant ?**

- Oui
- Non (Précisez pourquoi :

**13- Si votre enfant n'est plus suivi en orthophonie, vous avez remarqué suite à l'arrêt de votre prise en charge :**

- Une baisse de ses compétences
- Une stabilité de ses compétences
- Autre :

**14- Concernant votre implication dans la prise en charge orthophonique de votre enfant : vous vous sentez :**

Vous suivez la rééducation de votre enfant, vous le poussez voire l'obligez à aller aux séances d'orthophonie, ...

- Très impliqués
- Impliqués
- Peu impliqués
- Pas impliqués
- Autre :

**15- Etes-vous satisfaits de la prise en charge orthophonique de votre enfant ?**

- Très satisfaits
- Satisfaits
- Peu satisfaits
- Pas satisfaits
- Autre :

**16- Concernant le bénéfice des séances d'orthophonie dans l'enfance : que pensez-vous ?**

- L'orthophonie a beaucoup aidé mon enfant
- L'orthophonie a un peu aidé mon enfant
- L'orthophonie a n'a pas aidé mon enfant
- Autre :

**17- Concernant le bénéfice des séances d'orthophonie actuellement : que pensez-vous ?**

- L'orthophonie aide beaucoup mon enfant
- L'orthophonie aide un peu mon enfant
- L'orthophonie n'aide pas mon enfant
- Autre :

**18- Quelles sont vos attentes vis à vis de la prise en charge orthophonique ?**

- Nous n'avons pas d'attentes particulières
- Que notre enfant apprenne un nouveau moyen de communication (langage oral avec le soutien de la lecture labiale, LPC, LSF, langage écrit, pictogrammes, ...)
- Que notre enfant puisse parler et/ou écrire comme les entendants
- Autre :

**COMMENTAIRES A AJOUTER :**

[« Retour](#)

[Envoyer](#)

*N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.*

Fourni par  
 **Google Forms**

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## **Annexe II : Le CAP**

NOM et Prénom :

### **Echelle d'évaluation CAP (Categories of Auditory Performance)**

*Archbold S, Lutman ME and Marshall DH, 1995*

- Non conscient des sons de l'environnement (Niveau 0)
- Conscient des sons de l'environnement (Niveau 1)
- Répond aux sons de la parole (Niveau 2)
- Identifie des sons de l'environnement (Niveau 3)
- Discrimine certains sons de parole sans lecture labiale (Niveau 4)
- Comprend des phrases du quotidien sans lecture labiale (Niveau 5)
- Comprend une conversation sans lecture labiale (Niveau 6)
- Utilise le téléphone avec un interlocuteur connu (Niveau 7)

# Annexe III : Formulaire d'information distribué aux participants



*Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Ecole d'orthophonie*

---

## FORMULAIRE D'INFORMATION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, encadré par le Dr Jean-Pascal LEBRETON, ORL au CHU de Poitiers, je vous invite à participer à une étude.

Cette étude porte sur la prise en charge en orthophonie d'adolescents sourds appareillés. Elle se déroule de façon simple : un questionnaire (destiné au jeune et à ses parents) ainsi qu'une échelle évaluant les performances auditives (destiné au jeune) vous seront présentés et il vous suffira de compléter ces documents.

La passation de cette étude dure vingt à trente minutes.

Le but de cette étude est de faire un état des lieux du suivi rééducatif en orthophonie chez des adolescents sourds appareillés.

Cette étude ne comporte pas de risques prévisibles particuliers. Les bénéfices attendus sont de dégager des améliorations pour la prise en charge en orthophonie, afin de la rendre plus attractive et surtout plus efficace.

Pour pouvoir participer à cette étude, vous devez :

- être sourd(e),
- être appareillé(e) (appareillage conventionnel acoustique uni- ou bilatéral, implant cochléaire uni- ou bilatéral, implant cochléaire unilatéral et appareillage conventionnel acoustique controlatéral),
- être âgé(e) de 11 à 18 ans inclus,
- être suivi(e) ou avoir été suivi(e) en orthophonie,

- être pris(e) en charge dans une institution spécialisée pour enfants sourds ou être en inclusion scolaire,
- ou être parent(s) d'un enfant présentant l'ensemble des critères ci-dessus.

Votre participation à cette étude est totalement libre et peut être arrêtée à tout moment à votre demande, sans en préciser la raison.

Si vous acceptez, votre participation sera bénévole c'est-à-dire qu'elle ne fera pas l'objet d'une rétribution.

Je suis à votre disposition pour répondre à toute question.

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués lorsqu'elle sera achevée.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, je vous remercie de bien vouloir donner votre consentement écrit en signant le formulaire ci-dessous.

Cordialement,

Tiphaine DE LA MORINIÈRE

06 83 65 43 89

[tiphaine.delamoriniere@gmail.com](mailto:tiphaine.delamoriniere@gmail.com)

# Annexe IV : Formulaire de consentement distribué aux participants



*Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Ecole d'orthophonie*

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) :

NOM : .....

Prénom : .....

père/mère/tuteur légal (rayer la ou les mention(s) inutile(s)) de :

NOM de l'enfant.....

Prénom de l'enfant : .....

déclare accepter de participer avec mon enfant au mémoire de fin d'études de Melle Tiphaine DE LA MORINIÈRE, étudiante en quatrième année du Certificat de capacité d'orthophonie, intitulé : « Etat des lieux du suivi rééducatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés ».

Notre participation à cette étude contribuera à améliorer la prise en charge en orthophonie d'adolescents sourds appareillés.

Nous avons lu le formulaire d'information qui nous a été remis et reçu les informations concernant les modalités et le déroulement de l'étude.

Il nous a été précisé :

- quels sont les différents critères de participation,
- que nous sommes libres de nous retirer à tout moment de cette étude, sans en préciser la raison. Nous nous engageons toutefois à prévenir l'étudiante qui réalise ce projet ainsi que le secrétariat de l'école d'orthophonie de Poitiers.
- que les données qui nous concernent resteront strictement anonymes,

Fait à Paris,

Le .....

Signature du père/de la mère/du tuteur légal  
(rayer la ou les mention(s) inutile(s))

Signature du jeune

# Annexe V : Autorisation d'utilisation d'informations distribuée aux participants



*Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Ecole d'orthophonie*

## AUTORISATION D'UTILISATION D'INFORMATIONS

Je soussigné(e),

NOM : .....

Prénom : .....

père/mère/tuteur légal (rayer la ou les mention(s) inutile(s)) de :

NOM de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

- Autorise Melle Tiphaine DE LA MORINIÈRE, étudiante en 4<sup>ème</sup> année du Certificat de capacité d'orthophonie à utiliser les informations recueillies sur mon enfant et moi, lors de consultations effectuées dans le cadre du stage réglementaire de fin d'études.

J'autorise l'utilisation dans le cadre de :

- Recherche et d'enseignement
- Formations
- Réunions scientifiques
- Uniquement dans le cadre du mémoire

J'ai bien noté que l'Ecole utilisera les informations exclusivement à vocation pédagogique, sous la responsabilité du Directeur de l'Ecole d'Orthophonie.

J'autorise l'utilisation :

- Enregistrement vidéo
- Enregistrement sonore
- Enregistrement manuscrit

Je comprends que le nom de famille de mon enfant et le mien ne seront pas utilisés dans le but d'assurer le respect de notre vie privée. Les données recueillies sont anonymes.

Nous pouvons à tout moment exercer notre droit de rétractation, pour cela nous devons en informer par écrit l'étudiante qui réalise ce projet et le secrétariat de l'école d'orthophonie de Poitiers.

Concernant les enregistrements vidéo ou sonore, sur simple demande écrite de M ou Mme..... ou de l'enfant lui-même, tous les enregistrements seront effacés sans conditions.

Les références des enregistrements vidéo ou sonore sont classées sur un fichier informatique agréé par la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL). Les signataires disposent, conformément à la loi dite « informatique et libertés » d'un droit d'accès aux données les concernant (nom, prénom, date de prise de vue, de son, âge, durée de l'enregistrement, rubrique de classement), en contactant l'Ecole d'Orthophonie.

Ces différents éléments ont été détaillés lors d'un entretien préalable à la signature de ce document.

N'autorise pas

Date et signature du père/de la mère/du tuteur légal  
(rayer la ou les mention(s) inutile(s)) :

# ETAT DES LIEUX DU SUIVI REEDUCATIF EN ORTHOPHONIE D'UNE POPULATION D'ADOLESCENTS SOURDS APPAREILLES

## RESUME

Dans les cas de surdité, la r ducation orthophonique mise en place est généralement longue et intensive et peut s'avérer coûteuse pour les enfants porteurs de ce handicap. Ainsi, à l'adolescence, période de la vie où de nombreux changements s'opèrent, et notamment au niveau identitaire, qu'en est-il vraiment de l'investissement des jeunes sourds dans leur prise en charge orthophonique ?

Cette étude descriptive vise à dresser un état des lieux du suivi r educatif en orthophonie d'une population d'adolescents sourds appareillés (appareillage conventionnel acoustique et/ou implant cochléaire). Nous avons donc conçu un questionnaire dans le but de recueillir les réponses de jeunes sourds appareillés et de leurs parents, sur leur ressenti vis-à-vis de leur prise en charge orthophonique. Nous avons également corrélé les réponses des jeunes au questionnaire, au gain prothétique apporté par leur aide auditive.

Notre travail a pour but de contribuer à l'actualisation des connaissances sur la prise en charge orthophonique d'adolescents sourds appareillés, cette tranche d'âge étant peu étudiée dans la littérature scientifique. Lassitude, bénéfice, attentes, nous avons tenté de dégager quelques éléments caractéristiques de la prise en charge orthophonique. Par la suite, nous avons souhaité proposer quelques améliorations pour la r ducation en orthophonie dans le but de la rendre plus attractive et surtout plus adaptée aux besoins de chaque jeune.

Mots-clés : Surdité, adolescence, aide auditive, état des lieux, prise en charge, orthophonie