

Connaissances Surdités

11 rue de Clichy
75009 Paris
Courriel : contact@acfos.org

Revue trimestrielle

Édité par ACFOS
action connaissance formation pour la surdité
11 rue de Clichy
75009 Paris

Tél. 08 70 24 27 87
Fax. 01 48 74 14 01
Courriel : contact@acfos.org
Site web : www.acfos.org

Directeur de la publication
Lucien Moatti

Rédactrice en chef
Coraline Coppin
Courriel : contact@acfos.org

Comité de rédaction : Denise Busquet,
Marie-Claudine Cosson, Joëlle François,
Nathalie Lafleur, Lucien Moatti, Isabelle
Prang, Philippe Séro-Guillaume, Vincente
Soggiu, Sylvie Tamain

REMERCIEMENTS

Merci à Geneviève Durand, fondatrice de la
revue, pour son soutien et ses conseils.

Couverture : DSMB
25 rue de la Brèche aux Loups 75012 Paris
Tél./Fax. 01 43 40 19 58
Courriel : dsmb@wanadoo.fr

Maquette : Coraline Coppin

Impression : Accent Tonic
45-47 rue de Buzenval
75020 Paris

N° CPPAP 1107 G 82020
ISSN : 1635-3439

Vente au numéro : 12 €

*La reproduction totale ou partielle des
articles contenus dans la présente revue
est interdite sans l'autorisation d'ACFOS*

J+2 : dépistage systématique de la surdité. Changer les pratiques

*Le Hors-Série N°2 de Connaissances Surdités "Les
Actes du colloque ACFOS 5" vient de paraître au
prix de 20 euros (voir bon de commande page 35).*

AU SOMMAIRE :

**Du rejet au dépistage néo-natal universel de la
surdité : maturation des idées depuis des siècles**
Dr Lucien Moatti

Le dépistage néonatal de la surdité en France : où en est-on ?
Pr Eréa-Noël Garabédian

**La problématique du dépistage néonatal systématique
appliquée au dépistage précoce de la surdité**
Pr Marie-Louise Briard

L'importance de la co-modalité perceptive chez le bébé
Pr Bernard Golse

**Potentialités auditives du nourrisson : introduction sur les
aspects physiologiques**
Pr Paul Avan

Le monde auditif des enfants (traduction)
Pr Sandra Trehub

Les "scénarios" possibles de l'annonce du diagnostic
Dr Joël Roy

**Quels enseignements tirer des premières expériences de
dépistage systématique**
Table-ronde : *Dr Mireille Tardy, Dr Catherine Kolski, Pr Alain
Robier, Dr Pascal Schmidt, Dr Yannick Lerosey*
Animateur : *Dr Bernard Durand, CHIC de Créteil*

Annonce et mesures d'accompagnement des parents
Dr Philippe Parent

**La prise en charge très précoce de l'enfant sourd et
l'accompagnement de la famille**
Mme Adoracion Juarez Sanchez

**De l'évaluation à la systématisation du dépistage néonatal de
la surdité**
Pr Alain Morgon

Transition

Daniel PARENT, président de l'ACFOS depuis près de 3 ans, a souhaité être libéré d'une tâche qu'il assumait avec tant de brio que l'on s'étonne qu'elle ait pu lui peser. Il est vrai que lorsque l'on connaît ses si lourdes responsabilités de Directeur Général du "Moulin vert", cette association plus que centenaire, du monde médico-social, on ne peut que s'incliner. Il lui fallait un successeur. J'ai accepté avec beaucoup de réserve de reprendre le flambeau, pendant une courte période, pour préparer une véritable succession par une personnalité plus jeune, plus titrée, parfaitement au fait des différents aspects des surdités et plus particulièrement des surdités congénitales, dont la pratique soit autant scientifique que clinique au contact permanent des sourds et de leurs familles. Ce sera ma tâche principale.

Mais, pendant cette période l'ACFOS ne sera pas en sommeil, loin de là. Daniel PARENT laisse une situation si claire, une organisation bien rodée, une trésorerie rassurante (que Monsieur LABADENS gère avec sagesse), un programme de travail bien en place (colloque en décembre 2006, programmes de formations structurés, journées d'études à organiser), une permanente efficace, qui permettent à l'étrave de notre navire, qu'il a si bien su manœuvrer, de continuer à fendre l'eau et ouvrir la vague sans encombre.

Il reste cependant beaucoup à faire si l'on veut que notre ACFOS demeure et s'affirme comme un pôle incontournable de la Connaissance et de la Formation sur la surdité dont nos illustres prédécesseurs ont tracé le cadre dans leur projet initial. Les brillantes personnalités qui composent notre Conseil d'Administration seront là, j'en suis sûr, pour m'aider dans cette tâche. Il faudra finaliser notre prochain Colloque avec l'aide de son Comité scientifique, le faire connaître et l'organiser, réfléchir aux prochaines journées d'études et programmes de formation. Il faudra travailler à nos moyens d'information (revue, site internet, organisation d'une banque de données "surdité" probablement en coopération avec d'autres organismes ou associations), et trouver les financements nécessaires.

Il faudra, aussi, revoir nos modes de fonctionnement dans l'esprit des décisions déjà prises, c'est à dire : "revoir les statuts de l'association, qui nécessitent quelques légères modifications", "définir un règlement intérieur, qui fixe précisément le fonctionnement des différents groupes de travail ainsi que les processus de prise de décision et de communication de l'information", "rédiger un projet d'association à court moyen et long terme : ce travail permettrait de clarifier les objectifs que se donne Acfos et les moyens qu'elle souhaite concrètement mettre en œuvre pour y parvenir"*.

Une transition dans la continuité pour assurer une pérennité. ♦

* extrait des CR des réunions de bureau 2006

* Dr Lucien MOATTI, ORL-Phoniatre, ancien responsable de l'Unité d'Audiophonologie du service ORL de l'Hôpital d'Enfants Armand Trousseau, Paris

EDITO	2
ACTUALITE	4
JOURNÉES D'ÉTUDES ACFOS	
<i>Témoignage sur l'expérience de la région flamande dans la mise en place du dépistage universel</i> <i>par Nadine Herman</i>	6
<i>Intérêt de l'audiométrie comportementale dans la mise en place des stimulations auditives précoces</i> <i>par Monique Delaroche</i>	13
SOCIÉTÉ	
<i>Etudes supérieures et insertion professionnelle: témoignages</i> <i>par Isabelle Prang</i>	18
PORTRAIT <i>Arnaud Bouhier</i>	23
PÉDAGOGIE	
<i>Rôle de l'éducateur sourd dans un centre pour enfants sourds</i> <i>par Laurence Gabrieli et Joëlle François</i>	24
<i>Ateliers d'écriture</i> <i>par Martine Rémon et Marie-France Sayde</i>	29
AGENDA	32
BLOC-NOTES	34

Des nouvelles du dépistage...

Un groupe de travail a été mis en place par M Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, pour étudier et valider un protocole d'information et d'accompagnement des jeunes enfants atteints de surdité et de leurs familles.

Une réunion a eu lieu le 09 juin dernier au Ministère de la Santé et des Solidarités dans l'objectif de valider des recommandations sur:

- l'annonce de la surdité sur toute la période du diagnostic
- l'information et l'accompagnement des familles du dépistage à la prise en charge
- les partenariats à établir pour une prise en charge précoce des parents et des enfants.

Les conclusions de cette réunion devaient normalement être remises au comité d'évaluation de l'expérience de dépistage systématique de la surdité qui s'est réuni fin juin. Ce comité regroupant des représentants de la CNAM, la DGS, l'AFDPHE ainsi que des représentants des familles et des orthophonistes doit rendre une évaluation de la faisabilité du programme de dépistage en décembre 2007 et rendre ses observations sur les enfants sourds dépistés en 2009.

Des associations telles que ACFOS, l'AFDPHE, l'ALPC, l'ANECAMSP, l'UNISDA, l'ANPEDA, la FNO et le MDSF étaient conviées le 09 juin. Plusieurs participants ont déploré l'absence de représentants du Ministère de l'Education nationale, pourtant directement concerné par l'accueil des enfants sourds depuis la loi du 11 février 2005. Étaient également conviés l'Ordre des sages-femmes, la Société française de pédiatrie ainsi que des représentants des maternités et des centres de dépistage de Bordeaux, Lyon, Paris et de Lille. Enfin, des conseillers du cabinet de P. Bas ainsi que des représentants de la DGS, DGAS, DRASS, DDASS, CPAM et de la DHOS représentaient les différentes autorités de tutelle.

Les premiers résultats du dépistage systématique ont été communiqués. La question de l'utilité du dépistage n'était pas abordée, - ce point là semblant être acquis, du moins en théorie -, mais la faisabilité et les conditions de la mise en place du dépistage et du suivi doivent être évaluées.

Les résultats des premières expériences de dépistage¹

Le Pr Dauman a fait un rappel de l'organisation du dépistage et du suivi des familles² et a présenté les 1^{er} résultats de l'expérience de dépistage sur la région de Bordeaux.

Le taux de couverture à la maternité est satisfaisant. Les pratiques diffèrent selon les maternités mais les résultats sont bons, le point commun étant qu'il n'y a pas de personnel dédié pour le dépistage, mais ceci n'est pas un obstacle en pratique et le personnel des maternités s'est bien adapté. On constate toutefois un nombre plus élevé que

prévu de faux positifs qui était en fait lié à la réalisation trop précise des tests à moins de 24 heures et non entre 24 heures et 48 heures. Depuis lors, ce point a été corrigé et les faux positifs ont diminué. Le nombre de cas suspects suivis en ORL est par contre conforme aux prévisions.

Une grande majorité des cas suspects a pu être examinée par le CDOS et une conclusion a pu être donnée (confirmation d'une majorité d'auditions normales et de quelques surdités bilatérales ou unilatérales).

Au final, 15 enfants sourds ont été diagnostiqués à Bordeaux (surdités de perception ou mixte, d'au moins 40 dB sur la meilleure oreille). La moyenne des diagnostics est de 3 mois et les enfants sont diagnostiqués au plus tard à 5 mois. Rappelons que sans dépistage systématique, la moyenne des diagnostics est de 19 mois. Tous les membres présents dans la salle s'accordent à saluer l'avancée hautement significative en terme de pronostic ultérieur pour les enfants après un diagnostic fait à 3 mois et non à 19 mois.

La majorité des surdités détectées sont des surdités moyennes, ce qui montre l'intérêt du dépistage systématique en ce qui concerne la détection précoce de ce type de surdité. Le diagnostic des surdités moyennes n'est en effet posé à l'heure actuelle que très tardivement (vers 3 ans et demi 4 ans).

Les contraintes imposées aux familles ont été dans l'ensemble tout à fait bien acceptées malgré la nécessité pour les familles de revenir 2 ou 3 fois avant que le diagnostic définitif ne soit posé, ce qui peut poser problème si le domicile est éloigné.

L'âge médian d'appareillage est de 5 mois, et tous les enfants sont appareillés avant 7 mois.

L'information des familles

C'est un aspect essentiel de la prise en charge de la surdité: les parents doivent avoir accès à une information fiable, objective et neutre sur tous les aspects et les conséquences de la surdité. Les CIS avaient été créés dans cet objectif. Leur principe n'est pas remis en cause puisque 15 régions sont pourvues et que le financement est prévu jusqu'à fin 2007 afin de parvenir à un maillage plus complet du territoire.

L'Unisda rappelle l'utilité des CIS, même si leur fonctionnement actuel n'est pas satisfaisant par rapport aux attentes et aux enjeux qu'ils représentent. L'Unisda propose donc de:

- donner un statut légal aux CIS
- les départementaliser car l'information n'est pas transmise correctement et équitablement au niveau régional
- améliorer la formation des personnels des CIS (ils sont par exemple peu à même de répondre aux besoins des devenus sourds), et mieux contrôler et évaluer la structure et l'information délivrée, en mettant en place une structure nationale de pilotage.

En tout état de cause, la première information est délivrée par l'équipe de prise en charge, qui remet une documentation à la famille et leur indique les adresses des différents lieux où ils pourront approfondir leur connaissance des divers aspects de la surdité et de sa prise en charge.

L'accompagnement des familles

Les associations présentes, et notamment l'Unisda, ont tenu à rappeler l'importance de la mise en place de l'accompagnement parental dès les premiers moments de la démarche du dépistage. Reste à protocoliser et encadrer ce soutien parental : qui le fait ? Dans quel objectif ? Avec quels partenaires ? Quel est le rôle et le moment d'intervention des associations familiales, des associations de personnes sourdes ou des psychologues ?

Il n'y a pas pour le moment de réponse globale, les choses s'organisant en fonction des réseaux et des compétences préexistants dans les régions. L'intervention du psychologue par exemple, ne peut se faire que si les familles en manifestent le besoin. Le rôle des équipes de prise en charge est alors d'informer sur cette possibilité et de permettre l'intervention du psychologue dès que les familles la réclament.

Il faut rappeler que l'investissement des parents dans le projet thérapeutique et linguistique de l'enfant est déterminant.

Le soutien familial est réalisé dans de bonnes conditions si :

- il existe une coordination et une évaluation régulière autour du centre médical ayant effectué le dépistage et le diagnostic,
- L'orthophoniste maîtrise tous les modes de communication (préverbale, gestuelle, orale),
- La polysensorialité du bébé est stimulée, avant la mise en place de l'appareillage. C'est également le rôle du psychomotricien,
- Les parents sont soutenus et mis en confiance dans leur relation avec leur enfant sourd,
- La boucle audiophonatoire est stimulée par une éducation auditive,
- Un soutien psychologique peut être mis en place à la demande de la famille.

L'appareillage peut ensuite intervenir.

La prise en charge

Elle peut se faire au CDOS ou en partenariat avec les Camsp, Safep, ou des réseaux prédéfinis avec différents professionnels. L'essentiel est que la prise en charge des 0-3 ans se fasse sans délai et soit bien encadrée par les CDOS, ou que le projet soit clairement défini s'il y a une prise en charge externe. Jusqu'à 3 ans, il est important d'accompagner l'intégration dans les lieux de la petite enfance (crèche, Safep, Camsp...); l'évolution linguistique de l'enfant entre 12 mois et 3 ans conditionnera ensuite son orientation scolaire.

Enfin, les équipes médicales, les représentants de l'ACFOS et des familles ont rappelé leur attachement à des Camsp spécialisés dans la surdité de l'enfant, ou à défaut, d'une équipe spécialisée au sein d'un Camsp polyvalent. Les professionnels ont de même rappelé la nécessité d'avoir une structure d'accueil séparée pour les enfants sourds au sein du Camsp car il est extrêmement douloureux pour les familles d'être confronté à des pathologies infantiles beaucoup plus lourdes.

Conclusion

Les participants se sont attachés à rappeler aux représentants du Ministère l'absolue nécessité et le bénéfice de la mise en place d'un dépistage systématique de la surdité à la naissance, sachant que ce dépistage a déjà été mis en place avec succès dans de nombreux pays, notamment en Europe³.

Il est également indispensable que les orthophonistes bénéficient d'une formation de qualité, notamment en ce qui concerne la relation parentale et le développement du tout-petit et leur formation spécifique à la prise en charge des enfants sourds.

Les professionnels et les associations doivent apprendre à travailler ensemble en réseau autour et avec les centres effectuant le dépistage, sans se substituer les uns aux autres, en acceptant une logique d'évaluation régulière de leurs pratiques et la production annuelle de résultats d'activité.

Enfin, il est important de coordonner et d'évaluer à un niveau national tous les aspects de l'accompagnement et de la prise en charge, - et pas seulement au niveau des structures hospitalières - et de diffuser les outils déjà produits par plusieurs équipes *via* Internet de manière à utiliser des supports d'information communs sur l'ensemble du territoire. ♦

1. Les résultats globaux des différents PHRC et initiatives locales seront disponibles courant 2008

2. Voir à ce sujet les Actes du Colloque ACFOS 5 "J+2 dépistage systématique de la surdité. Changer les pratiques" in *Connaissances Surdités*, Hors Série n°2 et le n°15 de *Connaissances Surdités*

3. Voir notamment le "Livre Blanc sur la surdité de l'enfant", dont la réédition sera disponible à Acfos en septembre 2006 - 12 €, frais de port inclus.

Appel à contribution

Vous avez des informations pouvant intéresser la rubrique "Actualités" ou "International"? Faites-en part à Acfos, vous contribuerez à enrichir la qualité et la diversité de l'information proposée dans "Connaissances Surdités"

Acfos 11 rue de Clichy 75009 Paris
Tél. 08 70 24 27 87 - Fax. 01 48 74 14 01 - Courriel: contact@acfos.org

Témoignage sur l'expérience de la région Flamande dans la mise en place du dépistage universel depuis 1998 et le suivi des familles

DR NADINE HERMAN (Résumé à partir de l'exposé réalisé dans le cadre des journées d'études ACFOS en janvier 2006)

L'expérience de dépistage en Belgique

Elle concerne la partie néerlandophone du pays depuis 1998. Le témoignage est le fruit du travail de "Kind en Gezin" ("Enfant et sa Famille") et de nos équipes pluridisciplinaires de rééducation audiophonologique situées à Bruxelles : une francophone à Uccle et l'autre néerlandophone à Woluwé.

Le dépistage systématique devrait également être mis en place dans la partie francophone de la Belgique dès 2006.

Les pratiques audiophonologiques ont-elles changé suite à la mise en place d'un dépistage systématique en 1998 ?

C'est effectivement le cas. La plupart des changements sont positifs mais il faut rester attentif à certains points.

Il faut rappeler que l'on ne peut effectuer de dépistage précoce que si une prise en charge précoce est ensuite possible très rapidement.

En Flandre, notre situation est privilégiée car les réseaux et les équipes spécialisés en surdité existaient déjà depuis des décennies, que ce soit au niveau de l'enseignement adapté ou des centres de réadaptation fonctionnelle. De plus, leur position géographique est équitablement répartie parmi toute la Flandre.



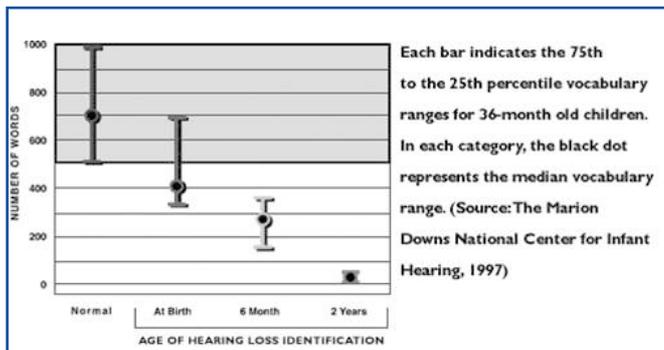
L'organisation du dépistage

Elle est réalisée par l'équipe Kind & Gezin dont les responsables sont le Dr E. Van Kerschaver et M. Luc Stappaerts.

L'intérêt du dépistage

D'après l'incidence de la surdité et le nombre de naissances en Flandre, 60 enfants par an sont susceptibles de présenter une déficience auditive.

L'intérêt du dépistage précoce a été établi depuis plusieurs années, notamment par l'étude, souvent citée, de Yoshinaha-Itano C. de 1998, qui avait comparé le niveau de vocabulaire d'enfants âgés de 36 mois à l'aide d'un test de langage.



Si le dépistage est réalisé à la naissance et si l'intervention est précoce, on constate que le niveau de langage oral est proche de celui des enfants normo-entendants. Bien sûr, il faut également tenir compte de la présence ou non de troubles associés.

Les modalités du dépistage

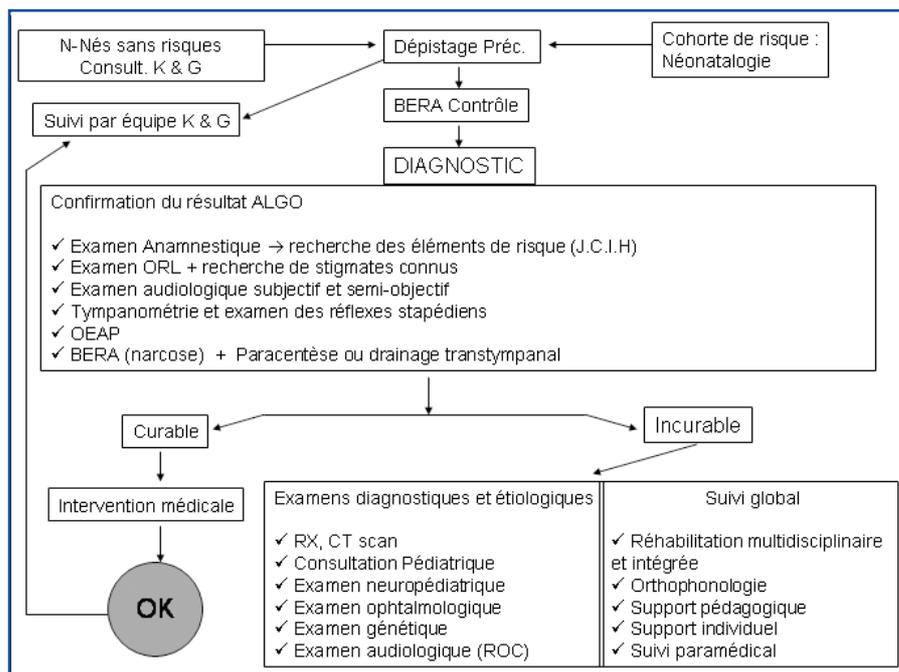
L'audition de tous les enfants doit être évaluée d'une manière objective en utilisant les tests appropriés et subjectivement en pédo-audiométrie. Toutes les recommandations vont dans le même sens depuis longtemps, à savoir qu'il faut intégrer les différentes professions dans le système local et national pour l'évaluation et l'intervention, dans un esprit qui met la famille au centre de nos intérêts.

Les examens audiologiques et médicaux doivent être finalisés avant l'âge de 3 mois, afin que les interventions puissent se mettre en place avant l'âge de 6 mois.

Le service Kind & Gezin est organisé en services pré et périnataux (630 infirmières, en collaboration avec 330 médecins - Généralistes, pédiatres etc., 330 bureaux de consultation préventive et 62 centres régionaux : points d'informations et logistique); L'information sur le dépistage est donc déjà transmise à la famille pendant la grossesse et le test est présenté à ce moment.

Le test de détection précoce des troubles de l'ouïe est réalisé dans le cadre du suivi médical-préventif des jeunes "prévention programmée", par les membres de kind & Gezin. La différence avec le système français est donc que le test ne se déroule pas à la maternité mais à plus ou moins 4 semaines.

De 1977 à 1997, le dépistage systématique des troubles de l'ouïe était réalisé en utilisant le test de distraction "Ewing" à l'âge de 9 mois, mais il était peu fiable, subjectif, avec un grand nombre de fausses alertes.



La détection précoce de la surdité congénitale à grande échelle a donc été introduite en 1998 en Flandre par K&G. Tous les nouveau-nés passent par le bureau de consultation des infirmières à l'âge de 4 à 6 semaines (la moyenne est de 4 semaines). Comme en France, le test consiste en un BERA automatisé dénommé ALGO.

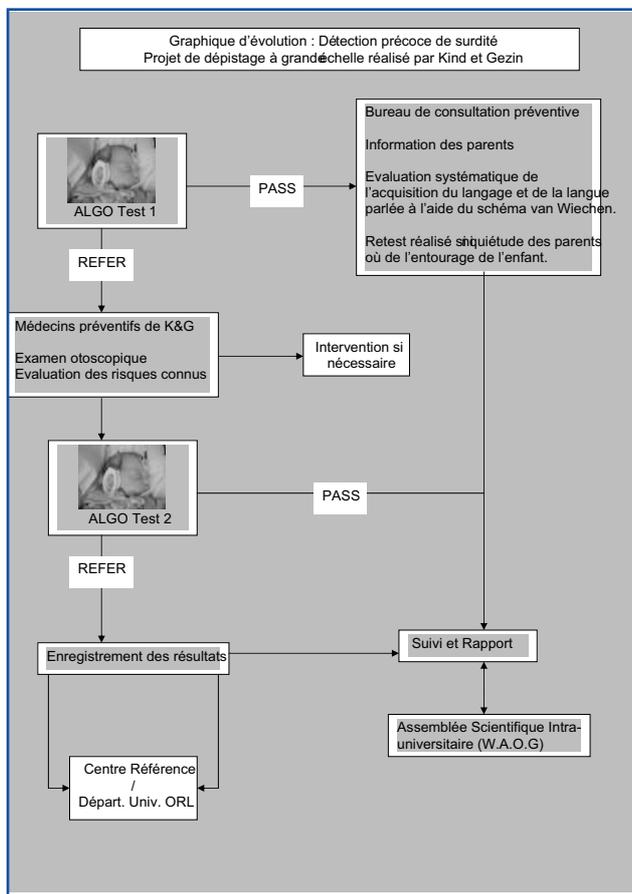
Si le test ALGO a été normal, on conseille malgré tout une vigilance et un suivi du développement du langage dans les premières années. En effet, certaines surdités ne sont pas présentes à la naissance et se manifestent seulement quelques mois, voire quelques années plus tard.

Si le 1^{er} test ALGO est douteux, un deuxième est réalisé dans les 48 h. Si ce deuxième test confirme une suspicion de surdité, l'enfant et sa famille sont ensuite orientés rapidement vers un des 22 centres de références spécialisés faisant partie du réseau.

Cette organisation concerne les nouveau-nés sans risques. Les nouveau-nés en néonatalogie présentant des risques peuvent poser problème car la prise en charge est réalisée par les centres de néonatalogie eux-mêmes. L'organisation diffère donc en fonction des hôpitaux et ne dépend pas de Kind & Gezin.

Les caractéristiques du dépistage K&G sont les suivantes :

- Organisation au niveau de la communauté (but 100 % de cible) et gratuit ;
- Combinaison de la détection précoce, l'orientation, les diagnostics, la réhabilitation et rapport intégré en un système universel performant ;
- Intégration du système de détection précoce en services préventifs offerts par K&G. Ce dépistage est vraiment intégré dans le dispositif de détection précoce. Cela n'a donc



pas entraîné une augmentation des heures de travail des infirmières de Kind & Gezin, comme cela a apparemment été le cas en France ;

- Exclusion de frais supplémentaires (moins coûteux que le test de détection) ;
- Collaboration privilégiée et indispensable avec les centres universitaires ORL, les centres spécialisés et renommés, les médecins, généralistes et pédiatres : une lettre est envoyée au médecin de famille ou pédiatre de l'enfant pour l'avertir qu'un test a été réalisé et qu'il était douteux ;
- Protocole très strict et approuvé par tous les centres et le monde scientifique ;
- Comité scientifique inter-disciplinaire évaluant et améliorant le protocole.

Répartition géographique des centres universitaires

Elle permet d'éviter aux parents de trop longs déplacements, notamment pour la réalisation des tests objectifs et examens étiologiques.

De même en ce qui concerne les centres de références, au nombre de 22 : ce réseau d'audiophonologie spécialisé existait au préalable.

Evolution de 1997 (dépistage non systématique) à 2005 (résultats préliminaires pour 2005)

Année naiss.	Testés	Orientés	Reportés	Confirmés	Déf. Bilatéral	Déf. Unilatéral
1997	881	5	5	4	3	1
1998	38 048	79	79	66	38	28
1999	56 566	111	111	94	56	38
2000	56 844	114	114	101	55	46
2001	56 351	145	145	110	58	52
2002	56 722	134	134	104	64	40
2003	54 349	162	162	127	79	48
2004	58 359	185	178	122	74	48
2005*	47 240	130	80	65	39	26
TOTAL	425 360	1 065	1 008	793	466	327
Orientés (par mille)		2,50				
Reportés		100%	94,65%			
Confirmés			100%	78,67%		
Bilatéral/Unilatéral				100%	58,76%	41,24%
*Résultats préliminaires						
0% perdu de suivi. Pas de résultats confirmés faux-négatif						

On peut noter l'importance (41 %) des surdités unilatérales, qui peuvent évoluer et devenir bilatérales par la suite. Il est donc important de les dépister. Il faut être également vigilant à la possibilité de surdités évolutives dans les cas d'infection congénitale par CMV ou de certaines malformations cochléovestibulaires.

La Flandre a réalisé avec succès un projet de dépistage précoce. L'Association Américaine de Pédiatrie en a montré l'intérêt :

- L'intégration du système communautaire a révélé des résultats convaincants ;
- Les enfants sains sont ciblés au maximum par les infirmières de K&G et une collaboration est établie avec les services de néonatalogie en Flandre ;
- Nous avons l'impression que 100% des enfants détectés sont suivis, mais il est vrai que nous sommes quasiment "harcelés" par le coordinateur de Kind & Gezin, M. Luc Stappaert, qui nous téléphone même 1 ou 2 années après pour demander des informations à propos d'un enfant dont nous n'avons pas de nouvelles (déménagement, etc.) !

Le protocole est suivi à la lettre, et dans les 2 semaines qui suivent le test, nous devons être en mesure de faire part de nos 1^{ères} observations, ce qui permet de mettre en place une amplification auditive très rapidement.

- Le taux d'orientation après un test est supérieur aux données rapportées en publications scientifiques (3-4%). Le nombre de tests répétés (refer. à test 1 + tests avortés) est congruent aux prescriptions formulées dans le consensus européen concernant la détection précoce des troubles de l'ouïe ;
- Le taux d'orientation après 2 tests positifs = 7,8 % ;
- Les bébés détectés ont reçu leur appareillage auditif à l'essai à l'âge de 3-5 mois ;
- Il est important de tester les deux oreilles (NICU: Van Straaten 2003) ;
- Le prix par test (période de 5 ans) est de 9€.
- Algo 2 × refer → centre de référence dans les 15 j ;
- Rapport 1 : confirmation du résultat ;
- Rapport 2 : diagnostic étiologique ;
- Rapport 3 : - réadaptation et aide précoce
- évaluation et rapport à : 6 m ; 1 a ; 2 a ; 5 a ; 10 a ; 15 a.

■ Suivi longitudinal par rapport à la réadaptation, l'éducation précoce, l'évolution auditive, langagière, psychologique, etc. Nous suivons l'enfant jusqu'à ses 15 ans, et nous disposons actuellement d'un recul de 7 ans.

Ces changements sont-ils positifs ?

Oui, pour différentes raisons :

- Le diagnostic est précoce. L'intervention précoce peut donc se mettre en place encore plus tôt qu'auparavant. Elle doit rester interdisciplinaire.
- Ce diagnostic précoce a permis d'affiner nos méthodes audiométriques chez le tout petit, d'affiner nos examens étiologiques, d'imagerie, diagnostic génétique (connexine 26), identification et prise en charge du CMV, recherche de troubles associés, etc.

Pour rappel, en Flandre, le test est réalisé à 4 semaines et non à J+2.

Nous pratiquons rapidement les tests d'audiométrie et

Algo refer	- 1 mois -	centre référence
	↓	
Audiométrie	- 2 mois -	guidance
	↓	
Audio comport.	- 2-6 mois -	prothèses, sélection et réglages
	↓	
R.O.C.+AŞE	- 6-12 mois -	régglages et évaluation

mettons en place une guidance, notamment à domicile en partenariat avec des services d'aide précoce. L'audiométrie comportementale va permettre la mise en place rapide des prothèses (à l'essai dans un premier temps).

Les tests pratiqués sont classiques : ROC, AŞE, conditionnement ludique de l'enfant, etc. afin de préciser les seuils en conduction aérienne et osseuse, oreille séparée et en utilisant des écouteurs intégrés. Il est nécessaire de comparer les résultats de nos tests en observation comportementale avec les tests objectifs.

Si l'appareillage est extrêmement important, il ne faut pas oublier la nécessité d'une éducation auditive adéquate, réalisée en famille et dans les centres de réadaptation. Il est également préférable que celle-ci soit globale, naturelle et adaptée à l'enfant et à sa famille.

Si la prothèse auditive n'apporte pas suffisamment de gain, on pensera bien sûr à l'IC, mais toujours dans un 2^{ème} temps et à partir des observations multidisciplinaires et avec la famille. Il est de plus en plus fréquent en Flandre de proposer l'IC dès l'âge de 6 mois si l'enfant présente une surdité profonde 3^{ème} degré bilatérale et que l'appareillage conventionnel apporte peu de résultats.

Les équipes d'audiologie pédiatrique se réunissent régulièrement pour optimiser leur manière de travailler, ce qui est très positif.

D'autres groupes de travail existaient auparavant, mais ils se sont davantage mobilisés à l'arrivée du dépistage précoce, notamment le "CORA" qui est une fondation pour le développement et la recherche sur les personnes ayant des troubles auditifs. Des groupes de travail existent, entre autre, à propos de la guidance parentale, l'IC, l'intervention psychopédagogique, etc.

Nous tâchons également d'améliorer nos protocoles et évaluations multicentriques (développement du langage pré-verbal, suivi à l'intégration scolaire, troubles associés)...

Rappelons également l'importance, pour le développement futur du bébé, de savoir s'il présente une atteinte CMV. La culture du virus dans les urines est perceptible durant les 2 à 3 semaines postnatales. Passé ce délai, on ne peut savoir si l'atteinte est congénitale ou plus tardive. Si

l'infection est diagnostiquée pendant la grossesse, on peut proposer un prélèvement d'ADN du virus dans le liquide amniotique, mais cela doit être discuté avec la famille car ce n'est pas sans risque. Enfin, il existe la possibilité de rechercher sur la carte de Guthrie s'il n'y a pas une atteinte CMV congénitale, mais nous n'en sommes qu'au début et nous ne disposons pas encore de statistiques.

Quels sont les points préoccupants dans ce dépistage précoce ?

Il faut garder à l'esprit que DEPISTAGE ne signifie pas DIAGNOSTIC.

Les OEA comme le BERA automatisé sont une réponse "tout ou rien" à 30 dB. Il faut préciser ensuite les seuils auditifs et l'atteinte uni ou bilatérale.

Il ne faut pas laisser les familles dans l'ignorance du diagnostic, dans le désarroi ou l'anxiété, dans un moment aussi crucial de découverte de leur bébé. La guidance parentale doit être mise en place dès le diagnostic.

La guidance familiale est indispensable

Même si un examen objectif et une audiométrie comportementale démontrent une surdité profonde, les parents n'en sont pas toujours conscients. En effet, les interactions parents - bébé au niveau visuel sont très présentes et très riches dans les 1^{ers} mois et masquent ainsi la surdité. La surdité est un handicap qui ne se voit pas dans les premiers mois de vie; les séquelles sur le développement du langage n'apparaissent que plus tard.

Le diagnostic de surdités légères ou moyennes pose problème. Que faire chez un bébé de quelques semaines ou de quelques mois ? Il faut se rappeler que si 20 ou 25 dB de perte n'entraînent qu'une gêne légère, 40 ou 45 dB ont des répercussions sur le développement du langage. Toutefois, l'urgence est moindre par rapport à un enfant qui présente une surdité profonde.

Il ne faut pas oublier que de nombreuses surdités sont fluctuantes : le désarroi des parents est donc très grand car les résultats des tests varient sans cesse. Le CMV ainsi que des malformations cochléovestibulaires (notamment élargissement de l'aqueduc du vestibule) entraînent souvent ce type de surdités.

Les surdités peuvent également être progressives : un suivi régulier au niveau des seuils auditifs et de l'appareillage est indispensable.

Les pathologies de l'oreille moyenne doivent être surveillées de près car à ce jeune âge (et surtout avec notre climat en Belgique!), ce sont des problèmes auxquels les enfants sont souvent confrontés. Une collaboration étroite avec le pédiatre ou l'ORL traitant s'impose.

Les surdités unilatérales

Nous avons quelques cas de surdités unilatérales qui se sont révélées bilatérales très rapidement (probablement à cause d'une étiologie de CMV). Il faut aussi surveiller l'évolution du langage chez ces enfants et être en mesure de proposer certaines aides en classes maternelles, comme des systèmes FM pour améliorer l'écoute dans le bruit.

Rappelons l'importance des tests audiométriques chez les enfants présentant des handicaps associés. Ce n'est pas parce que l'enfant a un handicap associé qu'il faut retarder le diagnostic de surdité ou l'intervention audiophonologique, qui doit être intégrée aux autres prises en charge.

Il faut toujours garder à l'esprit que l'on ne répare pas l'oreille. On améliore l'audition, mais on ne la rend jamais totalement "normale".

L'enfant reste en difficulté auditive dans certaines circonstances : lorsqu'il nage, dort, est dans un milieu bruyant, etc. Ce n'est pas parce que l'on a mis des prothèses qu'il ne faut pas accompagner l'accès au langage, qu'il soit oral ou signé et quelles que soient les aides utilisées.

Les 17 et 18 novembre 2006, le Congrès annuel de la Société Belge d'ORL aura lieu à Leuven et reprendra le thème du dépistage auditif. Nous espérons pouvoir vous y présenter davantage de résultats concernant le suivi longitudinal des enfants et aborder les réflexions sur notre pratique suite au dépistage universel en Flandre.

Remerciements à tous ceux qui ont participé à la réalisation de cette synthèse et plus particulièrement au Docteur E. Van Kerschaver et M. Luc Stappaerts de K&G. ♦

Dr Nadine Herman
CHS Centre pour Handicapés Sensoriels
Bruxelles - Uccle-Woluwe
Courriel : uccle@c-h-s.be ;
erwin.van.kerschaver@kindengezin.be

Discussion avec le Dr Natalie Loundon et le Dr Nadine Herman

Dr DURIEZ, service d'audiophonologie de Bordeaux

J'ai cru comprendre que vous réalisiez le bilan étiologique et génétique très rapidement après l'approche diagnostique. Cela me paraît pertinent par rapport aux familles dans un contexte polymalformatif, mais comment les familles qui ne sont pas dans ce cadre là perçoivent-elles une demande de bilan connexe 26 et 30 ?

Dr Nadine HERMAN

Il s'agit là du protocole global. Au quotidien, tout est adapté en fonction de chaque cas particulier. Ces bilans sont faits par les centres universitaires, en collaboration avec le centre d'audiophonologie. Il nous est arrivé d'arrêter complètement un bilan car les tests n'ont pas confirmé une surdité.

Devant une surdité très profonde, où l'on peut être amené à envisager une implantation, les examens du type imagerie, scanner, résonance magnétique... sont réalisés très rapidement. En général, le bilan génétique est demandé par les familles elles-mêmes, il n'est pas forcément systématique.

M. Martial FRANZONI

Vous disiez que le bureau de consultation effectuait un suivi même quand le test était normal. Le pourcentage de retour de ces familles est-il important ou pas ? En France, nous aurions du mal à faire revenir les familles pour des consultations, même en cas de doute. Les faire revenir pour un suivi d'enfants normo-entendants paraît irréalisable chez nous.

Dr Nadine HERMAN

Oui, les familles reviennent car cela fait vraiment partie du suivi. Le service K&G s'occupe également de la vaccination : les parents allaient donc régulièrement dans cette structure avant même l'existence du dépistage de surdité. Le personnel est formé et a une grille d'évaluation du développement

psychomoteur et langagier de l'enfant. Ce suivi est très important pour détecter des surdités qui apparaissent plus tard (nous en avons détecté aux alentours de 2 ans par exemple). Les familles sont toujours surprises quand le test à la maternité avait révélé une absence de problème d'audition. Il faut bien insister sur le fait que le test propose une photographie du moment.

M. Jean-François VESSON

Vous nous avez présenté des chiffres : 58% de surdités bilatérales et 41% de surdités unilatérales. Y-a-t-il une dominance de l'oreille gauche pour les surdités unilatérales et s'agit-il surtout de prématurés ?

Dr Nadine HERMAN

Très peu de prématurés figurent dans ces statistiques car cela concerne la cohorte d'enfants sains et pas ceux des services de néonatalogie, dont les statistiques ne rentrent pas dans celles de K&G. Je n'ai pas plus de détails sur les statistiques pour le moment, nous en saurons plus en novembre 2006. Je ne constate pas de prédominance d'une oreille par rapport à l'autre chez les enfants que nous suivons. Par contre, nous nous interrogeons sur les CMV, et les asymétries et malformations cochléo-vestibulaires. Pour une surdité unilatérale sans autre difficulté, les batteries de tests étiologiques ne sont pas mises en place, sauf éventuellement la recherche de CMV car ce n'est pas invasif mais rétrospectif.

Question

Mettez-vous en place un appareillage ?

Dr Nadine HERMAN

Pas chez le tout-petit ayant une surdité unilatérale. Mais nous assurons un suivi, notamment quand il entre à l'école. Nous avons des protocoles d'information pour les parents et les enseignants.

Pour l'enfant plus grand, nous avons eu le cas d'un enfant qui a été pris en charge chez nous à 9 ans et qui a bénéficié de la pose d'une prothèse d'os-téo-intégration BAHA, comme on le fait chez l'adulte.

Dr Lucien MOATTI

Je pense que ce chiffre de 41 % de surdités unilatérales est énorme, et je me demande s'il est vraiment basé sur le fait que l'autre oreille était strictement normale au départ ou si des oreilles qui ne répondaient pas étaient des surdités légères au départ qui se sont aggravées par la suite.

Dr Nadine HERMAN

Les résultats de l'équipe K&G se basent sur les BERA automatisés de départ.

Dr Lucien MOATTI

Le BERA automatique est à 40 dB, c'est la raison pour laquelle le pourcentage de retest nécessaire est moindre avec les BERA automatiques qu'avec les otoémissions.

Mme Yvette LÉVÊQUE (Anpeda et Arpada)

Quand il ya suspicion de surdité puis diagnostic, il est essentiel de mettre en place un accompagnement pour les parents. Tout le monde sait qu'il y a une sidération, plus ou moins longue, et que l'accompagnement des familles n'est pas le fait d'une annonce ponctuelle : il s'agit d'une élaboration dans le temps. Je crois à la nécessaire collaboration des spécialistes avec des responsables associatifs formés. Cela se fait de plus en plus : je fais notamment partie du groupe de mise en place du dépistage précoce. Je souhaite que cela se développe encore : plus nous mettrons en place un accompagnement de qualité, plus nous réaliserons une prise en charge précoce de l'enfant.

M. Thierry RENGLLET (Bruxelles)

Question au Dr Natalie Loundon. Vous parlez de 50% de surdités qui seraient présentes à la naissance. J'avais lu ailleurs 85%.

D'autre part, avec une technique qui permet de dépister des surdités légères à moyennes, ne pensez-vous pas que 50% est un chiffre un peu faible? Il faut y réfléchir, notamment si l'on veut convaincre les pouvoirs publics.

Dr Natalie Loundon

Tant que nous n'avons pas de données épidémiologiques précises, nous raisonnons *a minima*. Nous ne voulons pas gonfler artificiellement les chiffres, c'est pourquoi nous sommes partis de cette base de 50% "au mieux". Les chiffres parleront d'eux-mêmes dès que nous aurons les résultats.

Mme Brigitte COLLETTE (orthophoniste, CAMSP, Lille)

J'apprécie beaucoup le côté pragmatique de la Belgique flamande. Qu'est-ce qui vous a poussé à faire ce dépistage entre 4 et 6 semaines? Je trouve cela très intéressant, car on dit bien que si l'on dépiste trop tôt, on inquiète des parents alors qu'il n'y a pas forcément de raison. Le fait que cela se passe à domicile est également très positif.

Dr Nadine HERMAN

Ce choix est celui de Kind & Gezin. Il y a effectivement tout cet aspect psychologique à J+2, dont nous reparlerons. La littérature internationale parle de cette fracture éventuelle des tous premiers liens. Vous pouvez également la retrouver à 4 semaines, mais étant moi-même maman et grand-mère, je connais l'importance des premiers moments relationnels en période néonatale. Ce choix de 4 semaines a été fait car la possibilité existait déjà, l'organisation était en place. Si rien

n'existe et que vous devez mettre en place la même structure, cela risque d'être infaisable. Par contre, avec le J+2, vous couvrez beaucoup plus d'enfants, car ils sont réunis dans un même lieu.

Dr Natalie LOUNDON

Cette réflexion a déjà eu lieu avant la mise en place du protocole en France. S'il avait été possible d'organiser les choses autrement, et que le dépistage puisse être réalisé plus tard et les familles visitées à domicile, nous l'aurions fait. Si l'ensemble des familles se déplaçait pour des visites régulières et rigoureuses dans le suivi de leur enfant, nous le ferions également.

Mais nous devons nous adapter au contexte français, à la configuration du territoire et aux structures qui sont déjà en place. Nous n'avons pas trouvé le moyen d'avoir une bonne exhaustivité en dehors de la maternité. Si le dépistage était mis en place sur le territoire, des familles échapperaient au dépistage, même si nous les convoquons, les relançons ou payons les transports. Certaines familles ne se représenteront pas. Ce sont donc des raisons pragmatiques qui nous ont fait faire le choix de J+2. Si nous pouvions le faire un peu après, nous le ferions.

Question

Les personnels médicaux et paramédicaux peuvent-ils se procurer le protocole? Dans la région de Lille par exemple, nous avons des informations sur la technique mais pas sur l'accompagnement. Nous avons des CDOS où il n'y a pas de psychologues ou de pédopsychiatres. Il y a donc urgence à accompagner les familles et nous sommes un peu démunis de ce côté là.

Dr Lucien MOATTI

Il y a un site expérimental de dépistage au CHU de Lille, il faut donc vous adresser à eux.

Quand M. Veit et Mme Bizaguet ont institué le dépistage néonatal subjectif il y a 40 ans, ils avaient déjà réfléchi à la question et ils avaient réalisé que l'on ne pouvait, en France, que faire le dépistage en maternité, car c'est là que l'on pouvait toucher les enfants.

Question

Quelle est la place de la PMI (et des CAMSP) dans cette démarche? Comment sont-ils associés à ces centres expérimentaux de dépistage?

Dr Natalie LOUNDON

Au niveau de chaque centre, nous avons établi une liste des professionnels qui pouvaient être amenés à prendre en charge la surdité de l'enfant. Ils ont reçu un courrier les informant qu'ils étaient inclus dans le réseau du dépistage.

A plus long terme, si on doit étendre cela aux maternités de toute une région, il faudra lister toutes les PMI, médecins, pédiatres... pour qu'ils aient une information sur ce dépistage. C'est prévu mais cela n'est pas encore mis en place puisque quelques maternités seulement sont concernées pour le moment.

Question

Aurait-il été possible de sensibiliser les PMI, former chaque médecin au dépistage et faire venir les familles dans les PMI?

Dr Natalie LOUNDON

Malheureusement, nous savons que toutes les familles ne viennent pas dans les PMI. Dans cette optique, il aurait fallu former toutes les PMI, tous les médecins pédiatres et tous les médecins traitant. Même alors, il faut savoir toutes les familles ne vont pas chez le médecin traitant. C'est également un problème en terme de coût pour les machines, le territoire français étant plus étendu que le territoire belge. Ce type d'organisation est impossible à mettre en place en France. ♦

L'ACQUISITION DU LANGAGE PAR L'ENFANT SOURD.

Collectif, sous la direction de C. Transler, J. Leybaert et J.E. Gombert

La rareté des ouvrages de synthèse sur les langages de l'enfant sourd contraste singulièrement avec le nombre croissant d'études sur le sujet publiées dans les revues scientifiques internationales. En réponse à une très forte demande, cet ouvrage regroupe les écrits de quelques uns des meilleurs spécialistes de la surdité du moment. Ils livrent ici des textes de référence originaux faisant le point, selon eux, sur l'état actuel de la recherche dans leur spécialité et esquisse des pistes de recherche prometteuses dans le domaine de l'acquisition du langage chez l'enfant sourd sévère et profond.

Diverses démarches théoriques sont suivies, diverses interprétations sont données, diverses approches sont défendues.

Les études varient en fonction des langues étudiées : langues des signes et alphabet manuel, langues purement orales ou accompagnées de gestes, et enfin langues écrites.

Cependant, un consensus scientifique se dégage sur quelques points fondamentaux. Tous les auteurs s'accordent sur le fait que les sourds doivent avoir accès à un langage soutenu par la modalité visuo-gestuelle (LSF, LPC...), l'acquisition d'une langue en soutien une autre, l'accès à un bon niveau de lecture et de production écrite est conditionné par l'acquisition préalable de compétences métalinguistiques (notamment morphologiques et morphosyntaxiques).

En l'absence de statistiques générales solides, étudiant les niveaux de langue et de scolarisation atteints par les sourds en fin de cursus, les études présentées dans cet ouvrage, ciblées sur certains groupes de sourds présentant des performances linguistiques éton-

nantes, ouvrent des perspectives optimistes quant aux capacités d'acquisition des langues signées, orales et écrites des enfants sourds. Le lecteur sera parfois confronté à des explications divergentes : c'est que toutes les questions scientifiques sont loin d'être résolues. Mais les informations et idées partagées dans ce volume l'aideront à cheminer dans sa compréhension du développement du langage chez les enfants sourds. ♦

■ sous la direction de C. Transler, J. Leybaert et J.E. Gombert



L'ACQUISITION DU LANGAGE PAR L'ENFANT SOURD
Editions SOLAL, 2005
344 p., 45 €

Présenté comme "unique en son genre", "Gros Signes" est un petit ouvrage sympathique réalisé pour les dessins originaux par Joël Chalude, "mime, danseur, clown, marionnettiste" et, pour l'approche étymologique et historique, par un ethnologue du CNRS, Yves Delaporte. Le livre vient d'ailleurs de recevoir le prix Autonom Art 2006 "peinture et dessin".

Marc Renard en a rédigé la préface avec esprit et empathie. Les gros mots, dit-il, pourraient être définis comme "ceux qu'il était interdit, dans notre enfance, de prononcer à la maison comme à l'école, que les professeurs de langue étrangère ne traduisent pas et qu'on ne trouve pas dans les dictionnaires". Concernant "les gros signes", le but n'était pas "de produire un traité d'injuriologie" mais "d'inviter le lecteur à une visite guidée dans l'histoire et la culture des sourds". Une préface très instructive pour tous les acteurs de notre "microcosme", et plus généralement, pour ceux qui vont volontiers à la rencontre de la culture de "l'autre". ♦

Josette Chalude

■ Joël Chalude et Yves Delaporte



GROS SIGNES
Editions du Fox, 2006
174 p., 7 €

Intérêt de l'audiométrie comportementale dans la mise en place des stimulations auditives précoces

MONIQUE DELAROCHE

Chez le tout petit bébé les premières stimulations auditives vont émaner de l'intimité familiale. Les parents vont en "imprégner" le bébé dans les moments de câlins, de tendresse, d'enveloppement, de tête à tête, de corps à corps.

Le professionnel, lui, est absent de ces situations privilégiées. Mais, en s'inspirant du vécu quotidien de parents de bébés entendants du même âge, en partageant quelques moments choisis de la vie du bébé sourd et de ses parents, il pourra suggérer à ces derniers des comportements favorables à l'imprégnation auditive, imprégnation auditive qui est indissociable des autres modalités sensorielles, notamment visuelles et tactiles.

Pour pouvoir accompagner ainsi les parents d'un bébé sourd, tout en respectant leurs souhaits et leurs rythmes, il faut, d'une part, avoir une expérience de la prise en charge d'enfants plus grands pour pouvoir se projeter dans le temps et d'autre part, disposer d'un certain nombre de données, dont les données audiométriques.

Avant d'aborder l'intérêt de l'audiométrie comportementale dans la mise en place des stimulations auditives précoces, voici un bref rappel des éléments qui justifient l'importance de stimulations auditives précoces et adaptées.

Les stimulations auditives précoces ont pour but d'exploiter de manière optimale le "capital auditif", si minime soit-il, pour permettre au bébé la meilleure communication possible avec l'environnement sonore, compte tenu de son degré de surdité ; communication qui va progressivement forger la fonction d'alerte, la structuration de l'espace et du temps.

Elles ont aussi pour but d'**entraîner le traitement des informations acoustiques** reçues afin d'amener le bébé à :

- dépasser le stade de la **détection**,
- parvenir à différencier les stimuli (= **discrimination**)
- à les reconnaître (= **reconnaissance**)
- pour parvenir, but ultime de ce *continuum* perceptif, à la **compréhension** du langage oral.

Pour un tel projet, il faut, comme le rappelait Paul Avan à l'ACFOS en 2004*, "*des entrées acoustiques, afin de stabiliser les connexions neurales utiles et permettre aux centres d'acquérir la spécialisation qui leur permettra de gérer des messages aussi complexes que ceux du langage*".

Il faut des entrées acoustiques mais **adaptées** à "l'audition résiduelle" que nous appellerons de préférence "capital auditif".

Cette nécessité implique une connaissance très précise du capital auditif, ce qui nous renvoie à l'audiométrie comportementale.

Les objectifs de l'audiométrie comportementale

1. Mesurer les seuils d'audition sur toutes les fréquences du champ auditif, d'abord en bilatéral, dès que possible oreilles séparées.

La connaissance des seuils est indispensable pour ajuster l'amplification prothétique. **On ne doit jamais appareiller un bébé sur les seuls résultats des Potentiels Evoqués Auditifs (PEA).**

2. Analyser le comportement auditif du bébé et tous les éléments déclenchés en chaîne par la perception auditive, éléments qui seront exploités pour la mise en place des stimulations auditives précoces.

Mesure des seuils d'audition sur toutes les fréquences du champ auditif

A quel âge est-ce possible ?

A partir de 2/3 mois, comme vous allez le voir ; quelquefois avant, mais c'est exceptionnel et moins fiable car le petit bébé de 1 mois fait beaucoup de mouvements, rictus, moues, froncements de sourcils, etc. qui risquent d'être interprétés, à tort, comme des réactions à la stimulation.

A partir de 2 mois, la lecture des réponses est plus facile.

Il est du reste intéressant de rappeler ici que, pour les chercheurs, la véritable naissance du bébé sur le plan cogni-

tif commence précisément à cet âge de 2 mois (pour un bébé né à terme).

Comment déterminer les seuils d'audition d'un tout petit bébé ?

Vous avez certainement tous en tête le célèbre ROC en champ libre (Réflexe d'Orientation Conditionné). Cette technique de test, basée sur le réflexe d'orientation, ne peut pas être utilisée avec un tout petit bébé puisque sa maturation neuro-cérébrale ne lui permet pas d'exprimer la réponse par un réflexe d'orientation.

Par ailleurs, même lorsque l'âge du bébé le permet, le ROC en champ libre est très insuffisant :

- Il ne permet pas de mesurer les seuils d'audition par voie osseuse, mesure importante, d'une part pour le diagnostic topographique, d'autre part pour éveiller les réactions, dans les cas de surdités profondes, et installer le conditionnement des réponses ;
- Il ne permet pas de mesurer les seuils de chaque oreille ;
- Il ne permet pas de délivrer des stimulations supérieures à 80/90 dB.

La recherche des seuils se fait donc, dès l'âge de 1/2 mois, avec un vibreur et un casque, lequel permet de délivrer des stimulations pouvant atteindre 120/130 dB. On peut aussi utiliser des inserts.

Quelques précisions

- Les réactions observées ne s'obtiennent pas d'un coup de baguette magique. Elles s'inscrivent dans un **protocole audiométrique** précis et rigoureux, adapté à chaque stade de développement (ce protocole est bien rodé puisque les premiers bébés testés entre 1 et 5 mois ont aujourd'hui 20 ans).

Plusieurs paramètres caractérisent ce protocole et le différencient des "systèmes classiques" décrits dans la littérature (anglophone ou francophone) :

1. **L'installation** du bébé et celle de l'examineur. Ce dernier doit se tenir très près du bébé, tout en étant hors de son champ visuel, pour pouvoir :

- ♦ surveiller en permanence l'état de vigilance du bébé, le rythme respiratoire, la succion, le regard si le bébé est éveillé,
- ♦ stimuler au moment opportun,
- ♦ décrypter la moindre réaction (mouvements, modification de la succion, de la respiration, du regard, etc.)
- ♦ évaluer le temps de latence stimulation / réaction, qui peut varier d'un enfant à l'autre,
- ♦ synchroniser le renforcement.

2. La **stratégie de stimulation**, élaborée pour chaque enfant à partir des informations obtenues à une première épreuve réalisée en champ libre.

3. Les **modalités de renforcement**, le renforcement étant la manœuvre ludique proposée au bébé pour l'encourager à renouveler ses réponses (ce terme de "renforcement" est emprunté à l'américain Skinner qui en a montré l'importance dans ses travaux sur l'apprentissage et le conditionnement).

■ Parce qu'elle est comportementale, **l'audiométrie du bébé prend en compte la personne du bébé**. La personne du bébé avec son héritage génétique, son vécu intra-utérin, son bagage de réseaux précablés, ses aptitudes en puissance. Donc, tout un potentiel inné, qui aura pu être mis à mal par une prématurité ou une pathologie néonatale : anoxie, ictère, méningite, etc.

■ Parce qu'elle prend en compte la personne du bébé, **l'audiométrie comportementale va révéler un certain nombre d'éléments qualitatifs** qui font partie intégrante du diagnostic de surdité et vont orienter la prise en charge et notamment l'installation des stimulations auditives précoces.

Exemple clinique

Clara : 2 mois $\frac{3}{4}$.

Absence de réponses aux PEA pratiqués à l'âge d'un mois.

Analyse de la séquence vidéo N°1.

Clara est dans les bras de sa maman qui se tient en retrait et s'abstient de toute stimulation visuelle ou tactile. Clara est éveillée. Elle tète sa sucette, ce qui est un avantage, les modifications de la succion étant très révélatrices.

La **réponse à la 1^{ère} stimulation perçue** se traduit spontanément par un réflexe d'orientation des yeux de Clara vers sa maman restée parfaitement immobile. Clara offre la réponse à sa maman dont elle recherche le contact visuel c'est-à-dire **la communication**.

La maman se penche alors vers son bébé pour lui sourire : elle renforce la réponse ainsi que l'examineur. Clara répond à cette intervention par un **sourire** et un **trémoussement** du corps qui semble bien indiquer le **plaisir**.

Au cours de cette même séquence, une dizaine de réactions identiques seront observées.

Séquence 2 : recherche des seuils

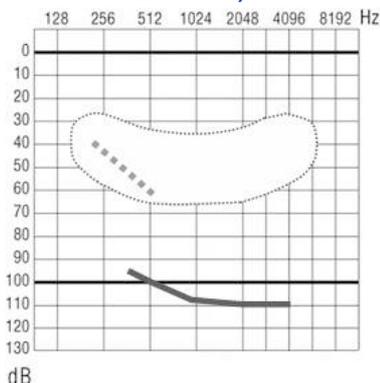
Les deux premières stimulations délivrées à la même intensité ne déclenchent aucune réaction. La troisième stimulation, plus forte de 10 dB, déclenche un superbe réflexe d'orientation des yeux vers la Maman.

Intérêt des informations recueillies pour la mise en place des stimulations auditives précoces

1. Le niveau précis des seuils obtenus en bilatéral sur les fréquences 500, 1 000, 2 000, 4 000 Hz (fig. 1) va permettre :

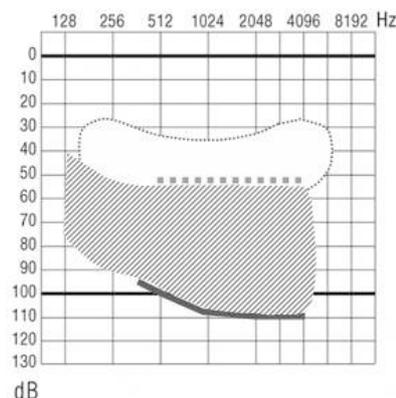
L'audiométrie comportementale

Fig 1 : Audiogramme de Clara, 2 mois 3/4



Courbe osseuse (C.O.) en pointillés = réactions aux vibrations
Courbe aérienne bilatérale (C.A.) en trait plein
Délimitation de la "Banane de la parole"

Fig 2 : Seuil prothétique en pointillés et gain prothétique de Clara appareillée à 3 mois



initié par les parents ou par le bébé, comme le fait Clara lors de l'examen audiométrique.

II. La reproduction étonnante des réponses de ce bébé met en évidence son intérêt pour les stimulations auditives mais aussi ses capacités de "réception", de disponibilité, qui régleront le rythme et la durée des interactions dans lesquelles s'inscriront des stimulations auditives riches, variées mais bien dosées. De telles capacités augurent une bonne imprégnation auditive.

III. La perception déclenche la recherche de sens et spontanément Clara se tourne vers son interlocuteur privilégié : sa maman, sollicitant ainsi l'interaction.

Ce comportement nous indique combien il est important de donner du sens à ce qu'elle perçoit. Ainsi, quelle que soit la nature du bruit ou du jouet, il faut suggérer aux parents de "traduire" le bruit de manière vocale et verbale, de "l'enrober" de mimiques, de paroles, de gestes. Ces

■ de bien ajuster l'amplification prothétique, sans risque de sur-amplification,
■ d'évaluer, par les mêmes méthodes comportementales, le seuil prothétique et donc d'objectiver le gain prothétique. (fig. 2).

■ de choisir les stimuli adéquats en fonction de leur composition fréquentielle,
■ de maîtriser l'intensité à produire et la distance favorable pour la production sonore,

■ de ne pas stimuler le bébé pour le tester et savoir ce qu'il peut percevoir (on le sait),
■ mais de le stimuler pour "l'imprégner", **gratuitement**, de préférence pendant toute la durée d'un contact visuel,

"traductions" étant faites avec la bouche, l'enfant va mémoriser, de manière concomitante les informations auditives et les informations mimo-bucco-faciales.

Cette "enveloppe multisensorielle" du son produit va contribuer à la mémorisation des éléments acoustiques (rappelons ici le rôle du contexte dans l'engrammation des données) et va solliciter très précocement la lecture labiale.

A côté des bruits, bruitages, jouets sonores qui seront intégrés avec subtilité dans les interactions, il faut attirer l'attention des parents sur l'importance de la voix, de leur voix respective, parlée ou chantée : dans le creux de l'oreille non appareillée elle atteint 80/90 dB. Le moment idéal pour ce type de stimulation est la fin de la tétée, lorsque le bébé est maintenu droit contre l'épaule pour faire ses rots. Son oreille se trouve exactement à la hauteur de notre bouche. L'ajustement de l'intensité vocale sera variable selon que le bébé porte ou non ses aides auditives.

Nous insisterons auprès des parents sur l'importance de la prosodie, de l'intonation, de la musique du langage, vecteur privilégié de l'émotion et de l'affectivité.

Clara à 4 mois**

Séquence 3.

Installation : Clara est assise sur les genoux de sa maman qui doit rester passive. Clara manipule un objet qui a pour but de canaliser son regard dans une direction donnée. La coordination oculo-manuelle de ce bébé est en place. Sa motilité fine est excellente pour l'âge.

Analyse de la réponse à la première stimulation perçue :

- arrêt de l'activité + arrêt de la succion,
- réponse dans le **regard** : Clara lève les yeux,
- attitude **d'écoute**, favorisée par le maintien de la stimulation, ce qui permet d'apprécier les **capacités d'attention auditive** de ce bébé,
- Clara s'interroge, **cherche un sens** à ce qu'elle a perçu. Il faut donc lui répondre c'est à dire renforcer la réaction en installant une interaction.

Chaque perception se traduira par cet ensemble de manifestations explicites, en continuité avec celles obtenues à l'âge de 2 mois 3/4.

Intérêt de ces informations pour la mise en place des stimulations auditives précoces

Les seuils audiométriques précédents sont confirmés. Un sondage de chaque oreille met en évidence des seuils équivalents à droite et à gauche. L'amplification stéréophonique est ajustée.

La qualité des réponses de Clara confirme ses remarquables capacités d'écoute et d'attention auditive.

Il faut, dans les interactions, continuer à donner du sens aux perceptions, à les renforcer par des mimiques, des gestes, des bruitages vocaux, etc.

De plus, ce bébé a 4 mois, âge de la préhension des objets et de leur exploration. En conséquence, on peut conseiller aux parents de faire toucher, explorer l'objet sonore. A cet âge là, les bébés ont une préférence pour les jouets que l'on agite, que l'on secoue, qui impulsent un rythme (par exemple un hochet grave, une petite bouteille en plastique avec des billes ou autre à l'intérieur).

Compte tenu du degré de surdité de Clara, nous pouvons inviter les parents à faire sentir les vibrations, surtout lorsqu'elle n'a pas ses appareils auditifs : vibrations d'un larynx qui produit des roucoulements, vibrations de la peau du tambourin ou de la table sur laquelle on tape, ou des baffles de la chaîne à condition de choisir une musique grave et bien rythmée. Grâce à "l'enveloppe gestuelle et tactile" qui accompagne la production sonore, le bébé va faire des différences et des différences de sons : c'est l'ébauche de la discrimination.

En plus des jouets ou objets qui font du bruit, il faut encourager les parents à exploiter les **situations sonores de la vie quotidienne** : par exemple le bruit de l'eau du bain qui coule quand le robinet est ouvert à fond (= 70/80 dB), le "toc-toc vibratoire" sur les barreaux du lit en bois, le velcro de la couche que l'on détache (= 70 dB à 50 cm) et tant d'autres situations qui rythment la vie du bébé, sans oublier les **berceuses** qui sont des moments de fusion et de plaisir partagé : "Ca-lin... calinou !! Ba-teau... sur l'eau..."

Exemple clinique : Sophie, 8 mois**
Absence de réponses aux PEA réalisés à 5 mois.

Analyse de la séquence vidéo :

Sophie est assise sur les genoux de sa maman qui reste parfaitement passive. Son développement psychomoteur est excellent.

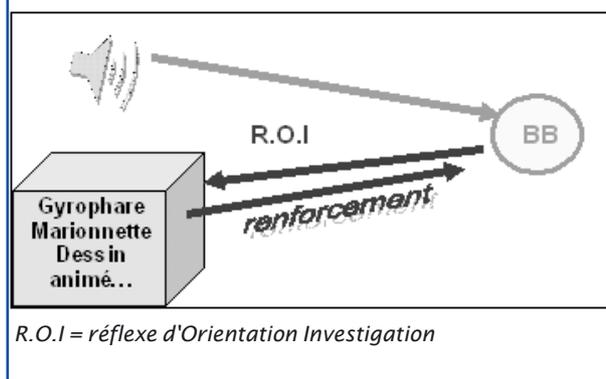
Elle ne doit pas attendre la stimulation. Aussi l'examineur lui propose-t-il de manipuler deux ou trois jouets dans le but de canaliser le regard et d'entretenir une certaine stabilité ; ces conditions favorisent l'émergence de réactions fiables chez les bébés qui n'ont pas la maturation suffisante pour une écoute active (seulement possible à partir de 30/34 mois).

Stimulations : les deux premières stimulations ne déclenchent aucune réaction. Sophie ne les perçoit pas. La troisième, proposée à une intensité plus forte, capture l'attention exogène, déclenche un arrêt net de l'activité en cours et un réflexe d'orientation vers l'examineur qui renforce cette réaction pour installer le conditionnement des réponses.

Analyse du renforcement des réponses.

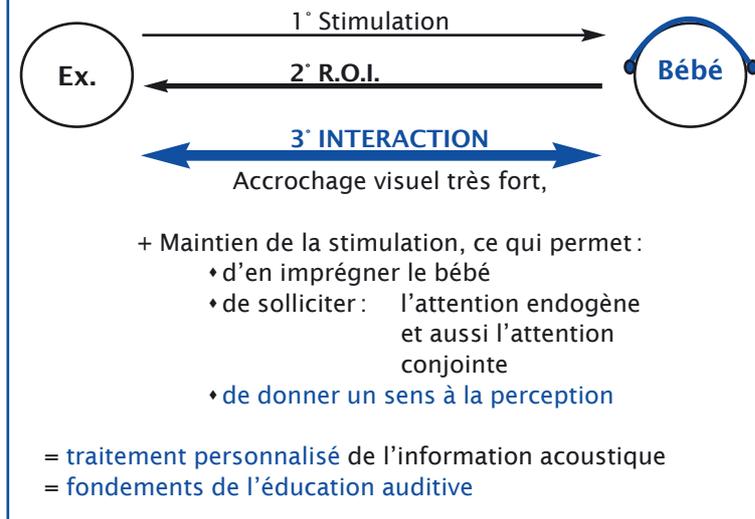
Le renforcement décrit dans la littérature consiste à proposer à l'enfant, en échange de sa réaction positive, une récompense visuelle (d'où l'appellation américaine : Visual Reinforcement Audiometry [VRA] ou audiométrie par renforcement visuel). Ce peut être la mise en marche d'un gyrophare ou la projection d'une séquence de dessin animé ou l'animation d'une peluche ou autre... C'est donc un renforcement matériel et impersonnel, de type pavlovien (schéma 1).

Schéma 1 : Renforcement matériel, impersonnel



Le renforcement proposé ici est tout autre (schéma 2).

Schéma 2 : Renforcement du "protocole Delaroché"



Il est assuré par l'examineur en personne. Lorsque le bébé perçoit un son, il se retourne vers l'examineur qui installe une interaction, soutenue par un accrochage visuel très fort. La stimulation est maintenue pendant l'interaction afin d'en imprégner le bébé, de solliciter son attention endogène et même son attention conjointe. Au cours de cette interaction, l'examineur **donne un sens** à la per-

L'audiométrie comportementale

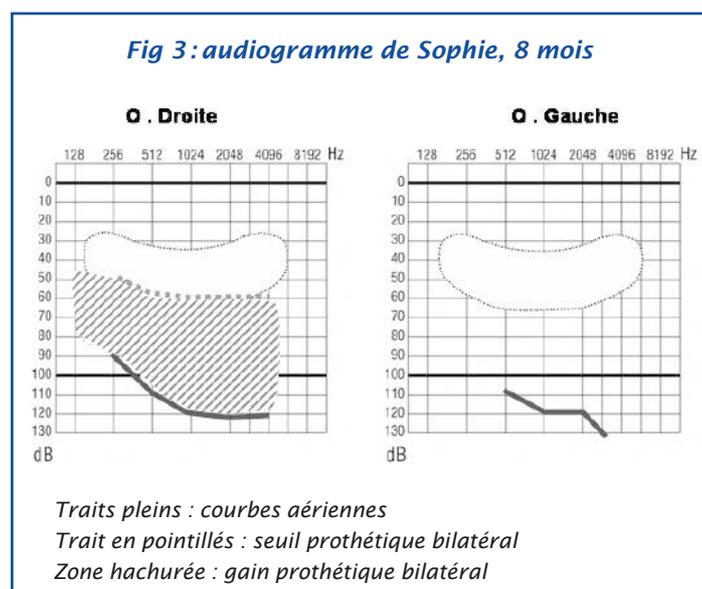
ception, en renvoyant au bébé une traduction symbolique de la stimulation; traduction de nature vocale, verbale, mimo-gestuelle ou rythmique, variable selon les bébés et en accord avec la nature de l'expression manifestée.

Autrement dit, le renforcement donne lieu à un **traitement** personnalisé de la perception ce qui lui donne valeur d'activité cognitive.

Dérivé des pratiques d'éducation auditive auprès d'enfants sourds, ce type de renforcement en constitue les premiers fondements.

Intérêt des informations recueillies dans la mise en place des stimulations auditives précoces

La précision des seuils de chaque oreille va permettre de bien équilibrer l'amplification prothétique (fig. 3).



Les réactions de Sophie, tout comme celles de Clara, mettent en évidence des compétences très favorables à l'installation des stimulations auditives précoces: l'intérêt pour les stimulations (réponses reproductibles pendant plus d'une demi-heure), l'intérêt pour la communication plurimodale, l'acuité du regard.

La durée et la qualité de l'accrochage visuel pendant le maintien de la stimulation auditive objectivent les capacités d'attention auditive et même d'attention conjointe, capacités tellement sollicitées en éducation précoce.

Tout ce que nous avons développé pour Clara est à reprendre ici, en l'adaptant compte tenu de l'âge de développement. Un exemple: Sophie a 8 mois, âge auquel le bébé a conscience de la permanence de l'objet. On va donc exploiter cette nouvelle compétence en adaptant le jeu du

"*Coucou ! Caché !*" et en faire un temps fort pour l'imprégnation auditive :

■ Premier temps : montrer, faire entendre tel ou tel objet sonore puis le cacher.

■ Deuxième temps : attente active du bébé... et avant de faire réapparaître l'objet caché, on profite de ce moment d'attention exacerbée pour faire entendre la stimulation auditive correspondante à l'objet caché.

■ Troisième temps : après "imprégnation", on lance le mot magique qui fait réapparaître l'objet attendu : "*coucou !*".

En variant les stimuli, on "travaille" ainsi implicitement la discrimination auditive.

En conclusion

La mise en place des stimulations auditives précoces implique, en amont, une mesure précise des seuils d'audition par audiométrie comportementale. Cette mesure précoce et précise conditionne une amplification prothétique précocement optimale, qui "rentabilisera" des stimulations auditives choisies en fonction du degré de surdité. Cependant, précision précoce ne veut pas dire stabilité définitive. Des contrôles réguliers sont nécessaires, et notamment en cas d'affections surajoutées de l'oreille moyenne, si fréquentes chez le jeune enfant.

L'approche audiométrique présentée et la nature du renforcement proposé mettent en exergue les compétences du bébé, compétences qui seront exploitées, par les parents et les professionnels, au cours des interactions, dans lesquelles s'inscriront les stimulations auditives les plus variées et naturelles possibles. Cette approche audiométrique met aussi en exergue les **difficultés** éventuelles de tel ou tel bébé, difficultés qui orienteront les ajustements adéquats de notre intervention thérapeutique.

Une dernière remarque: dans le cas des surdités profondes, le **bilan d'audiométrie comportementale fournit les premiers éléments du bilan pré-implantation**. Bien rodé au cours des examens audiométriques, le jeu relationnel "renforçateur" des réactions facilite ensuite les réglages de l'implant cochléaire. ♦

Monique Delaroche
Orthophoniste-Audiométriste
Unité d'audiologie pédiatrique
C.H.U. Pellegrin - Bordeaux
@ : delaroche.monique@numericable.fr

* Journées d'études Acfos, "Audition vision : deux sens en interaction chez l'enfant sourd" 2004. Article paru dans le n°12 de C.S.

** Clara et Sophie ont toutes les deux été implantées à l'âge de 11 mois, Clara d'emblée bilatéralement

Etudes Supérieures et insertion professionnelle : témoignages

Comment les jeunes adultes sourds rentrent-ils dans le monde du travail? I. Prang est allée recueillir pour "Connaissances Surdités" les témoignages de jeunes adultes réalisant actuellement des études supérieures: quelles sont leurs motivations et leurs ambitions professionnelles ultérieures? Quels écueils rencontrent-ils et comment y font-ils face? Dans un deuxième volet consacré à l'insertion professionnelle, nous donnerons la parole à ceux qui sont en activité.

Nous nous intéresserons ensuite à un autre type de parcours: celui de la formation professionnelle intervenant avant le bac, avec, toujours, des témoignages d'adolescents et de jeunes adultes sourds sur leurs orientations, leurs difficultés et leurs perspectives.

De plus en plus de sourds peuvent poursuivre des études supérieures.

Ces étudiants arrivent d'établissements secondaires publics ou privés, ils ont bénéficié d'une intégration soutenue: suivi orthophonique, soutien scolaire pour certains, codeur LPC en classe pour d'autres. Ces aides attribuées dans le cadre d'un projet d'intégration scolaire varient de 1 heure à 7 heures par semaine selon les besoins de chacun.

D'autres étudiants viennent de structures spécialisées réservées aux lycéens sourds. Il faut noter que certains établissements travaillent en coéducation avec le circuit ordinaire en combinant les avantages de l'intégration et du circuit spécialisé. Certaines filières permettent d'étaler sur 4 ans les années lycées.

Ces futurs étudiants cherchent avant tout la réussite au Baccalauréat: comme pour tous les élèves c'est la passerelle obligée vers les études supérieures.

L'enseignement supérieur ne peut être suivi qu'en intégration. Quelques structures offrent cependant des possibilités de préparation à des BTS ou DUT (se référer au guide ONISEP collection réadaptation, Jeunes déficients auditifs).

Une fois le Bac en poche, quelles sont les filières qui s'ouvrent à eux?

L'université avec les filières courtes (IUT) et longues (LMD), les écoles, les classes préparatoires. Selon le Baccalauréat choisi - le plus souvent S ou ES pour les bacs généraux ou bien un Bac technologique (STI, STL, STT, SMS, STAE), ces bacheliers peuvent accéder à toutes les structures proposées, sur dossier comme pour les autres candidats.

Quelles aides leur sont apportées?

Aujourd'hui, de nombreuses universités sont équipées d'un pôle Handicap avec lequel les étudiants prennent contact pour connaître les dispositions particulières mises en place.

Des services d'aide à l'intégration permettent aux élèves de suivre leurs études en apportant une assistance technique et humaine (interprète, preneur de note, tutorat...). Ils peuvent intervenir dans le public comme dans le privé, et sont gérés par des organismes comme:

- A.R.I.S Association Régionale pour l'Intégration des Sourds,
- A.L.P.C Association pour la promotion et le développement du Langage Parlé Complété
- S.E.R.A.C Sourds Entendants Recherche Action Communication.

Les associations régionales sont nombreuses, cette liste n'est pas exhaustive mais ce sont les services les plus cités par les étudiants eux-mêmes.

A travers le témoignage de quelques jeunes, on pourra constater qu'ils choisissent des filières très variées. Toutes les formations qui correspondent à un projet individuel sont possibles. Pour certains c'est une continuité, pour d'autres c'est un changement radical... Ils viennent de filières secondaires diverses, tous ont bénéficié des séances d'orthophonie jusqu'à la Terminale.

A chacun la même question a été posée. Voici leurs témoignages... ♦

♦ ARIS 90 rue Barrault 75013 Paris

Tél. Mnt. 01 45 65 13 45

♦ ALPC 21, rue des Quatre-Frères-Peignot 75015 Paris

Tél. 01 45 79 14 04 / Fax. 01 45 78 96 14

@ : contact@alpc.asso.fr / Site : www.alpc.asso.fr

♦ SERAC 64, rue de Rome 75008 Paris

Tél. Mnt. 01 45 22 72 88 / Fax. 01 45 22 77 37

Qu'est ce qui vous a le plus frappé dans le passage lycée-études supérieures?

Sophie est sourde profonde congénitale, elle porte un implant cochléaire. Elle a suivi ses études secondaires dans un lycée spécialisé pour jeunes déficients auditifs, elle a obtenu un baccalauréat général ES. Actuellement, elle est en 1^{ère} année d'histoire à l'Université.

Pour moi il y a des changements positifs : d'abord, j'ai bien aimé la communication avec les entendants, cela change du monde des sourds. Et puis il y a moins de pression en cours et plus de facilités de faire plein de choses à la fois. J'ai beaucoup de chance d'avoir des camarades qui veulent bien m'aider pour les cours.

Il y a aussi quelques points négatifs : il faut tout faire seule et on n'a pas d'aide de la part des profs, c'est difficile car le système qui aide les sourds n'est pas totalement efficace, chacun pense pour soi, donc difficile d'avoir toutes les informations.

Cécile a passé un Bac général S, elle est en 1^{ère} année de BTS à l'Ecole Nationale de Physiques Chimie. Elle a une surdité profonde congénitale évolutive, et a un implant cochléaire depuis 4 ans. Elle a suivi ses études secondaires en intégration soutenue (preneur de note) avec le soutien d'un SSEFIS.

Le plus grand changement entre le lycée et les études supérieures que j'ai connu vient du fait que j'ai été déstabilisée au début, les cours me paraissent plus longs car les profs parlent beaucoup alors je m'ennuie beaucoup en cours (pas en TP).

Mes études me plaisent mais me fatiguent beaucoup, je dirais que

l'implant m'a beaucoup aidée et m'a changé beaucoup en moi ainsi que mes relations avec les autres. L'implant est un vrai plus pour moi mais je suis très fatiguée à la fin de la journée et lorsque les profs parlent beaucoup, ça me fatigue aussi. Mais je préfère avoir l'implant que de presque rien entendre.

Alexis a suivi des études secondaires au Lycée Estienne section arts appliqués, puis il a poursuivi pendant 2 ans la filière métiers d'arts après l'obtention du bac technologique. Il a une surdité profonde acquise vers l'âge de 3 ans. Il porte un implant depuis l'âge de 14 ans.

Ce qui m'a surtout frappé c'est le passage d'une classe de 30 élèves à celle de 15 élèves, sinon rien de particulier, puisque le lycée et l'école sont dans la même enseigne (Ecole Estienne) avec presque les mêmes profs qu'au lycée. la camaraderie et les profs qui me connaissaient bien m'ont beaucoup aidé (par exemple, parler lentement, me donner des papiers détaillés).

Sinon, quand je suis passé aux arts déco pour un diplôme supérieur, ce qui m'a le plus frappé c'est l'absence de contacts (on n'était pas nombreux non plus en classe) et le fait que tu dois te débrouiller tout seul pour avoir ce que tu veux, même avec les profs (3 ans aux arts déco).

Madeleine a une surdité évolutive profonde congénitale, elle a suivi ses études secondaires en intégration avec le soutien d'un SSEFIS. Après son Bac ES, elle a suivi des études d'art dans une école privée pour obtenir un BTS Design d'Espace. Ensuite Madeleine a changé de filière. Elle est actuellement en licence professionnelle parfums arômes à l'Université.

Dans une petite école d'arts de 15 élèves dans ma classe, je portais seulement mon appareil HF et je disposais de tiers temps. Pour les problèmes concernant les cours, je voyais directement avec le professeur ou bien j'étais aidée par les autres étudiants. En effet, dans une petite structure, il est facile d'avoir de bons contacts et les professeurs sont en général compréhensifs lorsqu'on va les voir.

Mais j'ai eu des problèmes avec un professeur qui "oubliait" de mettre l'appareil entre deux entrevues individuelles de projet lorsqu'elle donnait des informations ou discutait d'un sujet qui pouvait intéresser tout le monde (et donc moi). Cela m'irritait à chaque fois de lui demander de le mettre (car porter l'appareil pendant les cinq heures de cours était long et lourd, et les projets individuels ne me concernaient pas toujours...). Mais cela était-il normal que les étudiants demandent eux-mêmes au professeur de le porter? Surtout que le professeur l'oubliait quasi chaque fois...

Concernant les sciences, après une petite classe, je me suis retrouvée dans un grand amphi de 500 élèves. Tout à fait impersonnel! J'ai donc vite appelé au secours une association aidant les étudiants en situation de handicap qui me permet ainsi de disposer en plus de tiers-temps, de preneurs de note et de soutien pédagogique. Je peux ainsi selon un budget déterminé par le GRAPHEs (association du Languedoc Roussillon) disposer de 6 heures de soutien par semaine (réparti selon les matières) et de prise de notes personnelles (intervenant de l'extérieur venant pour mes heures de cours). Certains professeurs avaient le cours sur des supports visuels qui m'aidaient beaucoup dans la visualisation du sujet expliqué. (vidéo projection, retro projection).

Le problème que je rencontrais était surtout en heures de TD où je n'avais pas de preneur de notes, et donc pas les explications du professeur concernant l'exercice en cours. J'avais beaucoup de difficultés et on me disait à GRAPHES que je ne pouvais pas avoir d'aide en TD (travail personnel...).

Mais j'en ai redemandé plusieurs fois, et maintenant, j'y ai droit, on a compris qu'il était important que j'en ai, et que ce n'était pas noté. En TP aussi il serait important de disposer de quelqu'un pour moi, d'une personne extérieure qui pourrait me réexpliquer les indications du professeur. En effet, celui-ci ne peut pas passer trop de temps seulement pour moi, et mon binôme se doit d'avancer le TP pour finir la manipulation et ainsi déterminer le compte-rendu! Même si j'ai de la chance d'avoir un binôme très patient et très compréhensif, je ne peux lui demander de tout me réexpliquer, il n'est pas professeur non plus!

En deuxième année de licence, je me suis spécialisée dans l'orientation professionnelle Parfum Arôme et Cosmétiques, nous sommes donc un petit effectif, et l'équipe pédagogique est très dynamique et très compréhensive vis à vis de mon handicap. En effet, l'année dernière, j'ai eu à plusieurs reprises des problèmes au niveau des examens, mais cette fois-ci, alarmés et sachant qui j'étais (entre 500 et 17, c'est plus facile de reconnaître les étudiants...), ils ont donc pris soin de me répéter les indications données au cours de l'examen. Cette année aussi, je donne à nouveau mon appareil HF aux professeurs, j'ai en plus des preneurs de notes, et ça se passe beaucoup mieux. Les professeurs me proposent leur cours si besoin, et sont réceptifs à mes questions.

Je me rends compte au final qu'il est

bien plus simple de suivre des études dans une petite structure que dans un grand groupe plus disparate et anonyme. Que l'étudiant handicapé ne parvient à suivre des études que dans sa motivation, et qu'il a besoin de professionnels pour être suivi dans les meilleures conditions possibles autant pendant l'enseignement qu'après l'enseignement avec un suivi pédagogique reprenant le cours suivi.

Vanessa est sourde profonde congénitale, elle a suivi sa scolarité secondaire en intégration dans un lycée privé avec une séance d'orthophonie par semaine. Après un Bac ES, elle est entrée en classe préparatoire. Vanessa est diplômée des Hautes Etudes Commerciales.

Le passage du lycée aux études supérieures a été un nouveau cap à franchir.

De la terminale à la classe préparatoire littéraire (Hypokhâgne), cela s'est traduit par une augmentation de la charge de travail et des efforts plus que soutenus pour suivre les cours dictés à une vitesse supérieure. Je dirais que les difficultés que je pouvais rencontrer au lycée (suivre les cours, prendre les notes, et sans compter la fatigue engendrée, ce qui faisait que je travaillais peu après les cours) se sont accrues voire démultipliées.

Au regard de la Khâgne, avec la pression des concours et des professeurs combinée avec la compétition féroce entre les élèves, le lycée me paraissait être une merveilleuse aventure.

Parfois, j'ai eu à faire face à des incompréhensions sur la nature de mon handicap: plus je montais en "grade", moins les professeurs ou autres pouvaient concevoir que j'étais sourde, au mieux, pour eux,

j'avais un "petit" problème d'audition.

Pour conclure, je dirai que notre désavantage ne réside pas tant dans notre handicap mais dans notre "fatigabilité", à faire plus d'efforts que les autres pour suivre, on se fatigue aussi plus vite, on sollicite deux fois plus d'énergie que la normale pour un résultat équivalent.

Alors comment fait-on pour faire aussi bien voire mieux que les autres et se différencier de façon purement positive et avantageuse? C'est la vraie question.

Etienne est en 4^{ème} année de l'E.N.S département mathématiques. Il a une surdité profonde, et a suivi toute sa scolarité en intégration soutenue, avec codeur LPC. Il a bénéficié d'un implant cochléaire à l'âge de 18 ans.

Ce qui m'avait le plus frappé lors du passage lycée-prépa, ce n'était pas l'absence de codeuses (c'était déjà réduit à la portion congrue, seulement les matières littéraires, en Terminale) mais le changement de rythme. Et puis, c'était un autre univers.

Au lycée, je rentrais le soir à la maison et j'oubliais les études. Ce n'était plus le cas en prépa, j'étais interne. C'était prépa jour et nuit. C'était très stressant mais aussi très protecteur, on était dans une bulle.

Pour le choix des études, en Terminale, j'étais plus attiré par médecine ou khâgne. Bref, le plus difficile pour quelqu'un comme moi.

La prépa était la voie classique dans mon milieu. Dans ma famille paternelle tous ont fait soit l'X ou centrale (ou médecine). J'ai opté pour la prépa un peu par inertie. ♦

Qu'est-ce qui t-a le plus frappé dans le passage lycée-1^{ère} année?

Céline est en dernière année de DESS de démographie. Elle a bien voulu refaire pour nous le parcours complet de ses années d'étudiante. Sa surdité est profonde acquise à l'âge de 3 ans. Elle a suivi une scolarité en intégration en Collège et lycée public avec le soutien d'un SSEFIS. Elle a obtenu un baccalauréat S.

Les études supérieures se différencient nettement des études dans le secondaire où l'encadrement est maximal puisqu'il existe une certaine implication des professeurs ainsi que des proviseurs, par le biais des orthophonistes qui interviennent en donnant des éléments d'explication sur le phénomène de la surdité, sur le comportement à avoir face à l'élève sourd.

Mais l'enseignement supérieur est une étape à franchir au niveau de la débrouillardise. L'orthophoniste n'est plus là pour présenter l'élève et expliciter le problème du handicap. C'est donc à l'étudiant sourd de faire les démarches, aller voir le professeur, expliquer le problème du handicap, proposer des solutions (qui ne seront pas toujours acceptées par le corps enseignant).

Comment as-tu choisi tes études?

La première réaction: pas d'école préparatoire, le rythme est trop soutenu. Donc élimination par choix personnel. Ensuite entre une école et l'université, les préférences oscillaient. Bon nombre de personnes m'ont déconseillé la fac parce que c'est grand, impersonnel et aucune chance de réussite. Alors pour moi, future étudiante sourde, c'est strictement impossible de réussir, selon eux.

Qu'à cela ne tienne, la fac sera mon avenir: liberté d'horaire, liberté d'assister en cours ou non. En un mot, responsabilisation, fini la période du lycée où les absences devaient être justifiées.

Je me suis inscrite en Deug MASS (mathématiques appliquées aux sciences sociales). Une visite médicale est obligatoire au vu de ma condition d'handicapée. *Check up* rapide, mais surtout, discussion pour savoir quels sont les besoins probables dont je pourrais avoir besoin. Après mûres réflexions, l'accès à la photocopieuse gratuitement serait un plus, histoire de récupérer les cours des autres élèves et constituer mon propre cours. Et le tiers temps bien sûr.

De quelles aides as-tu bénéficié?

Les cours en eux-mêmes ne me posent pas de problèmes. J'assiste aux cours magistraux, au début, je souhaitais prendre moi-même mes notes mais devant la rapidité d'élocution des professeurs, j'ai vite laissé tomber.

Pour, en fin de compte, me mettre à côté d'une personne que j'estime être bon preneur de note. Et récupérer deux autres cours, histoire de compléter ce que j'aurais pu manquer et que le voisin sur qui j'avais copié le cours aurait omis pour diverses raisons.

Mais cette manière de faire a un inconvénient majeur: il me faut beaucoup d'heures de travail pour reconstituer un seul cours convenablement...

Lors des travaux dirigés, le premier cours se passait en observation du comportement du professeur, sans que celui-ci connaisse ma surdité. A la fin dudit cours, j'allais me présenter pour expliquer ma surdité, noter quelques comportements à tenter d'éviter comme "*ne pas parler devant le tableau*", "*ne pas se*

promener partout dans la salle". J'ajustais mon explication en fonction de ce que j'avais remarqué lors du TD. D'une certaine manière, tous les professeurs étaient attentifs à mes remarques et je les ai trouvés extrêmement sensibles par rapport à ce qu'on m'avait fait remarquer: les professeurs ne sont pas vigilants, limite je-m'en-foutisme. Ce n'est absolument pas ce que j'ai observé.

Néanmoins, ce cursus de MASS ne m'a pas plu et donc au deuxième semestre, j'ai changé mon orientation pour aller en Sociologie. Donc, la fac m'avait plu et j'y avais trouvé mes marques sans trop m'inquiéter de savoir si j'arrivais à suivre ou si c'était vraiment difficile pour moi. Le principal étant que je m'y plaisais et que ce mode de fonctionnement me convenait.

C'est ainsi que j'ai passé mon DEUG de sociologie, ma licence, ma maîtrise et me voilà en DESS de Démographie.

Je n'ai pas été aidée, je me mettais juste à côté d'un étudiant qui prenait bien (à mon goût) les notes et je recopiais sans jamais regarder le prof parler. En TD, j'étais un peu plus attentive au cours, avec pour seul recours la lecture labiale et un coup d'œil jeté sur la copie voisine pour m'assurer que j'avais bien compris le fil du cours. A chaque rentrée, une visite médicale pour demander l'accès à la photocopieuse gratuitement et le tiers temps.

Je dois dire qu'en réalité je n'ai strictement rien photocopié pendant mes 5 années à la fac! Et le tiers-temps, plus je montais en grade, moins je l'utilisais. Une fois, en licence, lors de la visite médicale, j'avais demandé à avoir l'accès aux cours des profs. Car pendant ces deux premières années en DEUG, j'avais remarqué que certains professeurs ne faisaient que lire leurs cours. Donc y accéder aurait pu

m'aider à avoir des notes plus complètes.

Donc en Licence, j'ai été voir une professeur qui lisait son cours en amphi. Je lui ai donc expliqué ma surdité, le fait qu'elle lisait son cours et que ça m'aiderait si elle voulait bien me photocopier ses cours. Et, stupeur, tout a dégénéré. La prof qui me crie dessus en disant que c'est inadmissible de demander pareille chose et que non, absolument non elle ne voudrait JAMAIS photocopier ses cours. A vrai dire, je n'ai pas compris son comportement et dans l'amphi, tous les étudiants écoutaient avec attention son énervement disproportionné selon eux... Je l'ai donc laissée là avec son non (elle a bien le droit de me refuser ses cours, je n'allais pas insister!) et quelques étudiants m'ont fait part de leur mécontentement parce qu'un comportement pareil c'est impensable, surtout par rapport à moi. Je ne voulais pas en faire tout un plat et j'ai juste répondu qu'elle avait le droit de me refuser ses cours.

Mais je n'étais pas au bout de mes peines. Un peu plus tard dans la journée, en TD, une secrétaire de l'administration vient et me demande. Bon... Je sors en plein cours voir un peu ce qui m'attend. Et en fait, la secrétaire souhaitait juste savoir ce qui s'était passé car apparemment ladite prof avait pesté contre mon insolence... Va pour! Donc j'ai recommencé à expliquer ma surdité, expliquer que la prof lisait son cours, et que comme j'avais du mal à la suivre, suite à une élocution plus que rapide, j'étais aller demander s'il était possible de récupérer ses cours. La secrétaire m'a juste demandé de faire plus attention la prochaine fois, d'y aller moins franco parce que certains professeurs étaient très susceptibles...

J'ai donc retenté ma chance devant deux autres professeurs. L'une m'a carrément photocopié son cours et j'ai donc pu suivre sans souci.

L'autre m'a répondu gentiment par la négative en m'expliquant que son cours changeait tout le temps et qu'en plus, c'est personnel parce que c'est elle qui a créé son cours et la peur que tout le monde y accède ne lui plaît pas. Avec cette réponse, j'ai pu comprendre plus ou moins la réaction disproportionnée de la première professeur approchée.

Le tiers-temps ne m'a pas servi à grand chose. Depuis la maîtrise, je ne suis plus allée à la visite médicale et n'ai plus demandé aucun aménagement (que ce soit les photocopies ou le tiers-temps). Et je suis passée sans aucun souci, avec à chaque fois des mentions assez bien.

Comme je suis restée dans la même université cinq années durant, les professeurs ont fini par m'assimiler et à faire attention, parfois, à parler le plus possible en face de moi. Les étudiants, quand ils avaient des exposés, me passaient parfois le double de leurs notes pour que je suive.

La fac, c'est vraiment un univers où il faut savoir se débrouiller sans pour autant passer systématiquement par le pôle handicap. Pour ma part, il ne m'a servi à rien parce que j'ai la mauvaise manie de vouloir toujours y arriver par moi-même. Mais ce n'est pas le cas de tous.

Par contre, la seule chose qu'il faudrait améliorer ce serait l'avancée des nouvelles technologies et en particulier les programmes de reconnaissance vocales qui aideraient à transcrire le message oral par écrit sur un ordinateur.

A défaut, la mise en place de vélotypie serait un plus. Ou alors peut être la mise à disposition de secrétaire qui maîtrisent la sténographie, histoire de prendre la totalité du cours et de le taper ensuite à l'ordinateur pour enfin, le transmettre à l'étudiant.

J'insiste vraiment sur cette notion d'intégralité car il suffit de passer à côté d'un petit paragraphe pour qu'en partiel, cela tombe dessus et me mette en transe parce que je n'ai jamais vu ce passage!

Il faut donc tout de même penser que tout n'est pas écrit, c'est pourquoi le fait de mettre en place un accès intégral au cours, notamment à la fac, pourrait être un plus. En particulier pour ceux qui ne signent pas et ne codent pas.

Donc à défaut, pour notre génération, mettre en place des secrétaires qui sténographient pourrait être un plus. Mais qu'en est-il au niveau des honoraires?

Et pour les générations futures, continuer à titiller l'ordinateur pour qu'il reconnaisse la voix d'un grand nombre de personne et retranscrive le message oral! ♦

Conclusion

On peut constater aujourd'hui que l'information circule mieux grâce entre autres à Internet, que les portes des études supérieures s'ouvrent de plus en plus. Les services qui apportent des aides techniques et humaines sont régulièrement sollicités.

Néanmoins, chaque étudiant doit être motivé pour y arriver et doit toujours convaincre à la fois de ses compétences et de l'utilité des aides auxquelles il a droit. Avec beaucoup d'énergie, ils ont mené à bien leur projet.

Tous nous donnent une belle leçon de volonté, de persévérance et d'optimisme.

Pour cela, la diffusion des témoignages des intéressés eux-mêmes est la meilleure façon d'améliorer les conditions d'accès aux études supérieures, de faire pression sur les pouvoirs publics et de rassurer les futurs étudiants sourds. ♦



Très à l'aise à l'oral mais pratiquant aussi la langue des signes, notamment avec ses élèves du cours Morvan, Arnaud Bouhier retrace pour nous son parcours, qui lui a permis d'être parfaitement intégré parmi les entendants comme parmi les sourds.

Vous êtes actuellement Professeur de technologie et d'informatique au Lycée Morvan. Quel parcours scolaire et universitaire avez-vous suivi pour en arriver là ?

Mes parents ont découvert ma surdité (je suis sourd profond 1^{er} groupe) pratiquement dès ma naissance car je suis devenu sourd suite à une septicémie. Ils étaient préparés à cette éventualité car les médecins les avaient prévenus des risques. Ils ont donc rapidement pris contact avec l'école D. Casanova à Argenteuil. J'ai tout de suite été suivi là-bas dans un projet oraliste.

Quel type de soutien a été mis en place ?

Dès mon plus jeune âge, j'étais avec d'autres enfants sourds dans une classe de préparation à la maternelle, puis je suis allé dans les écoles ordinaires proches de D. Casanova avec des soutiens et des suivis orthophoniques quotidiens. C'était un peu lourd car cela occupait toutes mes récréations. Mais je pense que c'était nécessaire : il a fallu que j'en passe par là pour devenir ce que je suis maintenant. Le soutien orthophonique a duré jusqu'à ma terminale. J'ai été appareillé à l'âge de 2 ans.

Comment s'est déroulée votre scolarité ?

J'ai été en intégration totale jusqu'à la 3^{ème}. Je suis arrivé à Morvan en seconde, et j'y suis resté jusqu'à l'obtention de mon Bac. Mes parents avaient préféré m'inscrire là de peur que je n'arrive pas à suivre correctement en intégration au lycée, et que je n'ai ensuite plus envie de poursuivre

mes études. J'aurais préféré à l'époque rester dans le même établissement que mes copains ! Mais je me suis vite adapté et tout s'est bien passé par la suite.

Qu'en est-il de votre parcours universitaire ?

J'ai voulu suivre une formation de géographie physique environnement et je me suis inscrit à Jussieu (en 1992) car il existait là-bas un relais-handicap bien développé. Les interprètes, codeurs... n'étaient pas encore mis en place à l'époque. Je devais me débrouiller seul. Au bout de 3 ans, quand j'étais en Licence, je me suis trouvé particulièrement satisfait de ma situation : j'étais très sociable, je rencontrais beaucoup de gens dans les TD ou pour la prise de notes, j'étais donc le seul à connaître parfaitement les 300 étudiants de l'amphi. Cela m'a beaucoup aidé : en 2^{ème} année par exemple, un enseignant avait refusé de porter le système HF que je lui avais proposé d'installer. J'avais insisté en lui demandant un jour devant tout l'amphi de le porter. Il avait de nouveau refusé. Trois semaines après, il est venu me réclamer le micro. Je n'avais alors pas compris pourquoi. A la fin du cours, quelques amis m'attendaient pour me montrer une pétition portant 350 signatures (soit la totalité de l'amphi !) demandant au professeur de porter le système HF. Ça m'a énormément touché.

J'ai découvert qu'il ne fallait rien attendre précisément des entendants

tout en restant passif, mais qu'il fallait au contraire, en tant que minorité, aller vers la majorité : c'est le fait que je sois allé les voir en leur montrant qui j'étais, leur expliquant ce dont j'avais besoin, qui a fait que l'on a pu dialoguer. Le retour s'est alors fait naturellement.

Comment avez-vous choisi d'être enseignant ?

C'est arrivé un peu par hasard. Je voulais faire une formation de géographe en physique et environnement. C'était ma passion mais j'ai eu du mal à trouver du travail : je souhaitais être chargé de mission environnement mais ma surdité n'était pas compatible avec les normes de sécurité. Je suis donc resté à Morvan où j'avais été surveillant afin d'aider à des tâches administratives diverses, puis la directrice, m'a proposé ce poste d'enseignant en technologie.

Ce métier me plaît énormément car je suis dans mon milieu. J'espère apporter beaucoup aux autres. A Morvan, l'éducation est oraliste. L'accent est mis sur la maîtrise du français écrit. Certains enseignants signent. Je pratique moi-même le français signé. Je m'adapte ainsi à la classe selon les besoins de mes élèves, qu'ils soient oralistes ou gestuels. C'est facile car nos effectifs sont réduits : nous avons 5 élèves par classe, ce qui est passionnant au niveau de la pédagogie et au niveau des échanges, qui sont très efficaces. Ce serait plus difficile dans des classes plus peuplées. ♦

Rôle de l'éducateur sourd dans un centre pour enfants sourds

LAURENCE GABRIELI, AVEC LA COLLABORATION DE JOËLLE FRANÇOIS

Le rôle de l'éducateur sourd dans la prise en charge de l'enfant et son travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire sont essentiels. Pourtant, le travail de l'éducateur est peu connu en comparaison de celui de l'orthophoniste ou du médecin. Nous avons voulu présenter ici toute la richesse et les divers aspects de ce métier : une longue collaboration auprès de groupes d'enfants sourds a en effet permis aux auteures d'ajuster leurs différents rôles et d'exercer leurs pratiques spécifiques, non en parallèle mais en complémentarité les unes avec les autres.

Après avoir suivi toute ma scolarité, primaire et secondaire, dans un établissement spécialisé pour enfants sourds, j'ai "intégré" une école de formation préparant, en 4 ans, au diplôme d'Éducateur Spécialisé. Parmi les diverses options qui s'offraient à la fin de mes études, (I.M.C, Autisme...), j'ai opté pour la surdité.

J'exerce actuellement au C.E.O.P (Centre Expérimental Orthophonique et Pédagogique) en tant qu'éducatrice, utilisant comme moyen de communication la L.S.F., ceci auprès de différents groupes composés de 5 à 6 enfants fréquentant ce centre à des rythmes différents selon leur âge.

■ De jeunes enfants sourds âgés de 20 mois à 6 ans (le niveau des plus âgés correspondant aux 3 sections de maternelle).

En parallèle, ces enfants sont "intégrés" dans leur école de quartier, dans des classes correspondant à leur tranche d'âge. Ils sont, en outre, suivis en individuel et en groupe par une orthophoniste.

■ Des enfants présentant des "difficultés" associées à leur surdité (comportementales, neurologiques, motrices...) et demandant un soutien éducatif plus spécifique et prolongé dans le temps.

Dans ce contexte, le rôle de l'éducateur et d'un éducateur sourd en particulier comporte différents aspects.

Rôle éducatif auprès des enfants

L'éducateur prend en charge l'enfant tout au long de "sa vie" à l'intérieur de l'établissement. Il profitera des divers moments de la journée : accueil, récréation, repas, sieste, départ... pour concrétiser les différentes aptitudes nécessaires au développement affectif et social de cet enfant. Ces

situations quotidiennes favorisent une communication riche, naturelle, spontanée. En effet, l'éducateur

s'adapte aux moyens de communication de chaque enfant, il interprète "ses messages", en profite pour lui donner ou pour préciser "un signe".

Ces temps sont également favorables à l'observation des échanges entre pairs.

L'accueil

Dès cet instant peuvent se mettre en place l'apprentissage de la politesse, de petites règles de vie, de l'autonomie, des repères spatiaux et temporels à travers des actions redondantes (déshabillage, porte-manteau, place pour le jus de fruit du matin, rang...). Cet accueil sollicite l'appétence à la communication : l'enfant a toujours un incident, un événement à "raconter", événement qui s'est produit à la maison ou dans le taxi. L'information reçue par le biais du parent venu accompagner l'enfant ou par la lecture rapide du "carnet de correspondance" permettra la compréhension et l'enrichissement de ces "échanges".

La récréation

Durant cette activité, il est important de veiller aux comportements sociaux de l'enfant, comportements qu'il est souhaitable de "corriger" dans certains cas, d'aménager dans d'autres.

Lors de conflit il peut être nécessaire d'intervenir et d'aider les enfants, à travers des commentaires en L.S.F, à exprimer leurs désaccords par le "dire" et non par des

"Le langage s'acquiert en un contexte nécessaire d'imitation."

Piaget

manifestations, des réactions corporelles "violentes". Durant ces temps, "le jeu libre" favorise les prémices des éléments indispensables à la situation de dialogue : se comprendre par n'importe quel moyen afin de mener à bien une activité commune, mettre en place des stratégies communicationnelles.

Les "jeux organisés", proposés par l'éducatrice, impliquent la compréhension, le suivi et l'acceptation d'une "règle du jeu", chose peu facile mais nécessaire pour la constitution d'un groupe.

De plus, ces jeux font partie de la "culture enfantine". En effet, beaucoup d'entre eux ont traversé les âges et se transmettent de génération en génération. L'enfant sourd, même intégré, n'en saisit pas toujours les règles, les lui apprendre favorisera sa place dans un groupe scolaire ou autre.

Il existe, également des "jeux collectifs" propres à la culture des sourds et qui eux aussi traversent le temps. L'un d'eux, par exemple, est l'équivalent de notre jeu du "Cri des animaux" mais ceux-ci seront évoqués par leur "signe" et non par leur cri.

Le repas

Moment privilégié entre l'enfant et l'adulte : plaisir partagé autour d'une communication conviviale.

L'enfant raconte ce qu'il a vécu à la maison ou durant sa matinée de classe, l'adulte peut faire des commentaires, enrichir les connaissances à partir des "propos" de chacun, généraliser la conversation, aider à la circulation de l'information. Tout mode de communication est accepté, mais l'adulte peut profiter de cette occasion pour introduire ou préciser un signe, une séquence syntaxique : le temps, la répétition des situations favorisent ces démarches. Ici, en situation, un vocabulaire usuel (matériel, aliments...), des sensations (saveurs, quantité, qualités...) pourront être "dénommés en signe".

L'éducatrice partira de ces situations vécues et répétitives pour concrétiser (manipuler) la formulation du choix, de la demande, de la réponse : le dialogue. L'aspect éducatif sera toujours présent : accès à l'autonomie, respect de l'autre (attendre son tour, "passer" le plat, partager...), apprentissage de gestes simples de la vie courante (couper sa viande, servir de l'eau...).

La sieste... le départ

Au même titre que les moments de vie précédents, ces situations régulières et répétitives vont permettre à l'enfant d'acquérir des repères temporels (la succession, la

durée...) et vont développer ses capacités communicationnelles en situation.

Ainsi tous ces instants de vie naturelle, quotidienne, répondent au besoin de temps et de répétition que requiert la mise en place d'un langage structuré, d'une langue naturelle.

Rôle pédagogique auprès des enfants

Cet aspect apparaît dans les temps de "classe" et se met en place à travers des activités éducatives permettant à l'enfant de développer les facultés indispensables à ses acquisitions présentes et futures.

Il est important de noter que chaque activité est présentée de manière différente et à des rythmes différents selon la classe d'âge des enfants : l'activité communication est primordiale chez le tout jeune, une tournure plus "pédagogique" s'impose d'elle-même en grande section de maternelle.

a. Capacité motrices

■ Motricité globale

Elle est abordée à travers des "jeux moteurs" :

- ♦ Elle permet à l'enfant sourd de "compenser" la sensation de "mal-être" corporel parfois ressentie comme une gêne et d'élaborer ainsi des conduites compensatoires afin de dépasser son handicap : l'adulte sourd peut être, alors, un "modèle" de réassurance.
- ♦ Elle favorise la prise de conscience du corps dans l'espace et le temps en vue de la découverte du schéma corporel et de l'instauration des repères spatiaux.
- ♦ Elle introduit la compréhension et le suivi d'une "consigne" mimée, imitée, puis "codifiée" en une représentation graphique : cette étape est nécessaire pour l'accès à la symbolisation et à l'écrit.
- ♦ Elle facilite la constitution d'un "groupe social" incitant l'action commune, les échanges préverbaux puis verbaux quels qu'ils soient.

Ces "jeux moteurs" de ballon, cerceaux, circuit... se déroulent dans une grande salle et visent, aussi, à développer des conduites d'attentes, d'observations, de regards vers l'autre, de regards "conjointes", d'appel...

Le "jeu libre" favorise les prémices des éléments indispensables à la situation de dialogue : se comprendre par n'importe quel moyen afin de mener à bien une activité commune, mettre en place des stratégies communicationnelles

*“La polysensorialité est à la base de tous les apprentissages, c’est la mise en correspondance des différentes perceptions sensorielles qui fait sens.”
Frédéric François*

Indispensable aux apprentissages futurs (dessin, prégraphie, écriture...).

Celle-ci revêt un aspect plus spécifique lorsqu’il s’agit d’un enfant sourd. En effet la réalisation et la combinaison des différents paramètres des “signes” de la L.S.F : configuration, orientation, emplacements, mouvements, expressions du visage... réclament une grande précision des positions et des mouvements des doigts et de la main, une bonne représentation de son environnement temporo-spatial.

Cela n’est pas toujours aisé pour le tout jeune enfant, des maladrotes motrices sont normales. Un “travail” autour de la pâte à modeler, des imitations de position des doigts... est effectué.

Une place toute particulière est réservée aux imitations des expressions du visage. Celles-ci seront importantes pour exprimer des “intonations” (surprise, exclamation...), pour souligner le questionnement.

Certains enfants peuvent présenter, dans ces réalisations, des difficultés plus importantes et plus durables. Le rôle de l’éducatrice est alors de prolonger son temps d’intervention auprès d’eux, de les aider d’une manière spécifique dans cette acquisition : exercices plus décomposés, plus répétitifs, relation entre le signe et l’objet, lorsque cela est possible (“signes iconographiques” : poule/bec de poule...).

■ Manipulation

♦ Activités manuelles : dessin, découpages, collages... qui, dans le plaisir, aident l’enfant à préciser sa motricité, à trouver des stratégies, des techniques. Elles lui donnent le goût du travail bien fait, construisent son vécu du temps séquentiel et du temps durée (avec un avant, un pendant..., un après..., une action qui se déroule...)

♦ Exploration du milieu environnant : eau, sable, riz... Elle permet de faire (re)vivre et de commenter “en situation” des expériences élémentaires mais nécessaires.

b. Connaissances sensorielles et perceptives

Diverses activités prenant pour appui la vue, le toucher, l’odorat, le goût, vont faire émerger puis enrichir les

■ Motricité fine

Indispensable aux apprentissages futurs (dessin, prégraphie, écriture...).

Celle-ci revêt un aspect plus spécifique lorsqu’il s’agit d’un enfant sourd. En effet la réalisation et la combinaison des différents paramètres des “signes” de la L.S.F : configuration, orientation, emplacements, mouvements, expressions du visage... réclament une grande précision des positions et des mouvements des doigts et de la main, une bonne représentation de son environnement temporo-spatial.

*“Nous sommes capables d’utiliser des structures linguistiques particulières seulement lorsque nos capacités cognitives nous le permettent.”
Bruner*

“savoir faire” de cet enfant. Tout un travail ayant pour support un matériel approprié ou fabriqué selon les besoins utilise et “concrétise” les possibilités de l’enfant.

■ Orienter, guider l’enfant vers une manipulation “active” du matériel autorise la découverte puis l’expression des propriétés des objets, leurs combinatoires : couleurs, formes, dimension, qualité, quantité...

■ Le sensibiliser à son environnement. L’aider (à partir de situations créées en “classe”), à percevoir puis à organiser toutes les informations visuelles, tactiles...

■ Affiner son observation d’une image, d’une affiche, vont enrichir ses connaissances.

L’audition n’est ni abordée de manière systématique ni “travaillée” ici, mais l’éducatrice saura mettre à profit un bruit très intense ou perçu par l’un des enfants, une vibration ressentie. A partir de ce fait, elle éveillera la conscience auditive de l’enfant, elle émettra des suppositions quant à l’origine de ce son.

c. Développement des compétences transversales

Afin que ces connaissances sensori-

motrices s’installent, s’organisent, se relient et puissent s’utiliser il est nécessaire de faire appel à des aptitudes dans les domaines de :

- L’observation ;
- L’attention ;
- L’imitation.

Une place essentielle et particulière est à faire à :

- La mémorisation ;
- L’évocation.

Ces aptitudes interdépendantes restent indispensables à toute acquisition. Elles se développent, se coordonnent, s’organisent à partir des manipulations précédentes qu’elles autorisent. Un lien étroit existe entre manipulation et capacité à conceptualiser.

Des exercices d’observation-attention peuvent être proposés : jeux d’assemblages, dominos, lotos divers... Pour la mémorisation : jeux de “kim”, comptines... vont favoriser ces relations.

Ces aptitudes interdépendantes restent indispensables à toute acquisition. Elles se développent, se coordonnent, s’organisent à partir des manipulations précédentes qu’elles autorisent.

Ces compétences sous-tendent la perception, la saisie donc l'appropriation puis la réalisation, possible, de toutes les notions abordées, notions nécessaires à l'acquisition des structures langagières.

d. Capacités cognitives

Des activités ludiques et appropriées : jeux de choix, de tris, de classements, jeux symboliques... vont favoriser les aptitudes propres de l'enfant à établir des relations, des comparaisons (critères de similitudes, de différences) pour parvenir à effectuer les diverses opérations mentales indispensables à la mise en place et à l'utilisation d'une langue.

- analyse ;
- synthèse ;
- généralisation/particularisation ;
- abstraction ;
- cause/conséquence ;
- déduction.

Il faut cependant noter que chaque activité proposée à l'enfant requiert la mobilisation de diverses facultés. C'est ce qui en fait, à la fois, la complexité, la richesse et l'utilité dans la chaîne que représente l'accès à la connaissance.

Rôle dans les acquisitions langagières de l'enfant

Cet aspect du travail de l'éducateur présente 2 formes :

- La première, spontanée, est bien évidemment directement liée au rôle éducatif. C'est dans ces instants privilégiés d'interaction dans le plaisir entre adultes et enfants, entre enfants, que se fait sentir le besoin et l'envie de communiquer, que se mettent en pratique tous les éléments du système d'une langue.
- Une deuxième, plus formelle, découle de la surdité elle-même. Du fait de sa surdité cet enfant n'a pu bénéficier, dès son plus jeune âge, d'un "bain de langage" (le cas de l'enfant sourd ayant la L.S.F comme langue maternelle est différent). Il n'a pas pu saisir, instaurer et pratiquer aisément tous les éléments indispensables à la construction d'une langue : il y a donc lieu de l'aider dans cette démarche.

Des activités dirigées, ciblées mais ludiques vont présenter et faire vivre à l'enfant :

- un stock lexical usuel à travers un thème : ("joué", mimé, illustré, concrétisé par "une sortie").
- les différentes relations qui peuvent s'établir entre ces "signifiants" :

- ♦ Sujet/action ;
- ♦ Action / objet ;
- ♦ Appartenance ;
- ♦ Qualité...

A chaque instant, ces notions qui sont "nommées" par l'intermédiaire d'un signifiant, directement accessible à l'enfant car visuel, seront plus précocement, plus aisément comprises, mémorisées et par la suite réalisées.

Rôle au niveau des différents membres de l'équipe

Une collaboration régulière et étroite entre les différentes personnes intervenant auprès des enfants est indispensable. Elle se situe à différents niveaux, lors de réunion et d'échanges.

Celle concernant l'éducatrice et l'orthophoniste en charge du groupe est spécialement privilégiée.

- En début d'année, un projet éducatif et "pédagogique" commun est élaboré :

- ♦ Même thèmes de langage. (La famille, des animaux, la maison...);
- ♦ Mêmes notions (l'action, le lieu, le temps...).

- Une synthèse hebdomadaire.

A travers celle-ci se met en place une "pédagogie associée" au sens large du terme : chacun garde sa propre spécificité, sa propre approche, mais va proposer et "manipuler" les mêmes axes de langage ;

- ♦ A partir d'une présentation différente.

- ♦ A partir d'un matériel différent.
- ♦ Par des moyens de communication différents.

Ceci permet à l'enfant de "généraliser" et d'enrichir ses connaissances, sa découverte de la langue.

La Langue des signes utilisée par l'éducatrice sourde offre à l'enfant la possibilité de se construire une "représentation mentale" des objets, des relations linguistiques "manipulées".

Les objets, les photos, les images, les dessins, les mêmes représentations graphiques, les mêmes symbolisations serviront de "passerelle" entre l'éducatrice et l'orthophoniste : l'enfant n'étant qu'UN la collaboration doit être étroite sans être contraignante.

- Des synthèses plus "institutionnelles" concernant tous les personnels intervenants directement ou indirectement auprès du groupe ou d'un enfant (directeur, pédopsychiatre, psychologue, psychomotricienne, assistante

C'est dans le plaisir entre adultes et enfants, entre enfants, que se fait sentir le besoin et l'envie de communiquer, que se mettent en pratique tous les éléments du système d'une langue.

sociale, éducatrice, orthophoniste) se tiennent régulièrement.

Dans ce contexte, le regard porté par l'éducatrice sourde sur le comportement, la socialisation, l'évolution, le savoir faire, le comment faire et les capacités langagières en L.S.F est important car autre, différent.

Rôle auprès des parents

Cet accompagnement parental peut se révéler différent dans le contexte de parents entendants ou de parents présentant eux mêmes un déficit auditif (cet accompagnement est possible grâce à la présence régulière des parents aux cours et dans l'établissement).

■ Le tout premier rôle concerne le versant éducatif. Bien souvent, face à cet enfant, le parent se trouve démuné et cela peut engendrer un phénomène de surprotection, un manque d'exigences éducatif.

Cette attitude est néfaste au développement de l'enfant qui a besoin de limites et de repères pour "grandir" et "apprendre". Les manières d'être et de faire de l'adulte sourd pourront aider le parent à voir son enfant différemment et à ainsi réadapter ses propres conduites.

■ Ils sentent et perçoivent également la spontanéité communicationnelle qui s'instaure entre l'éducatrice et les enfants. Ils voient celui-ci capter des "signes", se les approprier, les réutiliser à bon escient et de ce fait pouvoir ainsi "raconter", exprimer un désir, un fait, un sentiment...

Cette communication est basée sur "l'échange", qu'il soit affectif ou autre.

Le "modèle" proposé par la manière de faire de l'adulte sourd incitera les parents à multiplier ces échanges autour d'activités communes base concrète de cette communication :

- ♦ Activités de cuisine ;
- ♦ Activités de bricolage ;
- ♦ Courses " dans les magasins ;
- ♦ Jeux de société ;
- ♦ Elaboration du "cahier de vie"*.

Ce dernier permettant d'expliquer, de représenter et donc de fixer les principaux événements individuels ou familiaux servira de "mémoire".

Comptines mimées, chantées dans lesquels peuvent s'introduire des "signes", histoires, contes : l'image, le mime, l'expressivité... permettront la compréhension globale du récit.

■ Les parents "témoins participants", peuvent aussi apprécier l'évolution de leur enfant qui montre, dans ce contexte (travaux manuels, dessin, mime, motricité...), toutes ses compétences et toute sa richesse. Il se trouve ainsi "normalisé".

■ L'éducatrice, en tant qu'adulte sourde, permet également aux parents de se "projeter" dans l'avenir, avec leur enfant : elle devient un "possible" ayant une vie sociale, familiale et professionnelle. De ce fait, elle devient un interlocuteur privilégié quant à des échanges autour de tout ce qui peut concerner la vie de leur enfant : faits éducatifs, loisirs, possibilités à long terme (permis de conduire...), conseils lors d'événements importants (naissance, hospitalisation...), aménagements matériels (sonnettes lumineuses, réveils...), bienfaits de l'appareillage...

L'approche des parents présentant une déficience auditive revêt des aspects différents selon la manière dont ils ont eux-mêmes vécu leur enfance, leur adolescence, leur "système" éducatif et "rééducatif".

Ceux-ci ont bien évidemment évolué depuis leur propre jeunesse (reconnaissance de la L.S.F, progrès dans le domaine de l'appareillage, apports techniques dans le domaine de l'audio-visuel,...) et de longs temps d'explications sont nécessaires pour répondre aux questionnements, lever les doutes.

Dans cette démarche, le rôle de l'éducatrice sourde semble important, privilégié et parfois déterminant.

Bien des développements resteraient à faire. Cependant, on peut dire en conclusion que tous les aspects éducatifs et rééducatifs sont nécessaires et "vitaux" dans l'accès de l'enfant sourd à une langue personnelle, un discours aisé, lui permettant de comprendre et d'exprimer sensations, sentiments, pensées. Au cours de cette acquisition, chaque partenaire tient un rôle spécifique et complémentaire. La place de l'éducateur sourd accompagnant un jeune enfant et sa famille est donc également importante.

Il ne faut cependant pas négliger la nécessité d'une relation étroite fructueuse et enrichissante entre les différents intervenants lors de cette appropriation du langage par l'enfant.

Seule une collaboration étroite, cohérente, réfléchie entre les différents membres de l'équipe éducative aideront l'enfant, l'adolescent, le futur adulte à s'épanouir, à s'insérer socialement et professionnellement. ♦

* Voir C.S. N°15

CEOP 22/24 rue des Favorites 75015 Paris

Tél. 01 53 68 95 20 / Fax. 01 45 33 09 33

Courriel : ceop@wanadoo.fr ; Site : www.ceop.org

L'enfant n'étant qu'UN la collaboration doit être étroite sans être contraignante entre l'orthophoniste et l'éducatrice

Ateliers d'écriture

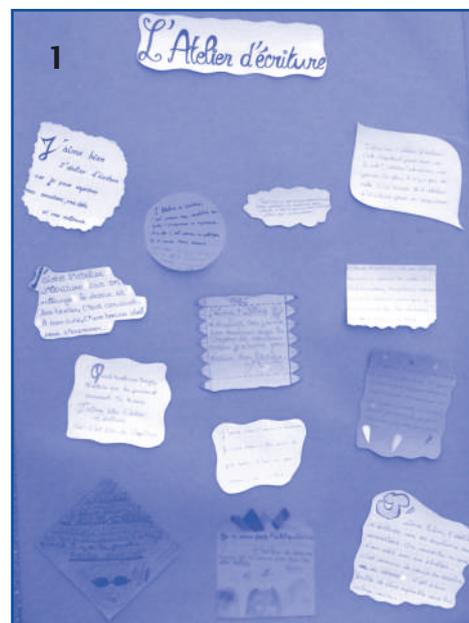
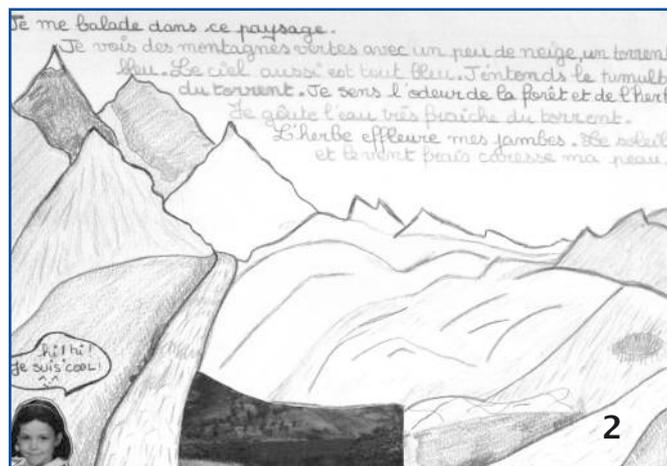
MARTINE REMON ET MARIE-FRANCE SAYDE

Deux enseignantes du Cours Morvan ont mis en place des ateliers d'écritures, qui permettent à leurs élèves d'aborder l'expression écrite sous un angle différent, plus créatif et plus ludique que les cours ordinaires. L'expérience semble prometteuse.

Orthophonistes et enseignantes de français (lecture et expression écrite) au Cours Morvan depuis de nombreuses années, nous avons été confrontées au fait que nos élèves éprouvaient d'importantes difficultés tant sur le plan de la syntaxe que sur le plan du lexique et que, par conséquent, ils n'aimaient pas écrire.

Après avoir participé toutes les deux, à un an d'intervalle, à un stage d'écriture animé par des personnes différentes mais toutes aussi passionnantes, nous avons commencé, sans nous être concertées, à expérimenter nos connaissances toutes fraîches avec nos élèves de la classe de 4^{ème}, et cela de façon épisodique, informelle et non structurée. Le déroulement des séances, la réaction des élèves et notre propre ressenti nous ont conduit à nous interroger sur l'intérêt de cette nouvelle pratique et à souhaiter l'élaboration d'un travail plus construit.

Avec l'accord et le soutien de notre directrice, nous avons pu officialiser ces ateliers d'écriture et les intégrer dans l'emploi du temps à raison d'une heure par semaine. Pour ce faire, nous avons accepté de travailler toutes les deux en jumelage sur la classe de sixième et de quatrième, avec une heure de concertation toutes les trois semaines pour préparer les grandes lignes de notre travail.



Ces ateliers, démarrés officiellement il y a trois ans et nourris de notre réflexion, ont évolué et s'enrichissent d'année en année.

I. Axes de travail

Ces séances permettent de travailler :

1. Les sensations (au travers de différents ateliers mettant en jeu les cinq sens : promenade imaginaire dans un paysage, reconnaissance de matériaux variés - tissus, pierres, coquillages, odeurs -, mettant en jeu la réminiscence affective).

2. Les sentiments

Cela permet aux élèves de se connecter avec leurs émotions, de les différencier, de les nommer.

3. La connaissance de soi, avec notamment un travail sur le fameux "Questionnaire de Proust". Cet atelier concerne spécifiquement les élèves de quatrième qui sont particulièrement friands de tout ce qui peut les aider à mieux se connaître. En sixième, le travail est abordé différemment (au travers du Portrait chinois qui permet notamment de travailler l'analogie).

4. Le lexique

Nous préparons maintenant les ateliers en constituant des banques thématiques, à partir des productions de chacun, élargies au cours de la mise en commun.

5. Les structures syntaxiques

Le maniement de la langue est approfondi au travers des différentes productions écrites.

6. La phonologie

Cet aspect de la langue, plus ou moins facile selon le degré de surdité et l'accès à la langue orale, se fait par des repérages de sons dans les charades, les poèmes (jeux de rimes, etc.).

7. La poésie

La création de petits poèmes à partir d'homonymes, par exemple, permet aux élèves d'accéder relativement facilement à la poésie aussi bien dans sa dimension ludique que dans sa dimension artistique. "C'est beau !" s'exclament certains en lisant les productions de leurs camarades.

II. Déroulement des séances

Depuis cette année, nous n'hésitons plus à consacrer plusieurs séances à un atelier thématique. Par exemple, en fonction des besoins estimés des élèves, nous passons une séance à mettre au point une banque de mots élaborée et enrichie par tous les élèves. La séance suivante se passe à trier, à classer les informations voire, le cas échéant, à les compléter. La troisième séance est consacrée à l'écriture proprement dite. Une séance ultime est destinée à la présentation et à la mise en page. L'accent est alors mis sur l'aspect esthétique.

Si l'aspect ludique était primordial lors de la mise en place des ateliers, une évolution très sensible s'est fait jour au profit de l'aspect esthétique qui, maintenant, y est presque constamment associé.

Tout le matériel du cours de dessin est utilisé (feutres, feuilles de dessin et même tubes de peinture - à la demande de certains élèves). Nous nous servons aussi de photos, de lettres, de textes découpés dans des magazines. A ce sujet, il est important de varier les supports; sinon certains élèves risquent de s'enfermer dans un style au lieu d'expérimenter, d'innover.

Certains élèves ont d'abord manifesté leur étonnement (notamment les quatrièmes) en nous faisant remarquer que ce n'était pas un cours de dessin. Maintenant ils sont les premiers à réclamer et à utiliser avec bonheur ces différents matériaux.



III. Evaluation du travail

Les différents travaux ne sont pas notés, au sens scolaire du terme. Ils sont évalués et permettent de rendre compte de l'appétence des élèves, de leur implication (personnelle et au sein du groupe) et de leurs réalisations.

IV. Bénéfices de ces ateliers

Ces ateliers destinés à un public scolaire préadolescent et adolescent sont très enrichissants pour :

- Les élèves qui se sentent reconnus, accueillis en tant que personnes et non plus en tant

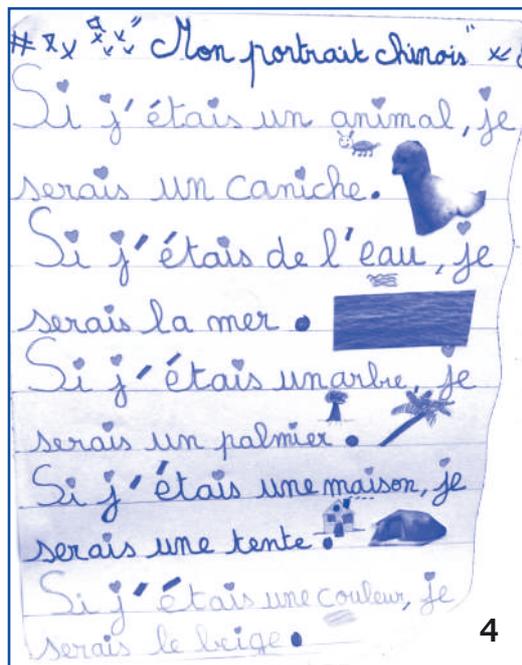
qu'élèves (avec quelquefois un passé scolaire plus ou moins lourd ou un parcours scolaire plus ou moins difficile).

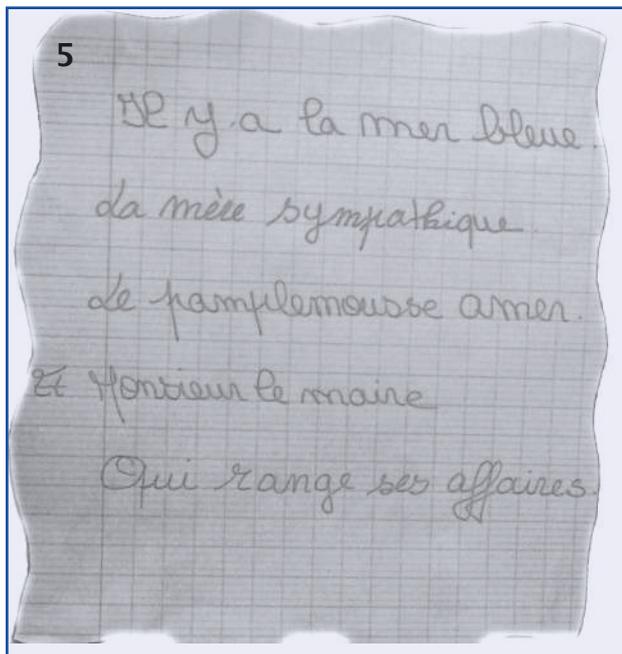
Le stress de la notation fait place à une appétence langagière nouvelle dans un espace de liberté et de plaisir. Chacun peut progresser à son rythme, en trouvant sa place dans le groupe et en s'autorisant à se montrer aux autres. Le partage, le droit de regard se fait progressivement.

Cette capacité de créer par l'écriture, domaine qui d'habitude est ressenti comme inaccessible, leur renvoie une image positive d'eux-mêmes.

- Les enseignants découvrent la personnalité de leurs élèves, l'homme ou la femme en devenir. C'est même quelquefois "l'enfant intérieur" qui se manifeste dans ces créations ludiques. Le rire peut même fuser pendant une séance. Leur regard change: un élève ayant de grosses difficultés à l'écrit peut se révéler par exemple, très doué sur le plan artistique. L'émerveillement face à la créativité et la beauté de certaines compositions est dynamisant pour les enseignants.

- Les enfants sourds n'ont pas souvent dans leur enfance pu jouer avec les mots comme les entendants le font à l'école maternelle (comptines, chansons, etc.) ou même entre eux.





Sur le plan scolaire, des effets positifs peuvent se faire sentir, notamment dans l'expression écrite, dans la maîtrise des outils de la langue, dans la compréhension d'un texte (différenciation sensation/sentiment/caractère, par exemple).

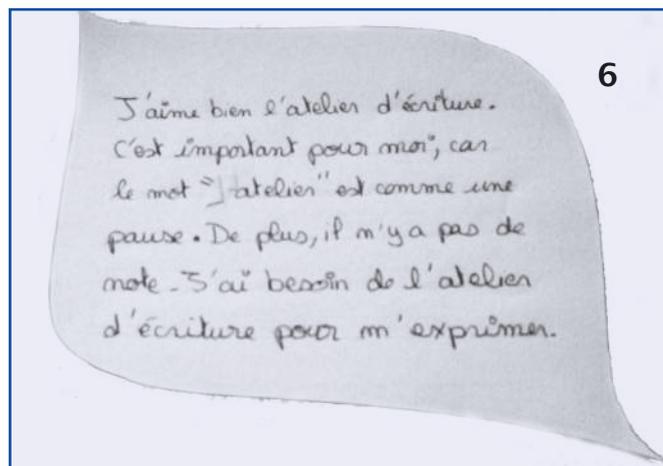
Conclusion

Ces ateliers suscitent beaucoup d'enthousiasme de la part des élèves qui nous ont déjà manifesté leur déception quand une séance devait, à titre exceptionnel, être annulée ou reportée. Certains se sont même autorisés à dire qu'ils n'aimaient pas écrire, le contexte rendant possible ce positionnement individuel.

Nous avons bien conscience de nous situer sur un autre plan que celui de la pédagogie pure. Nous sommes plutôt

des accompagnatrices, des "éveilleuses" de talents. Nous proposons différents projets mûrement réfléchis, encadrés mais avec une grande souplesse, qui visent essentiellement le plaisir, l'épanouissement et la reconnaissance des idées de nos élèves.

Nos ateliers sont en perpétuel devenir, en constante transformation, avec toujours le souci de proposer et d'exiger de la part de nos élèves un travail de qualité. ♦



Collège et Lycée privés Morvan
68 rue de la Chaussée d'Antin
75009 Paris
Directrice : Mme Aude de Saint Loup
Tél. 01 48 74 10 09 / Fax. 01 49 95 02 47
Courriel : info@clgmorvan.org
Site : www.clgmorvan.org



Légende photos

- Photo n°1 : panneau "l'atelier d'écriture"
- Photo n°2 : "Mon paysage préféré", Lucille, classe de 4^{ème}.
- Photo n°3 : "Promenade imaginaire", Marine, classe de 6^{ème}.
- Photo n°4 : "Portrait chinois", Sihame, classe de 6^{ème}
- Photo n°5 : "Poème", Laury, classe de 6^{ème}.
- Photo n°6 : "Témoignage", Nolween, classe de 4^{ème}
- Photo n°7 : "Mon paysage préféré", Sophie, classe de 4^{ème}.

Surdité & Motricité

Colloque acfos VI - 08 et 09 décembre 2006

A lors que se met en place le dépistage néonatal de la surdité, la connaissance des étapes du développement psychomoteur du jeune enfant devient un enjeu majeur dans le cadre d'une prise en charge qui va solliciter sa motricité de plus en plus précocement.

En effet, les activités motrices jouent un rôle majeur dans l'évolution de l'enfant sourd. Spontanément, il compense le manque d'informations auditives par des activités motrices, explorant son milieu.

Ses capacités motrices sont également très souvent sollicitées dans le cadre de la rééducation ; la Langue des Signes est une langue gestuelle, des aides manuelles sont proposées pour visualiser les éléments de la parole, la production orale s'appuie sur la prise de conscience des mouvements des organes phonateurs, etc.

Il est donc essentiel de faire connaître aux professionnels de la surdité l'organisation progressive du développement psychomoteur normal de l'enfant et les éventuels troubles psychomoteurs associés (troubles de l'équilibre, de la coordination motrice...) afin de les aider à proposer des réponses appropriées aux troubles rencontrés.

C'est pour aider à faire face à cet enjeu et tenter d'apporter des réponses aux nombreuses questions que se posent les personnes confrontées aux difficultés de la prise en charge d'enfants sourds qu'Acfos a choisi d'organiser son sixième colloque international sur le thème "SURDITÉ ET MOTRICITÉ".

Avant-programme

VENDREDI 08 DÉCEMBRE

Ouverture du colloque

Pr Olivier DULAC, Président du Comité Scientifique

Développement de la pensée et structuration spatio-temporelle - Le corps dans l'espace et dans le temps

Pr Bernard GOLSE, Hôpital Necker, Paris

Apport de l'imagerie dans l'étude du développement psychomoteur de l'enfant et de ses troubles

Conférencier sous réserve

Fonction d'exécution et fonction de contrôle de l'activité motrice. Troubles de ces fonctions et étiologie

Pr Louis VALLÉE, Hôpital R. Salengro, Lille

Intégration multisensorielle et motricité

Dr Lisa OUSS, Hôpital Necker, Paris, France

Sémiologie des mouvements anormaux

Dr Emilio FERNANDEZ ALVAREZ, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelone (Espagne)

Développement sensori-moteur de la parole chez l'enfant au cours de la première année

Mme Anne VILAIN, Phonéticienne, Université Stendhal, Grenoble

Echelle d'évaluation du développement psycho-moteur de l'enfant normal et des troubles moteurs

Dr Laurence VAIVRE-DOURET, Hôpital Necker, Paris

SAMEDI 09 DÉCEMBRE

Intérêt du bilan neuro psychomoteur et du diagnostic des troubles du contrôle postural et moteur chez l'enfant sourd

Mme Elisabeth Lasserre, Psychomotricienne, Centre de Ressources R. Laplane, Paris

Répercussion de ces troubles sur les moyens de communication de l'enfant sourd - regard, mimogestualité, langage, parole

Dr Jeanne Cousin, Centre de Ressources R. Laplane, Paris

Troubles de l'oculomotricité et du contrôle du regard

Dr Georges Challe, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Impact de ces troubles dans la communication de l'enfant sourd et rééducation

Conférencier à confirmer

Troubles de l'équilibre: bilan diagnostic et conséquences sur le développement psychomoteur

Dr Sylvette Wiener Vacher, Hôpital R. Debré, Paris

Prise en charge des enfants atteints de troubles de l'équilibre

Mme Marie France Dubuc, Psychomotricienne, CEOP, Paris

Conséquences motrices du déficit multisensoriel de l'enfant porteur du syndrome CHARGE

Dr Véronique Abadie, Hôpital Necker, Paris

Lieu

Espace reuilly
21 rue Hénard
75012 Paris

Accès

- Mongallet (L.8 Balard - Créteil)
- Reuilly-Diderot (L.1 La Défense - Château de Vincennes)
- Bus : Lignes 29 - 46 - 57

Tarifs

- Formation continue : 350 €
- Professionnel Individuel : 230 €
- Tarif réduit (étudiants, personnes sourdes) : 150 €

Vous pouvez obtenir un fichet Congrès SNCF (réduction de 20 % sur le trajet en France)

Pour être enregistrées les inscriptions doivent être accompagnées du montant total (sauf en cas de convention de formation continue). En cas de désistement, les frais de dossier resteront acquis à ACFOS, soit 50 euros. En cas de désistement après le 1^{er} novembre 2006, la totalité de l'inscription sera due.

Le Colloque est organisé avec le parrainage de: **Bureau International d'Audiophonologie (BIAP)**

Pour de plus amples informations sur les horaires, les tarifs, le programme..., contactez-nous à :

ACFOS
11 rue de Clichy
75009 Paris

Tél. 08 70 24 27 87/Fax. 01 48 74 14 01
Courriel: contact@acfos.org
Site : www.acfos.org

Josette CHALUDE



Blocnotes

Une valeur ajoutée : le charisme

“Si j’étais Dieu, j’aurais pitié du cœur des hommes!”

Dans mon esprit encore embrumé de sommeil, les notes de Debussy s’égrènent douloureusement. Pourquoi, depuis peu, ces mots-là reviennent-ils si souvent à la surface? Serait-ce une alchimie du grand âge?

“Vous ne savez pas ce que c’est qu’une âme” dit Arkel au malheureux Golau... Ce rôle d’Arkel, mon mari ne l’a chanté qu’une seule fois, il y a un bon demi-siècle. Depuis, le nombre d’habitants de la planète a doublé, et aux maux dont nous menace la nature s’ajoutent ceux que nous devons à notre génie inventif. Pour gérer cette gigantesque machine à faire vivre longtemps en consommant toujours plus, la technique et les instruments de l’intelligence ont tout envahi. *Sapiens* se donne beaucoup de mal pour naturaliser les phénomènes de la pensée... Qui eût supposé naguère que serait localisé l’endroit de notre cerveau où s’origine la pulsion du rire - (“le propre de l’homme”...).

On aurait même identifié récemment une zone du cortex où s’élaborerait le sentiment religieux...

Vu sous cet angle, le champ de la surdité est très instructif. Dans la boîte à outils des parents pionniers guidés par des savants thérapeutes en avance sur leur temps, il n’y avait autrefois que des savoir-faire, mais ce fut le socle de toutes les avancées scientifiques qui s’imposèrent par la suite. Car il apparut très vite que ces savoir-faire, fussent-ils maîtrisés, ne produisaient les effets espérés qu’à proportion du savoir-être des acteurs. Un expert comme notre Suzanne Borel, en quelques minutes d’entretien avec une mère, était en mesure d’évaluer ses chances d’être efficace dans la dynamique d’apprentissage de son enfant sourd.

Vint “le progrès”. Prothèses performantes, méthodes éducatives sophistiquées, innovations pédagogiques : il a fallu des années d’expérience de terrain, d’honnêteté intellectuelle et d’empathie pour sortir du piège des extrémismes. Les hommes inventent des outils et des procédures bien avant d’avoir compris les lois qui expliquent leur efficacité. Au moment où la confusion était à son comble, le projet associatif d’ACFOS, né d’une “connivence” de l’expertise professionnelle

avec celle de parents expérimentés, s’est construit sur un pari : celui de recueillir et répandre les savoirs nécessaires à tous les usagers de notre système et cela jusque dans les milieux les plus malchanceux.

Nous entrons dans la phase finale d’une mutation de tout notre système de soins, d’enseignement et d’action sociale. Une phase où la politique politicienne reprend tous ses droits et dont un lobbying familial de quatre décennies m’a persuadée qu’elle exigera de tous les intéressés une grande vigilance et un grand sens de la justice sociale.

Au Québec, celui qui se destine à un métier impliquant une relation psychologique (avec l’apprenant ou le patient) est obligé par la loi de suivre une “formation de la personne”. De fait, s’il ignore “ce que c’est qu’une âme” - en particulier la sienne - fut-il armé d’outils performants supposés les “guérir”, celui qui intervient dans le processus vital d’un enfant, d’un adolescent, voire d’un adulte en difficulté, risque fort de décevoir.

Qu’à tout le moins, dans les cas de surdité pré-linguale, la précocité du diagnostic imposée par les avancées techniques et scientifiques ne nuise pas à l’adaptation de la famille et à la restauration de son énergie. Car c’est d’un bébé qu’il s’agit désormais, et l’essentiel de son avenir risque de se jouer là. Les actes d’ACFOS 5 - notre dernier colloque, auquel une malencontreuse crise cardiaque m’empêcha d’assister - m’ont apporté un grand bonheur : dans le champ de nos passions réparatrices, les esprits éclairés se multiplient.

Cependant, pour tenter de justifier mes propos, c’est à J.C. Lafon que j’emprunterai, si j’ose dire, “la cerise sur le gâteau”. A l’occasion du célèbre colloque de l’ANPEDA consacré, en 1979, aux “enjeux et embûches de l’éducation précoce”, le professeur, analysant les formations nécessaires aux spécialistes de la guidance parentale, fit remarquer qu’elles étaient toutes valables.

“Ce qui me semble le plus important”, a-t-il observé, “c’est d’avoir affaire à « des personnalités charismatiques »”...

J’espère avoir contribué à en persuader nos lecteurs... ♦

A photocopier ou à découper, et à retourner à :
ACFOS, 11 rue de Clichy 75009 Paris – France
Compte bancaire :
Société Générale 78600 Le Mesnil Le Roi
30003 03080 00037265044 05

HORS SÉRIE N°2 : les Actes du Colloque ACFOS V

Je commande le Hors Série N°2 de
Connaissances Surdités sur les Actes Acfos V
au prix de 20 €

*Tarifs pour la France métropolitaine.
Nous contacter pour l'étranger.*

Nom/Prénom
Adresse
Code Postal
Ville
Tél.
Profession

Ci-joint un chèque à l'ordre d'ACFOS
 Je règle par virement bancaire à ACFOS

Date et signature obligatoire :

A photocopier ou à découper, et à retourner à :
ACFOS, 11 rue de Clichy 75009 Paris – France
Compte bancaire :
Société Générale 78600 Le Mesnil Le Roi
30003 03080 00037265044 05

ABONNEMENT

Abonnez-vous à « Connaissances Surdités »

- Je m'abonne pour un an au prix de 40 €
- Je souscris un abonnement de soutien à
Acfos pour un an à partir de 60 €
- Je commande le N° ... au prix de 12 €
- Abonnement groupé (pour une même adresse)
- 3 abonnements : 25 % de réduction, soit 90 euros (au
lieu de 120 €)
- 5 abonnements : 30 % de réduction soit 140 euros
(au lieu de 200 €)

Abonnement Parents/Étudiants : 25 €
(Faire tamponner le bulletin par un professionnel de la
surdité ou une association/Photocopie de la carte
étudiant)

*Tarifs pour la France métropolitaine.
Nous contacter pour l'étranger*

Nom/Prénom
Adresse
Ville..... Code postal
Tél.
Profession

Ci-joint un chèque à l'ordre d'ACFOS
 Je règle par virement bancaire à ACFOS

Date et signature obligatoire :

Glossaire

AFDPHE Association française pour le
dépistage et la prévention des handicaps
de l'enfant

ALPC Association nationale pour la
promotion et le développement de la
Langue française Parlée Complétée

ANECAMSP Association nationale des
équipes contribuant à l'action médico-
sociale précoce

ANPEDA Association nationale de
parents d'enfants déficients auditifs

CAMSP Centre d'action médico-sociale
précoce

CDÉS Commission départementale de
l'éducation spéciale

CDOS Centre de diagnostic et
d'organisation de la prise en charge de
la surdité

CEOP Centre expérimental
orthophonique et pédagogique

CIS Centre d'information pour la surdité

CLIS Classe d'intégration scolaire

CMPP Centre médico-psycho-
pédagogique

CNAMTS Caisse nationale d'assurance
maladie des travailleurs salariés

CODALI Codage audition langage
intégration

COTOREP Commission technique
d'orientation et de reclassement
professionnel

CPAM Caisse primaire d'assurance
maladie

CTNERHI Centre technique national
d'études et de recherches sur les
handicaps et les inadaptations

DA Déficient auditif

DASS Direction des affaires sanitaires et
sociales

DDASS Direction départementale des
affaires sanitaires et sociales

DGAS Direction générale de l'action
sociale

DGS Direction générale de la santé

DHOS direction de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

DRASS Direction régionale des affaires
sanitaires et sociales

FNO Fédération nationale des
orthophonistes

IC Implant cochléaire

IJS Institut de jeunes sourds

IMC Infirmitté motrice cérébrale

INJS Institut national de jeunes sourds

IRJS Institut régional de jeunes sourds

LL Lecture labiale

LPC Langue parlée complétée

LSF Langue des signes française

MDPH Maison départementale des
personnes handicapées

MDSF Mouvement des sourds de France

OEA Otoémissions acoustiques

PHRC Programme hospitalier de
recherche clinique

PMI Protection maternelle et infantile

ROC Réflexe d'orientation conditionné

SAFEP Service d'accompagnement
familial et d'éducation précoce

SAVS Service d'accompagnement à la vie
sociale

SSEFIS Service de soutien à l'éducation
familiale et à l'intégration scolaire

SESSAD Service d'éducation spéciale et
de soins à domicile

UNISDA Union nationale pour l'insertion
des déficients auditifs

URAPEDA Union régionale de parents
d'enfants déficients auditifs