



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

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

Audrey LEGARGASSON et Charlotte PIRIOU

soutenu publiquement en juin 2011 :

**Intérêt d'une prise en charge orthophonique
chez l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd
Élaboration de pistes rééducatives à partir d'un état
des lieux établi auprès de professionnels.**

MEMOIRE dirigé par :

Mme le Docteur RUZZA Isabelle, service Otologie, Hôpital Roger Salengro, CHU Lille

Lille – 2011

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre maître de mémoire, Madame le Docteur Isabelle Ruzza, pour nous avoir fait confiance et nous avoir guidé tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Nous remercions également les professeurs de l'Institut d'Orthophonie Gabriel Decroix pour nous avoir transmis leurs connaissances, fait partager leurs expériences et surtout donner l'envie d'exercer.

Nous sommes reconnaissantes à l'égard de nos maîtres de stage qui ont conforté notre désir de devenir orthophoniste en passant du temps à nous former et à nous transmettre leurs savoirs pratiques.

Nous savons gré aux professionnels de santé pour s'être intéressés à notre travail et avoir contribué à son accomplissement en répondant à nos questionnaires.

Nous exprimons nos remerciements aux personnes ayant participé volontiers à nos séances et qui ont, de ce fait, aidé à la réalisation de ce travail.

Nous pensons à toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Plus personnellement, nous tenons à remercier nos parents et familles respectives qui ont cru en nous, nous ont épaulées et permis de réussir et d'accéder à nos souhaits.

Nous exprimons notre gratitude à nos ami(e)s qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de notre cursus.

Nous remercions nos camarades, devenues amies, et futures collègues, Marine Bocquet, Marion Sefidari et Amélie Beauvais qui nous ont stimulées et accompagnées dans certains moments difficiles.

Nous tenions à exprimer nos remerciements à Yohan Ménard, audioprothésiste, qui a offert de son temps pour nous aider dans le cheminement de ce mémoire et qui nous a permis de mieux cerner son métier.

Enfin, nous exprimons notre gratitude à Jacqueline Guibert et aux professionnels du réseau « Bien entendre après 60 ans » pour nous avoir accueillies, formées et nous avoir apporté des connaissances indéniables sur ce type de prise en charge.

Résumé :

Avec le vieillissement de la population, la société est de plus en plus confrontée à la surdité acquise chez des personnes de plus de 60 ans. Cette pathologie présente donc aujourd'hui un intérêt majeur.

Si cette pathologie est connue et reconnue de tous les professionnels gravitant autour de ces patients, le fait que l'orthophonie puisse apporter un bénéfice complémentaire à l'appareillage n'est pas encore banalisé.

Nous avons réalisé une enquête auprès des professionnels (médecins ORL, audioprothésistes, médecins généralistes ou gériatres et orthophonistes) afin de savoir s'ils connaissaient ce type de prise en charge orthophonique et s'ils participaient activement à une collaboration interprofessionnelle.

Cette étude nous a suggéré que les intervenants sont, pour la plupart d'entre-eux, conscients de l'intérêt de l'orthophonie dans certains cas, mais que la rééducation de ces patients n'est pas encore effectuée régulièrement. Le partenariat entre les professionnels, bien qu'indiscutable en théorie, n'est pas souvent appliquée en pratique du fait de l'absence de formation et de sensibilisation de ces derniers.

Une approche pluridisciplinaire est essentielle pour les personnes ayant une déficience auditive, afin de les maintenir dans leur environnement

Nous montrons ici l'intérêt d'une prise en charge orthophonique pour les patients âgés de plus de 60 ans devenus sourds, et élaborons des pistes de rééducation.

Mots-clés :

personne de plus de 60 ans, surdité acquise, orthophonie, intérêt, rééducation, collaboration

Abstract :

With increasing of age of our population, acquired hearing loss of people over 60 becomes a real challenge.

The pathology is well known from professionals of hearing. At the same time , speech therapy is not a therapy used communly.

An inventory was administrated to specialists of hearing such as ENT doctors, hearing-aid specialists, general practitioners or geriatricians and speech therapists to ask them if they know speech therapy for acquired hearing loss and if they were using this type of therapy to know if speech therapy is effective.

Our report proved that professionals are aware of the interest of speech therapy, but generally this therapy is not yet provided.

The partnership between professionals is known in practice but it's not often applied because of the lack of training and awareness of them.

A multidisciplinary approach is essential for people with hearing loss in order to maintain patients in their environment.

Here we show the interest of speech therapy for patients with hearing loss aged over 60 years, and develop rehabilitation.

Keywords :

people over 60, acquired hearing loss, speech therapy, interest, reeducation, collaboration

Table des matières

Introduction.....	10
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	12
1.Définition et présentation du système auditif.....	13
1.1.Anatomie de l'oreille.....	13
1.1.1.L'oreille externe.....	13
1.1.2.L'oreille moyenne.....	13
1.1.3.L'oreille interne.....	14
1.1.4.Le circuit rétrocochléaire.....	14
1.2.Physiologie de l'audition.....	15
1.2.1.Rôle de transmission.....	15
1.2.1.1.L'oreille externe.....	15
1.2.1.2.L'oreille moyenne.....	15
1.2.2.Rôle de perception.....	15
1.2.2.1.L'oreille interne.....	15
2.Les différents types de surdité et principales pathologies rencontrées.....	17
2.1.Surdité de transmission.....	17
2.1.1.Lésions du conduit auditif externe.....	17
2.1.1.1.Lésions de l'oreille moyenne.....	17
2.1.1.2.Les pathologies tumorales.....	18
2.1.1.3.L'otospongiose.....	18
2.2.Surdité de perception.....	19
2.2.1.Surdités de perception endocochléaires.....	19
2.2.1.1.La maladie de Ménière.....	19
2.2.1.2.La surdité brusque.....	20
2.2.1.3.Surdité ototoxique.....	20
2.2.1.4.Surdité infectieuse: les labyrinthites.....	20
2.2.1.5.Surdité post-traumatique.....	21
2.2.1.6.Presbyacousie.....	21
2.2.2.Surdités de perception rétrocochléaires.....	22
2.2.2.1.Neurinome de l'acoustique.....	22
2.2.2.2.Neurofibromatose de type II.....	22
2.2.3.Surdité de perception centrale.....	22
3.Diagnostic et traitement des troubles auditifs de l'adulte de plus de 60 ans..	23
3.1.Conduite diagnostique devant une surdité de l'adulte.....	23
3.1.1.L'interrogatoire ou anamnèse.....	23
3.1.2.L'examen clinique.....	24
3.1.2.1.L'otoscopie.....	24
3.1.2.2.L'acoumétrie au diapason.....	24
3.1.3.Les explorations fonctionnelles auditives.....	24
3.1.3.1.Les tests subjectifs.....	24
3.1.3.1.1.L'audiométrie tonale.....	24
3.1.3.1.2.L'audiométrie vocale.....	25
3.1.3.2.Les tests objectifs.....	25
3.1.3.2.1.L'impédancemétrie.....	25
3.1.3.2.2.Les potentiels évoqués auditifs précoces.....	27
3.1.3.2.3.Les oto-émissions acoustiques.....	27
3.2.Les traitements.....	28

3.2.1. Les traitements chirurgicaux et médicaux.....	28
3.2.2. La prise en charge audioprothétique.....	29
3.2.2.1. L'appareillage auditif.....	29
3.2.2.1.1. Les indications pour l'appareillage.....	29
3.2.2.1.2. L'adaptation prothétique.....	30
3.2.2.1.3. Les limites de l'appareillage.....	34
4. Effets du vieillissement sur le système auditif et présentation de la presbyacousie.....	35
4.1. Le vieillissement de l'appareil auditif.....	35
4.2. La presbyacousie: cause majeure de surdité chez l'adulte chez l'adulte sourd de plus de 60 ans.....	36
4.2.1. Définition.....	36
4.2.2. Typologie des presbyacousies.....	36
4.3. Diagnostic positif.....	38
4.3.1. Symptômes fonctionnels.....	38
4.3.2. Tests auditifs de dépistage.....	38
4.4. Retentissements perceptifs et principales plaintes de la personnes presbyacousiques.....	39
4.5. Retentissements comportementaux et psychoaffectifs/sociaux.....	40
4.6. Enquête « Le handicap auditif en France » (Handicaps, Incapacités, Dépendance) [54].....	41
4.7. Les différents traitements.....	43
4.7.1. Les traitements médicaux.....	43
4.7.2. L'appareillage audioprothétique.....	43
4.7.2.1. Limites liées à l'appareillage prothétique.....	44
4.7.2.1.1. Adaptation et utilisation de l'aide auditive.....	44
4.7.2.1.2. Paradoxe concernant ce handicap.....	46
5. La personne âgée.....	47
5.1. Qu'est-ce que le vieillissement?.....	47
5.1.1. Définitions.....	47
5.1.2. Données démographiques, épidémiologiques et aspects socio-économiques.....	48
5.1.3. Espérance de vie.....	48
5.1.4. Dépendance.....	48
5.2. Les effets du vieillissement.....	49
5.2.1. Les déclin de la vieillesse.....	49
5.2.1.1. La gérontologie et la gériatrie.....	49
5.2.1.2. Les conséquences physiques et physiologiques.....	50
5.2.1.3. Le vieillissement des structures cérébrales.....	52
5.2.2. Le vieillissement cognitif.....	53
5.2.3. Un point de vue plus positif.....	53
5.2.3.1. La notion de plasticité cérébrale.....	53
5.2.3.2. Des aptitudes préservées.....	54
5.2.3.3. Une vieillesse réussie.....	54
6. Politiques et actions de santé en faveur des personnes âgées.....	55
6.1. Politiques de santé [35] [41].....	55
6.2. Présentation de structures prenant en charge l'adulte devenu sourd.....	56
6.2.1. Le réseau de santé « Bien Entendre après 60 ans » (Nantes, Loire Atlantique) [33].....	56
6.2.2. Le Centre d'Évaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition	

(Angers, Maine et Loire) [45].....	57
7.Problématique et hypothèses.....	59
Sujets et méthodes.....	60
1.Objectifs de notre travail.....	61
1.1.Objectifs à court terme.....	61
1.2.Objectifs à long terme.....	61
2.Matériel et méthodes.....	62
2.1.Questionnaires.....	62
2.1.1.Présentation de l'échantillon exploité (les remplisseurs).....	62
2.1.2.Conception de l'outil.....	63
2.1.2.1.Élaboration des questionnaires.....	63
2.2.Méthodes d'analyse des résultats.....	72
2.2.1.Analyse quantitative.....	72
2.2.2.Analyse qualitative.....	73
2.3.Séance « type ».....	73
2.3.1.Présentation du matériel utilisé.....	73
2.3.2.Présentation de la population testée.....	74
2.3.2.1.Critères d'inclusion et d'exclusion.....	74
2.3.2.1.1.Critères d'inclusion.....	74
2.3.2.1.2.Critères d'exclusion.....	74
2.3.2.2.Modalités de recrutement des patients.....	75
2.3.2.3.Cadre de l'entretien.....	75
2.3.3.Analyse qualitative.....	75
Résultats.....	77
1.Analyse des résultats.....	78
1.1.Analyse quantitative des réponses aux questionnaires.....	78
1.1.1.Les réponses des différents professionnels.....	78
1.1.2.Les réponses des médecins ORL et orthophonistes.....	90
1.1.3.Les réponses des médecins généralistes.....	91
1.1.4.Les réponses des orthophonistes.....	91
1.2.Analyse qualitative.....	94
1.2.1.Traitement qualitatif des réponses aux questionnaires.....	94
1.2.1.1.Thème se rapportant à la collaboration entre les professionnels de la surdité.....	95
1.2.1.2.Thème intéressant les patients.....	97
1.2.1.3.Thème concernant la prise en charge orthophonique.....	97
1.2.2.Traitement qualitatif de la séance « type ».....	99
2.Intérêts de la prise en charge et pistes de rééducation.....	100
2.1.Intérêts d'une prise en charge orthophonique.....	100
2.2.Pistes de rééducation de la personne de plus de 60 ans devenue sourde....	101
2.2.1.Guidance familiale et du patient.....	101
2.2.2.Le travail auditif.....	103
2.2.2.1.La rééducation auditive.....	104
2.2.2.2.Travail de la compréhension de la parole.....	105
2.2.3.La lecture labiale.....	105
2.2.4.L'entraînement cognitif.....	109
Discussion.....	111
1.Rappel du cadre théorique.....	112
2.Hypothèses de départ.....	113

2.1.Principaux résultats obtenus.....	114
2.1.1.Réponses aux questionnaires.....	114
2.1.2.Réponses des patients concernant la séance « type ».....	115
3.Comparaison avec la littérature.....	116
4.Validation ou invalidation des hypothèses.....	119
5.Interprétation personnelle des résultats.....	119
6.Limites et perspectives éventuelles de notre travail.....	122
7.Ouverture.....	123
Conclusion.....	125
Bibliographie.....	128
Annexes.....	133
Annexe n°1 : Schéma de l'oreille.....	134
Annexe n°2 : Audiogrammes tonal et vocal d'un normo-entendant.....	135
Annexe n°3 : Audiogrammes tonal et vocal d'une presbyacousie.....	136
Annexe n°4 : Estimation de population.....	137
Annexe n°5 : Evolution de la population.....	138
Annexe n°6 : Différence entre un échantillon de déficients auditifs et un échantillon d'entendants.....	139
Annexe n° 7: Satisfaction par rapport à sa vie.....	140
Annexe n° 8: La retraite.....	141
Annexe n° 9: Questionnaire aux médecins ORL.....	142
Annexe n° 10: Questionnaire aux audioprothésistes.....	145
Annexe n° 11: Questionnaire aux médecins généralistes.....	149
Annexe n° 12: Questionnaire aux orthophonistes.....	152
Annexe n° 13: Tableaux statistiques des réponses aux questionnaires.....	158
Annexe n° 14: Remarques complémentaires des médecins ORL.....	173
Annexe n° 15: Remarques complémentaires des audioprothésistes.....	175
Annexe n° 16: Remarques complémentaires des médecins généralistes.....	179
Annexe n° 17: Remarques complémentaires des orthophonistes.....	181
Annexe n° 18: Déroulement de la séance « type ».....	186
Annexe n° 19: Audiogrammes du patient 1.....	189
Annexe n° 20: Audiogrammes du patient 2.....	190
Annexe n° 21: Audiogrammes du patient 3.....	191
Annexe n° 22: Audiogrammes du patient 4.....	192
Annexe n° 23: Audiogrammes du patient 5.....	193
Annexe n° 24: Réponses et réactions des patients testés.....	194

Introduction

Notre société doit de plus en plus apporter des solutions aux pathologies spécifiques des personnes âgées de plus de 60 ans étant donné l'augmentation de la durée de vie.

La surdité acquise chez cette population fait largement partie de ces pathologies auxquelles nous sommes plus régulièrement confrontés.

L'individu devenu sourd est handicapé de manière importante dans sa capacité de communication avec autrui.

La principale difficulté concerne l'intelligibilité: « j'entends, mais je ne comprends pas ». Or l'orthophoniste est le professionnel qui peut intervenir pour pallier à ce type de troubles.

Néanmoins, arrivées au terme de notre cursus d'orthophonie, nous avons constaté que cette prise en charge de la personne de plus de 60 ans devenue sourde n'était pas vraiment légitimée.

Nous nous sommes également rendus compte que les professionnels intervenant auprès de ces patients n'avait pas pleinement conscience de l'intérêt d'une telle rééducation et qu'ils ne collaboraient pas entre eux de manière systématique.

Nous proposons alors un travail qui débute avec une première partie recueillant les données théoriques actuelles sur la surdité acquise ainsi que sur le vieillissement et la personne âgée.

Nous présentons ensuite la problématique de notre étude.

Puis, afin de réaliser un état des lieux sur les connaissances concernant cette prise en charge orthophonique, nous exposons et analysons les résultats de notre enquête auprès des professionnels concernés (médecins ORL, audioprothésistes, médecins généralistes ou gériatres et orthophonistes).

Nous proposons également des pistes de rééducation à destination des orthophonistes en reprenant les axes importants à travailler avec les patients sur lesquels pourront s'appuyer ces professionnels .

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Définition et présentation du système auditif

La surdité est un symptôme défini par une baisse de l'audition, quelle que soit son importance et quelle que soit son étiologie. Elle est synonyme du terme « hypoacousie » qui est plus fréquemment employé pour les surdités légères ou moyennes.

Elle peut être transitoire ou définitive, parfois même évolutive et ses conséquences sont multiples. Comme la surdité n'est pas toujours curable médicale ou chirurgicale, elle implique la notion de handicap et sa prise en charge est alors pluridisciplinaire (Brin F. et al. (2004)) [9].

1.1. Anatomie de l'oreille

L'oreille se divise en 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne (cf. ANNEXE n 1). Le système d'exploitation du son se situe ensuite dans le cerveau et est transmis par le nerf auditif jusqu'au cortex auditif.

1.1.1. L'oreille externe

Elle est constituée du pavillon formé de cartilage, et du conduit auditif externe. Ce dernier est constitué d'un segment cartilagineux et un autre osseux recouvert d'une fine couche cutanée. Le tympan (oreille moyenne) obture le conduit auditif externe.

1.1.2. L'oreille moyenne

C'est un ensemble de cavités creusées dans l'os temporal et aérées par la trompe d'Eustache. Le tympan est une membrane formée de trois couches : une couche superficielle épidermique, une couche intermédiaire fibreuse et une couche profonde muqueuse. A l'intérieur de la caisse du tympan, sont logés les osselets articulés les uns aux autres. Il s'agit du marteau, dont le manche est enchâssé dans le tympan, l'enclume puis l'étrier.

1.1.3. L'oreille interne

Elle est située profondément dans l'os temporal, au niveau du rocher. Elle est divisée en 2 entités : le labyrinthe osseux et le labyrinthe membraneux.

Entre labyrinthe osseux et labyrinthe membraneux, s'interpose la périlymphe.

Le labyrinthe osseux est un système de canaux osseux divisé en 3 zones : le vestibule, les canaux semi circulaires et la cochlée (également appelée limaçon).

Le labyrinthe membraneux, siège des récepteurs sensoriels, est contenu à l'intérieur du labyrinthe osseux et est rempli d'endolymphe (liquide). Deux cavités arrondies le composent : l'utricule et le saccule, situés à l'intérieur du vestibule, et trois canaux circulaires. Le vestibule ainsi que les canaux semi-circulaires sont destinés à assurer la fonction de l'équilibre.

La cochlée représente le siège de l'organe acoustique récepteur appelé organe de Corti.

Elle est divisée en 3 cavités : la rampe vestibulaire, le canal cochléaire et la rampe tympanique.

Le canal cochléaire est tapissé par la membrane basilaire sur laquelle repose l'organe de Corti. Celui-ci comporte 3 rangées de cellules ciliées externes (> 12000) et une rangée de cellules ciliées internes (de 3000 à 5000). Ces cellules sont constituées à l'apex de stéréocils (ayant des propriétés vibratiles) et font synapse avec la plupart des fibres du nerf cochléaire.

Le labyrinthe membraneux donne naissance aux voies nerveuses acoustiques et vestibulaires qui vont se réunir pour former la VIIIème paire crânienne.

1.1.4. Le circuit rétrocochléaire

Le nerf auditif chemine dans le conduit auditif interne et pénètre dans le tronc cérébral au niveau de la protubérance. Différents relais s'effectuent au niveau du tronc cérébral (noyaux cochléaires, complexe olivaire supérieur), du mésencéphale (colliculus inférieur), puis du thalamus (corps genouillés médians). Du thalamus, les projections se font vers le cortex auditif (situé dans le lobe temporal).

1.2. Physiologie de l'audition

1.2.1. Rôle de transmission

1.2.1.1. L'oreille externe

Le pavillon joue le rôle de cornet acoustique en dirigeant les ondes sonores vers le conduit auditif externe. Par sa forme, il favorise la localisation des sons. Le conduit auditif externe transmet l'onde sonore vers le tympan avec une légère amplification par un phénomène de résonance (entre 2000 et 4000Hz).

1.2.1.2. L'oreille moyenne

Les ondes sonores mettent en vibration la membrane tympanique elle-même solidaire du marteau. Le déplacement du marteau se transmet à l'enclume puis à l'étrier. Ce dernier met en vibration les liquides de l'oreille interne par un mécanisme de piston dans la fenêtre ovale. Cette transmission s'effectue avec une nouvelle amplification par un phénomène de levier (différence entre la surface du tympan et celle de la platine de l'étrier).

L'oreille moyenne joue également un rôle de protection de l'oreille interne. En effet, lors de fortes intensités (supérieures à 80dB), le muscle stapédien (attaché à l'étrier et aux parois de la caisse) se contracte, et limite ainsi la vibration mécanique de la chaîne ossiculaire. C'est ce qu'on appelle le réflexe stapédien. Celui-ci est bilatéral, fatigable et possède un temps de latence (de l'ordre de 20 à 40 ms).

La trompe d'Eustache assure l'équilibre de pression entre l'oreille externe et l'oreille moyenne favorisant ainsi la bonne vibration du système tympano-ossiculaire.

1.2.2. Rôle de perception

1.2.2.1. L'oreille interne

La vibration des liquides de l'oreille interne déforment la membrane basilaire et entraînent un déplacement des stéréocils des cellules ciliées à l'origine d'une dépolarisation de ces dernières. Ceci conduit à la naissance d'un potentiel d'action transmis vers les fibres du nerf auditif. Le signal acoustique est ainsi transformé en signal électrique.

Selon Bouccara et al. (2005), les cellules ciliées externes et internes ont un rôle distinct. Les cellules ciliées internes relaient les messages vers les neurones afférents, chaque neurone codant une fréquence spécifique.

Les cellules ciliées externes jouent un rôle moteur elles réagissent mécaniquement à la cadence du son excitateur, modulant ainsi la vibration sonore. Elles contribuent également à amplifier le stimulus.

Selon la fréquence des sons envoyés à l'oreille, ce n'est pas le même endroit sur la membrane basilaire qui va vibrer. Les fréquences hautes (sons aigus) font vibrer les parties proches de la fenêtre ovale, à la base de la cochlée. Les fréquences basses (sons graves) mettent en vibration les cellules situées à l'apex de la cochlée. C'est ce qu'on appelle la tonotopie cochléaire.

2. Les différents types de surdité et principales pathologies rencontrées

2.1. Surdité de transmission

Elle se caractérise par une atteinte de la voie aérienne et est due à une lésion de l'oreille moyenne et/ou externe. Elle correspond à une perte auditive de 60dB maximum, ce qui l'intègre, au niveau de la classification BIAP, à une surdité légère voire moyenne. Le patient entend moins bien mais sa discrimination est préservée.

2.1.1. Lésions du conduit auditif externe

Dans ces atteintes de l'oreille externe, on peut rencontrer des bouchons de cérumen ainsi que des traumatismes engendrés par l'introduction de corps étrangers pouvant entraîner une infection du conduit auditif externe mais également par l'apparition d'un eczéma. L'otite externe est fréquemment rencontrée et symbolise une inflammation de la peau du conduit, cependant elle est médicalement traitable.

2.1.1.1. Lésions de l'oreille moyenne

Dans ce cas, on peut avoir affaire à une atteinte inflammatoire, c'est-à-dire à une otite moyenne aiguë ou chronique. Selon Ayache et al. (2001) [1], l'otite moyenne chronique se manifeste par la présence d'un épanchement séreux ou séromuqueux dans les cavités de l'oreille moyenne, derrière un tympan fermé. Elle peut-être notamment secondaire à un dysfonctionnement tubaire ainsi qu'à une tumeur sur le cavum. Elle entraîne une sensation de plénitude d'oreille ou d'oreille bouchée avec autophonie et hypoacousie, la perte auditive pouvant aller jusqu'à 40dB. L'otite moyenne peut, dans un second cas, être à tympan ouvert (perforé), elle est généralement engendrée par des otites à répétition. Une perforation marginale du tympan est jugée plus dangereuse qu'une perforation sèche. En effet, un kyste de peau, appelé cholestéatome, se développe dans les cavités de l'oreille moyenne. Son potentiel d'érosion osseuse et d'infection est susceptible d'engendrer de graves complications (paralysie faciale, méningite) et peut s'étendre à l'oreille interne (vertiges, labyrinthite aiguë). Dans ce cas, le degré de surdité est variable.

Une surdité de transmission peut également être causée par un traumatisme de l'oreille moyenne. D'après Ayache et al. (2001) [1], les fractures du rocher et les traumatismes crâniens demeurent des atteintes assez fréquentes, typiquement localisées au niveau temporo-pariétal et pouvant s'associer à une surdité de perception ou mixte.

Les traumatismes par introduction d'un corps étranger dans l'oreille peuvent être responsables de ce type de surdité, en rapport avec une perforation tympanique et/ou une atteinte ossiculaire (Ayache et al. (2001)) [1].

Enfin, des barotraumatismes auriculaires sont retrouvés dans ce type d'atteinte. Ils résultent d'un dysfonctionnement tubaire aigu avec hyperpression relative à la face externe du tympan. On les observe dans différentes situations : plongée sous-marine, aviation, explosion, gifle sur l'oreille. Une otalgie aiguë initiale apparaît, laissant place à une hypoacousie et à des acouphènes.

2.1.1.2. Les pathologies tumorales

Selon Bonfils et Avan (1992) [5], les tumeurs de l'oreille moyenne sont relativement peu fréquentes. Les tumeurs bénignes sont représentées par le chémodectome tympanique ou tympanojugulaire qui associe une hypoacousie à un acouphène pulsatile.

Ayache et al. (2001) [1] indiquent que le neurinome du nerf facial est, quant à lui, responsable d'une surdité de transmission progressive à tympan normal associée à une paralysie faciale périphérique.

D'après ce même auteur, les tumeurs malignes se manifestent le plus fréquemment sous la forme de carcinome épidermoïde responsable d'une otorrhée chronique sanguinolente compliquée d'une paralysie faciale.

2.1.1.3. L'otospongiose

Elle caractérise le cas classique de surdité de transmission chez l'adulte. Il s'agit d'une ostéodystrophie du labyrinthe osseux qui associe des phénomènes d'ostéolyse et de reconstruction osseuse responsables de la formation de foyers otospongieux pouvant siéger à différents niveaux de l'oreille moyenne ou interne. La localisation la plus fréquente est située au niveau de la platine de l'étrier, entraînant une ankylose stapédovestibulaire, c'est-à-dire un blocage de l'étrier dans la fenêtre

ovale. Elle peut également déterminer une surdité mixte par atteinte cochléaire associée et, plus rarement, une surdité de perception (otospongiose cochléaire) (Ayache et al. 2001) [1]. C'est une maladie génétique qui atteint l'adulte jeune, à prédominance féminine, pouvant être déclenchée ou aggravée par des facteurs hormonaux (grossesse). La surdité est unilatérale puis bilatérale dans 80% des cas et se manifeste par une hypoacousie associée fréquemment à des acouphènes.

2.2. Surdité de perception

Elle est liée à une pathologie de l'oreille interne qui atteint la cochlée, le nerf auditif ou plus rarement les voies auditives centrales. On distingue trois types de surdités de perception : endocochléaire, rétrocochléaire ou centrale. Au niveau de la classification BIAP, elle peut aller jusqu'à la cophose. Celle-ci entraîne des troubles de compréhension et de communication et n'est, en général, pas curable, l'oreille interne ne s'opérant pas.

2.2.1. Surdités de perception endocochléaires

2.2.1.1. La maladie de Ménière

Ayache et al. (2001) [1] écrivent que « la maladie de Ménière répond à une définition relativement précise, essentiellement clinique et évolutive. C'est une affection idiopathique du labyrinthe membraneux, caractérisée par une triade clinique associant des crises vertigineuses, une surdité neurosensorielle fluctuante et des acouphènes ipsilatéraux, évoluant par crises». Cette maladie se manifeste plutôt chez l'adulte d'âge moyen. Elle entraîne une surdité de perception pure unilatérale puis bilatérale, prédominant sur les fréquences graves.

Dans sa forme typique, la maladie de Ménière en crise associe : des vertiges rotatoires associés à de très importantes nausées puis vomissements, une surdité unilatérale avec phénomène de distorsion sonore et sensation d'oreille bouchée et des acouphènes ipsilatéraux, le plus souvent de tonalité grave.

L'évolution de la maladie engendre une aggravation de la surdité (qui se stabilise vers 60dB) et des acouphènes tandis que les crises de vertiges régressent.

2.2.1.2. La surdité brusque

Elle représente une urgence médicale et est caractérisée par l'apparition brutale ou rapidement progressive d'une surdité de perception unilatérale idiopathique dont le degré est variable. D'après Ayache et al. (2001) [1], elle s'accompagne fréquemment d'acouphènes et parfois de vertiges. Devant ce diagnostic, un bilan étiologique doit être proposé et une prise en charge précoce doit être mise en place. L'évolution de cette surdité ainsi que la récupération sont variables.

2.2.1.3. Surdité ototoxique

Elle est responsable d'une surdité de perception bilatérale et symétrique prédominant sur les fréquences aiguës avec présence de recrutement. L'apparition de ce type de surdité est caus e par des substances exogènes : certains traitements médicamenteux tels que les antibiotiques de la famille des aminosides, la chimiothérapie ; mais certaines causes métaboliques (et donc endogènes) peuvent la favoriser : diabète, insuffisance rénale... (Ayache et al. (2001)) [1].

2.2.1.4. Surdité infectieuse: les labyrinthites

Ayache et al. (2001) [1] expliquent que les labyrinthites séreuses sont secondaires à une inflammation du labyrinthe liée à une otite moyenne aigu e ou à l'évolution d'une otite moyenne chronique. Elle serait caus e par le passage de toxiques bactériennes à travers les fenêtres ronde ou ovale. Cette surdité de perception s'associe fréquemment à des vertiges et acouphènes.

Une labyrinthisation successive à une otite chronique se manifeste par une atteinte progressive de l'oreille interne qui provoque une atteinte neurosensorielle (généralement irréversible) prédominant sur les fréquences aiguës associée à la surdité de transmission initiale, réalisant ainsi une surdité mixte.

Les labyrinthites aigu es suppurées surviennent lors d'otites moyennes aigu es ou surtout chronique et sont causées par un envahissement bactérien brutal de l'oreille interne et sont responsables d'une destruction cochléovestibulaire souvent totale. Elles se traduisent par un grand syndrome vertigineux et une surdité de perception sévère voire une cophose généralement irréversible.

Les labyrinthites virales peuvent compliquer un contexte infectieux (oreillons, herpès varicelle...). Selon Ayache et al. (2001) [1], «Le zona otitique caractérise une surdité de perception d'installation souvent brutale associée à une éruption vésiculeuse caractéristique siégeant au niveau de la conque et du conduit auditif externe. Dans sa forme complète (syndrome de Sicard) il associe une surdité de perception, des vertiges et une paralysie faciale».

2.2.1.5. Surdité post-traumatique

Un traumatisme crânien avec fracture du rocher translabyrinthique peut engendrer une surdité de perception (pouvant aller jusqu'à la cophose) qui sera alors irréversible.

Ayache et al. (2001) [1] montrent qu'un traumatisme crânien, un blast auriculaire ou encore un barotraumatisme peuvent être à l'origine d'une surdité de perception fluctuante avec symptomatologie vertigineuse positionnelle.

On peut également observer une surdité de perception de degré variable à la suite d'une intervention chirurgicale sur l'oreille moyenne sachant qu'elle demeure généralement irréversible.

Le traumatisme sonore chronique provoque une surdité en rapport avec une exposition prolongée au bruit. Celle-ci est bilatérale, symétrique, évolutive, avec un caractère irréversible et prédominant initialement sur les fréquences aiguës. On la retrouve chez les musiciens ou dans le cadre de surdités professionnelles. La surdité peut être unilatérale dans le cas du chasseur.

Le traumatisme sonore aigu peut provoquer une surdité brutale survenue après exposition à un bruit intense. On retrouve une surdité de perception uni ou bilatérale prédominant généralement sur les fréquences élevées (4000Hz maximum) associée à des acouphènes d'après Ayache et al. (2001) [1].

La surdité par déflagration autrement appelée blast auriculaire associe au traumatisme sonore un effet de souffle pouvant causer des dommages tympano-ossiculaires ainsi qu'une fistule périlymphatique.

2.2.1.6. Presbyacousie

La presbyacousie fait partie des surdités de perception endocochléaires que nous détaillerons plus longuement dans la partie 4.

2.2.2. Surdités de perception rétrocochléaires

2.2.2.1. Neurinome de l'acoustique

Il s'agit d'une tumeur bénigne (schwannome) du nerf auditif naissant dans 90% des cas dans le conduit auditif interne, à partir du nerf vestibulaire et pouvant se développer et atteindre l'angle ponto-cérébelleux ainsi que le tronc cérébral. Il se manifeste par une surdité unilatérale ou bilatérale et asymétrique prédominant sur les fréquences aiguës. Elle est généralement progressive mais peut apparaître sous forme de surdité brusque ou fluctuante. Cette surdité peut être associée à une paralysie faciale et des acouphènes, la symptomatologie vestibulaire peut être observée mais est plus rare.

2.2.2.2. Neurofibromatose de type II

C'est une maladie héréditaire et génétique touchant le système nerveux central. De multiples schwannomes (tumeurs bénignes) se développent au niveau de la VIIIème paire crânienne entraînant ainsi une surdité progressive bilatérale associée à des acouphènes. En raison de l'atteinte d'autres paires crâniennes par les neurinomes on voit apparaître plusieurs autres symptômes tels que des vertiges, une paralysie faciale, des troubles oculaires et des troubles de déglutition.

2.2.3. Surdité de perception centrale

Il s'agit d'une hypoacousie liée aux atteintes des voies auditives centrales. Ayache et al. (2001) [1] expliquent qu'une lésion située au niveau du tronc cérébral peut provoquer une surdité de type rétrocochléaire avec absence de recrutement. Elle est fréquemment associée à d'autres manifestations neurologiques dominant le tableau clinique. Elle peut être engendrée par des lésions tumorales (gliome du tronc cérébral), des accidents vasculaires cérébraux (syndrome de Wallenberg), une affection démyélinisante du type sclérose en plaques ou encore un traumatisme crânien.

3. Diagnostic et traitement des troubles auditifs de l'adulte de plus de 60 ans

3.1. Conduite diagnostique devant une surdité de l'adulte

Selon Ayache et al. (2001) [1], devant une surdité, on doit rechercher principalement son étiologie afin de proposer un traitement adapté (médical, chirurgical, prothétique). L'examen clinique ainsi que les explorations fonctionnelles auditives permettent, soit de poser un diagnostic, soit d'orienter une demande d'investigations complémentaires.

3.1.1. L'interrogatoire ou anamnèse

On doit initialement questionner le patient afin de faire apparaître l'histoire de la surdité. On fait préciser la date et le mode de survenue des troubles auditifs (brutal ou plutôt progressif), l'évolution de cette surdité (permanente, fluctuante ou transitoire), son caractère unilatéral ou bilatéral ainsi que son retentissement personnel (gêne selon les situations), familial (communication, isolement) et socioprofessionnel.

On s'attache également à faire ressortir des signes associés éventuels tels que : otalgie, otorrhée, acouphènes, vertiges, troubles de l'équilibre, symptomatologie rhinologique, céphalées, troubles visuels... qui peuvent servir à aiguiller le diagnostic.

La suite de l'interrogatoire repose sur une recherche d'antécédents qu'ils soient personnels ou familiaux car ils peuvent se révéler particulièrement importants pour le diagnostic étiologique.

On doit également se renseigner sur l'âge du patient, sa profession ainsi que son hygiène de vie, ces éléments pouvant être des indices étayant la pose d'un diagnostic.

3.1.2. L'examen clinique

3.1.2.1. L'otoscopie

Il s'agit d'un examen de l'oreille réalisé soit à l'aide du miroir de Clar (avec spéculum d'oreille et bon éclairage) ou plus fréquemment à l'aide d'un otoscope à loupe grossissante. Il est considéré comme une étape fondamentale de l'examen

d'un patient malentendant puisqu'il permet d'observer l'état du conduit auditif externe et du tympan.

3.1.2.2. L'acoumétrie au diapason

C'est un test uniquement qualitatif puisque le patient doit dire s'il entend ou pas. Cette épreuve permet d'orienter vers une surdité de transmission ou de perception mais également de corriger certaines erreurs audiométriques. Le diapason (ayant une fréquence allant de 125 à 500Hz) est placé sur le crâne du patient et est mis en vibration. On étudie ainsi deux voies d'audition selon l'emplacement du diapason : la voie aérienne et la voie osseuse.

Deux épreuves découlent de l'acoumétrie au diapason :

- L'épreuve du Weber consiste à placer le diapason sur la ligne médiane du corps (au milieu du front par exemple).
- L'épreuve de Rinne permet une comparaison de l'audition en conduction osseuse et en conduction aérienne. Le diapason est placé sur la mastoïde.

3.1.3. Les explorations fonctionnelles auditives

3.1.3.1. Les tests subjectifs

Ces deux types d'examen (cf. ANNEXE n°2) supposent un respect des conventions audiométriques, une insonorisation du local, un matériel calibré ainsi qu'une information préalable du patient sur ce qu'on attend de lui.

3.1.3.1.1. L'audiométrie tonale

Il s'agit d'un test qualitatif et quantitatif servant à chiffrer les atteintes de l'audition par rapport à des stimuli sonores. Cette épreuve consiste à envoyer des stimulations sonores par le biais de sons purs de fréquences (de 125Hz à 8000Hz) et d'intensités variées (de 0dB à 120dB). On détermine alors le seuil subjectif liminaire d'audition par voie aérienne au casque (étude de l'audition globale) et par voie osseuse avec un vibreur mastoïdien (exploration de l'oreille interne et des voies nerveuses). On s'appuie sur le Weber et le Rinne audiométriques pour s'orienter vers une surdité de transmission ou de perception.

3.1.3.1.2. L'audiométrie vocale

Son but est de tester la capacité du patient à comprendre la parole. Le résultat permet d'apprécier la gêne sociale occasionnée par la surdité ainsi que l'aptitude du sujet à communiquer.

Plusieurs fonctions sont mises en jeu lors de la passation de cette épreuve : l'audition, la cognition, la mémoire, l'attention et la suppléance mentale.

Le matériel est identique à celui utilisé pour l'audiométrie tonale. On teste une oreille après l'autre au casque et/ou en champ libre. Le principe de cet examen est de faire entendre, à des intensités variables, des mots ou des phrases au patient qu'il doit ensuite répéter.

Les listes de Fournier sont fréquemment employées pour les tests d'audiométrie vocale. Celles-ci sont constituées soit de mots dissyllabiques signifiants (le plus fréquemment employées et phonétiquement équilibrés) précédé d'un article défini.

On utilise souvent en audiophonologie les listes de Lafon (dites listes cochléaires) qui sont constituées de 17 mots monosyllabiques de trois phonèmes sans article. Ces listes limitent l'utilisation de la suppléance mentale dans la reconnaissance phonémique et permettent d'étudier les erreurs provoquées par les distorsions acoustiques de la cochlée.

Pour chaque intensité d'émission, le nombre de mots correctement répétés sur une liste de dix est reporté sous forme de pourcentage sur un graphique standardisé. En modifiant l'intensité et renouvelant les tests, on obtient une série de points qui dessine la courbe d'intelligibilité.

3.1.3.2. Les tests objectifs

3.1.3.2.1. L'impédancemétrie

Cet examen comporte deux volets : l'étude de la fonction de la chaîne ossiculaire et du tympan soit la tympanométrie ainsi que l'étude du réflexe stapédien. L'impédance acoustique caractérise la résistance du tympan et des osselets à la transmission de l'énergie sonore. L'impédancemétrie quantifie cette résistance en mesurant l'élasticité du tympan qu'on appelle compliance.

✓ **La tympanométrie**

Dans une utilisation clinique de routine, les tympanomètres les plus souvent utilisés sont automatiques, portables et peuvent être reliés à une imprimante. Une sonde en plastique molle est insérée dans le conduit auditif externe du patient de manière étanche. Un stimulus sonore est généré et transmis dans le canal auditif.

Dans la même sonde, un deuxième embout permet l'enregistrement, par un microphone, du son renvoyé par la membrane tympanique afin d'en déterminer son énergie. Pendant ce temps, un appareil automatique va faire varier la pression dans le conduit auditif externe grâce à un mécanisme de pompe sous vide. Les données obtenues grâce au tympanomètre permettent d'estimer le volume du conduit auditif externe. Ce test permet aussi de déterminer l'élasticité, et la pression de l'oreille moyenne (estimée égale à la pression à laquelle le système tympano-ossiculaire a la plus grande absorption d'énergie sonore). Enfin, la largeur de la courbe de tympanogramme donne également des renseignements pertinents concernant une éventuelle rigidité tympanique. Le tracé du tympanogramme peut être classé en différents types selon la forme de la courbe obtenue.

Cependant, il semble pertinent de préciser que la tympanométrie est surtout utilisée dans le diagnostic de surdité de l'enfant avec pour intérêt principal la recherche d'épanchement dans la caisse de l'oreille moyenne.

✓ **L'étude du réflexe stapédien**

Cet examen s'effectue à la suite de la tympanométrie, en utilisant la même sonde.

Il consiste à provoquer le réflexe stapédien, à l'enregistrer pour en suite l'analyser. Il peut-être recueilli dans chaque oreille soit après stimulation de l'oreille opposée (stimulation controlatérale), soit après avoir stimulé l'oreille homolatérale (stimulation ipsilatérale).

On travaille au niveau 0 du tympanogramme et on envoie un son pur sur quatre fréquences : 500Hz, 100HZ, 2000Hz, 4000Hz tout en faisant varier l'intensité de 80 à 110dB. On recherche alors le moment où ce réflexe se déclenche et on le note sur l'audiogramme. Chez les normo-entendants, le réflexe se situe entre 90 et 100dB entre les deux champs auditifs dynamiques.

Selon les résultats obtenus à ce test, on peut établir différents profils de surdité.

3.1.3.2.2. Les potentiels évoqués auditifs précoces

Il semble utile de dire que ce type d'examen suppose une insonorisation de la cabine ainsi qu'une immobilité du patient pour éviter l'enregistrement d'autres potentiels électriques du corps.

Ce test permet d'enregistrer des potentiels électriques qui se manifestent à la suite de stimulations acoustiques. Elles sont recueillies grâce à trois électrodes de surface placées sur le front et la mastoïde du patient délivré par le biais d'un casque à deux écouteurs pouvant permettre un masquage par l'émission d'un bruit blanc si on travaille en conduction aérienne. En voie osseuse, on utilise un vibreur. On fait varier ces stimulations en intensité (0 à 110dB) sur des fréquences préétablies entre 2000 et 4000HZ. Ces dernières sont symbolisées par des clics permettant de stimuler plusieurs fibres du nerf auditif en même temps. On procède à l'enregistrement de l'activité électrique cheminant par le nerf auditif de la cochlée jusqu'au tronc cérébral dans les 10 premières millisecondes. On recueille alors 5 ondes (de I à V) représentant les six relais présents dans le système nerveux central. Deux procédures existent et permettent soit de rechercher une atteinte rétrocochléaire soit d'évaluer le seuil auditif.

Il est indispensable de rappeler que cet examen ne teste que les fréquences aiguës (2000 à 4000Hz) et qu'il doit donc être associé à un autre test auditif tel que l'audiométrie tonale afin de pouvoir interpréter correctement les résultats et d'orienter le diagnostic.

3.1.3.2.3. Les oto-émissions acoustiques

Elles caractérisent des sons émis de manière physiologique par les cellules ciliées externes.

Cet examen consiste à introduire une sonde (composée d'un émetteur de bruit et d'un microphone) dans le conduit auditif externe qui enregistre le son produit par la contraction des cellules ciliées externes. Ainsi, l'étude des oto-émissions acoustiques a pour but d'explorer le système auditif périphérique (du conduit auditif externe à la cochlée).

On utilise principalement les oto-émissions acoustiques provoquées : une stimulation sonore est envoyée pour observer quelles cellules ciliées externes répondent.

Il semble nécessaire de rappeler que ce test nécessite des conditions d'examen assez strictes (local calme sans bruits parasites internes ou externes, patient détendu) ainsi que des critères de normalité. En effet, l'amplitude de ces oto-émissions doit être supérieure à 12,5 dB SPL, les réponses doivent être comprises entre 1000 et 4000Hz et être reproductibles à plus de 60%.

Pour l'analyse des résultats, il demeure important de préciser que les oto-émissions n'existent pas chez certains normo-entendants, il ne peut donc en aucun cas constituer un test diagnostique unique. L'amplitude de celles-ci diminue avec le vieillissement mais on conserve toujours le même tracé d'oto-émissions tout le long de notre vie: en d'autres termes, elles symbolisent la carte d'identité de l'oreille. Ce test se limite à l'étude du fonctionnement des cellules ciliées externes et donc ne tient pas compte du fonctionnement des cellules ciliées internes.

C'est un test simple et rapide qui est surtout utilisé dans le dépistage néonatal de la surdité, il peut également constituer un bilan d'extension des surdités de perception.

3.2. Les traitements

3.2.1. Les traitements chirurgicaux et médicaux

Selon le type d'atteinte de l'oreille, les traitements sont différents et sont choisis parmi un certain nombre par le médecin prescripteur. L'administration de traitements médicaux peut être proposée.

Il semble important de préciser qu'un geste chirurgical est irréversible et implique des risques, notamment de cophose et de paralysie faciale.

3.2.2. La prise en charge audioprothétique

3.2.2.1. L'appareillage auditif

Vincent et al. (2007) [32] écrivent que « l'anamnèse, l'examen clinique et le bilan audioprothétique permettent au médecin ORL, de poser le diagnostic de surdité et de faire les propositions de prise en charge ».

Rappelons que la délivrance de chaque aide auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal. (Loi 67-4 du 3 janvier 1967).

3.2.2.1.1. Les indications pour l'appareillage

Différents facteurs doivent être pris en compte pour enclencher le processus d'appareillage. Le médecin ORL doit donc s'assurer :

- de l'aspect anatomique de l'oreille (état du pavillon, du conduit auditif externe et du tympan) ainsi que l'état clinique général du patient qui doit permettre l'adaptation du modèle d'aide auditive
- de l'absence d'atteintes centrales (en particulier l'altération des capacités d'attention et de mémorisation) qui pourraient entraver les résultats prothétiques et nuire à la réussite de l'adaptation
- de la plainte (la demande) et de la gêne perceptive exprimée par le patient lui-même et son entourage, la décision devant demeurer un choix volontaire du patient
- des indications spécifiques : le patient doit présenter une surdité entraînant une perte auditive moyenne d'au moins 30dB, ou une diminution du seuil d'intelligibilité d'au moins 30dB (Vincent et al. En 2007) [32]
- qu'une correction autre que prothétique n'est pas possible ou non souhaitée par le patient (Vincent et al. En 2007) [32]
- du contexte personnel, familial et social du patient en appréciant les motivations et besoins de celui-ci. En effet, l'environnement, les lieux de vie de la personne ainsi que l'implication de l'entourage sont des éléments déterminants pour l'adaptation et l'acceptation prothétique.

Il est nécessaire de prendre en compte que la présence d'atteintes centrales (en particulier l'altération des capacités d'attention et de mémorisation) peut altérer les résultats prothétiques et gêner la réussite de l'adaptation.

Le médecin ORL quantifie le handicap auditif selon la classification BIAP en tenant compte de la sévérité de la perte auditive ainsi que des difficultés et contraintes professionnelles éventuellement rencontrées.

Selon Vincent et al. (2007) [32] « le patient peut bénéficier d'un appareillage bilatéral si l'adaptation binaurale apporte un bénéfice clinique et notamment n'induit pas de différence interaurale significative ».

3.2.2.1.2. L'adaptation prothétique

Celle-ci s'intègre aux domaines de compétences de l'audioprothésiste, elle comprend plusieurs étapes et nécessite plusieurs rencontres avec le patient.

✓ Choix et mise en place de la (des) prothèse(s) auditive(s)

Dans un premier temps, l'audioprothésiste procède à un entretien avec le patient au cours duquel il cible ses plaintes, ses attentes, sa demande, ses besoins déterminés en fonction de son cadre de vie et ses activités (sociales et professionnelles) ainsi que ses possibilités financières. Le choix de la prothèse se fait nécessairement au regard de l'anamnèse, de l'examen clinique et du bilan audiométrique (préalablement transmis par le médecin ORL). L'audioprothésiste effectue à son tour des tests audiométriques (audiométries tonale et vocale) afin de juger de la perte auditive du patient. Ensuite, plusieurs aides auditives adaptées au type de surdité du patient et à ses requêtes lui sont présentées par le spécialiste en faisant apparaître leurs possibilités, leurs limites, leur prix ainsi que leur coût d'utilisation (piles, entretien...). Après sélection d'une prothèse, l'audioprothésiste procède à une prise d'empreinte du conduit auditif externe dans le but de fabriquer l'embout adapté.

Le second rendez-vous marque le début de l'essai prothétique. L'audioprothésiste effectue un réglage personnalisé amené à garantir à son patient le meilleur confort auditif possible. Il prend le temps d'expliquer au patient comment utiliser et mettre en place ses aides auditives. Durant cet essai, l'audioprothésiste aide la personne malentendante à se familiariser avec le port de l'aide auditive et l'accompagne dans la redécouverte de certains sons.

D'après Vincent et al. (2007) [32], le niveau de correction auditive est contrôlé pendant les différentes étapes de l'adaptation par des mesures subjectives (audiométrie tonale et vocale, qualité du son, absence de gêne au bruit...) et des mesures objectives (mesure in vivo).

Par la suite, des visites régulières sont indispensables pour vérifier les réglages et procéder aux ajustements nécessaires au confort de l'utilisateur. Ces visites ont pour objectif de permettre une adaptation progressive de l'amplification et de contrôler le bon fonctionnement des aides auditives.

L'audioprothésiste transmet un compte-rendu au médecin ORL prescripteur afin de lui faire part des résultats acquis avec l'appareillage auditif (gain prothétique tonal et vocal).

✓ Les principaux types d'appareillage

Les appareils auditifs ont bénéficié des progrès de la miniaturisation électronique et de l'évolution des dispositifs de traitement numérique du son. Le microphone de l'aide auditive numérique transforme la vibration sonore en signal électrique. Le signal électrique est ensuite converti en signal numérique et est traité par le microprocesseur. Le signal numérique traité et amplifié est converti en signal électrique et retransformé en signal sonore par l'écouteur.

Cette technologie apporte de nombreux avantages tels que :

- La compression du signal : elle permet de donner à chaque fréquence un gain différent selon l'intensité du signal capté dans le but de créer une normalisation de sonie. Ainsi, lors de signaux sonores de fortes intensités, l'amplification de la zone fréquentielle correspondante est sélectivement réduite sans modification de celle des canaux où l'intensité est faible, d'où un meilleur confort (Bouccara et al. en 2005) [8]
- Le système anti-Larsen : si l'amplificateur reçoit un signal analysé comme un son pur sur les fréquences aiguës, il envoie la même fréquence en opposition afin de supprimer l'effet Larsen.
- L'effet directionnel : La majorité des équipements auditifs numériques possèdent deux microphones. Le processeur analyse la différence de latence de l'arrivée du signal entre les micros pour permettre de localiser la source sonore favorisant le traitement de la parole par rapport au bruit.
- L'identification de la voix : la comparaison des timbres captés avec ceux mémorisés permet d'adapter l'amplification de chaque canal pour privilégier les signaux liés à la parole par rapport à ceux liés au bruit. De plus, l'amplification est

réduite si aucun signal vocal n'est analysé, ceci réduisant la gêne engendrée par les bruits environnementaux. L'appareil évalue et améliore le rapport signal/bruit.

◆ **Les aides auditives conventionnelles**

Le contour d'oreille : c'est encore aujourd'hui le modèle de prothèse le plus fréquemment adapté. La plage d'application permet de corriger les surdités légères à sévères. Il se compose d'un boîtier rassemblant les différents éléments électroniques placé derrière le pavillon. Le signal amplifié est transmis dans le conduit auditif externe par l'intermédiaire d'un tube et d'un embout auriculaire (moulé sur mesure). Il présente des avantages au niveau de la puissance, de la manipulation (pile plus grosse, possibilité de chargeur) et de la fiabilité. L'esthétique est le principal frein pour ce type d'équipement.

L'intra-auriculaire : sa position dans le conduit auditif externe fait de lui l'appareil le plus discret. Il est proposé dans le cadre de surdités légères à moyennes. L'intra-auriculaire est constitué d'une coque réalisée sur mesure à l'intérieur de laquelle sont regroupés les composants électroniques. Il répond favorablement à l'argument de l'esthétique mais la taille du conduit auditif, la miniaturisation de la pile et l'entretien (cérumen) limitent les indications.

Les appareillages « ouverts » : ils prennent la forme de contour d'oreille très miniaturisé avec un tube acoustique plus fin ou de mini-contour avec écouteur déplacé dans le conduit auditif externe. L'embout est évidé et caractérisé par une aération maximale (IROS) ou remplacé par une canule ouverte. Ce type d'appareillage est indiqué dans le cas de perte légère à moyenne dans les fréquences aigües (type presbyacousie légère). Ils favorisent le confort physique, la discrétion et assure une perception naturelle des sons graves et mediums (pas d'effet d'occlusion).

La conduction osseuse : la correction par conduction osseuse est préconisée pour des surdités de transmission ou mixtes avec un déficit perceptif léger à moyen. Les composants électroniques sont disposés dans une branche de lunettes, le signal acoustique est transmis par un vibreur posé sur l'os mastoïdien derrière le pavillon. Le signal amplifié atteint la cochlée par conduction osseuse.

◆ Les aides auditives implantables

Les aides auditives implantables peuvent répondre à une contre-indication médicale à l'appareillage en voie aérienne (écoulements d'oreille chronique, absence de conduit auditif externe...) ou aux limites de l'amplification (surdité profonde)

L'implant d'oreille moyenne : l'implant d'oreille moyenne semi-implantable permet de transmettre, après amplification, l'énergie sonore à l'oreille interne en agissant directement sur les osselets. Il est indiqué pour les surdités de perception pures légères à moyennes, bilatérales et symétriques. Il suppose un fonctionnement normal de l'oreille moyenne, une intelligibilité de 50% à un niveau d'audition confortable, une absence de pathologies rétrocochléaires ou centrales ainsi qu'une perte auditive stable.

Le microphone, le processeur auditif et la pile ne sont pas implantés mais incorporés dans une partie externe posée derrière l'oreille et maintenue en place à l'aide d'un aimant.

Les signaux acoustiques traités par la partie externe sont ensuite transmis à une bobine réceptrice implantée.

L'implant à ancrage osseux : la prothèse à ancrage osseux ou système BAHA (Bone Anchored Hearing Aid) a pour principe de transmettre les informations sonores directement à l'oreille interne sans passer par la chaîne tympano-ossiculaire par le biais d'un boitier externe (microphone, processeur) et d'un pilier implanté dans l'os temporal. Il est indiqué lors de surdités mixtes (avec ressources cochléaires suffisantes), d'une malformation de l'oreille externe ou moyenne, d'otites chroniques, d'une otospongiose non opérable ou chez un patient ayant des otorrhées ou une cavité d'évidemment induisant un effet larsen.

L'implant cochléaire : l'implant cochléaire a pour principe de remplacer l'organe de Corti défaillant par une stimulation des fibres du nerf auditif. En effet, on insère des électrodes dans la cochlée qui vont créer un courant et stimuler le nerf auditif. Cette prothèse, implantée chirurgicalement, possède un caractère irréversible. Il est composé d'une partie externe comportant un microphone, un processeur vocal réalisant le codage du son en impulsions électriques, une antenne

reliée au processeur vocal, placée en regard de l'implant grâce à l'aimant et qui permet le passage transcutané des informations sonores. La partie interne rassemble un récepteur, un porte-électrodes sur lequel est intégré un faisceau d'électrodes. L'implant cochléaire est indiqué dans le cadre de surdités sévères à profondes bilatérales sans amélioration avec le port d'aides auditives classiques. La discrimination de la parole doit être inférieure à 50% à 60dB, en champ libre, sans lecture labiale avec prothèses.

3.2.2.1.3. Les limites de l'appareillage

L'échec d'un appareillage peut résulter de différentes causes extrinsèques à la motivation du patient. Il peut exister des altérations importantes de l'oreille interne qui se définissent comme des zones cochléaires mortes. D'après Bouccara et al. (2005) [6], « Ce concept, établi par B. Moore, met en évidence la disparition des cellules ciliées sur une zone plus ou moins étendue de la cochlée ». Celle-ci peut s'avérer difficilement objectivable an audiométrie tonale sachant que les cellules ciliées préservées peuvent répondre à une stimulation destinée aux cellules ciliées atteintes. L'existence de ce phénomène peut être suspectée lorsqu'on observe une chute importante de la courbe audiométrique sur les fréquences aiguës. Bouccara et al. (2005) [6] expliquent qu'une dégradation des voies auditives centrales, associées ou non à des pathologies neurologiques, peut également engendrer des difficultés d'appareillage voire un échec.

Néanmoins, la réussite d'un appareillage prothétique dépend avant tout de la précocité de la prise en charge, de la sévérité et du caractère évolutif de la surdité. D'autres techniques de réhabilitation auditive peuvent être envisagées dans ce contexte.

4. Effets du vieillissement sur le système auditif et présentation de la presbyacousie

4.1. Le vieillissement de l'appareil auditif

Le processus de vieillissement intéresse tous les éléments de la chaîne auditive.

D'après Maugourd (1992) [23], en ce qui concerne l'oreille moyenne, la chaîne ossiculaire peut être atteinte d'ostéoporose avec une ankylose de ses articulations,

diminuant alors le pouvoir amplificateur de l'onde sonore, la membrane tympanique peut s'épaissir et devenir scléreuse.

En ce qui concerne l'oreille interne, tous les éléments de l'appareil cochléaire peuvent présenter des modifications histopathologiques. Des modifications sensorielles des cellules ciliées et de leurs cils vont se manifester. En effet, les cellules sensorielles représentent les éléments les plus fragiles du système auditif, qui vont subir de nombreuses modifications avec l'âge, soit d'ordre génétique, soit en rapport avec les traumatismes abondants présents dans nos sociétés occidentales (Dubreuil et al. (2003)) [12], soit par une sensibilité aux toxiques (médicaments). La plupart des atteintes de la cochlée débutent par une détérioration des cellules ciliées externes qui entraîne une diminution de leur contraction rapide et active, ces dernières ne se régénérant pas. A partir de 20 ans on perd environ 7% des cellules ciliées externes et 3,5% des cellules internes. A l'âge de 70 ans, il reste environ 50% des cellules ciliées externes, 25% des internes. Selon Ohresser et Bizaguet (1990, cités par Maugourd en 1992) [23], les lésions des cellules ciliées externes débutent par la première rangée et par la base de la cochlée, ce qui explique une atteinte initiale des fréquences aiguës, or, « 60% des éléments de reconnaissance de la parole se situent dans la zone de fréquentielle aiguë ». Bouccara et al. (2005) [6] écrivent que les cellules ciliées externes jouant également le rôle de compression du signal, il en résulte qu'en cas d'altération de celles-ci, les réponses neuronales augmentent trop rapidement, entraînant un phénomène de distorsion de la sensation d'intensité sonore. De plus, le vieillissement opère des changements à tous les niveaux du système nerveux avec un ralentissement de la transmission synaptique et des lésions neuronales sous-tendues par des modifications ou une diminution du nombre de neurones au niveau du nerf cochléaire et une atrophie du ganglion spiral (Maugourd (1992)) [23]. Dubreuil et al. (2003) [12] indiquent que ceci explique que le traitement de l'information soit ralenti. Maugourd (1992) [23] explique que d'autres facteurs peuvent être incriminés dans le vieillissement de la cochlée, on peut alors observer des modifications métaboliques, des modifications mécaniques reflétées surtout par une perte d'élasticité de la membrane basilaire, des modifications vasculaires ou encore une dégénérescence globale.

4.2. La presbyacousie: cause majeure de surdité chez l'adulte chez l'adulte sourd de plus de 60 ans

4.2.1. Définition

La presbyacousie se définit comme une altération progressive de l'audition liée au vieillissement naturel et inéluctable des structures de l'oreille et du système nerveux. Elle représente une atteinte neurosensorielle qui implique des anomalies périphériques et centrales.

Ce type de surdité se retrouve, du fait de l'évolution démographique, au premier plan des atteintes auditives de l'adulte.

Selon l'association France PresbyAcousie et d'après l'étude EUROTRACK France 2009, à partir de 74 ans, la proportion de personnes souffrant de presbyacousie est de l'ordre de 31%. Elle toucherait davantage la population masculine.

L'exposition prolongée au bruit, des pathologies cardiovasculaires des maladies métaboliques comme le diabète ainsi que la prise de médicaments ototoxiques pourraient engendrer ou être des facteurs aggravants de la presbyacousie (Bouccara et al. (2005))[7].

4.2.2. Typologie des presbyacousies

Schuknecht (1993, cité par Bouccara et al. En 2005) [7] propose une classification qui distingue quatre types principaux de presbyacousie, des formes mixtes et des formes indéterminées.

Dans la forme appelée presbyacousie sensorielle, les cellules sensorielles et les cellules de soutien de l'organe de Corti sont détruites, cette perte débutant à la base de la cochlée puis plus tardivement à l'apex. Les cellules ciliées externes sont touchées plus précocement que les cellules ciliées internes. Du point de vue de l'audiométrie tonale, ce type d'atteinte se traduit par une chute abrupte exclusivement située sur les fréquences aiguës (à partir de 1000Hz).

La presbyacousie dite nerveuse montre une diminution régulière, avec l'âge, du nombre de neurones présents dans la cochlée, soit 2100 neurones par décennie (sachant que leur nombre initial est évalué à 37000 cellules). Cette disparition neuronale n'a d'incidence sur l'audition qu'à partir de 90% de neurones perdus. La

traduction audiométrique est donc relativement tardive et se manifeste par une altération des seuils sur les fréquences aiguës et de la discrimination révélée par l'audiométrie vocale qui s'avère plus marquée que ne le laisse présager la perte en audiométrie tonale.

La presbyacousie liée à l'atrophie de la strie vasculaire (autrement appelée presbyacousie métabolique) est d'évolution lente. En audiométrie, l'ensemble des fréquences est affecté avec une courbe plate en audiométrie tonale et une conservation de bons scores en audiométrie vocale. Par ailleurs, lors d'une étude, Nelson (2003, cité par Bouccara et al. en 2005) [7] a mis en évidence que la constatation de cette atrophie de la strie vasculaire est peu fréquente et que d'autres lésions sont constatées avec ce type de profil audiométrique, en particulier une réduction du nombre de cellules ciliés.

La presbyacousie mécanique met en évidence qu'il ne semble pas y avoir d'atteinte de l'organe de Corti, des neurones ou de la strie vasculaire mais plutôt de la membrane basilaire et du ligament cordal. En audiométrie tonale, on retrouve une atteinte des fréquences aiguës qui intéressent au moins cinq fréquences ainsi qu'une différence des seuils n'excédant pas 25dB, entre deux fréquences testées.

A ces quatre formes de presbyacousie, il faut rajouter les formes mixtes. Elles sont liées au fait qu'un nombre important d'études cliniques ne répondent pas à l'une des quatre catégories identifiées auparavant.

Il existe également des formes indéterminées qui, selon le même auteur, correspondent à 25% de cas de presbyacousie et qui ne permettent pas une corrélation entre les données histopathologiques et audiométriques (en particulier lorsqu'il existe une atteintes des seuils sur les fréquences graves).

4.3. Diagnostic positif

4.3.1. Symptômes fonctionnels

Bouccara et al. (2005) [7] soulignent que le dépistage précoce de la presbyacousie débutante repose sur la recherche d'une altération de la compréhension en milieu bruyant.

Ils décrivent ensuite que la presbycousie, caractérisée par une installation lente et insidieuse conduit classiquement à différencier trois stades :

- *Un stade infraclinique* au cours duquel l'atteinte portant sur les fréquences aiguës n'a peu ou pas de traduction clinique et entraîne de très légères difficultés de perception de certains sons aigus.
- *Un stade dit d'incidence sociale* qui apparaît lorsque la fréquence 2000Hz subit une perte supérieure ou égale à 30dB, ce qui correspond à un niveau de gêne auditive
- *Un stade évolué* pour lequel l'altération auditive va engendrer un véritable isolement relationnel du sujet en raison d'une réduction de la communication avec l'entourage.

La prévalence d'acouphènes est variable d'une étude à l'autre, néanmoins, ils sont parfois un motif de consultation permettant d'objectiver une presbycousie. Le développement de questionnaires est un moyen d'évaluation du retentissement de la gêne auditive dans les différentes situations de vie quotidienne du patient presbycousique. C'est le cas du « Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening Version » qui est notamment recommandé aux médecins traitants.

4.3.2. Tests auditifs de dépistage

Son diagnostic est posé, notamment grâce à l'audiométrie tonale, lorsqu'on observe une surdité de perception bilatérale et symétrique prédominant sur les fréquences aiguës (cf. ANNEXE n°3). Néanmoins, cet examen demeure insuffisant pour préciser la sévérité et le retentissement de la surdité (Dubreuil et al.(2003)) [12].

Cette perte auditive, accentuée sur les fréquences aiguës, a un retentissement évident sur la perception de la parole. La zone fréquentielle située entre 1000 Hz et 4000 Hz est une zone où transitent les caractéristiques acoustiques pertinentes pour la reconnaissance de la parole. C'est justement cette zone qui est préférentiellement atteinte dans la presbycousie, ceci expliquant les troubles de compréhension présents dans ce type de surdité.

L'audiométrie vocale (cf. ANNEXE n°3) apparaît comme l'examen le plus contributif pour apprécier le retentissement de la presbycousie en termes de communication, rechercher des signes d'atteintes des voies centrales et préciser le bénéfice potentiel d'un appareillage prothétique. Les difficultés de discrimination

pouvant se traduire par une altération de l'intelligibilité aux fortes intensités sont mises en évidence par le test d'intelligibilité et représentées par une courbe « en cloche », selon Olivier et Lafon (1992) [24]. Le test phonétique de Lafon permet de mettre en exergue les distorsions résiduelles par rapport aux tests d'intelligibilité.

Parfois, d'autres examens, comme les potentiels évoqués du tronc cérébral, le scanner ou une IRM, sont nécessaires dès lors qu'on suspecte une atteinte des voies auditives rétrocochléaires ou centrales.

4.4. Retentissements perceptifs et principales plaintes de la personnes presbycousiques

Les atteintes mises en évidence dans la presbycousie engendrent différentes perturbations audiologiques qui sont exprimées par les patients.

- La vitesse du traitement de l'information auditive (autrement nommée résolution temporelle) s'abaisse. Ceci conduit à des troubles d'intégration de message sonore, les processus d'analyse et d'identification de celui-ci s'effectuant plus lentement.
- Les sujets âgés évoquent ainsi fréquemment que leurs interlocuteurs parlent trop bas, trop vite et n'articulent pas.
- On observe des perturbations de la perception associée à une perte de discrimination fréquentielle, plusieurs cellules ciliées internes sont stimulées simultanément pour un son pur. Il s'ensuit donc des difficultés pour percevoir les sons de fréquences aiguës qui demeurent déterminants pour renseigner sur le contenu du message ainsi qu'une baisse de la capacité à séparer le signal du bruit ambiant.
- Le sujet entend mais ne comprend pas et est très gêné dans le bruit.
- Le champ dynamique auditif se réduit du fait de l'augmentation des seuils auditifs et de l'abaissement des seuils d'intolérances. On assiste alors à des phénomènes de recrutement.
- Le sujet se plaint davantage des sons forts produits par l'entourage et l'inconfort est accentué en situation de cocktail-party, ceci nuisant fortement à la compréhension.

4.5. Retentissements comportementaux et psychoaffectifs/sociaux

La personne devenue sourde peut voir son caractère changer. La vie quotidienne devient insupportable ; la personne est en grande souffrance ainsi que sa famille.

Les retentissements comportementaux :

- désengagement attentionnel
- réduction de la capacité à traiter et à stocker l'information
- analyse contextuelle moins efficace, avec une suppléance mentale parfois appauvrie

Les retentissements psychoaffectifs et sociaux :

- perplexité
- irritabilité
- frustration
- agacement pour un rien
- résignation
- renoncement
- perte de confiance
- évitement
- tristesse voire dépression

Dans les cas les plus graves et selon le type de personnalité, des comportements paranoïaques peuvent être observés.

Selon l'étude de Thomas et Herbst (1980) (cf. ANNEXE n°6), concernant les différences entre les malentendants et un groupe de contrôle d'entendants, la surdité a joué un rôle sur l'équilibre psychiatrique.

Les malentendants déclarent plus de problèmes de santé que les entendants. Ils sont plus nombreux à décrire un sentiment de solitude et d'isolement, ainsi que des difficultés relationnelles. Les malentendants disent ressentir un manque de soutien émotionnel et se mettre à l'écart de la vie familiale.

Concernant le sentiment de satisfaction par rapport à leur vie, on note que les malentendants sont moins satisfaits que les entendants de leur vie en général, mais aussi de leur état de santé et de leur condition physique, de leur situation financière, de leurs relations amicales, et de leur vie de famille. Ils estiment avoir plus de problèmes à traiter que les entendants.

Concernant le sentiment d'isolement, les malentendants se sentent plus isolés que les entendants, et déclarent que cela est dû à leur problème de surdité.

Les devenus sourds ont un point de vue diff rent des entendants par rapport à la retraite: ils estiment que leur problème de santé a été un facteur décisif de leur départ en retraite. Ils ressentent moins de satisfaction que les entendants d'être à la retraite.

4.6. Enquête « Le handicap auditif en France » (Handicaps, Incapacités, Dépendance) [54]

L'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance a été réalisée en 1998 et poursuivie en 1999. Son objectif était de répartir les personnes de 60 ans et plus en fonction de leur lieu de vie et de leur niveau de dépendance. Elle a notamment permis d'apporter des éléments sur le handicap auditif.

« Les déficiences auditives retentissent sur la vie professionnelle et sociale en raison de leur impact sur les possibilités de communiquer avec autrui [...]

Chez l'adulte, les difficultés de communication avec l'entourage retentissent sur la vie professionnelle et les relations socio-familiales. Avec l'âge, le caractère insidieux et lentement progressif de la défiance auditive peut conduire à un isolement relationnel important, aggravé par un contexte de pluripathologies et de résignation lié au vieillissement [...]. »

Différents domaines de la vie quotidienne entraînent des difficultés importantes, voire des incapacités totales chez les personnes malentendantes.

Les activités nécessitant la mobilité et les déplacements, la souplesse et la manipulation ainsi que les tâches ménagères et la gestion de la vie quotidienne sont celles qui sont les plus difficiles pour la personne sourde.

Il est cependant précisé que les personnes présentant ces difficultés sont d ficiennes auditives, et présentent également une ou des déficiences associées. Les

déficients auditifs n'ayant pas de déficience associée ne déclarent pas ce type d'incapacités, mais quand il y a déficience associée, la déficience auditive augmente le risque de présenter de telles difficultés.

Les personnes malentendantes (surdit e profonde ou totale) de 60 ans et plus constituent la population à risque de pr esenter une incapacit e s ev ere

Chez les d eficients auditifs moyens ou s ev eres, ce risque est augmentée en ce qui concerne certaines activit es (d eplacements, t aches m enag eres, gestion du quotidien, activit es demandant de la souplesse et de la manipulation, le domaine de la communication, coh erence, orientation, de la vision, de la parole).

« Cet effet d'exacerbation pourrait être liée à un m ecanisme de potentialisation des d eficiences, la d eficience auditive majorant les incapacit es li ees aux autres d eficiences en diminuant les ressources personnelles permettant de les compenser. Cet effet d'exacerbation peut également s'expliquer par le caract ere d eclaratif de l'enqu ete, la d eficience auditive majorant alors l'expression de ces incapacit es. »

L'enqu ete HID s'est int eress ee aux diff erentes façons de participer à la vie sociale, en ciblant certains loisirs : spectacles, activit es sportives, vie associative. Une personne qui n'a aucun de ces loisirs peut se sentir en retrait de toute vie sociale.

L'âge et la situation sociale sont des facteurs importants qui influencent les pratiques de loisirs, mais pour les personnes malentendantes, il faut y ajouter les incapacit es et probl emes d'accessibilit e.

« Pour les d eficients auditifs, la fr equentation de spectacles peut se heurter à une mauvaise intelligibilit e accrue par un environnement bruyant. La pratique de sports, dont un grand nombre n ecessitent l'utilisation d'informations sonores, peut s'av erer difficile voire risqu ee. »

Les malentendants sont moins nombreux que l'ensemble de la population à participer r eguli erement à des activit es de loisirs. L'écart se creuse d'autant plus que la d eficience auditive est importante.

4.7. Les différents traitements

D'après Dubreuil et al. (2003) [12], à l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement permettant d'éviter l'installation de la presbyacousie ni de traitement curatif. La lutte contre les traumatismes sonores et contre l'exposition aux médicaments ototoxiques contribue à préserver le capital auditif sensoriel des sujets âgés.

4.7.1. Les traitements médicaux

Bouccara et al. (2005) [7] expliquent que de nombreux médicaments sont proposés afin d'améliorer les performances de patients presbyacousiques. Leurs sites d'action sont périphériques et/ou centraux.

Certaines molécules visent à piéger les radicaux libres produits lors de la destruction des cellules ciliées internes. D'autres molécules favorisent le phénomène de plasticité neuronale indispensable pour compenser le déficit sensoriel. Toutefois, selon Dubreuil et al. (2003) [12], leur efficacité sur le déficit auditif et sur son évolution n'est pas établie.

4.7.2. L'appareillage audioprothétique

Le traitement adéquat de la presbyacousie suppose un appareillage audioprothétique bilatéral précoce qui peut évoluer, en l'absence d'amélioration, vers une implantation d'oreille moyenne ou cochléaire.

Selon Bouccara et al. (2005) [7] « Les indications se posent dès que la gêne fonctionnelle est patente et que le déficit moyen en audiométrie vocale dépasse 30 dB avec altération de l'intelligibilité en rapport avec l'audiométrie vocale ».

Les situations d'échec avec aides auditives conventionnelles conduisent à discuter l'indication d'une prothèse implantée d'oreille moyenne ou d'un implant cochléaire. Les résultats obtenus sembleraient satisfaisants et l'amélioration en termes de qualité de vie serait corrélée à celle des performances auditives (Bouccara et al. en 2005) [7].

Bouccara et al. (2005) [7] montrent que le suivi effectué conjointement par le médecin traitant, le médecin ORL et l'audioprothésiste avec (si l'indication se pose), le soutien d'une rééducation orthophonique et psychologique, contribue à vérifier la régularité dans le port des aides auditives, à ajuster leurs réglages et à réaliser un

entraînement auditif. L'information régulière de l'entourage est également nécessaire pour accompagner le patient dans son adaptation prothétique.

4.7.2.1. Limites liées à l'appareillage prothétique

4.7.2.1.1. Adaptation et utilisation de l'aide auditive

Malgré le suivi et les explications fournies par les professionnels sur l'utilisation d'une prothèse auditive, le patient sourd âgé se confronte souvent seul aux difficultés liées à l'usage de celle-ci. On observe alors, dans certains cas, que l'appareil auditif n'est pas utilisé et finit « au fond du tiroir ».

En effet, la miniaturisation des prothèses est susceptible d'engendrer des difficultés de manipulation qui croissent évidemment avec l'âge et l'apparition de pathologies associées (telles que troubles de la sensibilité, troubles de la vision, arthrose et troubles cognitifs...). Ces difficultés sont d'autant plus présentes si l'appareillage est binaural puisque la personne devra savoir identifier la prothèse correspondant à l'oreille droite et celle s'introduisant dans l'oreille gauche.

L'entretien régulier de la prothèse auditive est un gage de son bon fonctionnement. Ainsi, la personne malentendante devra procéder au changement de la pile, au nettoyage de l'appareil... Ceci nécessite des habiletés et des connaissances pour lesquelles le patient peut rencontrer des difficultés et qui influencent donc un usage efficace de l'aide auditive.

Néanmoins, à l'issue de ces constatations exposant les risques liés au port d'une prothèse auditive par la personne âgée, il semble important de préciser que l'adaptation et l'utilisation de ce type d'aides est fonction de la formation et des services offerts par l'audioprothésiste à son patient mais également de la motivation et de l'engagement de ce dernier.

Il demeure également pertinent de souligner un autre point lorsque la personne âgée appareillée est placée dans une institution (maison de retraite, EHPAD...) et qu'elle demeure dépendante du personnel soignant. En effet, dans ce type d'établissement, les personnes soignantes qui gravitent autour de la personne âgée ne suivent pas ou peu de formations concernant les aides auditives dans leur cursus. Ainsi, on peut retrouver dans certains cas des appareils mal placés, dont la

pile est usée ou encore un nettoyage non effectué, ceci réduisant ou anéantissant les apports de la prothèse sachant que la personne malentendante n'est pas en mesure de signifier qu'elle fonctionne mal ou pas du tout.

A ce sujet, certaines actions ont été créées. Nous pouvons prendre l'exemple du Service d'Aide aux Malentendants Institutionnalisés ou Dépendants (SAMID) mis en place en 1997 par les Laboratoires Renard à Lille [48]. Un professionnel intervient directement auprès des établissements gériatriques ou spécialisés afin de former les équipes soignantes sur la prise en compte du problème auditif chez les résidents et sur la gestion quotidienne d'un appareil auditif. Cette action s'étend également aux personnes dépendantes bénéficiant d'un maintien à domicile (via les services d'aide à la personne).

Les objectifs de ce service sont:

- de mettre en place les moyens d'un suivi audioprothétique individualisé soumis à des contrôles réguliers avec l'audioprothésiste pour chacun de ces patients appareillés, les accompagner et les soutenir dans le port efficace de leur appareillage auditif afin de favoriser leur communication et leur vie sociale.
- d'aider les équipes soignantes de ce type d'établissement en les formant à assurer la gestion quotidienne des appareillages auditifs des patients équipés (mise en place, entretien, changement des piles...) et leur permettre de réagir efficacement en cas de problème (aide auditive en mauvais état de fonctionnement, réglages inadaptés...).

La personne presbyacousique a bénéficié, au cours de sa vie, d'une éducation auditive culturelle relative à la structure de notre langue. Lorsque ce type de surdité apparaît et évolue, elle voit son champ auditif se modifier du fait du vieillissement de son système auditif. Le port de prothèses auditives vient pallier aux difficultés rencontrées mais n'est parfois pas suffisant. C'est dans ce cadre que l'orthophoniste intervient afin de stimuler les fonctions psycho-acoustiques perturbées ou perdues dans le but de rétablir un confort auditif et de permettre à la personne malentendante de s'adapter et d'apprécier un nouvel environnement sonore. Cependant, la prise en charge orthophonique d'un patient presbyacousique n'est pas encore connue et légitimée et donc pas prescrite par les médecins ORL, ceci limitant l'adaptation du patient à ses prothèses auditives.

4.7.2.1.2. Paradoxe concernant ce handicap

Lorsqu'on met en relief la notion d'aide dans le port d'aides auditives dans le cadre d'une presbyacousie, celle-ci n'a pas la même connotation que dans le port de lunettes lors d'une presbytie, par exemple.

En effet, le fait d'utiliser des lunettes est accepté par tout le monde, soumis à un effet de mode et même associé à une image intellectuelle voire une marque d'élégance. Les troubles de la vision nécessitant la prescription de « prothèses visuelles » ou autrement dit lunettes n'est pas considéré comme un handicap. A contrario, le fait d'avoir recours à des prothèses auditives suggère, aux yeux de la plupart des gens, une notion de handicap et admet également l'idée de vieillissement qui n'est pas flatteuse. Ainsi, cette aide est la plupart du temps dissimulée par la personne malentendante malgré les efforts d'esthétisme de la part des fabricants d'appareils auditifs.

La déficience auditive devient donc un handicap invisible du fait de son expression clinique, des tentatives de dissimulation de celle-ci et de la miniaturisation des prothèses. Un problème se pose alors quant aux conditions de communication essentielles à un échange adapté avec les personnes sourdes telles que se placer dans la lumière, être face à face, parler avec un débit légèrement ralenti... En effet, de par l'image négative de son handicap, la personne malentendante ne fait pas forcément part à son interlocuteur des conditions idéales pour le bon déroulement d'une conversation, ce dernier ne peut donc pas ajuster son comportement.

L'idée d'un paradoxe peut être exprimée étant donné qu'à cause des connotations négatives qui se dégagent de la déficience auditive, la personne cherche à dissimuler son handicap. Ceci ne permet donc pas de réunir toutes les conditions favorables à une compréhension satisfaisante du message.

5. La personne âgée

5.1. Qu'est-ce que le vieillissement?

5.1.1. Définitions

Dans le dictionnaire (Le Petit Robert, 2008) [26], vieillir signifie « prendre de l'âge, s'approcher de la vieillesse, continuer à vivre, vivre alors qu'on est déjà vieux ».

On lit également que vieillir c'est « acquérir les caractères de vieillesse, changer par l'effet du vieillissement, subir les modifications organiques du vieillissement ».

Le vieillissement est donc le « fait de devenir vieux ou de s'affaiblir par l'effet de l'âge ».

Le processus du vieillissement est un phénomène biologique extrêmement complexe.

La connaissance des divers aspects du vieillissement s'est accélérée considérablement et les progrès de la recherche dans le domaine du vieillissement ont permis de comprendre le rôle important des facteurs génétiques, des altérations du fonctionnement cellulaire, ou encore des modifications du métabolisme des protéines.

Le vieillissement constitue l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge « mûr » (30-40 ans).

Il est le résultat des effets de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie (séquelles des maladies passées, actuelles, chroniques ou aiguës).

C'est un processus naturel, lent et progressif s'imposant à tous les êtres vivants et qui doit être distingué des effets des maladies. Une personne ne devient pas âgée du jour au lendemain.

Il n'y a pas de consensus concernant l'âge de la vieillesse.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) [43] définit une personne âgée à partir de 65 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées.

La définition sociale prend en compte l'âge social de cessation d'activité professionnelle, soit 55-60 ans.

Les données sur la vieillesse selon l'âge chronologique ne suffisent pas à refléter la réalité des personnes âgées. Il est nécessaire de prendre en compte un âge social (soit le statut fonctionnel).

5.1.2. Données démographiques, épidémiologiques et aspects socio-économiques

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus correspond à 17% au 1er janvier 2010 (soit 10 761 917 personnes), selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)[36].

Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement. Après 2035, la part des 60 ans ou plus devrait continuer à croître.

Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pourrait augmenter de 80 %.

En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans.

La population de la France vieillit, comme dans la plupart des pays développés.

5.1.3. Espérance de vie

C'est le nombre moyen d'années de vie des personnes d'une classe d'âge donnée, notion sur laquelle la majorité s'accorde.

Elle est égale à 77,8 ans pour les hommes et à 84,5 ans pour les femmes (INSEE 2009).

Les projections pour 2050 définissent 83,8 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes, ce qui correspond à une augmentation moyenne de 6,5% entre 2009 et 2050.

5.1.4. Dépendance

C'est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Afin de distinguer différents niveaux de retentissement de la maladie, l'OMS a repris l'analyse fonctionnelle des maladies de WOOD (1976).

Cette analyse permet de distinguer 3 éléments :

- la déficience (notion biomédicale) : elle correspond à une anomalie d'un organe, appareil ou système. Cette anomalie peut être sans conséquence pathologique mais le plus souvent, elle est symptomatique et équivaut à la maladie.
- l'incapacité (notion fonctionnelle) : elle représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en terme de fonction ou de performance.
- le handicap (notion de comportement social) : c'est le désavantage résultant de l'incapacité.

Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie.

Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité.

La priorité du XXIème siècle correspond à une recherche en vue de la réduction des causes d'incapacités et de handicap chez la personne âgée.

L'enquête HID de l'INSEE a réparti les personnes de 60 ans et plus en fonction de leur lieu de vie et de leur degré de dépendance.

Les conclusions qui en ont découlées sont que :

- 800 000 personnes sont dépendantes (au niveau des quatre premiers groupes de la grille AGGIR) soit 7,35% des 60 ans et plus.
- les personnes les plus dépendantes vivent en institution
- les personnes les plus autonomes vivent majoritairement à domicile

La grille nationale AGGIR a été mise en place en 1997 afin de procéder à l'évaluation du degré de perte d'autonomie ou du degré de dépendance physique et psychique des personnes âgées [55], [56].

5.2. Les effets du vieillissement

5.2.1. Les déclin de la vieillesse

5.2.1.1. La gérontologie et la gériatrie

La gérontologie est l'un des deux domaines qui traitent du vieillissement. C'est une science qui étudie le vieillissement sous tous ses aspects.

Elle comprend l'étude des modifications du corps humain liées à la sénescence, les études démographiques, économiques, psychologiques, sociologiques des problèmes socio-économiques liés à la démographie sans cesse croissante des personnes âgées dans les pays occidentaux : âge de la retraite, aides financières, construction d'établissements de soins...

Le second domaine est la gériatrie. C'est une discipline médicale s'occupant des maladies des personnes vieillissantes, et plus particulièrement des personnes de plus de 75 ans.

La gériatrie s'attache d'une part à l'étude biologique des phénomènes responsables du vieillissement pour en diminuer les effets, d'autre part à tout ce qui concerne l'hygiène et le mode de vie propres aux personnes âgées, avec notamment ces dernières années le développement des métiers liés à une politique de santé favorisant le maintien à domicile de ces personnes.

D'autre part enfin, la gériatrie s'occupe des soins et thérapies adaptés aux maladies plus spécifiques des personnes âgées.

La prise en charge d'un malade âgé ne peut se limiter au seul aspect purement médical, mais elle prend en compte l'ensemble des conséquences psychiques, fonctionnelles et socio-économiques des patients. C'est une discipline nouvelle, en plein essor.

5.2.1.2. Les conséquences physiques et physiologiques

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, qui induit une diminution de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression (stress, infection, traumatisme...).

Le processus du vieillissement est très hétérogène au sein d'une population mais aussi au sein d'un même organisme

Concernant les organes des sens, on remarque, avec l'âge, l'apparition de la presbytie (réduction de l'accommodation), de la cataracte (opacification du cristallin) et de la presbyacousie.

En 1998, l'INSEE réalise l'enquête HID auprès de personnes vivant en institution. Elle a pour but de faire un état des lieux du handicap au sens large. La population des institutions est très majoritairement atteinte par au moins une

déficience ; les plus fréquentes sont intellectuelles ou mentales et motrices. La maladie et le vieillissement sont les origines des déficiences les plus répandues.

En 1999, l'INSEE renouvelle l'enquête HID auprès de personnes vivant à leur domicile qui s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes.

Il ressort que 39 % des personnes souffrent d'au moins une déficience. Les plus fréquentes ont un caractère moteur (16 % des personnes touchées), viscéral et métabolique (15 %) ou intellectuel et mental (16 %).

Si tous les types de déficiences et le besoin d'aide deviennent plus fréquents avec l'âge, le vieillissement n'est à l'origine que de 11 % d'entre elles.

La maladie en est la cause pour 24 %, et les problèmes socio-familiaux pour 13 %.

D'autres constats sont aussi dressés par l'enquête. Les déficiences sensorielles sont celles qui requièrent le plus d'aide dans la vie quotidienne, besoin qui s'accroît avec l'âge.

Les théories du vieillissement biologique :

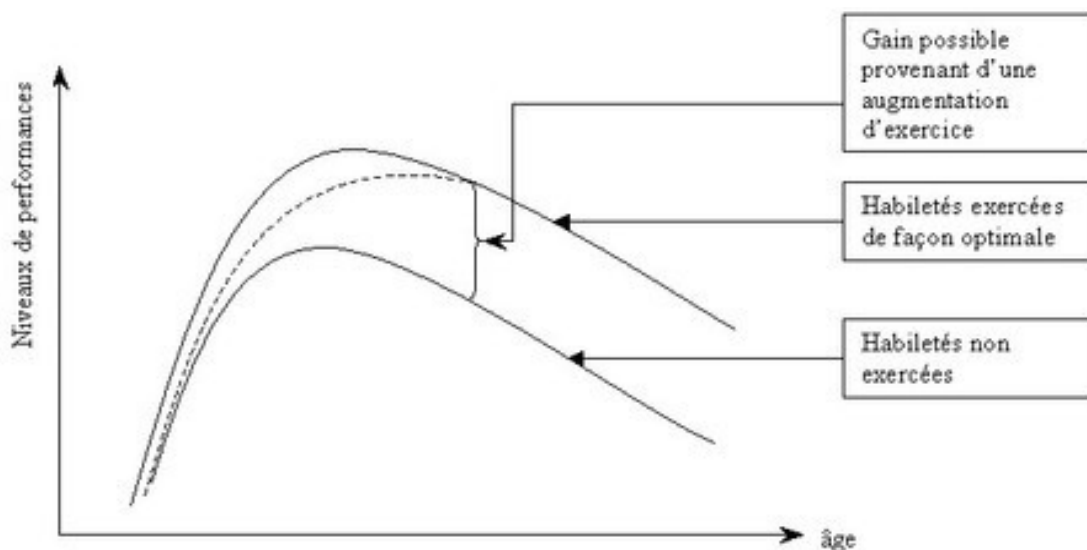
Selon la théorie de la « sénescence programmée », c'est l'activation de gènes spécifiques qui entraîne le vieillissement de l'organisme (Bee et Boyd, 2008) [27]. Cela reprend l'idée que c'est « la fin de la période de reproduction qui marquerait le réveil de ces gènes » (Buss, 1999) [27].

La théorie de Tice et Setlow (1985) repose sur le fait que des ruptures d'ADN non réparées s'accumulent progressivement, augmentant donc la quantité de cellules endommagées et provoquant le vieillissement des organes (Bee et Boyd, 2008) [27].

De plus, les radicaux libres (entités chimiques indésirables et dangereuses pour les cellules) peuvent tuer la cellule. Le remplacement de la cellule oblige l'organisme à activer ses cellules souches. Ceci contribue aussi à un vieillissement accéléré de l'organisme, les cellules souches ne pouvant éternellement se multiplier (limite de Hayflick).

La limite de Hayflick a été découverte en 1965. Hayflick avait observé que des cellules en division cellulaire ne se divisaient que 50 fois avant de mourir. Quand des cellules approchaient cette limite, elles montraient des signes de sénescence [42].

Fig.1: Le modèle du vieillissement physique et cognitif de Denney (1982-1984) :



Ce modèle de Denney illustre que vieillissement et déclin sont associés, mais nous devons malgré tout prendre en compte la variabilité interindividuelle.

5.2.1.3. Le vieillissement des structures cérébrales

Non seulement le vieillissement touche les organes, mais il atteint aussi les voies nerveuses et le cerveau lui-même.

On observe, en résumé, quatre changements importants : la réduction de la masse cérébrale, la perte de la substance grise, la diminution de la densité dendritique et le ralentissement de la vitesse synaptique (Bee et Boyd, 2008) [27].

Selon Vergnon (2008) [30], les atteintes caractéristiques du vieillissement de ces structures sont l'amyloïdogenèse et la dégénérescence neurofibrillaire.

L'amyloïdogenèse fait suite à l'accumulation d'une substance amyloïde (issue d'un mauvais fonctionnement cellulaire) dans la cellule nerveuse. Cela entraîne alors l'apoptose de la cellule, soit son auto-destruction.

La dégénérescence neurofibrillaire est la conséquence de l'accumulation d'une protéine mal synthétisée, la protéine Tau. Elle ne joue alors plus son rôle de ciment du squelette des axones. La cellule nerveuse, ne pouvant plus communiquer avec les autres cellules voisines, meurt.

On note également le ralentissement de l'influx nerveux à cause du vieillissement de la gaine de myéline. En effet, les cellules de Schwann sont moins nombreuses ou inefficaces.

5.2.2. Le vieillissement cognitif

Il est important de noter que, d'une manière générale, ce sont tous les processus cognitifs qui sont ralentis.

Cependant, les aptitudes les plus fragilisées par le vieillissement sont :

- la rapidité mentale
- l'attention sélective partagée
- l'attention sélective dirigée
- l'attention soutenue (atteinte modérée)
- la flexibilité attentionnelle
- la mémoire de travail (réalisation simultanée d'opérations de stockage et de traitement)
- la mémoire épisodique secondaire (familiarité des événements « know » supérieure à la remémoration consciente des événements dans leur contexte « remember »)
- les tâches visuo-spatiales (déclin des capacités d'identification perceptive)
- l'inhibition
- le raisonnement déductif
- la planification et la résolution de problèmes

Ces différentes atteintes entraînent des difficultés dans la vie quotidienne.

Dans certains cas, il est nécessaire pour la personne âgée de consulter afin de dépister d'éventuelles pathologies cognitives : à partir de 75 ans (tous les deux ans), en cas de plainte cognitive quelle qu'elle soit, à distance d'un syndrome confusionnel ou d'un AVC, devant une perte d'autonomie, un changement d'humeur ou un trouble du comportement.

5.2.3. Un point de vue plus positif

5.2.3.1. La notion de plasticité cérébrale

Il est clairement établi, de nos jours, que les systèmes neuronaux adultes sont capables de se réorganisés suite à des événements environnementaux variés. Les neurones peuvent alors créer de nouvelles connexions.

5.2.3.2. Des aptitudes préservées

Il faut noter que certains processus sont plutôt bien préservés.

En effet, le langage chez une personne vieillissante ne connaît pas de réels déficits. Il en est de même pour l'arithmétique, dont le raisonnement reste assez bien maîtrisé.

Et malgré l'atteinte des capacités d'identification perceptive dans les tâches visuo-spatiales, le système de représentation perceptive n'est pas altéré.

Concernant la mémoire, malgré certains types fragilisés, on remarque que la mémoire sémantique et la mémoire procédurale (implicite) sont préservées.

5.2.3.3. Une vieillesse réussie

Chaque personne possède une « réserve cognitive » qui lui est propre, ce qui lui permet de mettre en place des stratégies de compensation et d'adaptation.

Il est donc important de pouvoir proposer aux personnes intéressées des moyens de compensation cognitive.

Cela peut se traduire par la mise en place d'aides cognitives (double codage, multi-sensorialité...) et d'entraînements cognitifs (ateliers mémoire...).

Les activités intellectuelles et physiques favorisent le maintien des capacités cognitives (Lauverjat F., Pennequin V., 2008) [27].

Il ne faut pas oublier de noter que nous ne sommes pas tous égaux devant le vieillissement..

On appelle vieillissement primaire, ou sénescence, le phénomène naturel et vieillissement secondaire, ou sénilité, les lésions ou maladies qui s'y rattachent.

Le vieillissement différentiel est la simple constatation que chacun vieillit à une vitesse différente.

Les causes de cette variabilité sont regroupées en quatre catégories : les causes génétiques, le mauvais usage d'un organe ou d'une fonction, les facteurs de risques (tabac, alcool, suralimentation) et les maladies et accidents (Birren et Schroots, 1996) [27].

En outre, nous pouvons avoir le contrôle sur certains aspects de notre vieillissement.

6. Politiques et actions de santé en faveur des personnes âgées

6.1. Politiques de santé [35] [41]

L'importance du sujet pour la société se traduit par un plan national Bien Vieillir rédigé sous le gouvernement de François Fillon.

Sur le plan financier, l'enjeu passe par la création d'un « cinquième risque » qui viendrait compléter la protection sociale existante (la maladie, la vieillesse, les accidents du travail et la famille) et permettre de ne pas précariser les personnes en situation de dépendance.

Le gouvernement a engagé de nombreuses actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il a fait preuve d'un effort public en direction des personnes dépendantes : entre 2002 et 2009, les crédits médico-sociaux pour les personnes âgées ont été considérablement augmentés.

En 2009, on note la création de 6000 services de soins infirmiers à domicile au sein desquels 40 équipes pluridisciplinaires expérimentent une prise en charge spécifique.

Cette année, les moyens attribués aux établissements et services pour personnes âgées progressent de manière importante. Ils servent notamment à doter les maisons de retraite d'un personnel qualifié suffisant et à créer de nouvelles places et mettre en sécurité les locaux dans les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

Nous rappelons aussi les mesures prises pour soulager les « aidants familiaux », c'est-à-dire l'augmentation de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Les aidants bénévoles auprès des personnes âgées tiennent une place importante dans cette politique.

La proximologie comme science de l'aide aux aidants, apparaît comme un enjeu de société et de la politique de santé publique.

Le maintien à domicile apparaît également comme une des priorités pour les personnes âgées.

A un niveau privé, des sociétés et associations cherchent à trouver des solutions innovantes pour faciliter le vieillissement (entraînement des fonctions cognitives, équipements pour conditionner le domicile...).

6.2. Présentation de structures prenant en charge l'adulte devenu sourd

6.2.1. Le réseau de santé « Bien Entendre après 60 ans » (Nantes, Loire Atlantique) [33]

Le réseau « Bien Entendre après 60 ans » a été créé en 2005 sur le constat que 8,67% de la population était concerné par la surdité et que 60% de cette population avait plus de 55 ans.

Les besoins par rapport à cette problématique sont bien identifiés à l'époque. En effet, il existe peu de services spécialisés en France pour accueillir, informer et accompagner cette population. On ne trouve pas beaucoup de professionnels sensibilisés à la perte d'audition après 60 ans. Les personnes concernées par cette pathologie n'osent pas en parler et s'isolent, se désocialisent. On note également des difficultés concernant l'adaptation à l'appareillage quand la démarche est engagée.

Les objectifs de ce réseau sont donc orientés vers plusieurs publics.

Envers les personnes de 60 ans et plus présentant des troubles auditifs, le réseau a un rôle de prévention en sensibilisant aux problèmes de surdité et de malentendance, par des conférences pouvant être assurées dans tout le département.

C'est également une cellule d'accueil, d'écoute attentive, d'information et de conseil.

Les professionnels sont là pour accompagner ce public dans les différentes démarches de réhabilitation de leur audition (à savoir l'appareillage, la lecture labiale, les aides techniques...) ce qui correspond à une aide personnalisée.

Le réseau a de plus un objectif à remplir auprès des familles des personnes malentendantes. C'est un lieu où l'on écoute et on informe sur la déficience auditive et ses conséquences, et où l'on conseille sur les conduites à tenir pour optimiser la communication.

En direction des professionnels de santé et des professionnels des services d'aide et de soins à domicile et des maisons de retraite, le réseau s'engage à informer, former et conseiller (la déficience auditive et ses conséquences ainsi que les attitudes de communication à adopter, et les adaptations nécessaires des compétences professionnelles devant un tel public).

Enfin, en proposant un partenariat entre les professionnels concernés par la surdité acquise, le réseau veille à la bonne coordination des actions et des soins.

C'est une structure qui compte un coordinateur, une assistante administrative, une orthophoniste et une assistante sociale.

Le réseau propose un accueil de proximité en établissant des permanences dans différentes villes de Loire-Atlantique, ainsi qu'en rencontrant des personnes à leur domicile.

Malgré l'importance et l'utilité de ce réseau, il a été contraint de fermer ses portes faute de financements.

6.2.2. Le Centre d'Évaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition (Angers, Maine et Loire) [45]

Le CERTA a été ouvert en septembre 2009. C'est un établissement sanitaire de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

Ce centre intervient auprès de personnes adultes déficientes auditives appareillées et/ou souffrant d'acouphènes. Il reçoit environ 200 à 250 personnes.

L'objectif principal est de favoriser l'autonomie et la qualité de vie au quotidien des personnes reçues à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire (ORL, orthophonistes, audioprothésistes, ergothérapeutes, psychologues, assistantes de service social...).

Encadrée par les professionnels du centre, une procédure spécifique est mise en place. Chaque patient doit avant tout être référé par son ORL pour obtenir une prise en charge au sein du centre. Lorsque le patient est admis, une phase d'évaluation pluridisciplinaire est proposée afin d'estimer ses besoins en fonction des difficultés rencontrées au quotidien. Une fois l'évaluation achevée, le patient peut désormais commencer son parcours de réadaptation personnalisé.

Il existe plusieurs formes de parcours de réadaptation : la réadaptation pluridisciplinaire, la réadaptation de proximité, la réadaptation et l'accompagnement psychologique.

Le parcours de réadaptation pluridisciplinaire offre au patient une prise en charge par les différents professionnels au sein de l'établissement.

Le parcours de réadaptation de proximité est proposé aux personnes ne nécessitant pas d'une prise en charge pluridisciplinaire. Elles sont alors orientées vers le professionnel concerné qui intervient au plus près du domicile du patient. Pour ce faire, le centre est en relation avec un réseau de professionnels.

Les parcours de réadaptation et d'accompagnement psychologique concernent les patients ayant des implants cochléaires ou les patients acouphéniques.

A l'issue de chaque parcours, les patients bénéficient d'une continuité de leur accompagnement, afin de les aider à mettre en application au quotidien ce qu'ils ont découvert au CERTA. Quelques attitudes et conseils sont ainsi préconisés.

Le CERTA d'Angers a été le premier créé. Depuis son ouverture, deux autres centres ont vu le jour à Poitiers et à Metz.

7. Problématique et hypothèses

Nous savons que la population ne cesse de vieillir et qu'avec cet allongement de la vie, des troubles spécifiques, comme ceux de l'audition, peuvent apparaître.

A ces problèmes sont trouvées des solutions comme l'appareillage, mais quand celui-ci n'est pas suffisant pour pallier aux difficultés de communication (et notamment de compréhension), l'orthophonie peut être un complément.

Nous proposons ici des questionnaires soumis aux professionnels gravitant autour de la personne de plus de 60 ans devenue sourde (médecins généralistes ou gériatres, médecins ORL, audioprothésistes et orthophonistes) afin de déterminer :

- si les professionnels concernés connaissent la prise en charge orthophonique de l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd et s'ils sont conscients de l'importance de celle-ci ;
- si ces professionnels participent et collaborent à ce type de prise en charge.

Nous dégageons des hypothèses sur les résultats que nous obtiendrons:

- les professionnels qui gravitent autour de la personne de plus de 60 ans devenue sourde ne connaissent pas l'orthophonie pour ce type de pathologie et ne sont pas conscients qu'une telle prise en charge puisse être efficace chez ces patients ;
- les professionnels connaissent l'orthophonie sous cet angle et sont amplement conscients qu'une prise en charge en orthophonie est indispensable. Ils participent autant que possible à orienter, prendre en charge les personnes devenues sourdes ;
- les professionnels connaissent l'orthophonie dans ce cadre et sont conscients de l'intérêt pour les patients d'être pris en charge en orthophonie mais ne participent pas à l'orientation ou ne prennent pas en charge ce type de patients.

Sujets et méthodes

1. Objectifs de notre travail

1.1. Objectifs à court terme

Dans ce mémoire, nous avons voulu, par le biais du matériel et des méthodes ultérieurement présentées, mettre en évidence le ressenti des différents professionnels médicaux et paramédicaux concernés par la prise en charge de l'adulte sourd âgé de plus de 60 ans. Nous avons donc choisi d'élaborer des questionnaires essayant de refléter les connaissances de ces professionnels face à ce type de rééducation, la légitimité et la pertinence qu'ils lui accordent ou non, ainsi que l'état actuel et les possibilités futures de la collaboration entre les différents acteurs gravitant autour de la personne âgée devenue sourde. Ce type de matériel devait nous permettre de concevoir une étude tant quantitative que qualitative.

1.2. Objectifs à long terme

Par le biais de ces questionnaires, nous souhaitons sensibiliser les différents professionnels sondés à ce type de prise en charge récente en impliquant le fait qu'elle soit pluridisciplinaire et qu'elle nécessite une coopération des différents intervenants. Nous avons suggérer plusieurs hypothèses d'amélioration de la collaboration afin de faire émettre des réflexions à ce sujet.

Dans le but de rendre notre travail plus pertinent et plus complet, nous avons voulu proposer quelques pistes rééducatives, destinées aux orthophonistes, répondant à ce cadre de rééducation. En effet, la prise en charge orthophonique de l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd ne nous semblait pas réellement admise ou pratiquée. C'est pourquoi, il nous a paru intéressant et nécessaire d'intégrer à ce mémoire des modèles de rééducation orthophonique, non exhaustifs, ciblant différents axes de travail avec l'adulte devenu sourd sur lesquels les futurs lecteurs et rééducateurs pourront se baser. Nous avons donc souhaiter soumettre une séance de rééducation « type » à plusieurs personnes afin de déterminer si le matériel utilisé était accessible et engendrait un bénéfice pour le type de patients ciblé.

2. Matériel et méthodes

2.1. Questionnaires

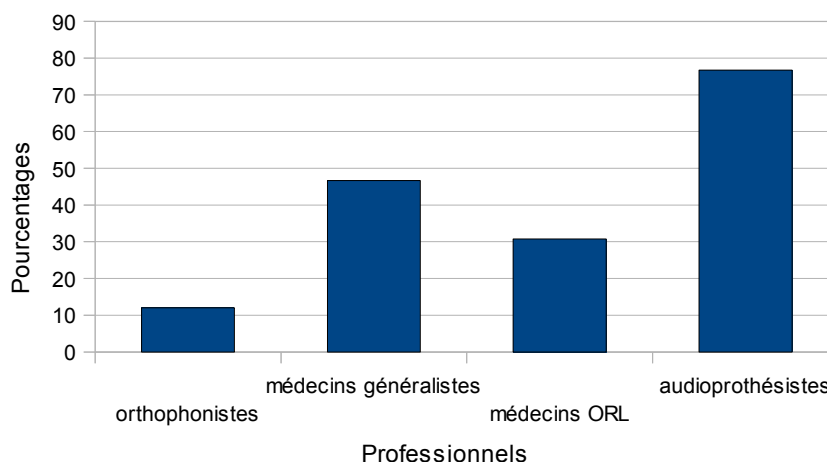
2.1.1. Présentation de l'échantillon exploité (les remplisseurs)

Nous avons décidé de proposer ces questionnaires à quatre catégories de professionnels pouvant participer à la prise en charge de la personne malentendante âgée de plus de 60 ans. Nous les avons donc fait parvenir à des médecins ORL, à des médecins généralistes ou gériatres, à des audioprothésistes ainsi qu'à des orthophonistes. Nous aurions pu inclure, dans cette étude, d'autres professionnels étant susceptibles d'agir dans ce type de prise en charge, cependant il nous a semblé plus pertinent de restreindre cette analyse aux intervenants principaux. Ces personnes exercent dans des milieux divers, soit en structures en tant que salariés (hôpitaux, cliniques, laboratoires d'audioprothèse...) soit en tant qu'indépendants. Nous n'avons pas ciblé de régions particulières dans le but d'obtenir le maximum de réponses possible. Nous n'avons pas pris en compte de critères d'âge ou de sexe, ceux-ci ne nous semblant pas déterminants pour cette étude.

Nous avons envoyé 100 questionnaires aux orthophonistes et nous avons obtenu 12 réponses.

Les médecins généralistes nous ont renvoyé 14 questionnaires sur 30 envois. Nous avons obtenu 12 réponses de la part des médecins ORL alors que nous avons effectué 39 envois. Quant aux audioprothésistes, sur 43 envois, 33 d'entre-eux ont répondu.

Fig. 2: Réponses aux questionnaires



2.1.2. Conception de l'outil

Dans un premier temps, nous avons choisi d'établir des questions à réponses ouvertes. Cependant, après réflexion et conseils avisés, nous avons opté pour des questions à choix multiples avec des réponses fermées sous forme de cases à cocher. En effet, cette orientation des réponses nous a semblé plus pertinente dans le fait qu'elle diminuerait le temps de réponse à chaque question et ainsi augmenterait les chances de participation des professionnels ciblés.

Nos questionnaires se composent d'une première partie intégrant une présentation de notre statut, de notre mémoire ainsi que du cadre et des objectifs de ce questionnaire. Les questionnaires destinés aux médecins ORL (cf. ANNEXE n°9), aux audioprothésistes (cf. ANNEXE n°10) et aux médecins généralistes (cf. ANNEXE n°11) comptent chacun 14 questions fermées, ceux ciblant les orthophonistes (cf. ANNEXE n°12) en comptent 26. Chaque question admet des possibilités de compléter si les réponses demeurent insuffisantes ou si certaines manquent ou encore si la personne sondée désire noter des remarques personnelles (rubrique « autre »). À la suite de la dernière question, une partie intitulée « commentaires » permet à la personne de s'exprimer librement sur le thème du questionnaire et d'y inclure tout type de réflexions et/ou critiques.

Ces questionnaires ont été transmis soit par courriers, soit par courriers électroniques ou dans de rares cas lors de rencontres directes.

2.1.2.1. Élaboration des questionnaires

Il nous a paru intéressant d'aborder différents thèmes, regroupant plusieurs questions, inhérents à la prise en charge de l'adulte sourd. Certains de ces thèmes sont communs à tous professionnels, cependant d'autres ciblent plus particulièrement un de ces acteurs. Nous allons détailler les thèmes et les questions s'y rapportant pour chaque professionnels:

- **Thème se rapportant à la collaboration entre les professionnels de la surdité**

Nous avons souhaité par les différentes questions affectées à ce thème, mettre en relief la place et la pertinence que ces intervenants attribuent à ce type de

collaboration: si elle est effectivement faite, si elle s'avère nécessaire, s'il est possible de l'améliorer et de la rendre plus fréquente et automatique.

- *questionnaire dédié aux orthophonistes*

2) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quel(s) professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence?

- médecins généralistes toujours souvent parfois jamais
 médecins ORL toujours souvent parfois jamais
 audiophonologues toujours souvent parfois jamais
 audioprothésistes toujours souvent parfois jamais
 autres toujours souvent parfois jamais

3) Est-ce vous qui les contactez?

- oui non réciproquement

4) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle ?

- oui non

5) Si oui, de quelle manière?

- régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient
 ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge
 systématiquement, pour rendre la prise en charge la plus efficace possible
 autre.....

6) Pour quelles raisons cette collaboration s'imposerait-elle ?

- améliorer le quotidien de la personne
 surpasser les limites de l'appareillage
 redonner le goût de la communication
 compenser les difficultés par d'autres approches
 adapter la prise en charge
 échanger des informations utiles
 rendre la prise en charge la plus efficace possible

autre.....

7) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien les orthophonistes, audioprothésistes, les médecins ORL, les audiophonologues, les médecins généralistes dans ce type de suivi? Si oui, lesquels ?

oui non

Nom du réseau :.....

8) Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces autres professionnels?

- avoir une disponibilité pour échanger sur le patient
- tenir informer de l'évolution du patient (réglages, surdité, résultats aux tests...)
- faire part des difficultés à un moment donné
- autre.....

9) Selon vous, quelles sont les attentes des différents professionnels vis-à-vis de l'orthophoniste ?

- améliorer la compréhension
- entraînement auditif
- travailler la lecture labiale
- améliorer la communication
- éducation prothétique
- rééducation vocale
- autre

10) Pensez-vous que la collaboration puisse être améliorée?

oui non

11) Si oui, par quels moyens?

- améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun des professionnels
- créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels
- créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires
- créer une plate-forme sur internet répertoriant les différents professionnels

autre.....

19) En général, qui vous adresse ce type de patients ?

- médecin généraliste
 médecin ORL
 audiophonologiste
 audioprothésiste
 autres.....

- *questionnaire dédié aux médecins ORL*

Ce questionnaire reprend les questions 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10,11, citées précédemment pour les orthophonistes.

- *questionnaire dédié aux audioprothésistes*

Ce questionnaire reprend les questions 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11 énoncées précédemment pour les orthophonistes. Une question supplémentaire a été posée à ces professionnels:

14) Quelles informations pertinentes transmettriez-vous à une orthophoniste pour le suivi d'un patient malentendant âgé de plus de 60 ans ?

- bilans auditifs pré-prothétiques (audiométries tonale et vocale)
 gain prothétique
 type et caractéristiques des prothèses auditives (fonctionnement, performances suivant les situations, limites...)
 fréquence d'utilisation des prothèses dans la vie quotidienne, éventuels problèmes de manipulation
 évolution de la prise en charge (de la surdité, des réglages)
 possibilités annexes (téléphone, télévision)
 autres

- *questionnaire dédié aux médecins généralistes ou gériatres*

Ont été sélectionnées du questionnaire orthophoniste les questions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11.

➤ **Thème concernant la prise en charge orthophonique**

Nous avons voulu recenser, ici, les connaissances des professionnels sur la rééducation effectuée en orthophonie avec les patients déficients auditifs âgés de plus de 60 ans, l'intérêt et la pertinence qu'ils lui attribuent.

- *questionnaires dédiés aux orthophonistes*

9) Selon vous, quelles sont les attentes des différents professionnels vis-à-vis de l'orthophoniste?

- améliorer la compréhension
- entraînement auditif
- travailler la lecture labiale
- améliorer la communication
- éducation prothétique
- rééducation vocale
- autre

13) Pensez-vous que les différents professionnels de la surdité soient conscients de l'intérêt de la prise en charge orthophonique?

- oui non

18) Quelles sont les modalités de cette prise en charge (fréquence, durée, arrêt...)?

20) Selon vous, quels sont les intérêts majeurs d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans atteinte d'une déficience auditive ?

- contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)
- favoriser la communication

- optimiser l'intégration sociale et familiale
- autre.....

21) Dans quelles mesures prenez-vous en charge ces patients ?

- surdité légère moyenne sévère profonde
- avant appareillage
- surdité évolutive
- problèmes vocaux, de parole
- autre.....

22) Quels sont les axes essentiels de cette rééducation ?

- rééducation auditive
- apprentissage de la lecture labiale
- entraînement cognitif (développement de la suppléance mentale)
- communication
- communication téléphonique
- production vocale
- accompagnement (acceptation de l'appareillage, présentation des différents modes de communication)
- autre.....

23) Quelles sont les limites que vous attribueriez à ce type de prise en charge ?

- prise en charge qui peut être trop longue, trop contraignante
- patients parfois trop âgés (les capacités cognitives sont limitées)
- améliorations restreintes, progrès peu rapides
- autre

26) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-elle tendance à se développer ?

- oui non

- *questionnaire dédié aux audioprothésistes*

Les questions 20, 22, 26 tirées du questionnaire dédié aux orthophonistes ont également été reprises dans ce questionnaire. Deux questions plus spécifiques à ces professionnels ont été créées:

10) Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers une orthophoniste ?

- compréhension réduite dans certaines situations
- gain prothétique insuffisant
- apprentissage de la lecture labiale
- rééducation auditive
- autre.....

14) Quelles informations pertinentes transmettriez-vous à une orthophoniste pour le suivi d'un patient malentendant âgé de plus de 60 ans ?

- bilans auditifs pré-prothétiques (audiométries tonale et vocale)
- gain prothétique
- type et caractéristiques des prothèses auditives (fonctionnement, performances suivant les situations, limites...)
- fréquence d'utilisation des prothèses dans la vie quotidienne, éventuels problèmes de manipulation
- évolution de la prise en charge (de la surdité, des réglages)
- possibilités annexes (téléphone, télévision)
- autres

- *questionnaire dédié aux médecins ORL*

Ce questionnaire reprend la question 10 du questionnaire destiné aux audioprothésistes et les questions 20, 22 et 26 citées auparavant dans le questionnaire dédié aux orthophonistes.

- *questionnaire dédié aux médecins généralistes ou gériatres*

On retrouve les questions 20, 22 et 26 tirées du questionnaire assigné aux orthophonistes. La question suivante est attribuée exclusivement à ces professionnels:

9) Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers un orthophoniste ?

- surdité légère moyenne sévère profonde
- avant appareillage
- surdité évolutive
- problèmes vocaux, de parole
- autre.....

➤ **Thème intéressant les patients**

Dans cette partie, nous souhaitons connaître si ce type de patients étaient pris en charge aujourd'hui, et ce qui le caractérisait.

- *questionnaire dédié aux orthophonistes*

16) Quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez vos patients de plus de 60 ans atteints de surdité ?

- presbycusie
- maladie de Ménière
- traumatisme sonore
- otospongiose
- autre.....

17) Combien de patients sourds âgés de plus de 60 ans prenez-vous en charge aujourd'hui ?

- entre 1 et 5
- entre 5 et 10
- plus de 10

24) Quels sont les plaintes de ces patients vis-à-vis de l'orthophoniste ?

-
- « je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »
- « je fais souvent répéter »
- « je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »
- « je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »
- « j'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »
- « je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »
- autre.....

25) Quels sont les attentes de ces patients vis-à-vis de l'orthophonie ?

- accepter son handicap
- être plus à l'aise pour communiquer
- retrouver une vie sociale agréable
- autre

- *questionnaire dédié aux médecins ORL*

La question 16, tirée du questionnaire destiné aux orthophonistes, a également été soumise aux médecins ORL ainsi que la question 24.

- *questionnaire dédié aux audioprothésistes*

La question 24 a également été soumise à ces professionnels.

- *questionnaire dédié aux médecins généralistes ou gériatres*

La question 24 leur a également été soumise. Une question supplémentaire concernant ce thème a été ajoutée:

10) Êtes-vous fréquemment et de plus en plus confronté à des patients âgés de plus de 60 ans porteurs d'une déficience auditive ?

- souvent parfois jamais

➤ **Autre**

Trois questions ont été adressées uniquement aux orthophonistes. Elles concernent leurs savoirs en ce qui concerne le domaine de l'audioprothèse ainsi que les bénéfices retirés de leur formation initiale à ce type de rééducation.

12) Connaissez-vous l'évolution des corrections auditives ?

- oui non

14) La formation en surdité, dont vous avez bénéficié pendant vos études, vous paraît-elle suffisante pour prendre en charge les patients de plus de 60 ans porteurs d'une déficience auditive

- oui non

15) Dans votre travail avec ce type de patients, prenez-vous appui sur :

- vos connaissances tirées de vos enseignements
 les différents stages que vous avez effectués
 la littérature
 le partage de savoirs entre collègues
 des formations spécifiques que vous avez entreprises
 autre

2.2. Méthodes d'analyse des résultats

2.2.1. Analyse quantitative

Cette analyse supposait d'utiliser un outil statistique tel que « Open Office Calc » afin de créer des tableaux recensant les réponses issues des questionnaires pour ensuite faciliter les calculs nécessaires à notre étude (cf. ANNEXE n 13).

Nous avons décidé de traiter toutes les réponses relatives à chaque questionnaire, communes ou non aux différents professionnels sondés en sélectionnant les pourcentages les plus éloquents. Ainsi, pour chaque question, nous avons préféré retenir les réponses ayant obtenu un pourcentage compris entre 50 et 100%. Nous n'avons pas souhaité retenir les réponses admettant un taux de réponse inférieur à 50% puisque cela sous-entendait qu'elles n'avaient pas été considérées comme pertinentes aux yeux des remplisseurs.

Afin d'illustrer une comparaison des réponses aux questions communes à certains professionnels, nous avons conçu des diagrammes. En effet, cela permettait de mettre en relief les similitudes ou différences de réactions des intervenants à la question posée.

2.2.2. Analyse qualitative

A la suite de l'analyse quantitative, nous avons effectué un traitement qualitatif de certaines questions. Nous nous sommes basées sur les résultats les plus parlants ressortis lors de cette précédente étude. Les remarques exprimées au fil des questionnaires (possibilité pour les remplisseurs d'ajouter leur propre réponse à l'item « autre ») ainsi que les commentaires finaux sur le thème nous ont permis d'une part, de cibler ce à quoi nous n'avions pas pensé et, d'autre part, de développer certaines des réponses pré-établies (cf. ANNEXES n°14, 15, 16, 17).

2.3. Séance « type »

2.3.1. Présentation du matériel utilisé

N'étant pas en mesure de réaliser en une séance toute la progression d'une rééducation orthophonique avec l'adulte devenu déficient auditif, nous avons sélectionné parmi les pistes rééducatives élaborées un échantillon d'exercices cf. ANNEXE n°18).

Nous avons préalablement choisi trois axes incontournables à nos yeux pour ce type de rééducation. Ainsi nous avons décidé de travailler:

- la rééducation auditive
- la lecture labiale (en analytique puis global)
- l'entraînement cognitif

Il est nécessaire de préciser que l'entraînement cognitif n'a pas fait l'objet d'exercices spécifiques. Néanmoins, la suppléance mentale a été travaillée en parallèle de la lecture labiale.

Les exercices effectués ont été déterminés à partir de nos expériences de stage, des réponses aux questionnaires ainsi que grâce à la littérature. Nous nous sommes donc inspirées d'une revue intitulée « La caravelle » créée par l'ARDDS (Association pour la Réadaptation et la Défense des Devenus Sourds) [14], d'un ouvrage « Rééducation de la boucle audio-phonatoire » (Dupont M. et Lejeune B.,

2010) [13] et d'un outil de rééducation « Les presbyacousies, manuel de rééducation de la compréhension des surdités acquises » (Haroutunian D, 2000) [18]. Nous avons également pu nous baser sur une formation traitant de la presbyacousie effectuée en octobre 2010 [15].

2.3.2. Présentation de la population testée

Nous avons recruté 5 personnes:

- une femme âgée de 60 ans, appareillée unilatéralement depuis 3 ans (cf. ANNEXE n°19).
- un homme de 70 ans, porteur d'un appareillage unilatéral depuis 8 mois (cf. ANNEXE n°20).
- une femme de 64 ans, appareillée de manière bilatérale depuis 4 ans (cf. ANNEXE n°21).
- un homme de 72 ans, bénéficiant d'un appareillage bilatéral depuis 8 ans (cf. ANNEXE n°22).
- une femme de 68 ans, porteuse d'un appareillage bilatéral depuis 8 ans (cf. ANNEXE n°23).

2.3.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.3.2.1.1. Critères d'inclusion

La population participant aux séances permettant de tester les pistes rééducatives devait intégrer des critères définis auparavant pour la fiabilité de l'expérimentation. Ainsi, nous avons admis que les personnes devaient être âgées de plus de 60 ans, être atteints d'une surdité acquise, être porteur d'une ou de deux prothèses auditives. Nous n'avons pas retenu de critères de sexe, celui-ci ne semblant pas pertinent pour notre étude.

2.3.2.1.2. Critères d'exclusion

Il nous a semblé indispensable que les personnes recrutées ne devaient pas avoir de troubles associés de type démence, aphasie, trouble de communication ou autre pathologie neurologique. Nous avons rejeté ces critères sachant qu'ils auraient pu influencer la réussite de la rééducation en faussant les résultats.

2.3.2.2. Modalités de recrutement des patients

Nous avons pu sélectionner des personnes de notre entourage remplissant les critères prédéfinis pour notre étude, des patients rencontrés sur certains lieux de stage, notamment par le biais du réseau « Bien entendre après 60 ans » ainsi que par l'intermédiaire d'audioprothésistes.

Il nous a paru nécessaire que les participants puissent nous fournir leurs derniers bilans prothétiques (audiométries tonale et vocale) ainsi que des renseignements médicaux indiquant l'absence des critères retenus en tant que critères d'exclusion.

2.3.2.3. Cadre de l'entretien

Afin d'optimiser le déroulement de la séance, nous avons décidé de respecter certaines conditions reconnues pour optimiser la rééducation de la surdité.

Nous avons préalablement informé les participants sur la nature de cette séance en expliquant le cadre de notre mémoire, le but de cet entretien et le déroulement des exercices proposés. Nous avons également spécifier que cette expérimentation se faisait dans l'anonymat.

Les conditions retenues sont les suivantes:

- lieu calme évitant au maximum les bruits parasites
- tête à tête, pas d'autres personnes présentes
- bon éclairage
- lèvres de l'interlocuteur visibles
- articulation, débit, prosodie et intonation normaux

En ce qui concerne la durée de l'entretien, nous avons déterminé qu'il s'effectuerait sur 45 minutes.

2.3.3. Analyse qualitative

Nous avons établi une liste de questions concernant leur surdité puis des questions relatives à la séance proposée.

- La surdité
 - Depuis quand ressentez-vous un gêne auditive (approximativement)?
 - Êtes-vous appareillé? Si oui, depuis combien de temps?
 - Quel bénéfice ressentez-vous grâce au port des prothèses auditives?

- Quelles difficultés persistent?
 - Que ressentez-vous par rapport à vos difficultés d'audition?
 - Avant l'appareillage, qu'est-ce qui vous gênait le plus?
 - Avez-vous entendu parler d'orthophonie dans votre cas? Si oui, comment, par qui?
 - Vous a-t-on proposé une prise en charge en orthophonie (qui)?
 - Si oui, l'avez vous acceptée? Si oui, qu'en avez vous pensé? Si non, pourquoi?
 - Commentaire et remarques éventuelles
- La séance
 - Ce travail vous-a-t-il intéressé?
 - Avez-vous trouvé ça trop long, trop difficile?
 - Pensez-vous que ce travail puisse être fait régulièrement?
 - Envisageriez-vous une telle prise en charge?
 - Vous-a-t-on expliqué le bénéfice que vous pourriez en retiré? L'avez-vous compris?
 - Êtes-vous convaincu du dit bénéfice?
 - Commentaires et remarques éventuelles

A partir de nos observations personnelles découlant de ces entretiens, des remarques ou critiques et des réponses fournies à nos questions par les participants (cf. ANNEXE n°24), nous avons jugé de la pertinence et de la faisabilité de cette séance-type de rééducation. En effet, il nous semblait important d'apprécier l'accessibilité, le bénéfice et les limites potentiels de ce type de travail avec les personnes malentendantes de plus de 60 ans en les testant auprès de celles-ci.

Nous avons également pu constater si le temps initialement prévu pour la séance était correct.

Nous n'avons pas jugé utile de procéder à une analyse quantitative des questions soumises étant donné le peu de personnes que nous avons testé.

Résultats

1. Analyse des résultats

1.1. Analyse quantitative des réponses aux questionnaires

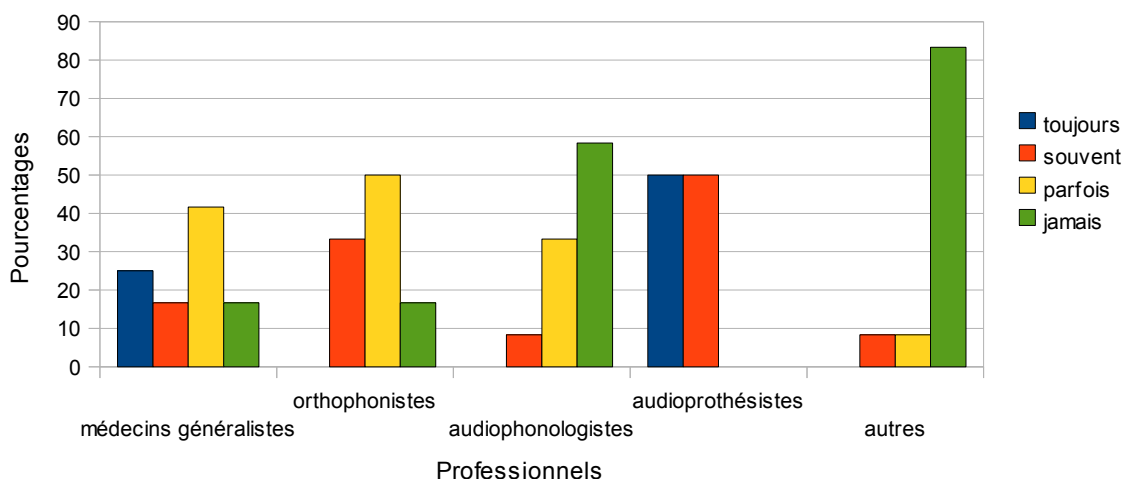
Nous allons exposer les résultats obtenus grâce aux réponses fournies par chaque catégorie de professionnels. Nous mettrons en exergue les résultats nous semblant les plus significatifs pour chaque question, sous forme de pourcentage.

Nous sélectionnerons quelques questions communes à certains professionnels sondés afin d'établir une comparaison entre celles-ci.

1.1.1. Les réponses des différents professionnels

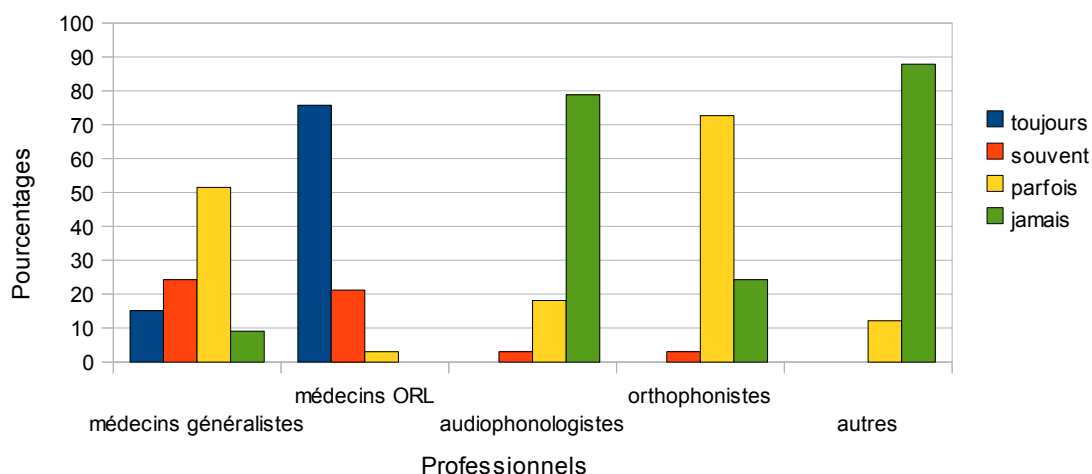
- à la question « *dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quels professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelles fréquence?»*
 - les médecins ORL déclarent en majorité collaborer parfois avec les médecins généralistes (41,67%) ainsi qu'avec les orthophonistes (50%). Ils expriment, à égalité, soit à 50%, établir toujours ou souvent un partenariat avec les audioprothésistes et à 58,33%, ne jamais le faire avec les audiophonologues. On peut également observer que 8,33% d'entre-eux témoignent souvent ou parfois faire appel à d'autres professionnels tels que l'orthoptiste ou le médecin gériatre.

Fig.2: Dans la prise en charge de l'adulte devenu sourd de plus de 60 ans, avec quels professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence?



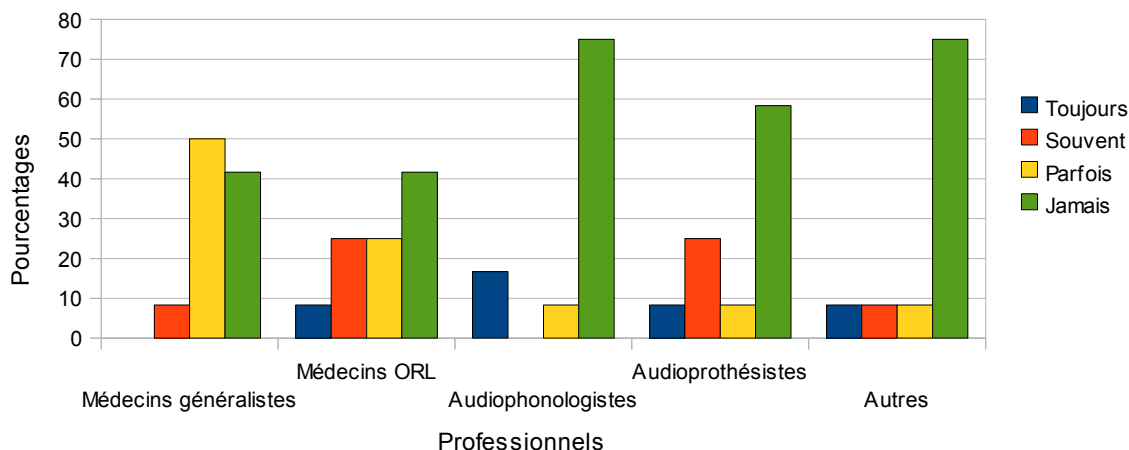
- plus de la moitié des audioprothésistes, soit 51,52%, indique échanger parfois avec les médecins généralistes. 75,76% d'entre-eux avouent toujours s'associer avec les médecins ORL. Une très grande majorité de ces professionnels, soit 78,79% affirment ne jamais collaborer avec les audiophonologues. Ils sont 72,73% à affirmer en établir parfois une avec les orthophonistes. Il est intéressant de préciser que 12,12% d'entre-eux répondent travailler en lien avec d'autres professionnels tels que le médecin gériatre, le psychologue, le sophrologue, le kinésithérapeute (pour la rééducation des vertiges) et l'ophtalmologiste.

Fig.4: Dans la prise en charge de l'adulte devenu sourd de plus de 60 ans, avec quels professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence



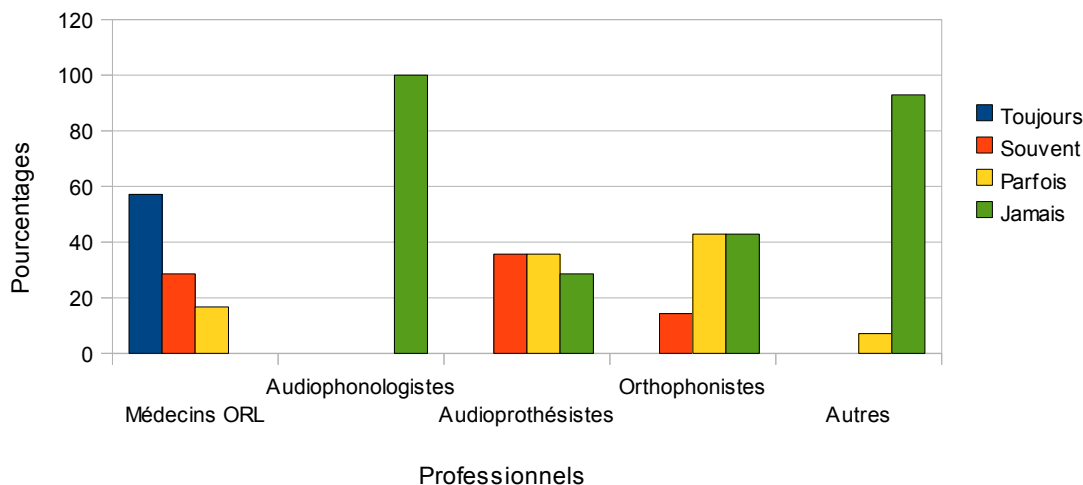
- les orthophonistes déclarent collaborer parfois avec les médecins généralistes à 50%. 41,67% des orthophonistes ne collaborent jamais avec les médecins ORL, tout comme 75% d'entre-eux ne collaborent jamais non plus avec les audiophonologues. Les orthophonistes disent ne jamais collaborer avec les audioprothésistes à 58,33% alors que 25% affirment collaborer souvent avec ces professionnels.

Fig.5: Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte devenu sourd de plus de 60 ans, avec quels professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence?



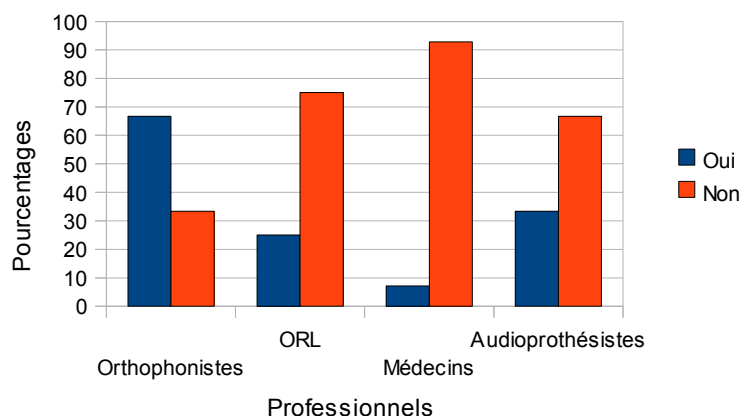
➤ les médecins sont 57,14% à noter qu'ils collaborent toujours avec les médecins ORL, alors qu'ils sont tous d'accord pour dire qu'ils ne collaborent jamais avec les audiophonologues. Ils collaborent souvent avec les audioprothésistes (35,71%) et parfois (35,71%) pour d'autres. Ils déclarent ne collaborer que parfois avec les orthophonistes (42,86%), voire jamais pour certains (42,86%).

Fig.6: Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte devenu sourd de plus de 60 ans, avec quels professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence?



- à la question « **connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologues et médecins généralistes pour ce type de suivi?** »
 - la grande majorité, soit 75%, des médecins ORL ignore l'existence de réseaux regroupant ces différents acteurs.
 - 66,67% des audioprothésistes ne connaissent pas de réseaux qui mettent en contact les professionnels cités.
 - 66,67% des orthophonistes affirment connaître des réseaux de ce type.
 - les médecins répondent à la quasi-totalité, soit 92,86% qu'ils ne connaissent pas de réseaux.

Fig.7: Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien ces différents professionnels?

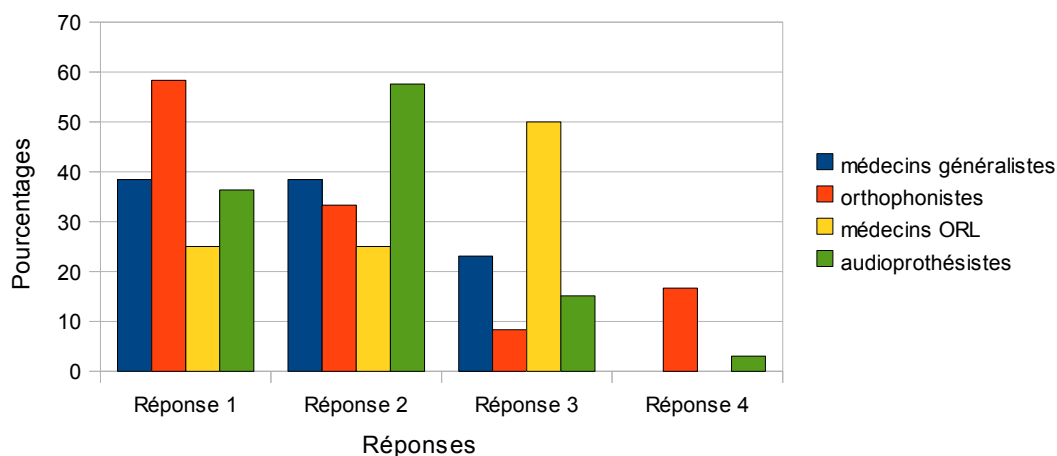


- à la question « **dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle?** »
 - les médecins ORL répondent positivement à 91,67%.
 - 87,88% des audioprothésistes estime que oui.
 - la totalité des orthophonistes (100%) répondent oui à cette question.
 - les médecins répondent en grande majorité (92,86%) oui.
- à la question « **si oui, de quelle manière?** »
 - la moitié des médecins ORL pense que cette collaboration doit se faire systématiquement pour rendre la prise en charge la plus efficace possible.

A égalité, soit $\frac{1}{4}$ d'entre-eux répond que cette collaboration doit s'effectuer soit régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient; soit ponctuellement, pour évoquer un problème particulier survenu dans la prise en charge.

- la majorité des audioprothésistes, soit 57,58%, suggère qu'elle doit s'établir ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge.
- 58,33% des orthophonistes estiment que la collaboration doit être régulière, afin de pouvoir échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient.
- les réponses des médecins ne nous permettent pas de tirer des résultats qui puissent être significatifs pour cette question.

Fig.8: Si oui, de quelle manière s'impose cette collaboration?



Légende:

-réponse 1: régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient

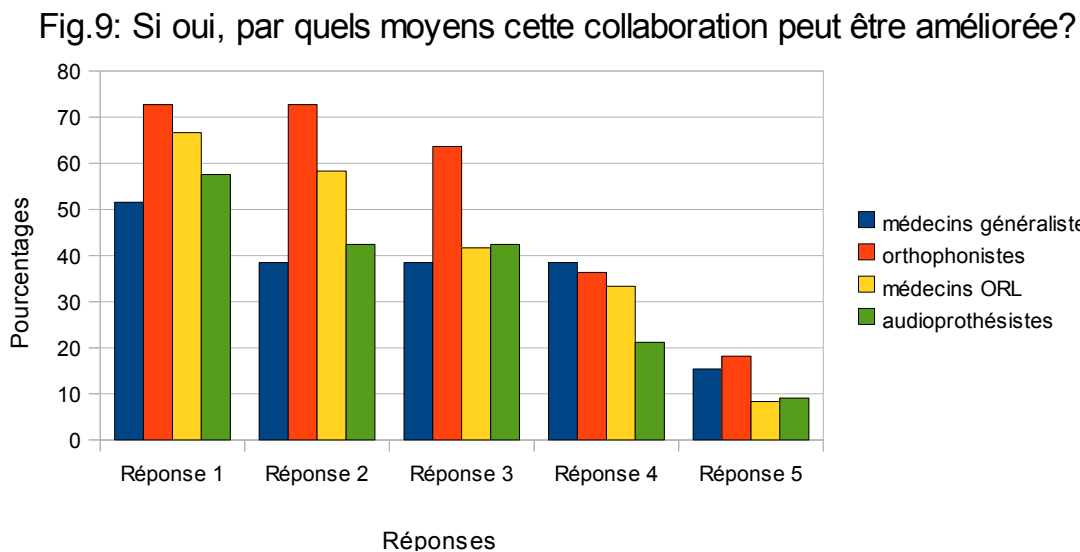
-réponse 2: ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge

-réponse 3: systématiquement, pour rendre la prise en charge la plus efficace possible

-réponse 4: autre

- à la question « **pensez-vous que cette collaboration puisse être améliorée?** »
 - 100% des médecins ORL pensent que cette collaboration peut être améliorée.
 - 100% des audioprothésistes estiment également qu'elle peut être améliorée.
 - tous les orthophonistes répondent également oui à cette question.
 - les médecins répondent aussi à 100% que, pour eux, il est possible d'améliorer cette collaboration.

- à la question « **si oui, par quels moyens?** »
 - 66,67% des médecins ORL pensent qu'elle peut l'être en améliorant l'information concernant les champs de compétences de chacun des professionnels et plus de la moitié (soit 58,33%) trouve intéressante l'idée de créer des associations ou réseaux réunissant les différents professionnels. On peut également noter que l'idée de créer une plateforme sur internet répertoriant les différents professionnels n'est choisie qu'à 33,33%.
 - plus de la moitié des audioprothésistes (57,58%) indique également que cela pourrait être possible en améliorant l'information concernant les champs de compétences de chacun des acteurs de cette prise en charge.
 - la majorité des orthophonistes, soit 72,73%, pense qu'il faut améliorer l'information concernant les champs de compétences de chacun des professionnels. La même proportion (72,73%) trouve l'idée de créer des associations ou des réseaux réunissant les différents professionnels appropriée. 63,64% des orthophonistes répondent aussi qu'il est intéressant de créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires.
 - les médecins déclarent qu'il est nécessaire d'améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun des professionnels à 61,54%.



Légende:

-réponse 1: améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun des professionnels

-réponse 2: créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels

-réponse 3: créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires

-réponse 4: créer une plate-forme sur internet répertoriant les différents professionnels

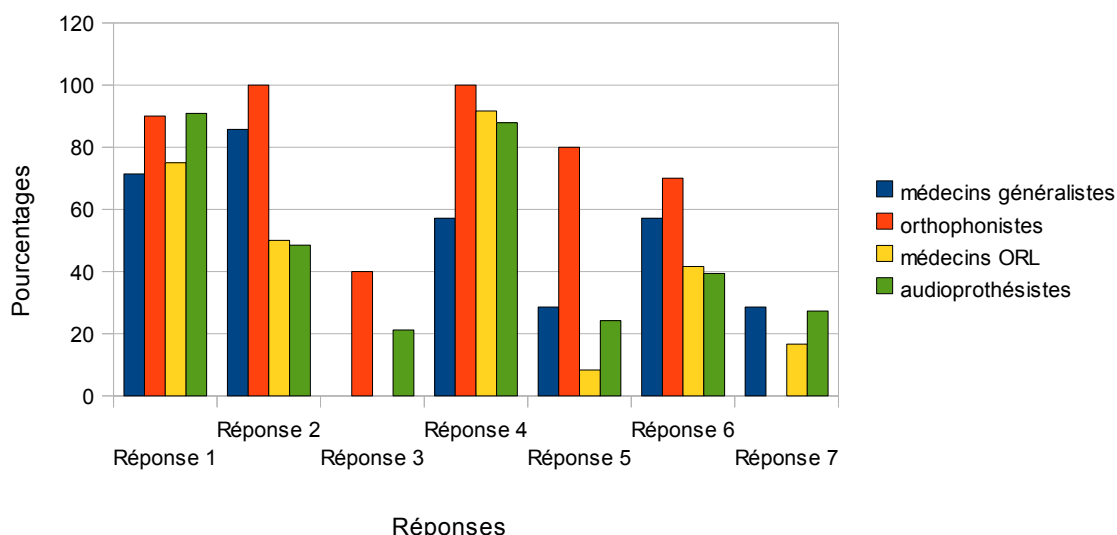
-réponse 5: autre

- à la question « **quelles sont les principales plaintes évoquées par ces patients?** »
 - les médecins ORL mettent en avant que la principale plainte évoquée est de ne pas comprendre lorsqu'il y a du bruit environnant (91,67%). Ces professionnels rapportent également à 75 % que ces patients se plaignent de ne pas comprendre quand plusieurs personnes parlent en même temps.
 - les audioprothésistes expriment que la principale plainte évoquée est, à 90,91%, de ne pas comprendre lorsque plusieurs personnes parlent en même temps. On remarque également que pour 87,88% d'entre-eux, ces

patients se plaignent de ne pas comprendre lorsqu'il y a du bruit autour d'eux.

- tous les orthophonistes déclarent que le patient se plaint de faire souvent répéter et de ne pas comprendre dans un environnement bruyant. La grande majorité des orthophonistes, soit 90%, répond qu'une des plaintes exprimée est de ne pas comprendre lorsque plusieurs personnes parlent ensemble, et 80% citent la plainte « j'ai des difficultés pour comprendre au téléphone ». Enfin 70% des orthophonistes constatent la plainte qui concerne le fait de se retirer, de s'isoler des autres de peur de ne pas les comprendre.
- la grande majorité des médecins (85,71%) note que le patient se plaint de faire souvent répéter, et 71,43% cite la plainte « je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble ». Les médecins répondent également à 57,14% que le patient se plaint de ne pas comprendre dans des situations bruyantes, et la même proportion (57,14%) constate la plainte de se retirer, s'isoler des autres.

Fig.10: Quelles sont les principales plaintes évoquées par ces patients?



Légende:

-réponse 1: « je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »

-réponse 2: « je fais souvent répéter »

-réponse 3: « je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon

interlocuteur »

-réponse 4: « je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »

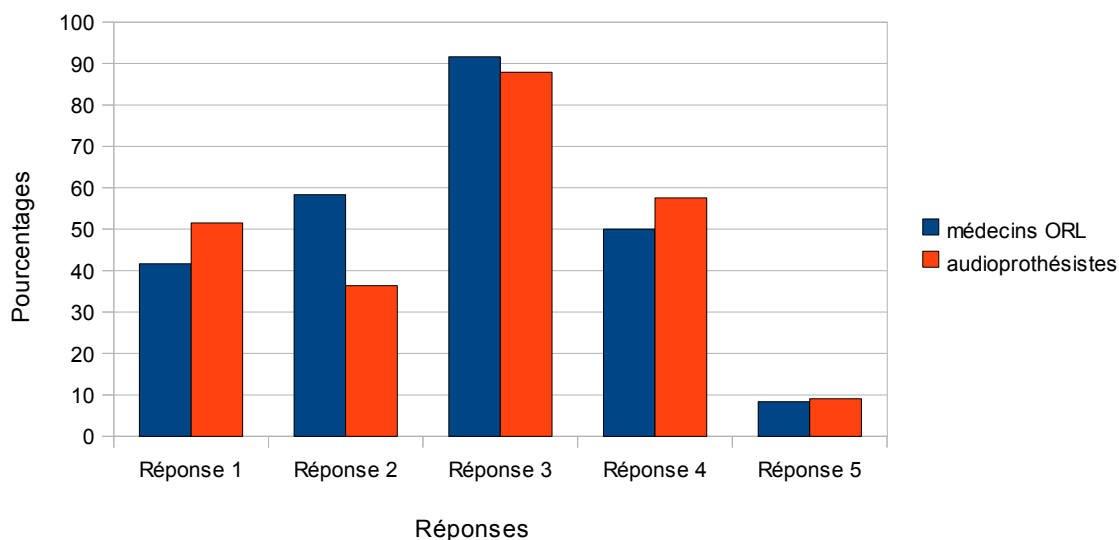
-réponse 5: « j'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »

-réponse 6: « je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »

-réponse 7: autre

- à la question « **dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers un orthophoniste?** »
 - 91,67% des médecins ORL jugent que cette orientation est légitime lorsque s'impose un apprentissage de la lecture labiale. Plus de la moitié, soit 58,33%, pense qu'elle est indiquée lorsque le gain prothétique est insuffisant.
 - 87,88% des audioprothésistes, soit la majorité, considèrent que cela s'avère conseillé lorsqu'il semble indiqué d'apprendre la lecture labiale. La rééducation auditive est ensuite admise à 57,58%.

mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans



Légende:

-réponse 1: compréhension réduite dans certaines situations

-réponse 2: gain prothétique insuffisant

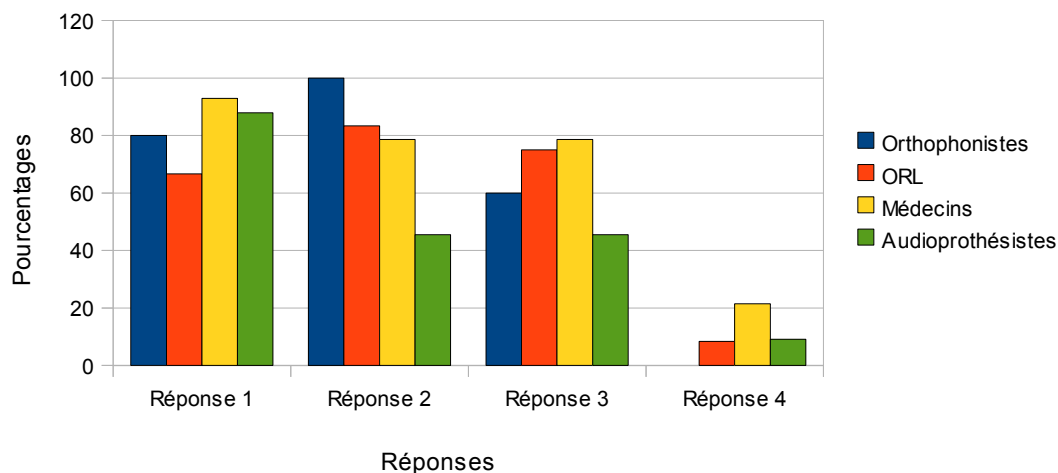
-réponse 3: apprentissage de la lecture labiale

-réponse 4: rééducation auditive

-réponse 5: autre

- à la question « **selon vous, quels sont les intérêts majeurs d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans devenue sourde?** »
 - la plus grande majorité des médecins ORL, soit 83,33%, exprime que cet intérêt réside dans le fait de favoriser la communication. Il semble intéressant de préciser que plus de la moitié de ces professionnels répondent à 75% que cette prise en charge est pertinente pour optimiser l'intégration sociale et familiale et à 66,67% pour contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage).
 - la majorité des audioprothésistes, qui représente 87,88% d'entre-eux, conçoit que l'intérêt majeur de cette rééducation est de contourner les difficultés en développant de nouvelles compétences.
 - la totalité des orthophonistes (100%) répond que l'intérêt majeur d'une telle rééducation est de favoriser la communication. Une grande majorité, soit 80%, pense que la rééducation orthophonique est intéressante afin de contourner les difficultés en développant d'autres compétences. Plus de la moitié des orthophonistes (60%) a répondu que l'intérêt de cette rééducation résidait dans le fait d'optimiser l'intégration sociale et familiale.
 - 92,86% des médecins donnent la première réponse, soit contourner les difficultés en développant d'autres compétences, 78,57% répondent que la rééducation orthophonique va permettre de favoriser la communication, et la même proportion (78,57%) pensent que celle-ci est intéressante afin d'optimiser l'intégration sociale et familiale.

Fig.13: Selon vous, quels sont les intérêts majeurs d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans devenue sourde?



Légende:

-réponse 1: contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)

-réponse 2: favoriser la communication

-réponse 3: optimiser l'intégration sociale et familiale

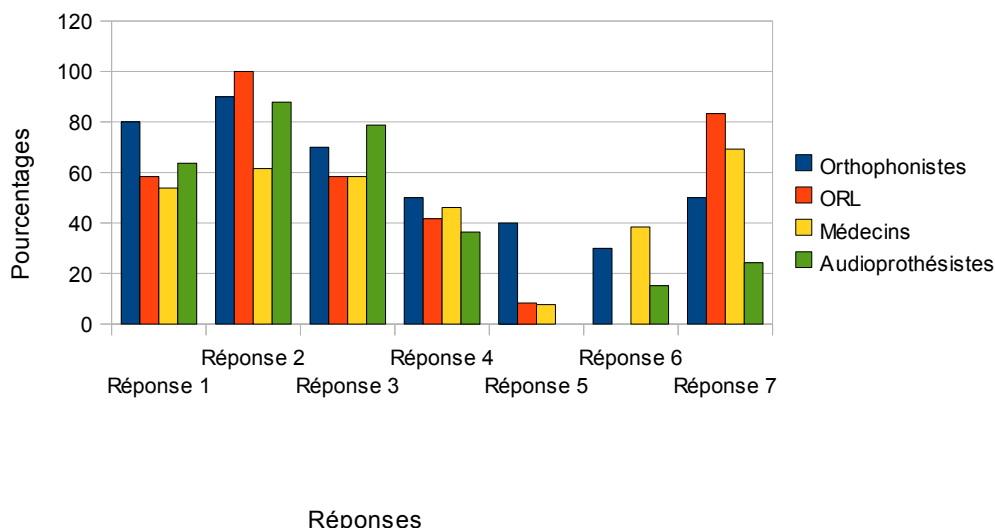
-réponse 4: autre

- à la question « **selon vous, quels sont les axes de travail d'une rééducation orthophonique avec ces patients?** »
 - 100% des médecins ORL supposent que l'axe majeur relève de l'apprentissage de la lecture labiale. On retrouve ensuite que 83,33 % de ces professionnels jugent que l'accompagnement (acceptation de l'appareillage, présentation des différents modes de communication) est un domaine important de cette rééducation. Les deux autres axes sur lesquels ils mettent l'accent sont à égalité (soit 58,33%) la rééducation auditive et l'entraînement cognitif (développement de la suppléance mentale).
 - les audioprothésistes considèrent à 87,88% que l'apprentissage de la lecture labiale est l'axe de travail principal d'une rééducation orthophonique avec ce type de patients. Arrivent ensuite l'entraînement

cognitif (développement de la lecture labiale) qu'ils choisissent à 78,79%, puis la rééducation auditive adoptée à 63,64%.

- la grande majorité des orthophonistes (90%) cite comme axe de travail l'apprentissage de la lecture labiale, une proportion importante, soit 80%, choisit la rééducation auditive, et 70% parlent de l'entraînement cognitif.
- les médecins déclarent à 69,23% que le travail orthophonique concerne principalement l'accompagnement psychologique. Les axes de rééducation cités ensuite sont l'apprentissage de la lecture labiale (61,54%), l'entraînement cognitif (58,33%) et la rééducation auditive (53,85%).

Fig.14: Selon vous, quels sont les axes de travail d'une rééducation orthophonique avec ces patients?

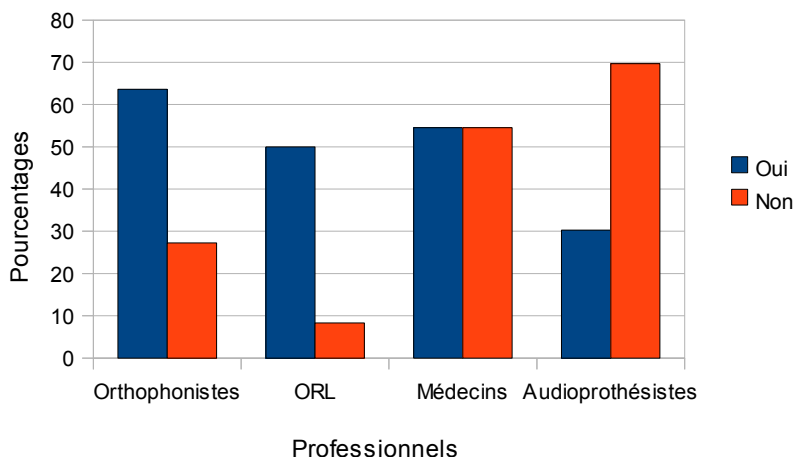


Légende:

- réponse 1: rééducation auditive
- réponse 2: apprentissage de la lecture labiale
- réponse 3: entraînement cognitif
- réponse 4: communication
- réponse 5: communication téléphonique
- réponse 6: production vocale
- réponse 7: accompagnement psychologique

- à la question « **selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer?** »
 - les médecins ORL estiment à 75% que ce type de prise en charge aurait tendance à se développer.
 - les audioprothésistes ne vont pas dans le même sens, en effet, ils expriment à 69,7% que ce type de prise charge n'aurait pas tendance à se développer.
 - 63,64% des orthophonistes répondent également que selon eux ces prises en charge auraient tendance à se développer.
 - il y a autant de médecins qui répondent que ces prises en charge se développent et qu'elles ne se développent pas, c'est à dire à 54,55% d'entre-eux pour chaque réponse.

Fig.15: Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer?

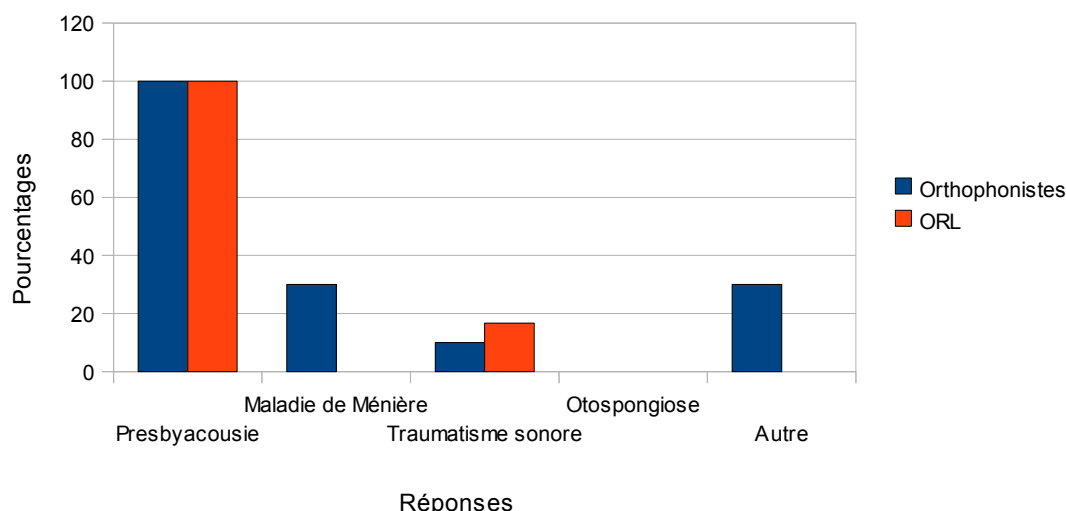


1.1.2. Les réponses des médecins ORL et orthophonistes

- à la question « **quelles sont les pathologies les plus rencontrées responsables d'une déficience auditive chez vos patients âgés de plus de 60 ans?** »
 - les médecins ORL mettent en avant que la pathologie la plus rencontrée est majoritairement la presbyacousie (100%) suivie du traumatisme sonore à 16,67%.

- 100% des orthophonistes ont également répondu la presbyacousie, alors que 30% d'entre-eux cite la maladie de Ménière, et 10% le traumatisme sonore.

Fig.17: Quelles sont les pathologies les plus rencontrées responsables d'une déficience auditive chez vos patients âgés de plus de 60 ans?



1.1.3. Les réponses des médecins généralistes

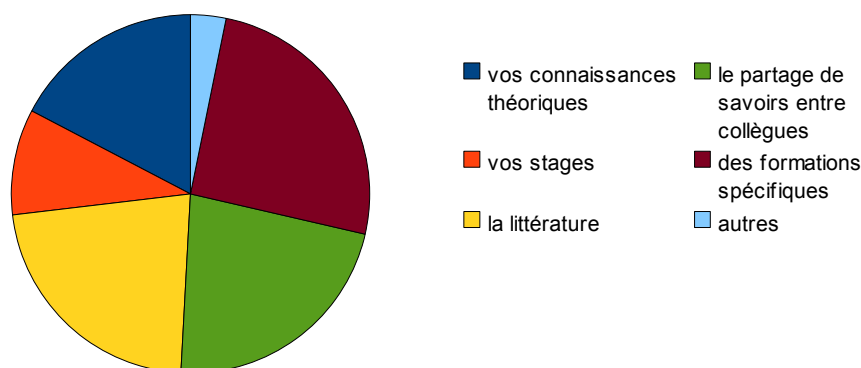
- à la question « **êtes-vous fréquemment et de plus en plus confronté à des patients de plus de 60 ans devenus sourds?** »
 - ils ont répondu à 78,57% qu'ils étaient souvent confronté à ces patients.

1.1.4. Les réponses des orthophonistes

- à la question « **pensez-vous que les différents professionnels de la surdité soient conscients de l'intérêt de la prise en charge orthophonique?** »
 - les orthophonistes ont répondu majoritairement (75%) qu'ils ne pensaient pas que les différents professionnels de la surdité soient conscients de l'intérêt d'une telle prise en charge.
- à la question « **la formation en surdité, dont vous avez bénéficié pendant vos études, vous paraît-elle suffisante pour prendre en charge les patients de plus de 60 ans porteurs d'un déficience auditive?** »

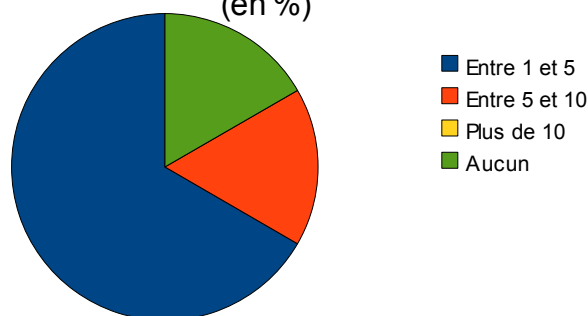
- 75% des orthophonistes ont répondu que selon eux cette formation n'était pas suffisante pour prendre en charge ces patients.
- à la question « ***dans votre travail avec ce type de patients, prenez-vous appui sur*** »
 - les orthophonistes déclarent en majorité (66,67%) prendre appui sur les formations spécifiques qui peuvent être proposées, puis sur la littérature (58,33%) et sur le partage de savoirs entre collègues (58,33%).

Fig.19: Dans votre travail avec ce type de patients, prenez-vous appui sur: (en %)



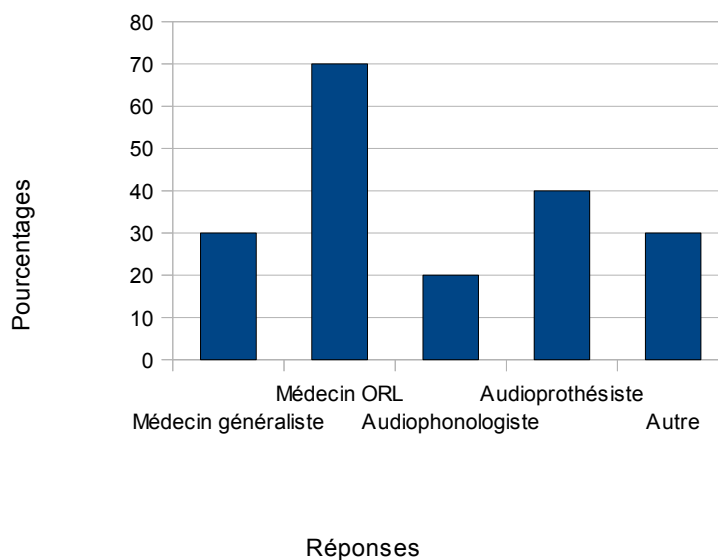
- à la question « ***combien de patients sourds âgés de plus de 60 ans prenez-vous en charge aujourd'hui?*** »
- 72,73% des orthophonistes répondent qu'ils rééduquent au moment de l'investigation entre 1 et 5 patients devenus sourds. Notons que l'on retrouve le même pourcentage, à savoir 18,18%, pour les réponses « entre 5 et 10 » et « aucun », et qu'il n'y en a aucun qui a répondu « plus de 10 ».

Fig.20: Combien de patients sourds âgés de plus de 60 ans prenez-vous en charge aujourd'hui?
(en %)



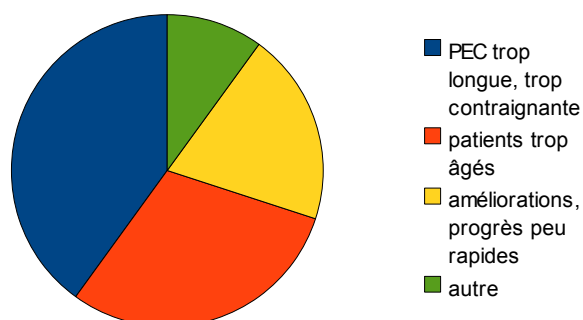
- à la question « **en général, qui vous adresse ce type de patients?** »
 - on compte la majorité des réponses, soit 70%, en faveur du médecin ORL. On observe également le taux de réponses en faveur des audioprothésistes qui est de 40%.

Fig.21: En général, qui vous adresse ce type de patients?



- à la question « **quelles sont les limites que vous attribueriez à ce type de prise en charge?** »
 - les orthophonistes répondent à 80% que selon eux cette prise en charge est trop longue, trop contraignante puis à 60% que les patients rencontrés sont trop âgés et que de ce fait leurs capacités cognitives sont limitées.

Fig.22: Quelles sont les limites que vous attribueriez à ce type de prise en charge? (en %)



- à la question « **quelles sont les attentes de ces patients vis-à-vis de l'orthophoniste?** »
 - il ressort que les patients attendent, selon leurs orthophonistes, d'être plus à l'aise pour communiquer (90%), et de retrouver une vie sociale agréable (70%).

Fig.23: Quelles sont les attentes de ces patients vis-à-vis de l'orthophoniste? (en %)



1.2. Analyse qualitative

1.2.1. Traitement qualitatif des réponses aux questionnaires

Cette analyse est en grande partie illustrée grâce à nos conclusions tirées du traitement quantitatif des réponses ainsi qu'aux commentaires fournis par les professionnels.

Nous allons utiliser les thèmes illustrés dans nos questionnaires, afin de rendre plus pertinente l'analyse qualitative. Nous pourrions ainsi comparer les avis des différents professionnels sur un même thème.

Avant toute chose, il est important de tenir compte du fait que nous n'avons pas reçu un grand nombre de réponses à nos questionnaires.

Nous expliquons cela notamment par le fait que ce type de patients, leurs difficultés, ainsi que ce type de prise en charge ne sont pas encore assez connus de tous.

Nous pouvons d'ailleurs nous référer aux commentaires des orthophonistes qui admettent qu'une telle prise en charge n'est pas très répandue. En effet, ils peuvent être formés et tout à fait en mesure d'effectuer les prises en charge, mais peu de patients sont orientés vers eux.

Dans le même sens, nous avons pris en compte les remarques qui expliquaient que même avec la volonté d'orienter un patient vers un orthophoniste, cela n'était pas toujours possible étant donné que certains ne sont pas formés pour ce type de prise en charge, tout en sachant qu'il est important d'envoyer un patient chez un orthophoniste proche de son domicile.

Il est donc souvent difficile de trouver un orthophoniste formé près du lieu de vie du patient.

Il nous a également été précisé que quelquefois le patient lui-même ne désirait pas entamer de rééducation orthophonique, trouvant cela trop contraignant en plus de l'appareillage.

1.2.1.1. Thème se rapportant à la collaboration entre les professionnels de la surdité

Nous réalisons que les professionnels sondés ne collaborent pas tous avec les mêmes interlocuteurs, cependant ils sont d'accords pour dire qu'ils se contactent généralement de manière réciproque.

Les orthophonistes collaboreraient plutôt avec les médecins généralistes, alors que les médecins (généralistes ou gériatres) disent collaborer pour la plupart avec les médecins ORL, les audioprothésistes mais peu, voire jamais avec les orthophonistes. En ce qui concerne la collaboration avec les audiophonologues, ils

avouent ne jamais être en contact avec eux. Nous pouvons même noter un de leurs commentaires qui disait ne pas connaître le métier d'audiophonologiste.

Quelques orthophonistes précisent qu'ils collaborent également avec d'autres orthophonistes.

Les professionnels (médecins, médecins ORL et audioprothésistes) sont peu à connaître des réseaux mettant en lien les différents professionnels, même ceux exerçant en Loire Atlantique, alors qu'il existait jusqu'en décembre 2010 un réseau de santé: le réseau « Bien entendre après 60 ans ».

Cependant, ceux qui en connaissent cite ce réseau.

Nous notons également les commentaires citant le centre d'implantation au CHR de Lille, des réseaux de petites équipes pluridisciplinaire, l'hôpital de La Rochelle où les professionnels sont réunis, et le FBI Santé (dans le Morbihan).

Les orthophonistes au contraire, sont nombreux à connaître des réseaux et notamment celui de Loire Atlantique. Nous expliquons cela par le fait que les orthophonistes sont moins nombreux que les médecins et donc plus faciles à contacter et à informer. De plus, le réseau avait pour mission de former les orthophonistes à ce type de prise en charge, d'où le nombre important d'entre-eux connaissant l'existence de celui-ci. Enfin, nous avons utilisé la base de données du réseau pour contacter les orthophonistes afin qu'ils répondent à nos questionnaires.

Un orthophoniste ne cite pas ce réseau, mais parle des CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique).

Concernant les attentes de chacun des professionnels, nous trouvons qu'ils sont assez d'accords pour dire que leur attente principale envers leurs interlocuteurs est de faire part des difficultés du patient à un moment donné du suivi. Ils se rejoignent également sur le fait que la collaboration entre les différents professionnels s'impose.

Cependant, la manière dont la collaboration doit se déroulée ne fait pas l'unanimité. En effet, les médecins ORL collaboreraient plutôt ponctuellement, les orthophonistes régulièrement alors que les audioprothésistes sont plus pour une collaboration systématique.

Ils vont, par contre, dans le même sens concernant le fait que cette collaboration entre eux peut être améliorée, qu'elle n'est sans doute pas suffisante

aujourd'hui. Afin d'améliorer cette collaboration, les différents professionnels affirment qu'il est nécessaire de renforcer l'information concernant les champs de compétences de chacun. Cette proposition est d'ailleurs retrouvée dans de nombreux commentaires annexes.

L'idée de créer des réseaux ou des associations réunissant les professionnels est également retenue, ainsi que celle de créer une fiche de suivi pour chaque patient mais seulement par les orthophonistes.

Nous notons une proposition intéressante constituant un moyen pour améliorer la collaboration: transmettre les courriers, rapports ou comptes-rendus à tous les professionnels systématiquement, ce qui est peut-être déjà fait chez certains mais pas pris en compte par d'autres.

Les médecins et les orthophonistes s'accordent à peu près sur les raisons pour lesquelles la collaboration s'impose et sur le bénéfice que cela pourrait avoir sur le patient.

En général, les orthophonistes déclarent que ce sont principalement les médecins ORL qui leur adressent le plus de patients.

Théoriquement, pour beaucoup des professionnels interrogés, la collaboration est incontournable, cependant en pratique elle n'est pas forcément mise en place.

1.2.1.2. Thème intéressant les patients

Les plaintes des patients le plus souvent entendues sont en général les mêmes chez le médecin ORL, l'audioprothésiste, le médecin (généraliste ou gériatre) et chez l'orthophoniste.

Nous précisons qu'à cette question de nombreux remplisseurs ont rajouté la réponse: « je monte le son de la télévision ».

L'orthophoniste (professionnel qui voit le plus régulièrement le patient lors d'un suivi), note quelques plaintes supplémentaires que l'on retrouve peu chez les autres professionnels.

La majorité des orthophonistes renseigne que la plupart des patients attendent de la rééducation d'être plus à l'aise pour communiquer et de retrouver une vie sociale agréable.

Les médecins ORL et les orthophonistes confirment que la pathologie qu'ils rencontrent le plus chez leurs patients de plus de 60 ans devenus sourds est la presbyacousie.

Les médecins nous confirment qu'ils sont de plus en plus confrontés à ce type de patients.

1.2.1.3. Thème concernant la prise en charge orthophonique

Les orthophonistes ayant répondu au questionnaire estiment en majorité que la formation de base en orthophonie ne leur permet pas de pouvoir prendre en charge des patients de plus de 60 ans devenus sourds. Nous notons qu'ils insistent sur la nécessité de se former spécifiquement à ce type de rééducation, de s'informer grâce à la littérature ou de partager ses savoirs et d'échanger avec les autres professionnels (orthophonistes et autres).

Selon les orthophonistes, les autres professionnels de la surdité ne sont pas conscients de l'intérêt d'une telle prise en charge.

Pourtant, tous les professionnels s'accordent sur les intérêts principaux de l'orthophonie même si certains ressortent plus que d'autres.

Chez la majorité des médecins ORL et des orthophonistes, l'intérêt principal d'une prise en charge orthophonique est de favoriser la communication.

Pour les audioprothésistes et les médecins, c'est de contourner les difficultés en développant d'autres compétences.

Les médecins ORL et les audioprothésistes précisent qu'ils jugent nécessaire d'orienter les patients chez l'orthophoniste quand ils présentent un besoin d'apprentissage de lecture labiale.

En fonction des réponses proposées, les médecins eux orientent le patient quand il a des problèmes de voix ou de parole. Ils fournissent des commentaires supplémentaires, en précisant qu'ils sont amenés à orienter ces patients vers l'orthophoniste en cas de gêne sociale importante et/ou de troubles cognitifs associés.

Les orthophonistes quant à eux prennent en charge ces patients dans la mesure où ils présentent une surdité sévère ou profonde, ou une surdité évolutive.

Concernant les axes de travail de l'orthophoniste, tous les professionnels citent la lecture labiale. Ils ont quasiment les mêmes avis pour les autres axes, sauf pour

l'accompagnement psychologique, la communication téléphonique (plus citée par les orthophonistes) et la production vocale.

A la question 18, qui était une question ouverte traitant de la prise en charge, les orthophonistes ne sont pas tous d'accords sur la fréquence et la durée des séances. Il est remarqué qu'une ou deux séances peuvent être proposées par semaine, voire trois. La durée des séances peut être d'environ 30 minutes, à adapter en fonction de la motivation et de la fatigabilité du patient. La fin de la prise en charge est souvent décidée par le patient lui-même.

Nous notons que les orthophonistes ayant répondu au questionnaire ont déjà pris en charge ces patients et se rejoignent donc globalement sur la rééducation.

Les limites attribuées à cette prise en charge par les orthophonistes sont en majorité le fait que celle-ci soit trop longue, trop contraignante et que les patients sont souvent trop âgés et leurs capacités cognitives réduites

Il précisent également qu'elle dépend principalement de la motivation du patient, qui est parfois peu présente.

Selon les médecins ORL et les orthophonistes, ce type de prise en charge orthophonique aurait tendance à se développer, alors que les audioprothésistes disent le contraire. Quant aux médecins (généralistes et gériatres), ils sont autant à répondre qu'elle se développe et qu'elle ne se développe pas.

Quelques orthophonistes n'ayant jamais eu en rééducation ce type de patient ont essayé de répondre au questionnaire, mais n'ont pas pu le faire pour de nombreuses questions, et d'autres l'ont renvoyé en précisant qu'ils n'avaient pas pu le remplir du fait de leur manque de savoir concernant cette prise en charge.

Beaucoup de professionnels sont conscients de l'intérêt de l'orthophonie, certains s'impliquent dans ce sens, et d'autres ne le font pas. Le problème étant que les personnes souhaitant collaborer et s'impliquer pour le bien du patient (que ce soit les orthophonistes, les audioprothésistes, les médecins ORL ou les médecins) ne trouvent pas souvent les interlocuteurs intéressés. On compte encore trop peu de

professionnels prêts à s'investir dans ce type de collaboration et de prise en charge pour que cela soit mis en place fréquemment, voire systématiquement.

1.2.2. Traitement qualitatif de la séance « type »

Nous avons proposé une séance de rééducation-type à cinq personnes devenues malentendantes.

Pour commencer, nous avons expliqué le déroulement de la séance et présenter les exercices que nous allions aborder.

Le premier exercice, qui concernait le travail auditif, n'a pas soulevé de difficultés importantes, hormis le fait qu'il a fallu souvent augmenter l'intensité afin que les bruits/mots soient aisément identifiés, pour les parties « identification » et « compréhension de phrases ». La partie « détection » a nécessité pour certains bruits une augmentation du volume. Quant aux parties « discrimination » et « repérage du nombre de sons », il n'y a eu aucune difficultés particulières.

Le second exercice, constitué d'un travail auditif associé à la lecture labiale, a été le mieux réussi rapidement. Il n'a posé aucun problème aux patients que nous avons rencontrés.

Le dernier exercice en lecture labiale a demandé plus de concentration de la part des patients et a été celui qui a duré le plus longtemps.

En effet, il est peu naturel pour des personnes ne l'ayant jamais pratiqué de lire sur les lèvres. C'est pourquoi les consignes étaient moins comprises. Les patients ne se rappelaient pas toujours ce qu'on attendait d'eux. Cependant, nous n'avons pas relevé de complications.

Nous avons eu des réactions positives face à cette séance. Les commentaires qui ont pu être formulés nous ont permis de réaliser ce qui était pertinent et ce qui l'était moins dans cette séance.

Globalement, les patients ont trouvé ce travail intéressant et seraient prêts à le poursuivre si besoin était.

2. Intérêts de la prise en charge et pistes de rééducation

2.1. Intérêts d'une prise en charge orthophonique

L'appareillage doit permettre d'améliorer la communication. Le port d'aides auditives sans être trop précoce doit être décidé assez tôt. En effet, il faut éviter l'isolement par manque de communication et il est d'autre part nécessaire que les capacités d'adaptation du sujet soient intactes. Il est actuellement reconnu que le seul port d'aides auditives ne suffit pas. Que sans rééducation orthophonique, ces prothèses atterrissent souvent dans un tiroir, et que du coup elles ne servent à rien.

« J'entends mais je ne comprends pas! est la raison de la prise en charge orthophonique pour l'adulte devenu sourd. La personne devenant sourde ou malentendante rencontre une difficulté spécifique. C'est le rôle de l'orthophoniste que de l'aider à la dépasser. »[14]

Avant de proposer des axes pour la rééducation, il est important de rappeler les principaux temps du bilan.

L'anamnèse reprendra l'histoire de la surdité, l'étiologie de la surdité, les éventuels troubles associés, les différents éléments médicaux et les répercussions que peut avoir la surdité sur la vie quotidienne.

L'entretien avec le patient permettra d'observer l'appétence à communiquer, l'attention, l'écoute, le respect de l'alternance des tours de parole, la cohérence du discours et d'écouter la voix.

Les 3 temps principaux du bilan:

- Évaluation des capacités auditives (avec les appareils auditifs, sans lecture labiale)
- Bilan de lecture labiale, précédé d'une rapide prise en compte des compétences visuelles
- Évaluation des capacités cognitives

2.2. Pistes de rééducation de la personne de plus de 60 ans devenue sourde

Les pistes que nous proposons ici sont inspirées de nos expériences de stage et de la littérature: la revue « La caravelle » créée par l'ARDDS (Association pour la Réadaptation et la Défense des Devenus Sourds) [14], de l'ouvrage « Rééducation de la boucle audio-phonatoire » (Dupont M. et Lejeune B., 2010) [13] et de l'outil de rééducation « Les presbyacousies, manuel de rééducation de la compréhension des surdités acquises » (Haroutunian D, 2000) [18]. Nous avons également pu nous baser sur une formation traitant de la presbyacousie effectuée en octobre 2010 [15].

2.2.1. Guidance familiale et du patient

Avant toute chose, l'orthophoniste, comme dans toute prise en charge, se doit d'être à l'écoute du patient. Il apporte des réponses aux questions, des informations auprès du patient et de sa famille. Il peut également orienter vers des associations ARDDS, ADSM, BUCODES...).

Le professionnel a un rôle important: accompagner son patient dans les démarches qu'il entreprend par rapport à son audition.

Il faut savoir ce qui a été compris chez les différents professionnels vus avant l'orthophoniste afin de compléter les informations (fonctionnement de l'appareil, manipulation et entretien, réglages, aides financières).

L'orthophoniste doit aussi donner des indications concernant l'aide auditive et les éventuelles aides techniques complémentaires.

Il est nécessaire d'insister sur l'importance du port constant des appareils au cours de la journée.

L'orthophoniste doit être capable d'informer le patient sur les changements auxquels il va être confronté, de décrire les sensations/réactions nouvelles liées au premier appareillage. Il doit expliquer qu'il faut du temps au cerveau pour qu'il puisse se réadapter aux différentes situations sonores nouvelles : accepter pour un temps tous les nouveaux bruits.

Cette intervention, au départ, est surtout nécessaire pour aider le patient à s'adapter à sa ou ses prothèse(s).

En parallèle, l'orthophoniste doit pouvoir analyser les difficultés éprouvées par le patient et les gênes exprimées afin d'en informer l'audioprothésiste pour un réglage optimal.

Il est très important que l'orthophoniste travaille en collaboration avec les professionnels qui interviennent auprès du patient.

L'orthophoniste peut conseiller au patient d'expliquer ses difficultés d'audition aux personnes avec qui il veut communiquer.

Il l'informe sur les conditions dans lesquelles il doit être pour communiquer plus facilement avec autrui.

- se placer le mieux possible : face au locuteur
- regarder la bouche et les expressions
- conseiller à son interlocuteur de parler tranquillement
- demander de reprendre les phrases non comprises
- en cas de doute, ne pas hésiter à répéter le message pour permettre à l'interlocuteur de vérifier qu'il a bien été compris
- rester calme, patient

Éviter :

- d'avoir honte de son problème d'audition
- de faire semblant d'avoir compris
- de s'isoler

L'orthophoniste doit également lui expliquer qu'il est en mesure d'informer ses interlocuteurs sur la manière dont eux doivent se placer afin de mieux communiquer.

Le BUCODES (Bureau de Coordination des associations de Devenus Sourds et malentendants) recommande donc à l'entourage:

- d'attirer doucement l'attention de la personne malentendante
- de se placer face à elle
- de ne pas mettre sa main devant sa bouche, de ne pas baisser la tête, de ne pas avoir de cigarettes, de faire attention aux moustaches et à la barbe quand on parle
- de ne pas parler trop vite, ni trop lentement, de faire des phrases claires et courtes, de ne pas articuler exagérément

- de ne pas se mettre en contre jour, de ne pas se placer près d'une lumière éblouissante, d'être dans un endroit bien éclairé
- d'éviter ou de réduire si possible tout bruit de fond
- de faire attention avec les voix trop aiguës, de ne pas crier
- de changer la phrase ou un mot s'ils sont mal compris, d'écrire si besoin
- de se souvenir que tout le corps parle et donc que s'ils sont agacés car la personne malentendante n'a pas compris, même si ils le cachent, elle le devinera souvent
- de ne pas parler depuis une autre pièce (ni le dos tourné)

Le travail auprès de la famille de la personne sourde est très important.

L'orthophoniste a un rôle à jouer auprès des personnes de l'entourage. Si celles-ci l'acceptent, elles peuvent participer à certaines séances afin de prendre mesure du travail effectué, des difficultés du patient et des adaptations possibles.

2.2.2. Le travail auditif

Il est nécessaire pour optimiser le résultat des prothèses auditives. Cela permet d'améliorer la compréhension (dans le silence, mais aussi dans le bruit).

On ne parle pas d'éducation auditive mais de rééducation puisque l'adulte a un vécu auditif antérieur à sa surdité. On va donc s'intéresser aux fonctions d'alerte et de localisation en travaillant avec les bruits du quotidien, ainsi qu'aux nouvelles informations auditives, différentes de celles connues par le patient devenu sourd, en entraînant la fonction auditive dans le but de rétablir un confort auditif.

L'orthophoniste va ici chercher à « réveiller » les aires cérébrales de l'audition qui n'avaient plus travaillé, afin de permettre au patient de détecter, discriminer et identifier le plus de sons que le devenu sourd n'entendait plus.

L'appareillage auditif va permettre la mobilisation des cellules cochléaires restantes et de là un influx nerveux va, à nouveau, parvenir à la fosse cérébrale postérieure au niveau des noyaux cochléaires.

Les cellules restantes vont reprendre le travail; les corps cellulaires vont reprendre du volume; les connexions vont se rétablir et l'influx pourra passer de cellule en cellule jusqu'aux centres corticaux; là les cellules vont se redifférencier sur le plan fréquentiel.

2.2.2.1. La rééducation auditive

Ce travail doit faire varier et tenir compte de l'intensité, la hauteur et la durée des sons proposés.

- Détection de sons puis de bruits du quotidien (bruit de l'eau, aboiement du chien, bruit de vaisselle...)
- Localisation d'un son dans le calme
- Localisation d'un son dans le bruit:
 - avec fond sonore musical
 - avec une conversation dans un restaurant
 - avec un bruit cocktail-party en modifiant le rapport signal /bruit
 - Mémorisation de sons/bruits émis à la suite
 - Discrimination de différents bruits:
 - dans un environnement calme
 - dans différents fonds sonores (fond musical, bruit de fond)
 - Identification d'un bruit entendu
 - Identification de plusieurs bruits entendus en même temps sur une même scène sonore, avec et sans support (combien ont été entendus, combien ont été reconnus)

2.2.2.2. Travail de la compréhension de la parole

- Discrimination puis identification de syllabes, logatomes (d'abord très différents, puis de plus en plus proches)
- Localisation de syllabes, puis de phonèmes dans un mot
- Discrimination puis identification de chiffres et de nombres

Travail plus spécifique sur les mots

- Discrimination et identification de mots par leur longueur
- Discrimination de mots (d'abord très différents, puis de plus en plus proches)
- Identification de mots en liste fermée
- Identification de mots en liste ouverte
- Répétition de mots en liste fermée
- Répétition de mots en liste ouvert

Travail plus spécifique sur les phrases

- Compréhension de phrases en liste fermée
- Compréhension de phrases en liste ouverte
- Répétition de phrases en liste fermée
- Répétition de phrases en liste ouverte
- Compréhension de textes, de conversations

2.2.3. La lecture labiale

Pour apprendre à lire sur les lèvres, il faut dans un premier temps vérifier que le patient n'ait pas de trouble visuel trop important qui pourrait rendre l'apprentissage impossible. Dans un second temps, l'orthophoniste doit prendre en compte les recommandations nécessaires pour le travail de la lecture labiale (luminosité, articulation...).

Pour commencer, l'orthophoniste doit expliquer à son patient ce qu'est la lecture labiale, en quoi elle consiste, à quoi elle sert. Il est important de préciser que la lecture labiale n'est pas la solution « miracle », mais une aide, un complément à l'audition. Elle permet de compléter quand le message auditif n'a été perçu que partiellement, et de confirmer visuellement ce qui a été entendu.

Il faut nécessairement prévenir le patient que c'est un exercice difficile et qu'il existe des limites (il faudra donc aborder l'existence de sosies labiaux, d'invisibles, et de variables au moment du travail des phonèmes concernés).

Nous préconisons de travailler la lecture labiale en s'inspirant de la méthode mixte (M. Istria) [19]. En effet, cette méthode réunit les aspects importants de la prise en charge en lecture labiale.

Les méthodes analytique et globale sont associées.

Le travail plus analytique permet d'aborder les phonèmes selon l'image qu'ils produisent sur les lèvres, d'analyser les mouvements, les positions de la langue, des lèvres. Cela permet de ressentir les mouvements au niveau kinesthésique, de comprendre comment ils sont produits sur soi pour pouvoir mieux les voir sur les autres.

L'approche plus globale apporte la signification, le contexte: comprendre un mot en fonction de ce qu'il y a autour.

Les deux axes se complètent et apportent des notions différentes qui sont indispensables pour favoriser au maximum l'apprentissage de la lecture labiale. L'apport en lecture labiale est ainsi plus complet.

De plus, en réunissant les deux approches, nous sommes plus sûrs de toucher un maximum de patients. Certains se retrouvent plus dans l'approche analytique et d'autres ressentent mieux la méthode globale. La méthode mixte permet de répondre aux attentes du plus grand nombre, et de ne pas laisser un point de vue de côté. On pourra adapter l'approche en fonction de ce qui fonctionne le plus avec le patient.

En lecture labiale, il faut simultanément:

- percevoir ce qui peut être vu
- interpréter ce qui a été perçu
- compléter ce qui n'a pas été vu

A travers la méthode mixte, nous pouvons étudier les phonèmes, qui sont travaillés en association. Le but étant d'entraîner la capacité à percevoir le plus rapidement (exercices de perception visuelle). Nous développons également la capacité à interpréter, à compléter les signes perçus par des exercices d'évocation mentale (exercices de gymnastique mentale).

La rééducation peut s'ouvrir avec des exercices de perception visuelle. Il convient de commencer par présenter le système de la langue écrite en opposition avec le système de la langue orale. Il est également important de s'assurer que le patient a bien compris le raisonnement de la phonétique.

Il est indiqué de suivre une certaine progression, à savoir de commencer par les sons voyelles orales simples, les nasales et les diphtongues puis les consonnes. Pour faciliter l'apprentissage, nous pensons qu'il est cohérent de commencer par les consonnes bien visibles en lecture labiale (en abordant les sosies labiaux), les variables et enfin les invisibles. Cela permet de ne pas se confronter aux difficultés trop tôt dans la rééducation et de ne pas décourager le patient.

Chaque phonème est donc étudié un par un. On étudie en premier lieu le phonème, son point et mode d'articulation. Il faut faire prendre conscience au patient des mouvements des phonèmes afin de pouvoir ensuite les comparer. Il peut déterminer lui-même les organes phonateurs qui interviennent. Ici, la mémoire kinesthésique et la mémoire articulaire entrent en jeu, en plus de la mémoire visuelle.

En second lieu, on lui associe un son voyelle (ex: la, lo, lou..), en le plaçant au début, au milieu (ex : ala, alo, alou...) et à la fin (ex : al, ol, oul...).

Ce travail analytique ne doit pas durer plus d'une quinzaine de minutes puisqu'il demande un effort d'attention et de concentration, ce qui peut entraîner une certaine fatigue chez la personne de plus de 60 ans.

Exemples d'activités:

- faire visualiser l'image labiale (miroir, dessin, orthodiagrammes)
- discriminer 2 images labiales
- localiser une image labiale (un phonème) au sein d'un mot...

Nous pouvons continuer la rééducation de la lecture labiale en plaçant le phonème étudié pendant la séance dans des mots (au début, au milieu et à la fin du mot) et des phrases simples, sans aucune autre consonne. Ce travail privilégie la gymnastique mentale.

A partir de cette étape, on intègre en parallèle un travail important de la compréhension qui doit être effectué soigneusement, ainsi qu'un apport continu de vocabulaire (si nécessaire).

Plus on avance dans la progression et plus on peut rajouter des phrases simples avec les sons consonnes vus antérieurement.

Dès que possible, il faut travailler en comparant les mots, par paire (mots proches avec seulement un son consonne changeant).

Tous les phonèmes ayant été appris, il est possible de passer à des sons et des phrases complexes incluant des diconsonnantiques.

On reprend, à la prochaine séance, avec phonème auquel on s'est arrêté.

Exemples d'activités plus globales:

- proposer des mots en fonction d'un thème (le thème peut être à deviner également)

- « en quelle saison? » :les feuilles tombent-elles des arbres.
- « dans quelles pièce de la maison? » : elle fait cuire un poulet au four.
- saisir l'idée générale d'un message (petit texte). Le degré de difficulté est à adapté en fonction du patient
- recettes de cuisine
- actualité (articles, unes...)
- bulletins météo...

Il est possible de travailler la lecture labiale à l'aide de logiciels spécifiques, tels que le LABIA ou le GERIP [10]. Ces supports peuvent être utilisés par l'orthophoniste lui-même en séance ou par le patient à la maison.

La lecture labiale permet en parallèle de réaliser un entraînement cognitif. En effet, pour reconnaître un message, le devenu sourd doit être capable de ne pas s'arrêter à ce qu'il n'a pas compris pour aller chercher le sens en s'appuyant sur des signes perçus par ensemble, de percevoir et mémoriser cet indice, de s'appuyer sur cet indice pour évoquer dans le champ sémantique le mot qui n'avait pas de forme contradictoire avec l'indice perçu.

L'adulte devenu sourd ne possédant pas de conscience première articulatoire, il faut l'entraîner à « combler les trous » en passant par sa bonne connaissance du langage.(M.Istria)

Cet apprentissage de la lecture labiale (que ce soit analytique ou global) fait appel à la mémoire, l'attention, la flexibilité mentale, la suppléance mentale, le raisonnement, la logique, la capacité d'analyse contextuelle, l'implicite du langage ce qui favorise le développement des fonctions cognitives.

2.2.4. L'entraînement cognitif

Le travail cognitif est réalisé en vue de développer au maximum la suppléance mentale.

Il peut être abordé avec:

- des thèmes
- des devinettes

- des mots-croisés
- des proverbes
- des expressions
- des expressions à partir d'un mot-cible
- des définitions
- des intrus
- des allongements de phrases
- des concaténations de phrases
- des conversations
- des phrases absurdes
- des fluences verbales (sémantiques, phonémiques, littérales)
- des exécutions d'ordres
- de la compréhension d'implicite à partir de textes
- des anagrammes
- la notion de polysémie
- des homophones
- des « photos piège »
- des jeux de « qui dit quoi »...

On peut choisir de travailler en contexte le phonème vu en lecture labiale (par exemple dans des mots croisés, dans des devinettes...), ou de faire un travail cognitif sans phonème cible.

Il peut être effectué plutôt en fin de séance afin de détendre le patient en cherchant le plus possible à le distraire.

L'orthophoniste peut utiliser et/ou adapter différents supports pour ce travail. Il est important de choisir un matériel qui réponde aux centres d'intérêt du patient.

Pour compléter la prise en charge et selon les besoins du patient, il est tout à fait possible de travailler la communication téléphonique, le contrôle de la voix (rythme, prosodie, intensité) et la parole (l'articulation).

Discussion

1. Rappel du cadre théorique

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, nous avons décidé de travailler et de développer nos réflexions dans le domaine du handicap auditif acquis et plus particulièrement chez la personne âgée de plus de 60 ans.

Ainsi, nous avons souhaité rappeler brièvement l'anatomie de l'oreille et son fonctionnement normal afin d'exposer, par la suite, certaines pathologies responsables de déficiences auditives. Il nous semblait nécessaire de citer également les différents examens utiles au diagnostic de surdité chez l'adulte pour ensuite illustrer les traitements indiqués dans plusieurs types d'atteintes. Nous avons ainsi dédié une partie plus conséquente à la prise en charge audioprothétique en explicitant les étapes d'une adaptation prothétique puis en citant quelques modèles d'aides auditives actuelles et leurs limites.

Les répercussions du vieillissement sur le fonctionnement du système auditif nous intéressait plus spécifiquement. C'est pourquoi, après avoir expliqué le déclin naturel de l'appareil auditif, nous nous sommes attardées sur une présentation détaillée de la presbyacousie. En effet, ce type de surdité se retrouvant, du fait de l'évolution démographique, au premier plan des atteintes auditives de l'adulte, elle s'inscrivait nécessairement au cœur de notre sujet. Nous nous sommes attachées à décrire les symptômes et stades permettant de la définir et les tests auditifs autorisant son dépistage. Nous avons également désiré nous intéresser à la personne presbyacousique dans une dimension plus « humaine ». Nous avons mis en avant des retentissements perceptifs engendrant des plaintes (caractéristiques dans ce type d'atteinte) ainsi que des retentissements comportementaux, psychoaffectifs et sociaux.

Nous avons enrichi cette partie grâce à l'enquête « Le handicap auditif en France » (Handicaps, Incapacités, Dépendance) [54] qui avait pour objectif d'apporter des éléments notamment sur le handicap auditif chez les personnes de plus de 60 ans. Il nous a semblé intéressant de présenter l'appareillage auditif comme étant le traitement adéquat de cette pathologie, celui-ci admettant cependant certaines limites du fait de l'âge « avancé » de certains presbyacousiques. Enfin, nous avons souhaité consacrer un temps pour évoquer l'idée d'invisibilité du handicap auditif qui admet quelques inconvénients.

Dans le but de cerner la personne âgée qui est au centre de nos préoccupations, nous lui avons dédié une partie. Nous nous sommes servies d'études relatant des données démographiques, épidémiologiques dans le but de faire apparaître la proportion importante de personnes âgées constituant la population actuelle et à venir. Nous avons décrit les effets du vieillissement tant au niveau physique et physiologique qu'au niveau cognitif, tout en ne négligeant pas les aspects plus positifs liés au processus de vieillissement.

Pour finir, nous avons discuté des politiques de santé en leur faveur mises en place aujourd'hui et nous avons illustré quelques actions de santé en prenant exemple sur des structures intervenant auprès de l'adulte devenu déficient auditif.

2. Hypothèses de départ

Lorsque nous recherchions un sujet de mémoire s'intégrant dans le domaine de la surdité, nous nous sommes orientées vers la rééducation orthophonique de l'adulte devenu sourd de plus de 60 ans car il nous semblait que ce type de sujet n'avait été que très peu traité et développé. Afin de mettre en exergue les intérêts d'une telle prise en charge, il nous a paru judicieux d'interroger les intervenants privilégiés dans l'univers de la déficience auditive tels que le médecin généraliste ou gériatre, le médecin ORL, l'audioprothésiste et l'orthophoniste. Nous voulions, de cette façon, connaître l'opinion de ces derniers tant sur la collaboration interprofessionnelle que sur la rééducation orthophonique en tant que telle avec ce type de patients.

Ainsi, au regard des réponses recueillies, nous voulions être en mesure de mettre en avant que les professionnels concernés connaissaient les grandes lignes de la rééducation orthophonique et son intérêt pour l'adulte de plus de 60 ans porteur d'une surdité acquise et qu'ils participaient à une orientation dans ce sens. Nous avons également supposé que cette affirmation contenait certaines nuances dans le fait que ces professionnels pouvaient ne pas contribuer à diriger le patient vers l'orthophoniste. A contrario, nous souhaitons mettre en évidence que ces spécialistes de la surdité n'avaient pas connaissance de l'intervention orthophonique avec ces patients et qu'ils n'avaient donc pas conscience de l'éventuelle efficacité de celle-ci.

Après avoir effectué un état des lieux grâce aux réponses reçues, nous voulions permettre au futurs lecteurs et personnes participant à cette prise en charge de mieux cerner les possibilités de travail orthophonique avec l'adulte malentendant de plus de 60 ans. Nous avons donc élaboré quelques pistes rééducatives (non exhaustives) pouvant servir de guide dans cette rééducation.

2.1. Principaux résultats obtenus

2.1.1. Réponses aux questionnaires

Les réponses obtenues par les différents professionnels nous ont suggéré que seuls les médecins ORL et audioprothésistes affichent clairement un partenariat dans la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans. Les orthophonistes interrogés déclarent quant à eux ne jamais s'associer aux médecins ORL et audioprothésistes alors que ces derniers estiment parfois le faire. Les résultats suggèrent que les médecins généralistes échangent davantage avec les médecins ORL qu'avec les autres intervenants cités et jamais avec les orthophonistes. Tous se rejoignent sur le fait de ne jamais collaborer avec les audiophonologues. Nous pouvons donc constater que la collaboration interprofessionnelle n'est pas fréquemment établie et systématique pour le suivi de ces patients.

En revanche, tous ces protagonistes s'accordent à penser que ce partenariat s'impose et qu'il est susceptible d'être amélioré. Selon la plupart d'entre-eux, cela pourrait être possible en améliorant l'information concernant le champ de compétences de chacun. Les orthophonistes ajoutent également qu'il serait intéressant de créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels.

La majorité des médecins ORL et orthophonistes s'entendent sur l'idée que cette collaboration peut se développer tandis que la plus grande partie des audioprothésistes insinuent le contraire. Les médecins généralistes, quant à eux, sont partagés à ce sujet.

Nous avons pu observer qu'en général, seuls les orthophonistes prétendaient connaître l'existence de réseaux mettant en lien les différents acteurs de ce type de prise en charge. Néanmoins, il semble important de préciser que bon nombre de questionnaires, leur étant dédiés, ont été adressés via la base de données du réseau « Bien entendre après 60 ans » et c'est ce dernier qui a été cité le plus souvent.

L'intérêt qu'ils accordent à la rééducation orthophonique sous cet angle est mis en évidence par leurs réponses. Les médecins ORL et les orthophonistes y voient plus une utilité dans l'idée de favoriser la communication, les médecins généralistes et audioprothésistes, d'avantage dans le fait de contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage).

Médecins ORL, audioprothésistes et orthophonistes déterminent que l'apprentissage de la lecture labiale est un axe essentiel de la rééducation orthophonique avec les patients sujets de cette étude. C'est également pour cette raison qu'ils orienteraient leur patient vers une orthophoniste. Les médecins généralistes placent, quant à eux, l'accompagnement psychologique du patient au premier plan. Tous se rejoignent, à des degrés différents, pour dire que l'entraînement cognitif et la rééducation auditive font partie intégrante du travail orthophonique avec ces patients.

Les professionnels s'entendent pour dire qu'ils ont le plus fréquemment affaire à des personnes presbycusiques. Il est mis en avant qu'elles participeraient à une prise en charge orthophonique principalement dans le but d'être plus à l'aise pour communiquer mais également pour que leur vie sociale soit ressentie comme plus agréable.

Si nous voulons nous attacher aux questions destinées uniquement aux orthophonistes, nous pouvons observer que ces professionnels estiment que les autres professionnels, dont il est question dans ce sujet, ne sont pas conscients de l'intérêt d'une telle prise en charge. Ils déclarent, en majorité, que ce sont les médecins ORL puis les audioprothésistes qui leur adresse ce type de patients. En ce qui concerne cette rééducation, la majorité de ces professionnels déclarent prendre appui sur des formations spécialisées et non sur leurs connaissances acquises pendant leurs études. Il est intéressant de relever que la plupart d'entre-eux expriment qu'ils trouvent cette prise en charge trop longue ou encore trop contraignante.

2.1.2. Réponses des patients concernant la séance « type »

Après avoir proposé une séance de rééducation-type à cinq personnes devenues malentendantes, nous les avons interrogées pour savoir ce qu'elles retireraient de cette séance, en positif comme en négatif.

Il fut intéressant de leur soumettre des questions concernant plus spécifiquement leur handicap auditif. Tous ont reconnu que le port de prothèses auditives leur apportait un bénéfice. Il permettait notamment d'améliorer la compréhension dans le bruit et les conversations à plusieurs. Ces personnes ont néanmoins exprimé que des difficultés persistaient.

Trois d'entre-eux avaient entendu parler d'orthophonie par le biais du réseau «Bien entendre après 60 ans», grâce auquel ils avaient intégré des cours de lecture labiale. Ils ont d'ailleurs mis en évidence que cela s'avérait être un complément à l'appareillage auditif et une aide.

Manifestement, les participants ont trouvé la séance intéressante et n'ont pas ressenti de difficultés. Ils ont cependant précisé que ce type de travail leur avait demandé beaucoup d'attention et de concentration notamment lors de l'entraînement en lecture labiale. En effet, selon certains d'entre-eux qui ne l'avaient jamais exercée volontairement, elle n'est pas apparue comme naturelle.

Les exercices ont été réussis dans l'ensemble, aucune difficulté majeure n'est ressortie. Il a été nécessaire d'augmenter parfois l'intensité pour certains exercices.

Globalement, ces personnes envisageraient une prise en charge orthophonique si le besoin s'en faisait réellement ressentir, notamment, si leur déficience auditive s'aggravait.

3. Comparaison avec la littérature

Nous n'avons pas pu établir de parallèle avec la littérature étant donné l'absence d'études menées sur ce thème, ce type de rééducation orthophonique n'étant peut-être pas encore tout à fait généralisé. La prise en charge de l'enfant sourd fait d'avantage l'objet d'études retranscrites dans la littérature.

Néanmoins, nous avons constaté que certains sites dédiés à l'audition [52], [53] donnaient une place importante à l'orthophonie dans la prise en charge de l'adulte sourd. Ainsi, il était généralement expliqué que cette rééducation apparaissait dans le cas d'un handicap auditif important (surdités sévères et profondes) lorsque l'appareillage ne suffisait pas à compenser le déficit. Il était souligné que l'orthophonie avait pour objectif de mettre en place des stratégies pour permettre une meilleure utilisation des perceptions auditives dans un but de compréhension, d'aider le patient à accepter sa nouvelle condition et d'amener l'entourage à comprendre la

personne malentendante et son handicap. L'intervention orthophonique jugée trop rare dans ce domaine, était cependant reconnue comme bénéfique en complément d'un appareillage.

Dans un mémoire d'orthophonie destiné à la prise en charge et l'accompagnement de la personne presbycousique appareillée [3], il était rapporté que même si ce type de handicap devenait progressivement une préoccupation pour les professionnels gravitant autour de la personne âgée, en pratique, l'intervention orthophonique n'était pas généralisée. En effet, il était décrit que la consultation ORL et la démarche d'appareillage chez l'audioprothésiste étaient des étapes bien connues mais que le parcours de la personne s'arrêtait souvent à ce stade. En cas de difficultés, le patient était rarement orienté vers un orthophoniste et ce type de rééducation ne faisait que peu l'objet d'une prescription du fait d'une méconnaissance du travail orthophonique.

D'après une étude réalisée auprès de patients presbycousiques appareillés, Leusie et al. (2011) [20] confirment leur hypothèse de départ en démontrant que ces derniers entendaient moins bien des phrases comportant des phonèmes aigus que des phrases contenant des phonèmes graves. Ils expliquent que le patient ne semble donc pas pouvoir compenser uniquement avec un appareillage auditif les distorsions entraînées par la perte des aigus. Ils concluent donc leur étude par le fait que si l'appareillage est indispensable pour ce type de patients, il n'est cependant pas suffisant d'où la nécessité d'une compensation fonctionnelle réalisable grâce à une rééducation orthophonique.

Le partenariat orthophoniste/audioprothésiste dans la prise en charge de l'adulte sourd a fait l'objet d'un exposé de 3ème année en orthophonie auquel nous avons participé. Des questionnaires avaient été distribués aux orthophonistes et audioprothésistes dans le but de savoir si ces derniers s'engageaient dans une collaboration ou étaient prêts à le faire pour permettre un meilleur suivi du patient malentendant.

D'après les réponses aux questionnaires, nous avons pu établir le constat que ce partenariat n'était pas encore généralisé. Pour certains, il ne semblait pas encore être ressenti comme naturel.

Nous pouvons ainsi nous rendre compte de la similitude des réponses puisque, d'après l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire, nous pouvons dresser le même bilan à propos de l'état de cette collaboration.

Un audioprothésiste nous avait expliqué que pendant leur formation initiale, les audioprothésistes étaient peu avertis des possibilités de travail orthophonique avec le patient sourd. Les orthophonistes étaient d'accords sur le fait que, lors de leurs études, le thème de l'audioprothèse avait été abordé mais peut-être pas suffisamment développé. Cette relation semblait ainsi difficile à établir du fait du manque de connaissances de ces deux partenaires l'un envers l'autre.

C'est également ce qu'ont suggéré les réponses des professionnels aux questionnaires, ces derniers exprimant le souhait d'être d'avantage informés sur le champ de compétence des autres intervenants. Plusieurs orthophonistes ont ajouté qu'ils réalisaient des formations spécialisées pour pouvoir prendre en charge un adulte sourd.

Nous avons repris les propos tenus par Mme Nicole Denni-Krichel, orthophoniste et présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes qui avait exprimé son désir de voir cette collaboration fleurir lors du congrès annuel d'audioprothèse en 2009:

« A l'heure où travail en réseaux, interprofessionnalité sont de plus en plus mentionnés pour améliorer la qualité de soins, il nous semble indispensable de parfaire le partenariat ORL, audioprothésiste et orthophoniste. Si ce partenariat est de fait pour la prise en charge de l'enfant sourd ou de la personne implantée, elle n'est pas encore suffisamment développée autour de la personne adulte malentendante. »

Certains commentaires fournis par les professionnels sondés et les personnes ayant participé à notre séance-type ont permis de mettre en relief que la prise en charge orthophonique de la personne sourde est connue et reconnue pour l'enfant mais pas nécessairement pour l'adulte.

A partir de l'étude des réponses aux questionnaires, nous avons pu recenser les attentes des uns et des autres professionnels de la surdité en ce qui concerne les transmissions d'informations pertinentes sur le patient pris en charge. Nous avons ainsi élaboré une fiche de suivi du patient adulte sourd en essayant de synthétiser et d'organiser de manière claire les différentes informations. Nous avons eu la volonté

de faire apparaître dans cette fiche de suivi-type les données qui nous semblaient les plus pertinentes sur la prise en charge du patient afin d'offrir aux deux professionnels dont il était question une utilisation la plus simple possible. Nous rappelions que les deux partenaires s'accordaient sur la nécessité de créer ce type de matériel et voyaient en cela un bénéfice pour le patient et pour eux-mêmes.

La possibilité d'améliorer le partenariat entre les différents professionnels de la surdité a également été soulevée lors de l'analyse des réponses reçues. L'idée d'adopter une fiche de suivi du patient n'a pas forcément été retenue mais plutôt celle de développer l'information sur le champ d'action de chacun ou de créer des réseaux rattachant tous les acteurs de ce type de prise en charge.

4. Validation ou invalidation des hypothèses

Grâce à l'analyse des résultats, nous avons pu admettre que dans l'ensemble, les médecins généralistes ou gériatres, les médecins ORL, les audioprothésistes et les orthophonistes interrogés estimaient que la prise en charge orthophonique avec les adultes devenus sourds de plus de 60 ans présentait un intérêt. Cependant, leurs réponses affichaient nettement que le partenariat interprofessionnel n'était, à l'heure actuelle, pas encore généralisé.

Nous pouvons donc soutenir un de nos postulats de départ, les suivants pouvant être réfutés. En effet, ils manquaient de nuances en supposant soit que les professionnels étaient conscients de l'intérêt d'une telle prise en charge tout en participant activement à collaborer, soit qu'ils n'avaient pas notion de l'utilité de celle-ci et qu'ils ne s'engageaient donc pas dans ce type de partenariat.

5. Interprétation personnelle des résultats

Nous aimerions, tout d'abord, nous interroger sur le fait que nous n'avons eu que des peu de réponses de la part des professionnels au regard du nombre de questionnaires envoyés. En effet, nous pouvons supposer que l'absence importante de réponses signifie que certains de ces professionnels n'ont pas souhaité consacrer de temps à la lecture et au remplissage de nos questionnaires. Cela pourrait sous-entendre qu'ils ne portaient pas un grand intérêt à ce sujet. Pour appuyer cette réflexion, nous pouvons rapporter que certains ont déclaré, lors de la prise de

contact, qu'ils n'étaient pas intéressés par le thème évoqué. Nous pouvons également présumer que ce type de prise en charge orthophonique n'étant pas forcément connue et légitimée, il en ressort que les personnes interrogées n'ont pas souhaité répondre du fait de leur manque de connaissances en la matière.

Nous sommes issues d'une formation orthophonique riche en ce qui concerne la rééducation de l'adulte sourd, nous nous estimons donc capable de prendre en charge ce type de patients dès la fin de nos études. Néanmoins, ce ressenti n'est peut-être pas admis pour tous. Nous pouvons ainsi nous poser la question pour les générations précédentes d'orthophonistes, qui n'ont peut-être pas été autant formées à ce sujet.

Nous avons participé en octobre 2010 à une formation organisée par la FNO traitant de la place de l'orthophonie dans la prise en charge pluridisciplinaire de la presbyacousie [15]. A cette occasion, nous avons fait le constat que la plupart des orthophonistes présentes ne prenait pas en charge les patients presbyacousiques en argumentant qu'ils se trouvaient dépourvus en connaissances sur ce sujet. Il nous est également apparu que ces derniers ne maîtrisaient pas les éléments audioprothétiques indispensables à la prise en charge de ce type de patients.

Il nous a été exposé la nécessité que l'orthophoniste désirant prendre en charge des patients presbyacousiques devait aller se former directement auprès d'un audioprothésiste. Cette idée coïncide avec les demandes mises en évidence par les différents professionnels, c'est-à-dire celle de connaître le travail de chacun des intervenants.

Cependant, cette démarche ne semble peut-être pas accessible pour les personnes concernées. En effet, elle demande du temps et l'orthophoniste doit établir, sur sa propre initiative, un contact avec un audioprothésiste qui doit répondre positivement à sa demande.

Nous avons pu remarquer que très peu des professionnels interrogés déclaraient s'associer à des audiophonologues pour ce type de suivi alors que l'intervention de ces derniers est tout à fait pertinente dans ce cadre. En effet, la profession d'audiophonologue s'intéresse à l'étude de l'audition, de la phonation, de la parole et du langage humain. Elle s'assure donc du diagnostic, de la prise en charge et du suivi du patient correspondant à notre étude. De ce fait, nous pouvons

émettre l'hypothèse que ces professionnels ne connaissent pas suffisamment les compétences de ce spécialiste.

Nous avons entendu que les professionnels gravitant autour de la personne malentendante de plus de 60 ans ne se connaissaient pas les uns les autres, ceci ne favorisant pas la démocratisation de la collaboration. Cette observation explique que ces patients n'aient jamais entendu parler d'orthophonie par les autres intervenants qui agissent en amont de ce suivi.

Cependant, même lorsque un professionnel avisé propose une rééducation orthophonique, les patients ne se montrent que très peu intéressés en expliquant qu'ils ont déjà affaire à beaucoup de spécialistes et qu'ils ne désirent pas effectuer une prise en charge supplémentaire, d'autant qu'ils n'en saisissent pas vraiment la finalité.

Les idées exposées ont été tirées des commentaires de certains des remplisseurs.

Afin que les professionnels prescrivent ou proposent une rééducation orthophonique à un moment opportun aux patients dont il est question ici, il serait nécessaire d'élargir leurs connaissances à ce sujet et ce, dès leur formation initiale.

À ce propos, nous pouvons préciser que Mme Nicole Denni-Krichel est intervenue en 2009 au congrès annuel d'audioprothèse, ce qui suggère que le domaine de compétences de l'orthophoniste se fasse de plus en plus connaître et reconnaître.

Nous avons vu se développer les cours concernant la prise en charge orthophonique dans le cursus des facultés de médecine., les générations futures de médecins seront sans doute plus alertes par rapport à la prise en charge qui fait l'objet de notre mémoire.

Le partenariat que nous avons mis en avant tout au long de cette étude n'est peut-être pas systématique étant donné la représentation que la plupart des personnes se font de l'orthophonie. En effet, on l'associe volontiers à la rééducation de l'enfant mais très peu à celle de l'adulte. D'autant plus, le fait que la prise en charge de l'adulte sourd soit admise comme nouvelle ne vient que renforcer l'idée initiale. Son intérêt et son efficacité restent encore donc à démontrer.

6. Limites et perspectives éventuelles de notre travail

En ce qui concerne l'élaboration des questionnaires, un constat franc a été établi, celui de ne pas avoir obtenu un nombre important de réponses. Cette réalité a représenté un frein quant à la représentativité des réponses. Il aurait, sans doute, fallu réaliser des envois à une plus grande échelle ou demander davantage d'entretiens avec les professionnels concernés par notre étude.

Nous avons souhaité concevoir des questions fermées dans le but de faciliter la lecture des questions et de faire gagner du temps aux remplisseurs, ce dernier point n'étant pas négligeable pour augmenter les chances de réponses. Nous avons donc trouvé des avantages à cette conception, cependant, nous pensons que ce type de questions est susceptible d'influencer la ou les réponses étant donné l'indiciage fourni. Certains remplisseurs ont donc pu choisir une réponse à laquelle ils n'auraient peut-être pas pensé (ou pas répondu) si les questions avaient été ouvertes. Cette idée est d'ailleurs apparue lors d'une réponse sous la formulation « j'ai répondu mais en fait je ne sais pas! »

Bon nombre de questionnaires ont été transmis via la base de données du réseau « Bien entendre après 60 ans », ce qui implique que certains destinataires étaient déjà sensibilisés à ce type de prise en charge.

L'analyse statistique des réponses obtenues nous a paru assez laborieuse du fait que nous ne maîtrisons pas forcément l'outil sur lequel nous nous sommes appuyées.

Un plan mieux construit avec des questions regroupées en thème aurait sans doute facilité notre étude. Les comparaisons entre professionnels n'étant pas toujours possibles puisque certaines questions n'étaient pas communes à tous.

Concernant la réalisation de la séance, nous n'avons pas recruté assez de personnes; l'examen de leurs réponses et commentaires ne demeure donc pas vraiment significatif.

Nous n'avons pas effectué de bilan préalable, nous n'avons donc pas pu situer les capacités et difficultés du patient. Au regard de leur handicap auditif et de la sévérité de leur surdité, certains patients testés n'avaient sans doute pas besoin d'une rééducation orthophonique. Certaines de ces séances proposées n'ont donc pas duré très longtemps, étant donné la réussite rapide aux exercices. Ceci n'a pas

permis de refléter la réalité de la rééducation avec le type de patients dont il était question dans notre étude.

Nous étions évidemment conscientes que nous ne pouvions pas juger de l'efficacité de cette prise en charge sur une séance, ceci n'étant pas notre objectif.

Cependant, afin de démontrer la pertinence des axes travaillés, il serait intéressant d'effectuer d'avantage de séances en respectant la progression suggérée.

Nous attribuons également une limite au déroulement de cette séance dans le fait que nous ne possédions pas de matériel calibré lors de certains exercices (notamment ceux concernant l'entraînement de la fonction auditive), ceci réduisant la possibilité de travailler selon des intensités différentes.

7. Ouverture

Après ces observations, il semblait nécessaire d'améliorer la collaboration entre les professionnels de la surdité afin d'être cohérent dans la prise en charge de l'adulte devenu sourd de plus de 60 ans et créer un travail d'équipe pour offrir un meilleur suivi. Le but final étant de pouvoir transférer les acquis du patient dans les situations de vie quotidienne (conversations pendant les repas de famille, réunions, communication téléphonique, télévision...) et le placer dans un contexte communicationnel de qualité.

Une meilleure collaboration suppose une connaissance approfondie des compétences de chaque partenaire dans ce type de suivi.

Afin de démontrer la pertinence d'une telle prise en charge, l'orthophoniste doit établir des contacts avec les autres intervenants pour expliquer son intervention auprès de ces patients.

Nous pouvons prendre exemple sur certains audioprothésistes qui, par le biais d'actions, ont permis de développer une association. Ainsi, dans le cadre du plan Darcos, lancé en février 2010, en faveur des personnes sourdes et malentendantes, les laboratoires Renard ont fait participer plusieurs médecins généralistes au dépistage des troubles auditifs chez les personnes de plus de 60 ans. Ils ont mis à leur disposition un testeur permettant de déceler une éventuelle baisse d'audition [48].

Développer ce partenariat nous apparaît être une priorité pour améliorer la pratique et généraliser la prise en charge orthophonique de ce type de patients.

Une fiche de suivi semble être un outil abordable et synthétique pouvant permettre de favoriser les échanges entre les différents professionnels. Il semblerait donc intéressant d'approfondir cette piste.

Conclusion

Face à l'allongement de la vie et aux difficultés dont font preuve les personnes vieillissantes, il nous paraît incontournable d'accorder toute notre attention à cette population afin de limiter les conséquences du vieillissement.

En effet, les troubles auditifs chez des personnes de plus de soixante ans ont un réel impact sur la vie quotidienne et sur le bien-être de ces individus, à cause des difficultés de communication que ceux-ci engendrent.

L'orthophoniste est un professionnel habilité à prendre en charge tout type de troubles de la communication. Il peut donc apporter son savoir-faire pour optimiser les capacités auditives résiduelles.

Afin de réaliser un état des lieux de la connaissance de l'orthophonie dans ce domaine, nous avons interrogé différents professionnels (médecins généralistes/gériatres, médecins ORL, audioprothésistes et orthophonistes). Grâce à cette étude, nous avons pu faire émerger certaines réalités.

Pour que cette prise en charge puisse être amorcée et dans le but qu'elle soit efficace, les professionnels de la surdité gravitant autour du patient devenu sourd s'accordent à dire qu'ils doivent travailler de concert.

Cependant, dans l'état actuel des choses, l'intérêt de l'orthophonie est clairement reconnu par les professionnels de la surdité sondés, mais la mise en place de telles prises en charge n'est pas encore systématisée, tout comme la collaboration entre ces professionnels.

Encore trop peu d'intervenants sont sensibilisés à ces rééducations orthophoniques, ce qui ne rend pas possible en pratique la généralisation de ces interventions.

Notre travail avait pour objectif de confirmer une certaine « ignorance » concernant ce type de prise en charge, de sensibiliser les professionnels et de donner des pistes aux orthophonistes afin qu'ils puissent prendre en charge les patients de plus de 60 ans devenus sourds qu'ils soient presbyacousiques ou non.

Après avoir proposé une séance « type » à 5 personnes devenues malentendantes, nous avons pu enrichir les pistes de rééducation auxquelles nous avons réfléchi. Cette étape nous a également permis de nous confirmer la faisabilité des exercices et l'intérêt qu'ils pouvaient susciter. En effet, les patients que nous avons rencontrés n'ont pas éprouvé de réelles difficultés.

Ce mémoire nous a permis d'extraire des premiers résultats, il serait sans doute intéressant d'aborder la question de la connaissance et de l'intérêt de ce type de prise en charge orthophonique de manière plus complète, c'est-à-dire à plus grande échelle.

Bibliographie

- [1] AYACHE D., SCART-BERCY M., ELBAZ P. (2001). Surdité de l'adulte. *EMC Oto-rhino-laryngologie*, [en ligne], [17-018-C-10], (18 septembre 2010). <http://www.em-consulte.com>.
- [2] BEE H., BOYD D. (2008). Quatrième partie: « L'âge adulte » in Adaptation française de Gosselin F. avec la participation de Bolduc M. et de Rh ault E. *Les âges de la vie, psychologie du développement humain*. Paris: Pearson Education France., 300-397.
- [3] BESSEAU E., LOMBARD F., (2005). *Proposition de prise en charge et d'accompagnement orthophonique pour la personne presbyacousique appareillée*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de capacité d'orthophoniste, Université de Nantes.
- [4] BIRREN J.E, SCHROOTS J.J.F. (1996). « Handbook of the psychology of aging: history, concepts and theory in the psychology of aging. » Quatrième  dition. US Michigan, Ann Arbor: Academic Press.
- [5] BONFILS P., AVAN P. (1992). Stratégie diagnostique devant une surdité de l'adulte. *EMC oto-rhino-laryngologie*, [en ligne], [20-181-A-10], (18 septembre 2010). <http://www.em-consulte.com>.
- [6] BOUCCARA D., AVAN P., MOSNIER I., BOZORG-GRAYELI A., FERRARY E., STEKERS O. (février 2005). Réhabilitation auditive. *Médecine sciences*, Volume 21, n 2. p.190-197.
- [7] BOUCCARA D., FERRARY E., MOSNIER I., BOZORG-GRAYELI A., STEKERS O.(2005). Presbyacousie. *EMC Oto-Rhino-Laryngologie 2*. p.329-342.
- [8] BOUCCARA D., MOSNIER I., BOZORG-GRAYELI A., FERRARY E., STEKERS O.(décembre 2005). Réhabilitation auditive: les possibilités actuelles. *NPG Neurologie- Psychiatrie-Gériatrie*, Année 5. p.28-33.
- [9] BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Deuxième  dition. Isbergues : Ortho Edition.
- [10] COTTIN R. (2011). Lecture labiale à la maison. *La Caravelle*. N 193, p.14.
- [11] DE GUILLEBON C., MAUGOURD M.F, BIZAGUET E., (1992). « La réhabilitation à la communication de la personne âgée d ficiante auditive » in: Maugourd M.F., Kuntzmann F., *Gérontologie fondamentale, clinique, sociale*, Tome 2. Paris: Duportet B. Sauramps Médical, 667-674.
- [12] DUBREUIL C., (2003). « Troubles de l'audition et de l'équilibre chez le sujet âgé » in: Belmin J., Chassagne P., Gonthier R., Jeandel C., Pfitzenmeyer P., *Gérontologie*, collection pour le praticien. Paris: Masson, 478-482.
- [13] DUPONT M., LEJEUNE B. (2010). *R education de la boucle audio-phonatoire, chez les adultes sourds porteurs d'un implant cochléaire*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- [14] ERNST E. (2011). Orthophonie. *La Caravelle*. N 193, p.11.

- [15] FNO (2009-2010). *Outil de formation à la prise en charge de la personne presbycousique* [cédérom]. Isbergues: OrthoEdition (16 mars 2011).
- [16] FRACHET B. (2004). Diagnostiquer, traiter, réparer les troubles de l'audition. *La presse médicale*, volume 33, n° 200. p.93-96.
- [17] GUISLAIN C., (2004). *Influence du port de l'appareillage dans la réhabilitation auditive*. Mémoire pour l'obtention du D.U d'Audiologie Audioprothétique Approfondie, Université de Lyon I.
- [18] HAROUTUNIAN D., (2002). *Les presbycousies, manuel de rééducation de la compréhension pour surdités acquises*. Isbergues:OrthoEdition.
- [19] ISTRIA M., NICOLAS-JEANTOUX C., TAMBOISE J.,(1982). *Manuel de lecture labiale. Exercices d'entraînement*. Issy-les-Moulineaux: Masson
- [20] LEUSIE S., PREVEL M., AUBEL D., DHOUIB S., FERRY M., TAURAND P., VERGNON L. (2011). L'appareillage auditif est-il la réponse unique à la presbycousie ? *Revue de gériatrie*, tome 36, n°1/2. P 40-44.
- [21] LIARD P., BANG P., GUYOT J.P., (2006). Les avatars des patient sourds appareillés: le point de vue du praticien. *La Revue Médicale Suisse*, [en ligne], volume 2, (20 septembre 2010). <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=31663>
- [22] MAHILLON V., SAUSSEZ S., GERARD J.M., CHANTRAIN G., THILL M.P. (2003). Prise en charge diagnostique d'une surdité de perception unilatérale de l'adulte. *Revue Médicale Bruxelles*, [en ligne], (20 septembre 2010). <http://www.amub.be/rmb/article.php?id=46>
- [23] MAUGOURD M.F, (1992). « Le vieillissement des éléments de perception auditive » *in*: Maugourd M.F., Kuntzmann F. , *Gérontologie fondamentale, clinique, sociale*, Tome 1. Paris: Duportet B. Sauramps Médical, 59-61.
- [24] OLIVIER Y., LAFON J.C., (1992). « La presbycousie » *in*: Maugourd M.F., Kuntzmann F. , *Gérontologie fondamentale, clinique, sociale*, Tome 1. Paris: Duportet B. Sauramps Médical, 332-336.
- [25] PAILLER J.P, DUMONT Y.(1997). Rééducation de l'audition et de la lecture labiale dans la presbycousie appareillée. *Bulletin d'Audiophonologie*. Vol.XIV-n°6, p.317-326
- [26] Sous la direction de REY-DEBOVE J. et REY A.(2008). *Le nouveau Petit Robert de la langue française*. Editions Le Robert
- [27] RIVET A. (2010). *Élaboration d'un bilan de lecture labiale pour adultes devenus sourds vieillissants ou âgés*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de capacité d'orthophoniste, Université de Nantes.

- [28] SANDER M.S, LELIEVRE F., TALLEC A., (2007). Le handicap auditif en France: apports de l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance, 1998-1999. *Études recherches et statistiques-DRESS*, [en ligne], n°589, (5 novembre 2010). <http://www.sante.gouv.fr/handicap-auditif-en-france-apports-de-l-enquete-hid-1998-1999.html>
- [29] TRELOHAN C. (2009). *Presbyacousie en soins primaires: comment mieux définir un projet de prise en charge en s'aidant du point de vue des patients*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Université d'Angers.
- [30] VERGNON L., (2008). *L'audition dans le chaos*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- [31] VIAL-LLEDOS E., (2009). *Proposition de bilan de lecture labiale pour les personnes de plus de soixante ans devenues sourdes ou malentendantes*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de capacité d'orthophoniste, Université de Nantes.
- [32] VINCENT C., VANEECLOO F.M., DELATTRE A., DECROIX D., LEBRETON J.P., RUZZA I. (2007). La prothèse auditive conventionnelle. *Annales d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale* 124. p.33-40

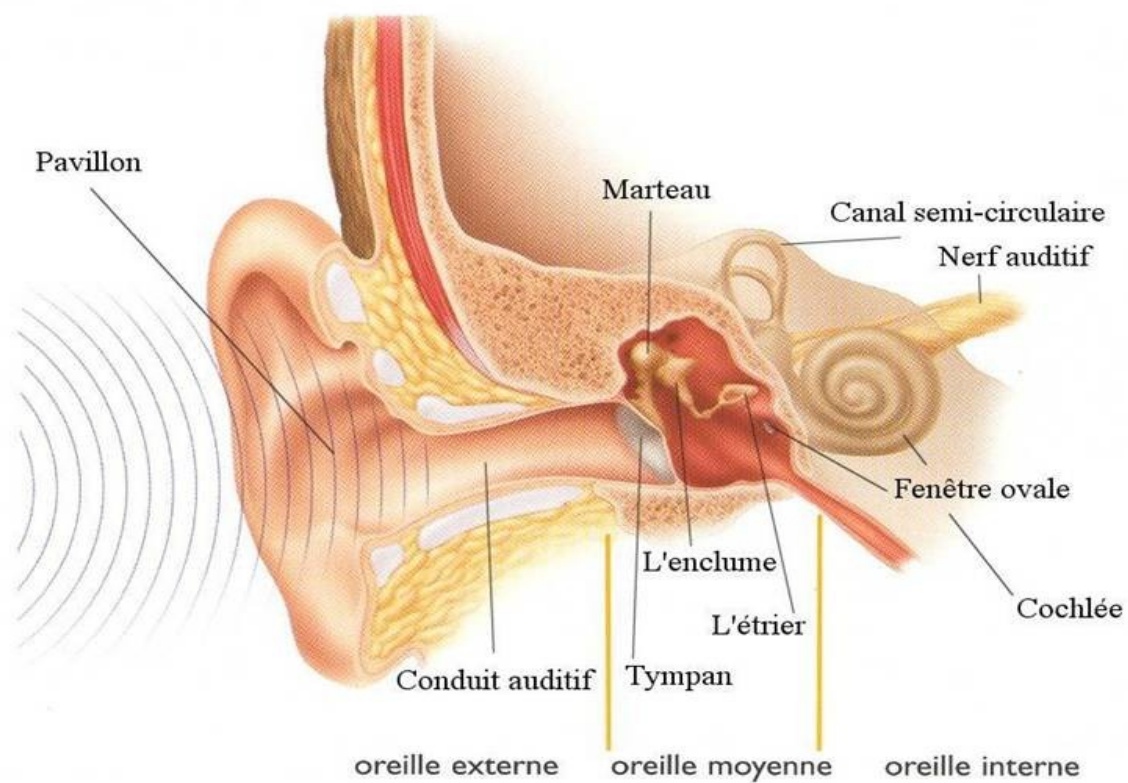
Sites web consultés

- [33] Site web du réseau « Bien entendre après 60 ans » (5 mai 2010)
<http://www.bienentendre.fr/>
- [34] Site web « La gériatrie pratique » (3 septembre 2010)
<http://geriatrie.webs.com/>
- [35] Site web du portail du gouvernement (santé et solidarité) (3 septembre 2010)
<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/sante-et-solidarite>
- [36] Site web de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (8septembre2010)
<http://www.insee.fr>
- [37] Site web de la protection sociale MSA (3 septembre 2010)
<http://www.msa.fr/>
- [38] Site web de la Maison des Sciences de l'homme et de la société (3 septembre 2010)
<http://www.mshs.univ-poitiers.fr/mshs/index.php>
- [39] Site web du magazine Sciences Humaines (3 septembre 2010)
<http://www.scienceshumaines.com>
- [40] Site web du BUCODES (5 juin 2010)
<http://www.surdifrance.org/>
- [41] Site web du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (3 septembre 2010)
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/>

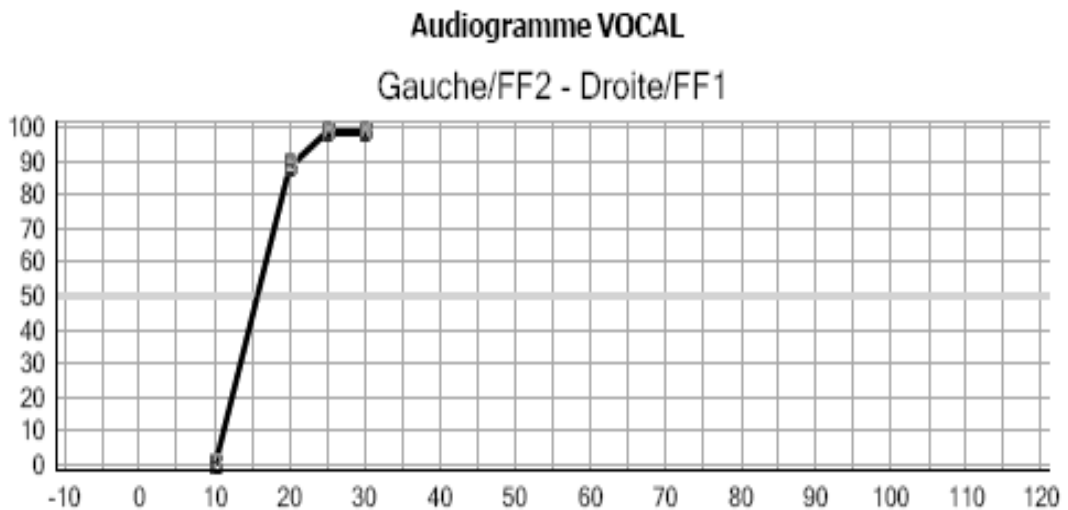
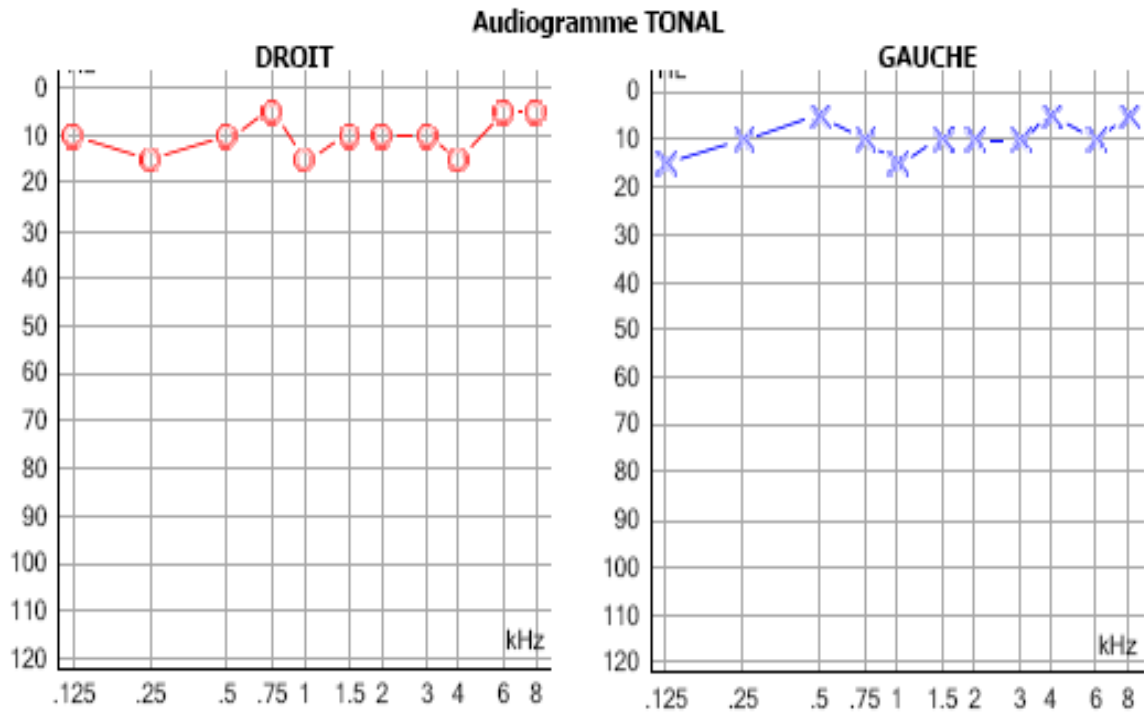
- [42] Site web de l'Encyclopédie libre Wikipédia (5 juin 2010)
<http://www.wikipedia.org/>
- [43] Site web de l'Organisation Mondiale de la Santé (9 septembre 2010)
<http://www.who.int/fr/>
- [44] Site web du CNRS (10 septembre 2010)
<http://www2.cnrs.fr/presse//communiqu323.htm>
- [45] Site web de la Mutualité française Anjou-Mayenne, pôle déficience sensorielle (5juin2010)
<http://mfam.deficience-sensorielle.org/>
- [46] Site web de bruitages et sons gratuits (18 mars 2011)
<http://www.universal-soundbank.com/>
- [47] Site web du Collège National de l'Audioprothèse (18 mars 2011),
<http://www.college-nat-audio.fr/listes-cd-audiometrie-vocale.html>
- [48] Site web du laboratoire d'Audiologie RENARD (25 mars 2011),
<http://www.laborenard.fr/action-geriatrie-audiologie-renard.html>
- [49] Site web du Collège Français d'ORL et CCF (15 novembre 2010),
<http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/DCEMECNitems294.html>
- [50] Site web du Collège Français d'ORL et CCF (15 novembre 2010),
<http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/DCEMECNitems49.html>
- [51] Site web du Collège Français d'ORL et CCF (2 décembre 2010),
<http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/DCEMECNitems60.html>
- [52] Site web du Collège des enseignants en ORL (7 mai 2011)
<http://www.orlfrance.org/html>
- [53] Site web spécialisé sur l'audition (7 mai 2011)
<http://www.audition-infos.org/html>
- [54] Site web du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (secteur santé) (5décembre2010)
<http://www.sante.gouv.fr/le-handicap-auditif-en-france-apports-de-l-enquete-handicaps-incapacites-dependance-1998-1999.html>
- [55] Site officiel de l'administration française (9 septembre 2010)
<http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>
- [56] Site du portail informatif des maisons de retraite (9 septembre 2010)
<http://www.les-maisons-de-retraite.com/calcul-gir-pour-apa,23c.html>

Annexes

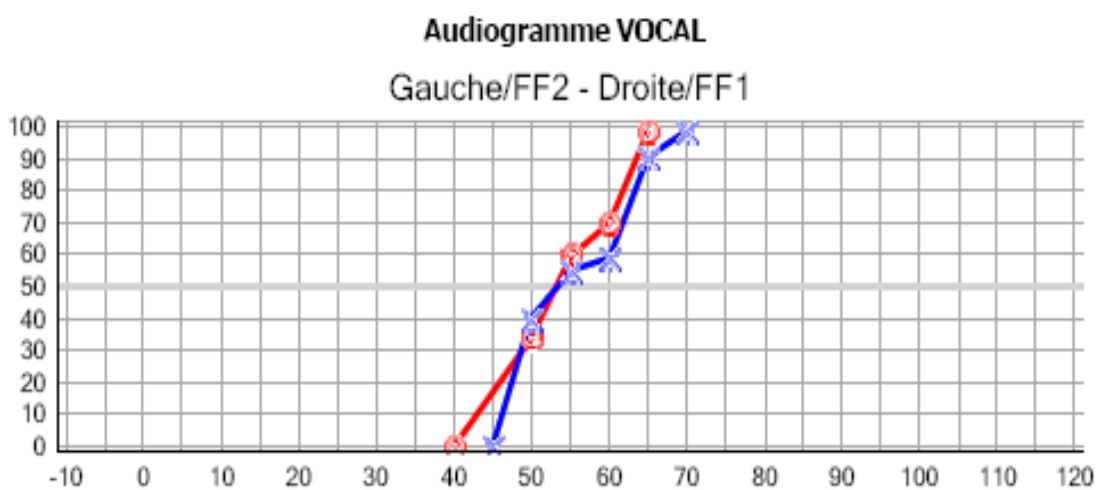
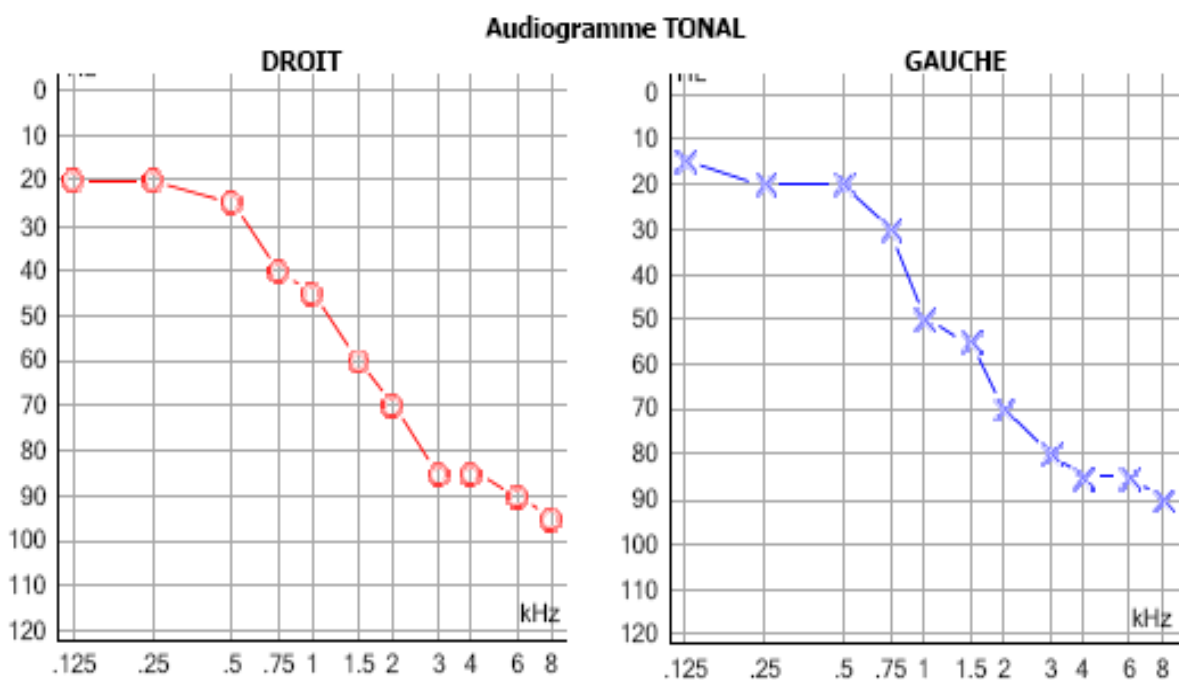
Annexe n°1 : Schéma de l'oreille



Annexe n°2 : Audiogrammes tonal et vocal d'un normo-entendant



Annexe n°3 : Audiogrammes tonal et vocal d'une presbyacousie



Annexe n°4 : Estimation de population

Population totale par sexe et âge au 1 ^{er} janvier 2010 par tranche d'âges			
	Ensemble	Hommes	Femmes
Population totale	64 667 374	31 306 779	33 360 595
Moins de 20 ans	15 942 895	8 153 166	7 789 729
de 20 à 64 ans	37 962 562	18 712 800	19 249 762
65 ans ou plus	10 761 917	4 440 813	6 321 104
Champ : France entière.			
<i>Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2009).</i>			

Annexe n°5 : Evolution de la population

Evolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060 (scénario central de projection)

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en millier)	Solde migratoire (en millier)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans et +		
1960	45 465	32,3	51,0	5,1	7,3	4,3	298,9	140
1970	50 528	33,1	48,8	5,2	8,1	4,7	308,1	180
1980	53 731	30,6	52,4	3,0	8,3	5,7	253,3	44
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	7,1	6,8	236,2	80
2000	58 858	25,6	53,8	4,6	8,8	7,2	243,9	70
2007	61 795	24,8	53,8	4,9	8,1	8,5	263,9	100*
2015	64 514	24,2	51,0	6,2	9,3	9,3	201,5	100
2020	65 962	23,9	49,6	6,0	11,0	9,4	173,2	100
2025	67 285	23,5	48,4	6,1	11,1	10,9	154,1	100
2030	68 532	23,0	47,5	6,0	11,1	12,3	142,1	100
2035	69 705	22,6	46,7	5,9	11,1	13,6	120,0	100
2040	70 734	22,4	46,6	5,3	11,1	14,7	82,4	100
2050	72 275	22,3	45,9	5,6	10,2	16,0	31,9	100
2060	73 557	22,1	45,8	5,4	10,5	16,2	+ 30,6**	100

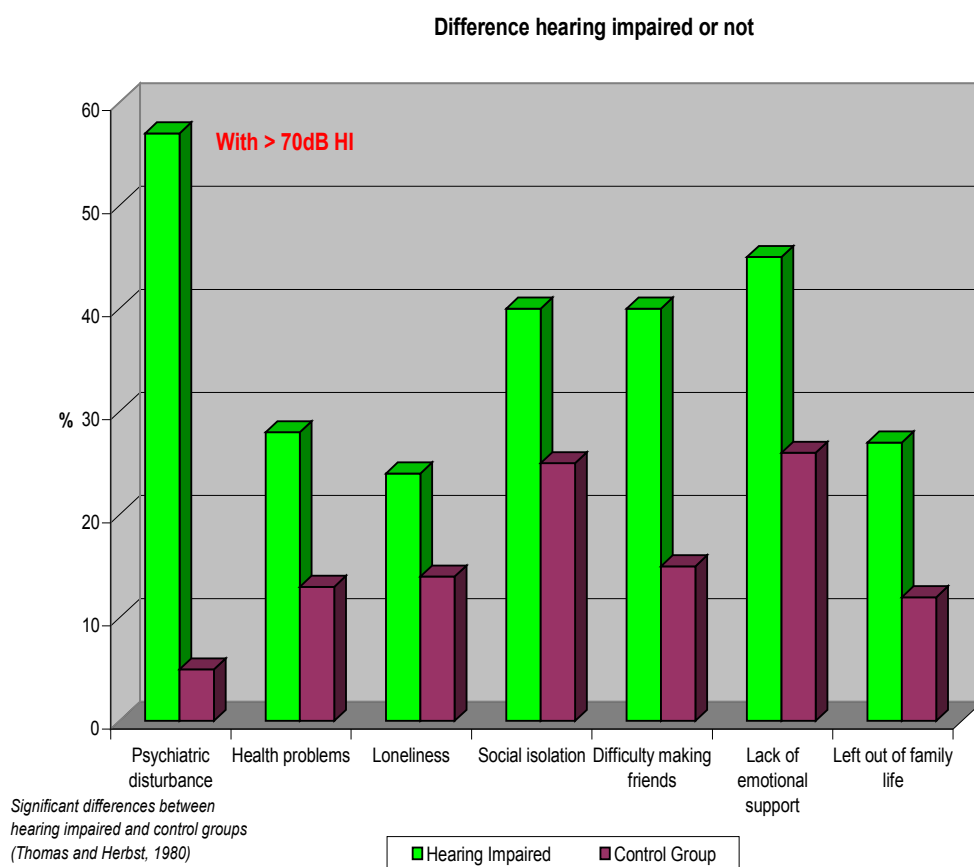
* Solde migratoire issu de la projection.

** Chiffre pour l'année 2059. Les projections s'arrêtent au 1er janvier 2060. Le solde naturel de l'année 2060, différence entre les naissances de 2060 et les décès de cette année n'est donc pas projeté.

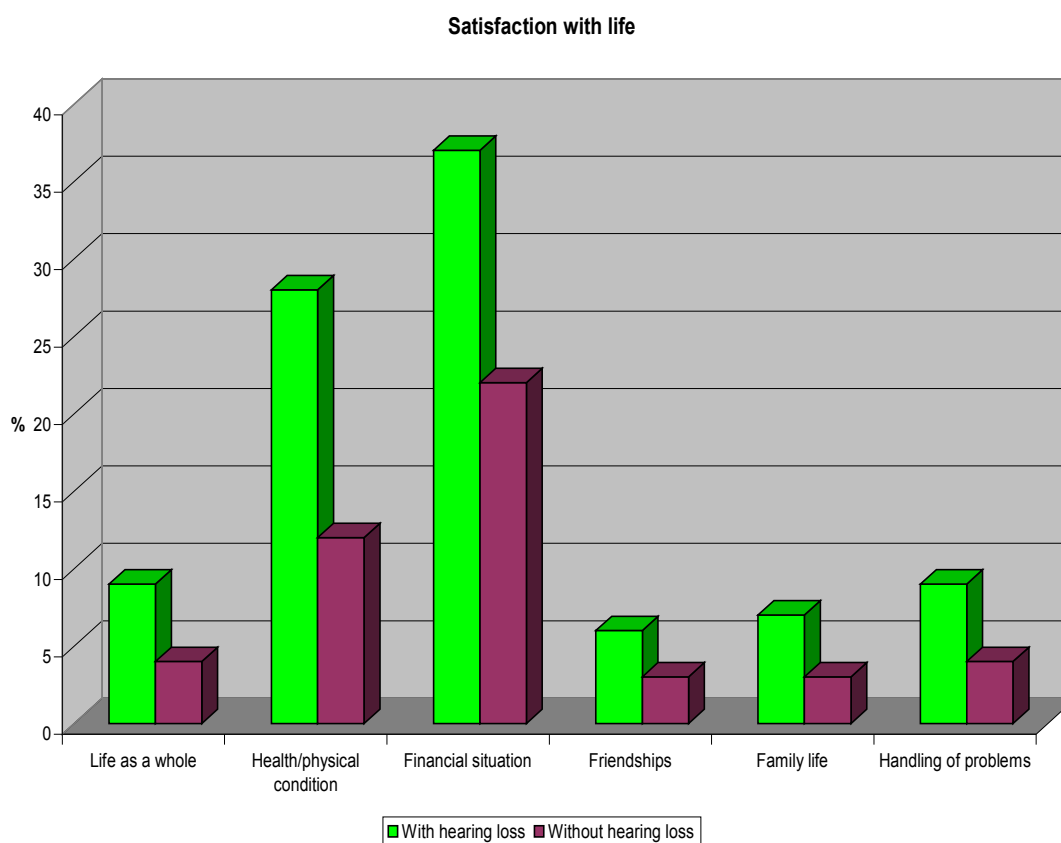
Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007 et projection de population 2007-2060.

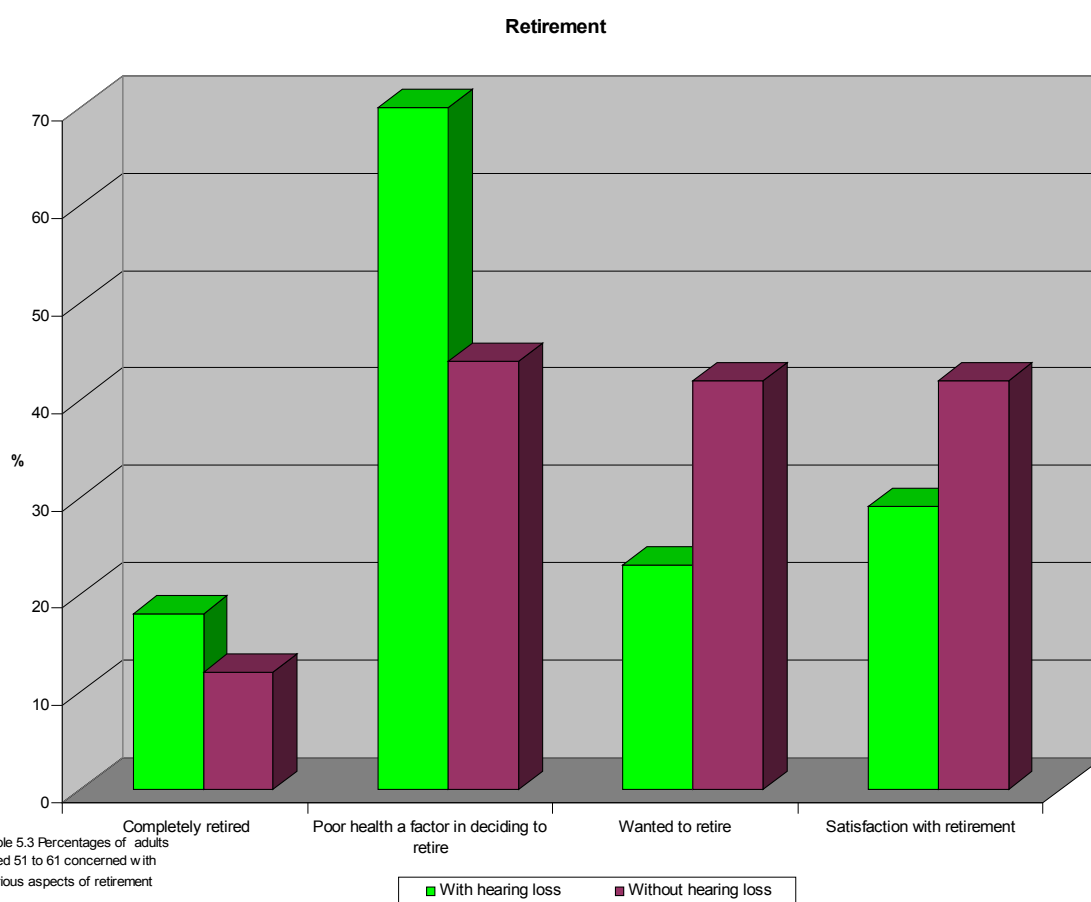
Annexe n°6 : Différence entre un échantillon de déficients auditifs et un échantillon d'entendants



Annexe n° 7: Satisfaction par rapport à sa vie



Annexe n° 8: La retraite



Annexe n° 9: Questionnaire aux médecins ORL

1) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quels autres professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence ?

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> médecins généralistes | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> orthophonistes | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> audiophonologues | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> audioprothésistes | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> autres | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |

2) Est-ce vous qui les contactez ?

- oui non réciproquement

3) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologues, médecins généralistes pour ce type de suivi ?

- oui non

Nom du réseau :

4) Quelles sont vos attentes vis-à-vis des autres professionnels ?

- avoir une disponibilité pour échanger sur le patient
- tenir informer de l'évolution du patient (réglages, surdité, résultats aux tests...)
- faire part des difficultés à un moment donné
- autre.....

5) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle ?

- oui non

6) Si oui, de quelle manière ?

- régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient

ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge

systématiquement, pour rendre la prise en charge la plus efficace possible

autre.....

7) Pensez-vous que cette collaboration puisse être améliorée ?

oui non

8) Si oui, par quels moyens ?

améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun des professionnels

créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels

créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires

créer une plate-forme sur internet répertoriant les différents professionnels

autre.....

9) Quelles sont les pathologies les plus rencontrées responsables d'une déficience auditive chez vos patients âgés de plus de 60 ans ?

presbyacousie

maladie de Ménière

traumatisme sonore

otospongiose

autre.....

10) Quelles sont les principales plaintes évoquées par ces patients ?

« je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »

« je fais souvent répéter »

« je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »

« je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »

« j'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »

« je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »

autre.....

11) Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers une orthophoniste ?

- compréhension réduite dans certaines situations
- gain prothétique insuffisant
- apprentissage de la lecture labiale
- rééducation auditive
- autre.....

12) Selon vous, quel est l'intérêt d'une prise en charge orthophonique avec ce type de patients ?

- contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)
- favoriser la communication
- optimiser l'intégration sociale et familiale
- autre.....

13) Selon vous, quels sont les axes de travail d'une rééducation orthophonique avec ces patients ?

- rééducation auditive
- apprentissage de la lecture labiale
- entraînement cognitif (développement de la suppléance mentale)
- communication
- communication téléphonique
- production vocale
- accompagnement (acceptation de l'appareillage, présentation des différents modes de communication)
- autre.....

14) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer ?

- oui
- non

Commentaires:

Annexe n° 10: Questionnaire aux audioprothésistes

1) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quels autres professionnels de la surdité collaborez-vous ? A quelle fréquence ?

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> médecins généralistes | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> médecins ORL | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> audiophonologues | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> orthophonistes | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> autres | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |

2) Est-ce vous qui les contactez ?

- oui non réciproquement

3) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologues, médecins généralistes pour ce type de suivi ? Si oui, lesquels ?

- oui non

Nom du réseau :

4) Quelles sont vos attentes vis-à-vis des autres professionnels?

- avoir une disponibilité pour échanger sur le patient
- tenir informer de l'évolution du patient
- faire part des difficultés à un moment donné
- autre.....

5) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle ?

- oui non

6) Si oui, de quelle manière ?

régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient

ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge

systématiquement, pour rendre la prise en charge la plus efficace possible

autre.....

7) Pensez-vous que cette collaboration puisse être améliorée ?

oui non

8) Par quels moyens ?

améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun des professionnels

créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels

créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires

créer une plate-forme sur internet répertoriant les différents professionnels

autre.....

9) Quelles sont les principales plaintes évoquées par les patients de plus de 60 ans atteints d'une déficience auditive ?

« je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »

« je fais souvent répéter »

« je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »

« je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »

« j'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »

« je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »

autre.....

10) Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers une orthophoniste ?

compréhension réduite dans certaines situations

gain prothétique insuffisant

apprentissage de la lecture labiale

rééducation auditive

autre.....

11) Selon vous, quel est l'intérêt d'une prise en charge orthophonique avec ce type de patients ?

- contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)
- favoriser la communication
- optimiser l'intégration sociale et familiale
- autre.....

12) Selon vous, quels sont les axes de travail d'une rééducation orthophonique avec ces patients ?

- rééducation auditive
- apprentissage de la lecture labiale
- compréhension du message
- entraînement cognitif (développement de la suppléance mentale)
- communication
- communication téléphonique
- production vocale
- accompagnement (acceptation de l'appareillage, présentation des différents modes de communication)
- autre.....

13) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer ?

- oui
- non

14) Quelles informations pertinentes transmettriez-vous à une orthophoniste pour le suivi d'un patient malentendant âgé de plus de 60 ans ?

- bilans auditifs pré-prothétiques (audiométries tonale et vocale)
- gain prothétique
- type et caractéristiques des prothèses auditives (fonctionnement, performances suivant les situations, limites...)
- fréquence d'utilisation des prothèses dans la vie quotidienne, éventuels problèmes de manipulation
- évolution de la prise en charge (de la surdité, des réglages)

possibilités annexes (téléphone, télévision)

autres

Commentaires:

Annexe n° 11: Questionnaire aux médecins généralistes

1) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quel(s) professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence?

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> médecin ORL | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> audiophonologue | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> audioprothésiste | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> orthophoniste | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |
| <input type="checkbox"/> autres..... | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> jamais |

2) Est-ce vous qui les contactez?

- oui non réciproquement

3) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle ?

- oui non

4) Si oui, de quelle manière?

- régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient
- ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge
- systématiquement, pour rendre la prise en charge la plus efficace possible
- autre.....

5) Pour quelles raisons cette collaboration s'imposerait-elle ?

- améliorer le quotidien de la personne
- surpasser les limites de l'appareillage
- redonner le goût de la communication
- compenser les difficultés par d'autres approches
- adapter la prise en charge
- échanger des informations utiles
- rendre la prise en charge la plus efficace possible

autre.....

6) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien les orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologistes, médecins généralistes pour ce type de suivi?

oui non

Nom du réseau:.....

7) Pensez-vous que cette collaboration puisse être améliorée?

oui non

8) Par quels moyens?

améliorer l'information concernant chacun des professionnels

créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels

créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires

créer une plate-forme sur internet répertoriant les différents professionnels

autre.....

9) Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers un orthophoniste?

surdité légère moyenne sévère profonde

avant appareillage

surdité évolutive

problèmes vocaux, de parole

autre.....

10) Êtes-vous fréquemment et de plus en plus confronté à des patients âgés de plus de 60 ans porteurs d'une déficience auditive?

souvent parfois jamais

11) Quelles sont les principales plaintes évoquées par ces patients?

« je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »

« je fais souvent répéter »

- « je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »
- « je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »
- « j'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »
- « je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »
- autre.....

12) Selon vous, quel serait l'intérêt d'une rééducation orthophonique chez ce type de patients?

- contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)
- favoriser la communication
- optimiser l'intégration sociale et familiale
- autre.....

13) Selon vous, quels sont les différents axes du travail orthophonique avec ces patients?

- rééducation auditive
- apprentissage de la lecture labiale
- entraînement cognitif
- communication
- communication téléphonique
- production vocale
- accompagnement psychologique (acceptation de l'appareillage, présentation des différents modes de communication)
- autre.....

14) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer?

- oui non

Commentaires:

Annexe n° 12: Questionnaire aux orthophonistes

1) Dans quel type de structure exercez-vous ?

- cabinet libéral
- service hospitalier
- autre structure

2) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quel(s) professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence?

- médecins généralistes toujours souvent parfois jamais
- médecins ORL toujours souvent parfois jamais
- audiophonologues toujours souvent parfois jamais
- audioprothésistes toujours souvent parfois jamais
- autre..... toujours souvent parfois jamais

3) Est-ce vous qui les contactez?

- oui non réciproquement

4) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle ?

- oui non

5) Si oui, de quelle manière?

- régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient
- ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge
- systématiquement, pour rendre la prise en charge la plus efficace possible
- autre.....

6) Pour quelles raisons cette collaboration s'imposerait-elle ?

- améliorer le quotidien de la personne
- surpasser les limites de l'appareillage
- redonner le goût de la communication

- compenser les difficultés par d'autres approches
- adapter la prise en charge
- échanger des informations utiles
- rendre la prise en charge la plus efficace possible
- autre.....

7) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien les orthophonistes, audioprothésistes, les médecins ORL, les audiophonologues, les médecins généralistes dans ce type de suivi? Si oui, lesquels?

- oui non

Nom du réseau :.....

8) Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces autres professionnels?

- avoir une disponibilité pour échanger sur le patient
- tenir informer de l'évolution du patient (réglages, surdité, résultats aux tests...)
- faire part des difficultés à un moment donné
- autre.....

9) Selon vous, quelles sont les attentes des différents professionnels vis-à-vis de l'orthophoniste?

- améliorer la compréhension
- entraînement auditif
- travailler la lecture labiale
- améliorer la communication
- éducation prothétique
- rééducation vocale
- autre

10) Pensez-vous que la collaboration puisse être améliorée?

- oui non

11) Si oui, par quels moyens?

améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun des professionnels

créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels

créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires

créer une plate-forme sur internet répertoriant les différents professionnels

autre.....

12) Connaissez-vous l'évolution des corrections auditives?

oui non

13) Pensez-vous que les différents professionnels de la surdité soient conscients de l'intérêt de la prise en charge orthophonique?

oui non

14) La formation en surdité, dont vous avez bénéficié pendant vos études, vous paraît-elle suffisante pour prendre en charge les patients de plus de 60 ans porteurs d'une déficience auditive?

oui non

15) Dans votre travail avec ce type de patients, prenez-vous appui sur:

vos connaissances tirées de vos enseignements

les différents stages que vous avez effectués

la littérature

le partage de savoirs entre collègues

des formations spécifiques que vous avez entreprises

autre.....

16) Quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez vos patients de plus de 60 ans atteints de surdité?

presbyacousie

maladie de Ménière

traumatisme sonore

otospongiose

autre.....

17) Combien de patients sourds âgés de plus de 60 ans prenez-vous en charge aujourd'hui?

entre 1 et 5

entre 5 et 10

plus de 10

18) Quelles sont les modalités de cette prise en charge (fréquence, durée, arrêt...)?

.....

19) En général, qui vous adresse ce type de patients?

médecin généraliste

médecin ORL

audiophonologue

audioprothésiste

autre

20) Selon vous, quels sont les intérêts majeurs d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans atteinte d'une déficience auditive?

contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)

favoriser la communication

optimiser l'intégration sociale et familiale

autre.....

21) Dans quelles mesures prenez-vous en charge ces patients?

surdité légère moyenne sévère profonde

avant appareillage

surdité évolutive

problèmes vocaux, de parole

autre.....

22) Quels sont les axes essentiels de cette rééducation?

- rééducation auditive
- apprentissage de la lecture labiale
- entraînement cognitif
- communication
- communication téléphonique
- production vocale
- accompagnement psychologique (acceptation de l'appareillage, présentation des différents modes de communication)
- autre.....

23) Quelles sont les limites que vous attribueriez à ce type de prise en charge?

- prise en charge qui peut être trop longue, trop contraignante
- patients parfois trop âgés (les capacités cognitives sont limitées)
- améliorations restreintes, progrès peu rapides
- autre

24) Quels sont les plaintes de ces patients exprimées à l'orthophoniste?

- « je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »
- « je fais souvent répéter »
- « je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »
- « je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »
- « j'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »
- « je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »
- autre.....

25) Quelles sont les attentes de ces patients vis-à-vis de l'orthophonie?

- accepter le handicap
- être plus à l'aise pour communiquer
- retrouver une vie sociale agréable
- être orienté si nécessaire vers d'autres professionnels
- autre

26) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-elle tendance à se développer?

oui non

Commentaires:

Annexe n° 13: Tableaux statistiques des réponses aux questionnaires

Réponses des médecins ORL

1) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quels autres professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence ? (en chiffres /12)

	médecins généralistes	orthophonistes	audiophonologues	audioprothésistes	autres
toujours	3	0	0	6	0
souvent	2	4	1	6	1
parfois	5	6	4	0	1
jamais	2	2	7	0	10

2) Est-ce vous qui les contactez ?

	Oui	Non	Réciproquement
Nombre	2	3	7
Pourcentage	16,67	25	58,33

3) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologues, médecins généralistes pour ce type de suivi ?

	Oui	Non
Nombre	3	9
Pourcentage	25	75

4) Quelles sont vos attentes vis-à-vis des autres professionnels ?

	Avoir une disponibilité pour échanger sur le patient	Tenir informer de l'évolution du patient (réglages, surdité, résultats aux tests...)	Faire part des difficultés à un moment donné	Autre
Nombre	8	10	11	2
Pourcentage	66,67	83,33	91,67	16,67

5) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle ?

	Oui	Non
Nombre	11	1
Pourcentage	91,67	8,33

6) Si oui, de quelle manière ?

	Régulièrement, pour échanger des informations pertinentes pour le suivi du patient	Ponctuellement, pour évoquer un problème particulier dans la prise en charge	Systématiquement, pour rendre la prise en charge la plus efficace possible	Autre
Nombre	3	3	6	0
Pourcentage	25	25	50	0

7) Pensez-vous que cette collaboration puisse être améliorée ?

	Oui	Non
Nombre	12	0
Pourcentage	100	0

8) Si oui, par quels moyens ?

	Améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun des professionnels	Créer des associations, des réseaux réunissant les différents professionnels	Créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires	Créer une plateforme sur internet répertoriant les différents professionnels	Autre
Nombre	8	7	5	4	1
Pourcentage	66,67	58,33	41,67	33,33	8,33

9) Quelles sont les pathologies les plus rencontrées responsables d'une déficience auditive chez vos patients âgés de plus de 60 ans ?

	Presbycousie	Maladie de Ménière	Traumatisme sonore	Otospongiose	Autre
Nombre	12	0	2	0	0
Pourcentage	100	0	16,67	0	0

10) Quelles sont les principales plaintes évoquées par ces patients ?

	« Je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent en même temps »	« Je fais souvent répéter »	« Je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »	« Je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »	« J'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »	« Je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »	Autre
Nombre	9	6	0	11	1	5	2
Pourcentage	75	50	0	91,67	8,33	41,67	16,67

11) Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers une orthophoniste ?

	Compréhension réduite dans certaines situations	Gain prothétique insuffisant	Apprentissage de la lecture labiale	Rééducation auditive	Autre
Nombre	5	7	11	6	1
Pourcentage	41,67	58,33	91,67	50	8,33

12) Selon vous, quel est l'intérêt d'une prise en charge orthophonique avec ce type de patients ?

	Contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)	Favoriser la communication	Optimiser l'intégration sociale et familiale	Autre
Nombre	8	10	9	1
Pourcentage	66,67	83,33	75	8,33

13) Selon vous, quels sont les axes de travail d'une rééducation orthophonique avec ces patients ?

	Rééducation auditive	Apprentissage de la lecture labiale	Entraînement cognitif	Communication	Communication téléphonique	Production vocale	Accompagnement psychologique	Autre
Nombre	7	12	7	5	1	0	10	0
Pourcentage	58,33	100	58,33	41,67	8,33	0	83,33	0

14) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer ?

	Oui	Non
Nombre	9	3
Pourcentage	75	25

Réponses des orthophonistes

1) Dans quel type de structure exercez-vous?

	Cabinet libéral	Service hospitalier	Autre structure
Pourcentage	100	16,67	16,67
Nombre	12	2	2

2) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd, avec quels professionnels collaborez-vous? A quelle fréquence? (en chiffres /12)

	Médecins généralistes	Médecins ORL	Audio phonologistes	Audio prothésistes	Autres
Toujours	0	1	2	1	1
Souvent	1	3	0	3	1
Parfois	6	3	1	1	1
Jamais	5	5	9	7	9

3) Est-ce vous qui les contactez?

	Oui	Non	Réciproquement
Pourcentage	50	8,33	50
Nombre	6	1	6

4) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle?

	Oui	Non
Pourcentage	100	0
Nombre	12	0

5) Si oui, de quelle manière?

	Régulièrement	Ponctuellement	Systématiquement
Pourcentage	58,33	33,33	8,33
Nombre	7	4	1

6) Pour quelles raisons cette collaboration s'imposerait-elle?

	Améliorer le quotidien de la personne	Surpasser les limites de l'appareillage	Redonner le goût de la communication	Compenser les difficultés par d'autres approches	Adapter la PEC	Echanger des informations utiles	Rendre la PEC la plus efficace
Pourcentage	50	58,33	41,67	25	75	83,33	83,33
Nombre	6	7	5	3	9	10	10

7) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien les différents professionnels?

	Oui	Non
Pourcentage	66,67	33,33
Nombre	8	4

8) Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces autres professionnels?

	Avoir une disponibilité pour échanger sur le patient	Tenir informer de l'évolution du patient	Faire part des difficultés à un moment donné	Autre
Pourcentage	25	91,67	83,33	8,33
Nombre	3	11	10	1

9) Selon vous, quelles sont les attentes des différents professionnels vis-à-vis de l'orthophoniste?

	Amélioration de la compréhension	Entraînement cognitif	Travail de la lecture labiale	Amélioration de la communication	Rééducation prothétique	Rééducation vocale	Autre
Pourcentage	50	41,67	75	50	16,67	8,33	16,67
Nombre	6	5	9	6	2	1	2

10) Pensez-vous que la collaboration puisse être améliorée?

	Oui	Non
Pourcentage	100	0
Nombre	12	0

11) Si oui, par quels moyens?

	Améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun	Créer des associations, des réseaux réunissant les professionnels	Créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires	Créer une plateforme sur internet répertoriant les professionnels	Autre
Pourcentage	72,73	72,73	63,64	36,36	18,18
Nombre	8	8	7	4	2

12) Connaissez-vous l'évolution des corrections auditives?

	Oui	Non
Pourcentage	41,67	58,33
Nombre	5	7

13) Pensez-vous que les différents professionnels de la surdité soient conscients de l'intérêt de la prise en charge orthophonique?

	Oui	Non	Plus ou moins
Pourcentage	8,33	75	16,67
Nombre	1	9	2

14) La formation en surdité, dont vous avez bénéficié pendant vos études, vous paraît-elle suffisante pour prendre en charge les patients de plus de 60 ans porteurs d'une déficience auditive?

	Oui	Non	Plus ou moins
Pourcentage	16,67	75	8,33
Nombre	2	9	1

15) Dans votre travail avec ce type de patients, prenez-vous appui sur:

	Vos connaissances théoriques	Vos stages	La littérature	Le partage de savoirs entre collègues	Des formations spécifiques	Autre
Pourcentage	45,45	25	58,33	58,33	66,67	8,33
Nombre	5	3	7	7	8	1

16) Quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez vos patients de plus de 60 ans atteints de surdité?

	Presbyacousie	Maladie de Ménière	Traumatisme sonore	Otospongiose	Autre
Pourcentage	100	30	10	0	30
Nombre	10	3	1	0	3

17) Combien de patients sourds âgés de plus de 60 ans prenez-vous en charge aujourd'hui?

	Entre 1 et 5	Entre 5 et 10	Plus de 10	Aucun
Pourcentage	72,73	18,18	0	18,18
Nombre	8	2	0	2

19) En général, qui vous adresse ce type de patients?

	Médecin généraliste	Médecin ORL	Audio phonologiste	Audio prothésiste	Autre
Pourcentage	30	70	20	40	30
Nombre	3	7	2	4	3

20) Selon vous, quels sont les intérêts majeurs d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans devenue sourde?

	Contourner les difficultés en développant d'autres compétences	Favoriser la communication	Optimiser l'intégration sociale et familiale	Autre
Pourcentage	80	100	60	0
Nombre	8	10	6	0

21) Dans quelles mesures prenez-vous en charge un patient sourd de plus de 60 ans?

	Surdité légère	Surdité moyenne	Surdité sévère	Surdité profonde	Avant appareillage	Surdité évolutive	Problèmes vocaux, de parole	Autre
Pourcentage	40	40	60	50	40	60	40	30
Nombre	4	4	6	5	4	6	4	3

22) Selon vous, quels sont les axes essentiels de cette rééducation?

	Rééducation auditive	Apprentissage de la lecture labiale	Entraînement cognitif	Communication	Communication téléphonique	Production vocale	Accompagnement psychologique	Autre
Pourcentage	80	90	70	50	40	30	50	0
Nombre	8	9	7	5	4	3	5	

23) Quelles sont les limites que vous attribueriez à ce type de prise en charge?

	PEC trop longue, trop contraignante	Patients trop âgés	Améliorations, progrès peu rapides	Autre
Pourcentage	80	60	40	20
Nombre	8	6	4	2

24) Quelles sont les principales plaintes évoquées par ces patients?

	« Je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »	« Je fais souvent répéter »	« Je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »	« Je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »	« J'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »	« Je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »
Pourcentage	90	100	40	100	80	70
Nombre	9	10	4	10	8	7

25) Quelles sont les attentes de ces patients vis-à-vis de l'orthophoniste?

	Accepter le handicap	Être plus à l'aise pour communiquer	Retrouver une vie sociale agréable	Être orienté si nécessaire vers d'autres professionnels
Pourcentage	10	90	70	10
Nombre	1	9	7	1

26) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer?

	Oui	Non
Pourcentage	63,64	27,27
Nombre	7	3

Réponses des médecins généralistes/gériatres

1) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd, avec quels professionnels collaborez-vous? A quelle fréquence? (en chiffres /14)

	Médecins ORL	Audio phonologistes	Audio prothésistes	Orthophonistes	Autres
Toujours	8	0	0	0	0
Souvent	4	0	5	2	0
Parfois	2	0	5	6	1
Jamais	0	14	4	6	13

2) Est-ce vous qui les contactez?

	Oui	Non	Réciproquement
Pourcentage	42,86	28,57	28,57
Nombre	6	4	4

3) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle?

	Oui	Non
Pourcentage	92,86	7,14
Nombre	13	1

4) Si oui, de quelle manière?

	Régulièrement	Ponctuellement	Systématiquement
Pourcentage	38,46	38,46	23,08
Nombre	5	5	3

5) Pour quelles raisons cette collaboration s'imposerait-elle?

	Améliorer le quotidien de la personne	Surpasser les limites de l'appareillage	Redonner le goût de la communication	Compenser les difficultés par d'autres approches	Adapter la PEC	Echanger des informations utiles	Rendre la PEC la plus efficace
Pourcentage	64,29	7,14	35,71	42,86	71,43	28,57	42,86
Nombre	9	1	5	6	10	4	6

6) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien les différents professionnels?

	Oui	Non
Pourcentage	7,14	92,86
Nombre	1	13

7) Pensez-vous que cette collaboration puisse être améliorée?

	Oui	Non
Pourcentage	100	0
Nombre	13	0

8) Si oui, par quels moyens?

	Améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun	Créer des associations, des réseaux réunissant les professionnels	Créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires	Créer une plate-forme sur internet répertoriant les professionnels	Autre
Pourcentage	61,54	38,46	38,46	38,46	15,38
Nombre	8	5	5	5	2

9) Dans quelles mesures orientez-vous un patient sourd de plus de 60 ans vers un orthophoniste?

	Surdité légère	Surdité moyenne	Surdité sévère	Surdité profonde	Avant appareillage	Surdité évolutive	Problèmes vocaux, de parole	Autre
Pourcentage	14,29	35,71	7,14	0	21,43	35,71	85,71	42,86
Nombre	2	5	1	0	3	5	12	6

10) Etes-vous fréquemment et de plus en plus confronté à des patients âgés de plus de 60 ans porteurs d'une déficience auditive?

	Souvent	Parfois
Pourcentage	78,57	21,43
Nombre	11	3

11) Quelles sont les principales plaintes évoquées par ces patients?

	« Je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent ensemble »	« Je fais souvent répéter »	« Je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »	« Je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »	« J'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »	« Je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »	Autre
Pourcentage	71,43	85,71	0	57,14	28,57	57,14	28,57
Nombre	10	12	0	8	4	8	4

12) Selon vous, quels sont les intérêts majeurs d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans devenue sourde?

	Contourner les difficultés en développant d'autres compétences	Favoriser la communication	Optimiser l'intégration sociale et familiale	Autre
Pourcentage	92,86	78,57	78,57	21,43
Nombre	13	11	11	3

13) Selon vous, quels sont les axes essentiels de cette rééducation?

	Rééducation auditive	Apprentissage de la lecture labiale	Entraînement cognitif	Communication	Communication téléphonique	Production vocale	Accompagnement psychologique	Autre
Pourcentage	53,85	61,54	58,33	46,15	7,69	38,46	69,23	0
Nombre	7	8	7	6	1	5	9	1

14) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer?

	Oui	Non
Pourcentage	54,55	54,55
Nombre	6	6

Réponses des audioprothésistes

1) Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte sourd de plus de 60 ans, avec quels autres professionnels de la surdité collaborez-vous ? A quelle fréquence ? (en chiffres /33)

	Médecins généralistes	Médecins ORL	Audio phonologistes	Orthophonistes	Autres
Toujours	5	25	0	0	0
Souvent	8	7	1	1	0
Parfois	17	1	6	24	4
Jamais	3	0	26	8	29

2) Est-ce vous qui les contactez ?

	Oui	Non	Réciproquement
Nombre	9	2	21
Pourcentage	27,27	6,06	63,64

3) Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologistes, médecins généralistes pour ce type de suivi ? Si oui, lesquels ?

	Oui	Non
Nombre	11	22
Pourcentage	33,33	66,67

4) Quelles sont vos attentes vis-à-vis des autres professionnels?

	Avoir une disponibilité pour échanger sur le patient	Tenir informer de l'évolution du patient	Faire part des difficultés à un moment donné	Autre
Nombre	20	25	28	2
Pourcentage	60,61	75,76	84,85	6,06

5) Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle ?

	Oui	Non
Nombre	29	4
Pourcentage	87,88	12,12

6) Si oui, de quelle manière ?

	Régulièrement	Ponctuellement	Systématiquement	Autre
Nombre	12	19	5	1
Pourcentage	36,36	57,58	15,15	3,03

7) Pensez-vous que cette collaboration puisse être améliorée ?

	Oui	Non
Nombre	33	0
Pourcentage	100	0

8) Par quels moyens ?

	Améliorer l'information concernant le champ de compétences de chacun	Créer des associations, des réseaux réunissant les professionnels	Créer une fiche de suivi pour chaque patient où chacun des professionnels peut noter ses commentaires	Créer une plateforme sur internet répertoriant les professionnels	Autre
Nombre	19	14	14	7	3
Pourcentage	57,58	42,42	42,42	21,21	9,09

9) Quelles sont les principales plaintes évoquées par les patients de plus de 60 ans atteints d'une déficience auditive ?

	« Je ne comprends pas quand plusieurs personnes parlent en même temps »	« Je fais souvent répéter »	« Je ne comprends pas quand je ne vois pas le visage de mon interlocuteur »	« Je ne comprends pas quand il y a du bruit autour de moi »	« J'ai des difficultés pour comprendre au téléphone »	« Je me retire, je m'isole des autres de peur de ne pas les comprendre »	Autre
Nombre	30	16	7	29	8	13	9
Pourcentage	90,91	48,48	21,21	87,88	24,24	39,39	27,27

10) Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers une orthophoniste ?

	Compréhension réduite dans certaines situations	Gain prothétique insuffisant	Apprentissage de la lecture labiale	Rééducation auditive	Autre
Nombre	17	12	29	19	3
Pourcentage	51,52	36,36	87,88	57,58	9,09

11) Selon vous, quel est l'intérêt d'une prise en charge orthophonique avec ce type de patients ?

	Contourner les difficultés en développant d'autres compétences (limites de l'appareillage)	Favoriser la communication	Optimiser l'intégration sociale et familiale	Autre
Nombre	29	15	15	3
Pourcentage	87,88	45,45	45,45	9,09

12) Selon vous, quels sont les axes de travail d'une rééducation orthophonique avec ces patients ?

	Rééducation auditive	Apprentissage de la lecture labiale	Compréhension du message	Entraînement cognitif	Communication	Communication téléphonique	Production vocale	Accompagnement psychologique	Autre
Nombre	21	29	9	26	12	0	5	8	0
Pourcentage	63,64	87,88	27,27	78,79	36,36	0	15,15	24,24	0

13) Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer ?

	Oui	Non
Nombre	10	23
Pourcentage	30,3	69,7

14) Quelles informations pertinentes transmettriez-vous à une orthophoniste pour le suivi d'un patient malentendant âgé de plus de 60 ans ?

	Bilans auditifs pré-prothétiques (audiométries tonale et vocale)	Type et caractéristiques des prothèses auditives (fonctionnement, performances suivant les situations, limites...)	Fréquence d'utilisation des prothèses dans la vie quotidienne, éventuels problèmes de manipulation	Evolution de la prise en charge (de la surdité, des réglages)	Possibilités annexes (téléphone, télévision)	Autre
Nombre	32	16	19	16	14	1
Pourcentage	96,97	48,48	57,58	48,48	42,42	3,03

Annexe n° 14: Remarques complémentaires des médecins ORL

« Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologues et médecins généralistes pour ce type de suivi? »

- réseau bien entendre après 60 ans
- hôpital de la Rochelle où les professionnels sont réunis

« Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces autres professionnels? »

- délais de consultation et de prise en charge

« De quelle manière la collaboration s'impose-t-elle? »

- NON: trop caricatural

« Par quels moyens la collaboration peut être améliorée? »

- connaissance des audioprothésistes installés
- oui pour tout mais difficile à réaliser ds la pratique

« Quelles sont les plaintes de ces patients exprimées aux ORL? »

- les gens parlent mal et je ne les comprends pas
- je ne comprends pas la télé

« Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers un orthophoniste? »

- leur redonner confiance en eux
- début de déconnexion cérébrale

« Quels sont les axes essentiels de la rééducation orthophonique? »

- apprentissage de la LL: ds les atteintes les plus sévères
- communication : chez ceux qui sont déconnectés des autres
- à l'appréciation de l'orthophoniste

« Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer? »

- devrait mais les orthophonistes disponibles ne sont pas identifiés
- je le fais moins depuis que je suis indépendant car je travaillais à l'hôpital avant (au niveau de la collaboration)

« Commentaires »:

- les personnes âgées ne se déplacent pas facilement, il faut des réseaux intégrés par exemple aux réseaux sociaux (CLIC)
- pas d'orthophoniste pour les problèmes auditifs à la Rochelle

Annexe n° 15: Remarques complémentaires des audioprothésistes

« Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologistes et médecins généralistes pour ce type de suivi? »

- la majorité répondent le réseau « Bien entendre après 60 ans »
- centre d'implantation CHR Lille+centre pour enfants sourds
- réseaux de petites équipes pluridisciplinaire
- Poitiers?
- FBI Santé (Morbihan) création en janvier avec 1 projet audio en cours

« Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces autres professionnels? »

- qu'ils prennent le temps de nous interroger sur mon domaine de compétences
- se faire part des compétences de chacun

« De quelle manière la collaboration s'impose-t-elle? »

- nécessité d'une ordonnance d'appareillage
- envoi d'un compte-rendu d'appareillage systématique au généraliste

« Par quels moyens la collaboration peut être améliorée? »

- transmettre les courriers, rapports ou comptes-rendus à tous les professionnels systématiquement
- toutes ces idées sont intéressantes
- fiche de suivi accessible sur le net par les professionnels (identifiant, mot de passe) bonne idée mais limite de cela: attention au secret médical!
- connaître le rôle de chacun des pro et savoir quand orienter

« Quelles sont les plaintes de ces patients exprimées aux audioprothésistes? »

- monter le son de la télévision (remarque qui revient très souvent)
- mauvaise articulation: reporte la faute sur l'entourage

- mon entourage se plaint
- je fais des confusions: prend un mot pour un autre
- j'entends mais je ne comprends pas

« Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers un orthophoniste? »

- apprentissage de la lecture labiale quand les distorsions phonétiques deviennent de plus en plus importantes
- problème d'habituatation à sa propre voix
- contrôler le niveau de sa voix
- réapprendre les prononciations justes
- dans toutes les situations mais ils ne sont souvent pas motivés
- en vérité je ne sais pas trop (toutes les réponses ont été cochées)

« Selon vous, quels sont les intérêts d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans devenue sourde? »

- réapprendre à entendre lorsque les patients ont attendu trop longtemps pour se faire appareiller
- en cas d'implantation cochléaire
- s'assurer de l'efficacité de l'appareillage et des réglages
- augmenter la rapidité d'adaptation

« Quels sont les axes essentiels de la rééducation orthophonique? »

- je ne sais pas vraiment!
- dépend selon surdité et personne

« Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer? »

- (a répondu NON) malheureusement
- trop lentement

« Quelles informations pertinentes transmettriez-vous à une orthophoniste pour le suivi d'un patient malentendant âgé de plus de 60 ans? »

- (a coché fréquence d'utilisation des prothèses ds la vie quotidienne, éventuels problèmes de manipulation) je ne le fais pas ms cela me paraît très pertinent je le noterai à partir d'aujourd'hui!
- bilan vocal avec et SANS aides auditive
- les orthophonistes doivent savoir le fonctionnement des prothèses mais c'est le rôle de l'audioprothésiste de leur apprendre à s'en servir. L'orthophoniste vient plus en aide en cas de difficultés de compréhension particulière

« Commentaires »:

- j'ai l'impression de faire perdre son temps au patient quand je lui parle d'orthophonie vu ses réactions
- il faut agir en amont au niveau des médecins ORL qui ne prescrivent qu'exceptionnellement
- une rééducation orthophonique pour un adulte devenu malentendant. Il faudrait au moins qu'ils prescrivent des bilans dans de nombreux cas. D'où l'importance d'une bonne communication interdisciplinaire même si elle est chronophage
- au quotidien, difficultés de prise de conscience du pb de compréhension de la part du patient. Quand une rééducation orthophonique pourrait être bénéfique, le patient ne se sent pas concerné
- le problème principal quant à la PEC de la personne malentendante de + de 60 ans est leur disponibilité: ces personnes consultent en général déjà un certain nombre de médecins (pour l'audition ou autre), quand on leur propose d'aller en plus voir l'orthophoniste, en général ils prennent la fuite en disant qu'ils en voient déjà assez
- les réponses que j'ai apportées à ce questionnaire sont valables pour les adultes de plus de 60 ans dt l'appareillage trouve ses limites (vocale dégradée, difficultés de mémorisation)
- il est difficile de savoir si une orthophoniste est spécialisée ds la surdité. Ce sont des professionnels qui paraissent déjà « surbookés », on hésite de ce fait à leur adresser des patients malentendants. Jamais ces professionnels ne sont venus me voir pour m'expliquer leurs compétences vis à vis du malentendant. L'ORL n'oriente peu ou pas vers une rééducation orthophonique pour le + de 60 ans

- souhait de développer un réseau: bloqué par les orthophonistes qui s'engagent peu ou pas du tout. Prise en charge de l'enfant excellente, de l'adulte beaucoup moins
- je pense que les études montrent de plus en plus la pertinence de l'orthophonie dans l'appareillage auditif chez la personne de + de 60 ans (notamment pour les pathologies particulières telles que Alzheimer). Malheureusement, les compétences de chacun sont mal définies et empêchent un réel échange de savoir-faire et une optimisation des appareillages. Les ORL sont également mal informés!!

Annexe n° 16: Remarques complémentaires des médecins généralistes

« Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd, avec quels professionnels de la surdité collaborez-vous? A quelle fréquence? »

- autre: médecins généralistes

« Est-ce vous qui les contactez? »

- ORL seulement

« Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologues et médecins généralistes pour ce type de suivi? »

- « Bien entendre après 60 ans »

« Par quels moyens la collaboration peut être améliorée? »

- autre: impliquer plus le patient qui a tendance à négliger sa surdité si elle est partielle »
- autre: il nous faudrait plus de temps pour s'intéresser à ces pathologies et à leurs prises en charge

« Dans quelles mesures jugez-vous qu'il est nécessaire d'orienter un patient sourd de plus de 60 ans vers un orthophoniste? »

- autre: gêne sociale
- autre: troubles de la communication
- autre: troubles cognitifs sous-jacents
- autre: j'ignorais l'intérêt de la prise en charge orthophonique dans ce contexte
- autre: problèmes cognitifs associés
- autre: troubles cognitifs associés

« Quelles sont les plaintes de ces patients exprimées aux audioprothésistes? »

- autre: ma famille en a marre que je les fasse répéter
- autre: je monte la télé, ça énerve mon entourage

« Selon vous, quels sont les intérêts d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans devenue sourde? »

- autre: impliquer le patient
- autre: même réponse que question 9. Les 3 items paraissent valables

« Selon vous, quels sont les différents axes du travail orthophonique avec ces patients? »

- production vocale: uniquement pour les surdités complètes
- rééducation auditive: ca existe? Uniquement pour les surdités complètes
- autre: ignorance totale
- autre: redonner confiance

« Selon vous, ce type de prise en charge aurait-il tendance à se développer? »

- encore jamais vu... mais c'est à essayer. Bonne idée
- il reste toujours à apprendre
- je ne sais pas
- ne sait pas

« Commentaires »:

- le questionnaire est plus adapté aux médecins généralistes légalement coordonnateurs des soins
- c'est surtout le problème du prix qui est le plus récurrent. Faites lire "la vie en sourdine" de David Lodge!
- Je vous prie de trouver ci-joint le questionnaire non rempli que vous m'avez envoyé dans le cadre de votre mémoire de fin d'études. En effet, il n'est pas adapté à la Maison Pirmil qui accueille des personnes âgées entre 80 et 100 ans dont la majorité présente un syndrome démentiel

Annexe n° 17: Remarques complémentaires des orthophonistes

« Dans quel type de structure exercez-vous? »

- je suis adhérente d'un réseau de santé « Bien entendre après 60 ans »

« Dans le cadre de la prise en charge de l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd, avec quels professionnels de la surdité collaborez-vous? »

- autre: réseau bien entendre
- autre: orthophoniste du service ORL
- autre: orthophonistes
- aucune demande de prise en charge depuis mon début d'activité! Je poursuivrai quand-même en imaginant que cela se présente, mais ne sais pas si ce sera exploitable pour votre mémoire !?

« Dans la prise en charge de la surdité de l'adulte de plus de 60 ans, la collaboration entre les différents professionnels s'impose-t-elle? »

- a répondu OUI mais je n'ai pas de patients de ce type en ce moment

« De quelle manière la collaboration s'impose-t-elle? »

- autre: je dirais les 3 solutions, **systématiquement** pour avoir toutes les données nécessaires à ma prise en charge (comptes rendus ORL, audiophonologique et audioprothétique), **régulièrement** pour une cohérence et un suivi adapté à l'évolution du patient, **ponctuellement** en cas de panne ou de dégradation de l'audition

« Pour quelles raisons cette collaboration s'imposerait-elle? »

- autre: en vue de l'amélioration de la communication et donc du quotidien du patient

« Connaissez-vous des réseaux qui mettent en lien les orthophonistes, audioprothésistes, médecins ORL, audiophonologistes, médecins généralistes ou gériatres dans ce type de suivi? Si oui, lesquels? »

- 7 personnes citent le réseau « Bien entendre après 60 an »
- CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique)

« Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces autres professionnels? »

- pourquoi pas suggérer des pistes de travail qui semblent pertinentes en fonction de renseignements recueillis

« Selon vous, quelles sont les attentes des différents professionnels vis-à-vis de l'orthophoniste? »

- autre: je pense que chacun connaît son métier, je n'attends pas de l'ORL qu'il fasse un audiogramme, de l'audioprothésiste qu'il fasse un appareillage !!!!! J'attends de cette collaboration une mise en commun de nos compétences pour améliorer la compréhension, communication et la vie du patient. Je pense que les partenaires attendent de nous qu'on leur donne des infos utiles pour leur suivi (ex :comment réagit-il au dernier réglage, les progrès constatés, les difficultés persistantes)
- autre: j'aurais tendance à cocher toutes les cases car nous intervenons dans tous ces domaines mais le médecin, l'ORL et l'audioprothésiste voient surtout le travail auditif plutôt que langagier

« Par quels moyens la collaboration peut être améliorée? »

- autre: pouvoir se montrer disponible pour échanger

« Connaissez-vous l'évolution des corrections auditives? »

- un peu mieux après la formation SROPL, mais sinon non
- oui mais pas assez. Le traitement est maintenant numérique mais il serait intéressant de s'y attarder pour bien comprendre

« La formation en surdité, dont vous avez bénéficié pendant vos études vous paraît-elle suffisante pour prendre en charge les patients de plus de 60 ans porteurs d'une déficience auditive? »

- sachant qu'il est souvent nécessaire et agréable de se rafraîchir la mémoire passé un certain temps de non pratique d'un type de r education ou de se remettre à niveau étant donné les avancées médicales, scientifiques, etc.

- pas à l'époque, maintenant oui

« Dans votre travail avec ce type de patients, prenez-vous appui sur: »

- autre: recherches par internet et échange avec audioprothésiste
- expérience sur le terrain au CHR

« Quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez vos patients de plus de 60 ans atteints de surdité? »

- autre: NF2 pour ma part
- autre: atteinte brutale (accident, maladie)
- autre: surdité héréditaire → implant cochléaire

« Combien de patients sourds âgés de plus de 60 ans prenez-vous en charge aujourd'hui? »

- Aucun en ce moment

« Quelles sont les modalités de cette prise en charge (fréquence, durée, arrêt...)? »

- 2 séances pendant 3 mois, puis 1 séance par semaine
- 1 à 2 séances par semaine, durée 30 min. Ceci est variable selon les motivations et disponibilités des patients
- 1 fois par semaine
- 1 fois par semaine, durée en fonction de la demande si LL seule ou implantation programmée. Arrêt souvent à la demande du patient (lassitude, compréhension suffisante)
- 1 séance hebdomadaire de 30 minutes sur le long terme
- Une à deux fois par semaine, 30 séances renouvelées
- 1 à 2 fois par semaine très variable au niveau de la durée. 18 mois à 2 ans me semble réaliste pour une prise en charge LL avant implantation puis rééducation après implantation. Parfois plus longtemps car les patients sont en demande +++, parfois moins car ils sentent d'eux même qu'ils ont atteint un niveau satisfaisant ou qu'il n'y a plus de réelle progression.
- Variable suivant l'âge, les capacités, l'atteinte et la motivation du patient

- « Une séance hebdomadaire avec aide de la famille, conjoint pendant 3 mois et voir fréquence ensuite
- 2 à 3 séances / semaine de 30 à 45 min selon fatigabilité du patient

« En général, qui vous adresse ce type de patients? »

- autre: 2 personnes citent le réseau Bien entendre

« Selon vous, quels sont les intérêts majeurs d'une rééducation orthophonique chez la personne de plus de 60 ans devenue sourde? »

- autre: lecture labiale, apprendre à « supporter l'appareillage » et en comprendre les avantages, optimiser son utilisation

« Dans quelles mesures prenez-vous en charge ces patients? »

- autre: j'interviens auprès de patients appareillés
- autre: avant implant
- autre: tous types de surdités dès lors qu'il existe une gêne et une demande de la part du patient. Cette prise en charge est essentielle dans les surdités évolutives (lecture labiale ++++)

« Quels sont les axes essentiels de cette rééducation? »

- production vocale (demande assez rare mais à prendre en compte)

« Quelles sont les limites que vous attribueriez à ce type de prise en charge? »

- autre: motivation du patient
- autre: peu de motivation parfois
- autre: acceptation du patient d'une telle prise en charge. Les patients âgés ont souvent du mal à accepter la surdités et la prise en charge qui en découle. L'orthophonie est encore « synonyme » de prise en charge pour les enfants pour les sujets âgés

« Commentaires »:

- prise en compte qui augmente grâce à la mise en place des réseaux de santé, la journée nationale de l'audition et aux colloques, symposiums sur ce type de prise en charge
- prise en charge longue, intéressante importante voire nécessaire afin de mieux vivre l'appareillage qui ne fait pas tout, ne pallie pas totalement à la déficience auditive. Un accompagnement par la lecture labiale, l'aide psychologique, l'écoute attentive sont un plus non négligeable dans cette situation
- malheureusement, je n'ai jamais eu de demande de prise en charge d'adulte âgé devenu sourd. La question ne faisait pas partie de votre questionnaire, mais il me semblait intéressant de m'interroger sur le pourquoi de cette non-demande.
- désolée mais je ne suis pas et n'ai jamais eu l'occasion de suivre des adultes devenus sourds
- j'ai bien reçu votre questionnaire, mais n'ayant en rééducation que des personnes devenues sourdes avant 60 ans, je ne pense pas pouvoir y répondre
- n'ayant pas eu jusqu'à présent de patients répondant au sujet de votre mémoire je n'ai pas pu répondre à votre questionnaire

Annexe n° 18: Déroulement de la séance « type »

Travail de rééducation auditive:

- *détection:*

- bruit d'une cloche
- bruit d'un bébé qui pleure
- bruit d'un chien qui aboie
- bruit d'un roulement de tambour

- *repérage du nombre de bruits:*

- bruit de l'eau qui coule
- bruit d'une machine à sous
- bruit du train
- bruit d'un papier qu'on froisse

- *discrimination et reconnaissance de mots:*

- pince / coule
- fort / vide
- rogne / chasse

- *discrimination et reconnaissance de syllabes:*

- pan / fi
- zu /gnan
- ko / ju

- *discrimination et reconnaissance de voyelles:*

- é
- o
- i
- an
- ou
- u

- *discrimination et reconnaissance de logatomes:*

- migne / doume
- ivou / daze
- étou / sive

- *reconnaissance de phrases:*

- Le départ est prévu pour demain.
- Le coussin est sur le fauteuil.
- Le clairon réveille les guerriers.

Travail de rééducation auditive et de lecture labiale:

- *reconnaissance de mots:*

- bonjour
- la pharmacie
- l'armoire
- le téléphone
- le village
- la maison

- *reconnaissance de phrases:*

- Baisse la télévision, on frappe à la porte.
- Ferme la fenêtre, il fait froid.
- Je vais aller me coucher.

Entraînement en lecture labiale:

- *reconnaissance des voyelles:*

- orales: a,i,o,u,ou,é,è,oi
- nasales: an,on,in

- *opposition voyelle orale/voyelle nasale:*

- a/an
- o/on
- é/in

- *voyelle + //:*

- la, lo, li, lu, lou, lé, lè, loi
- al, ol, il, ul, oul, él, èl, oil

- *Mots d'une syllabe avec // + voyelle:*

- lu
- long
- lit
- la
- l'eau
- lait
- loi
- lin
- loup
- lent

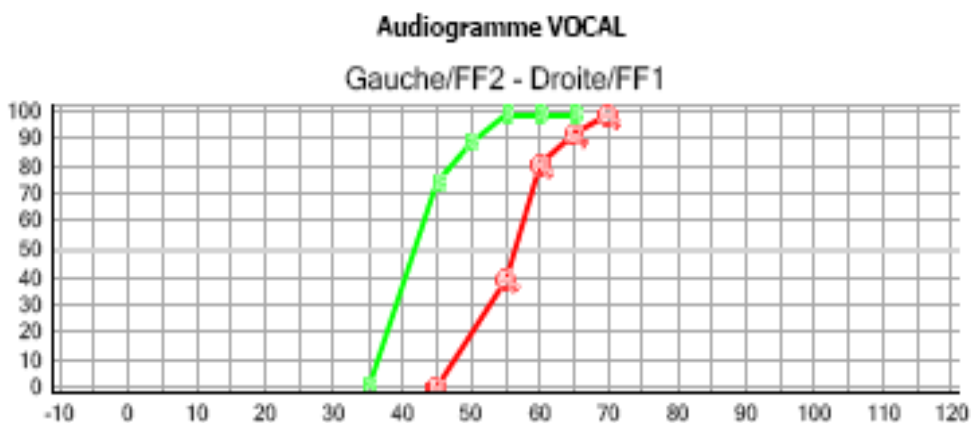
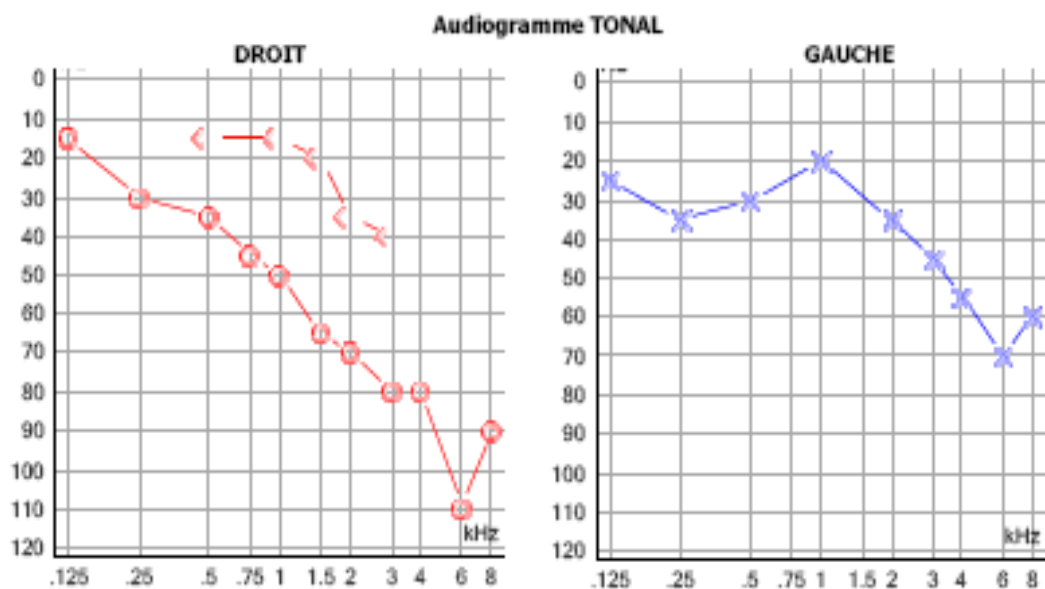
- *Phrases avec // + voyelle:*

- Elle a lu.
- Il est lent.
- Elle a le lait.

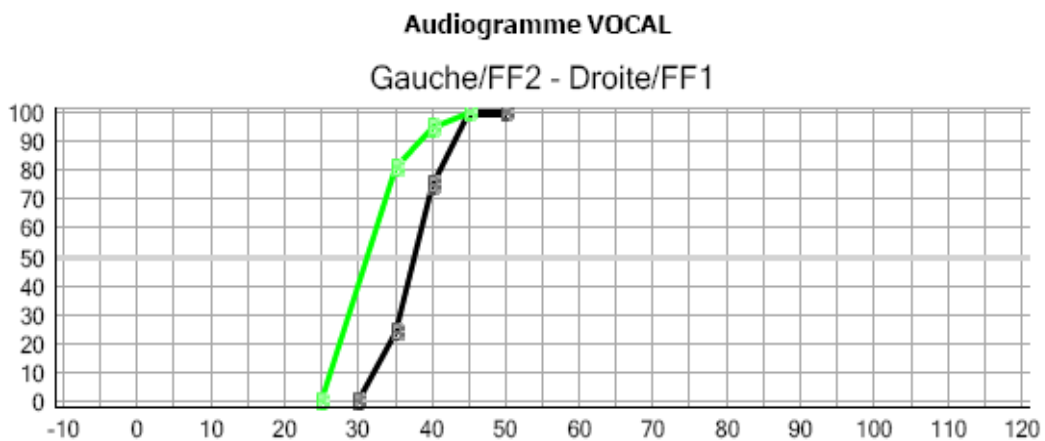
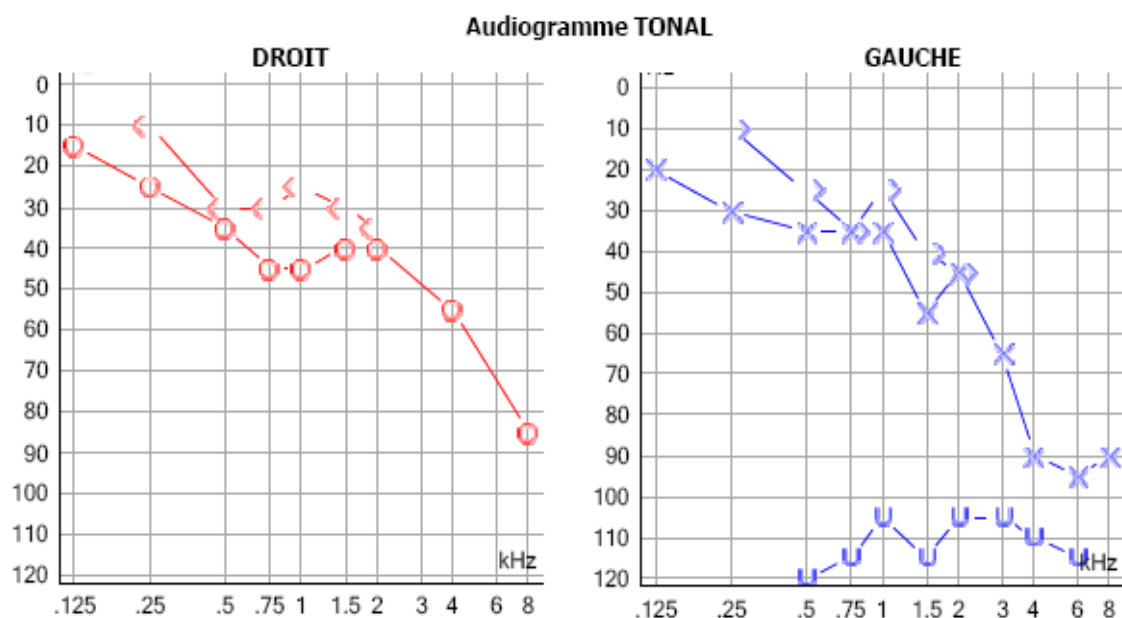
- *Travail plus global sur un thème:*

Les légumes: la tomate, la courgette, la pomme de terre, le concombre, la carotte, l'avocat, le navet, le poireau, le petit pois, le champignon.

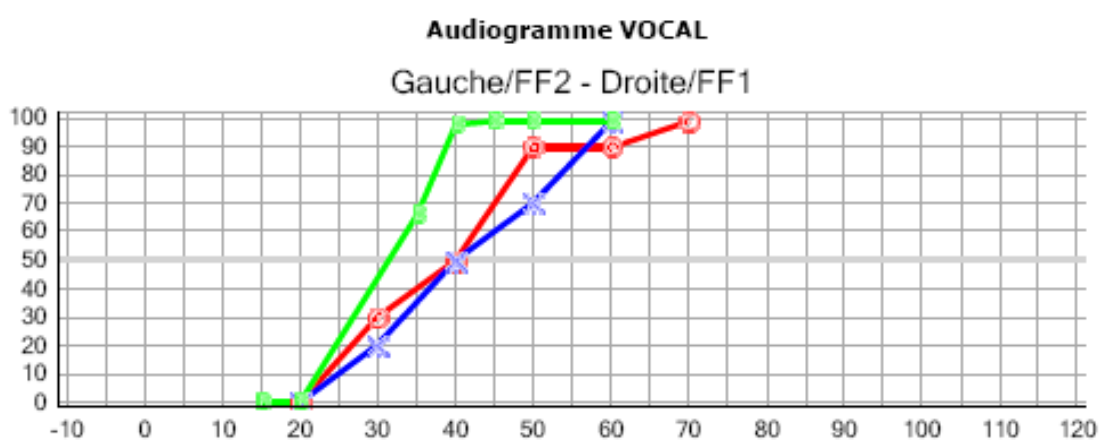
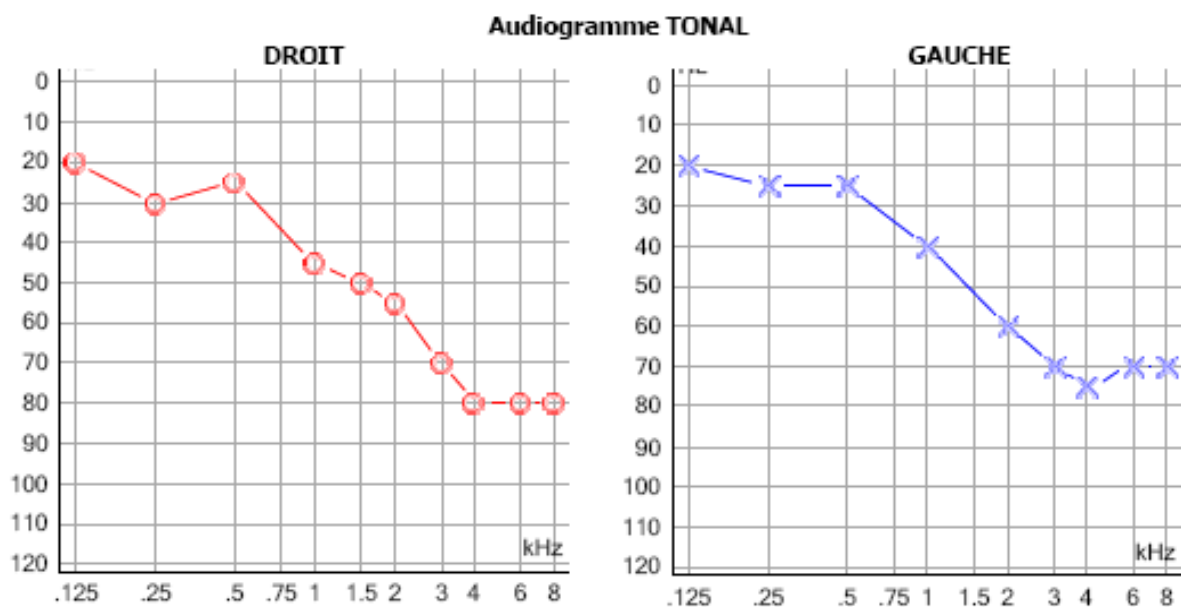
Annexe n° 19: Audiogrammes du patient 1



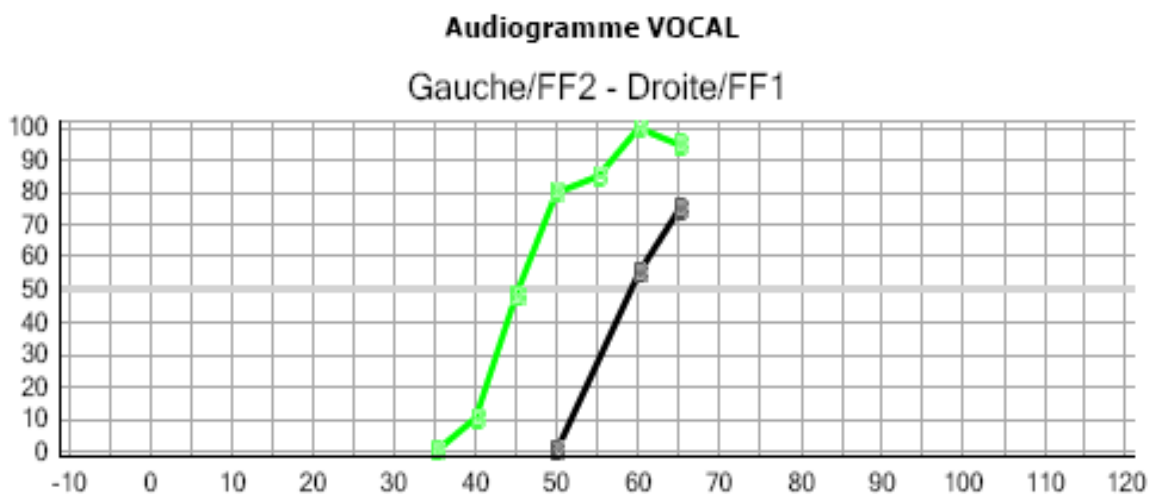
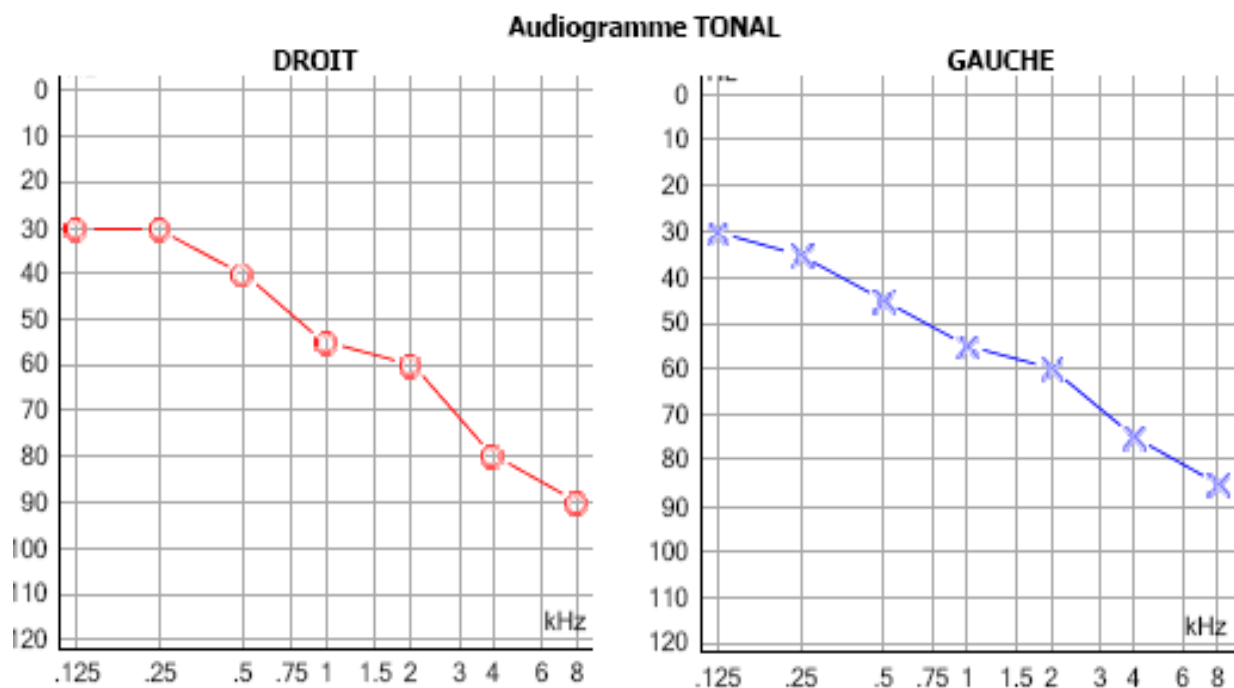
Annexe n° 20: Audiogrammes du patient 2



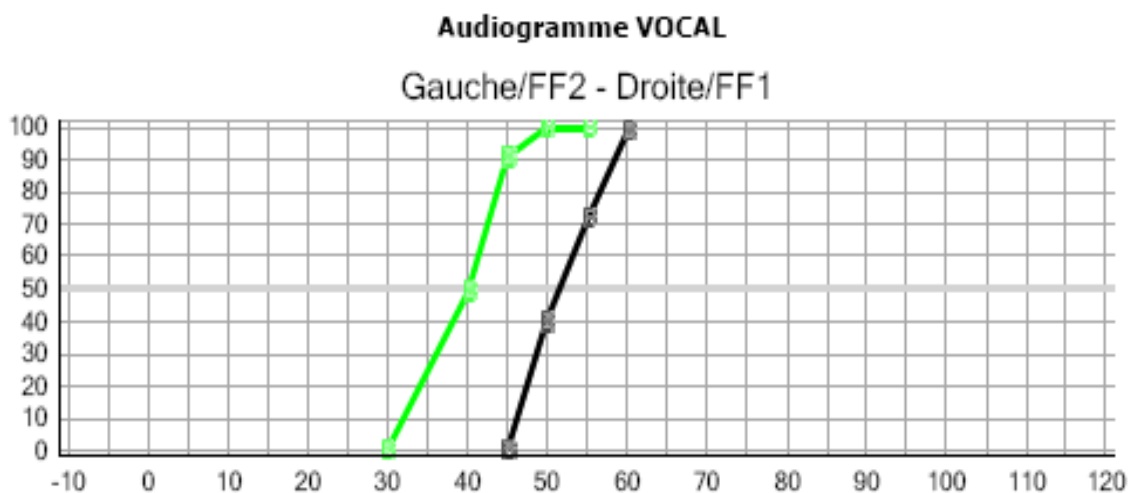
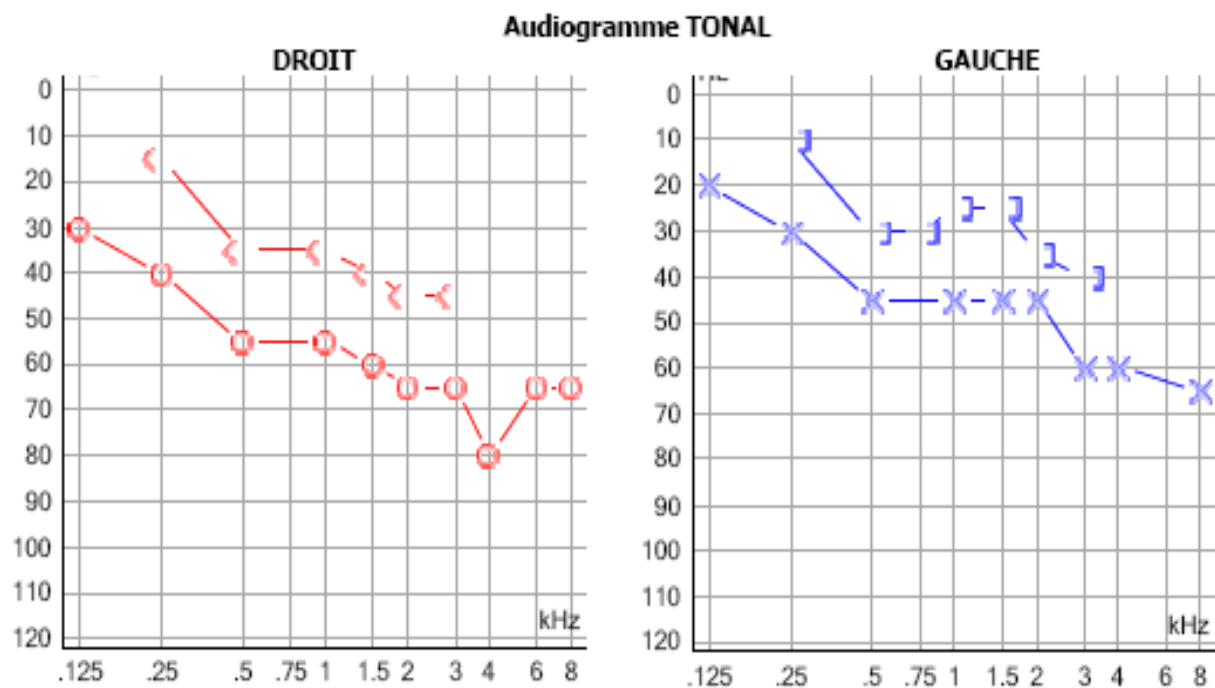
Annexe n° 21: Audiogrammes du patient 3



Annexe n° 22: Audiogrammes du patient 4



Annexe n° 23: Audiogrammes du patient 5



Annexe n° 24: Réponses et réactions des patients testés

patient 1: homme de 70 ans porteur d'un appareillage unilatéral depuis 8 mois.

patient 2: femme âgée de 60 ans appareillée unilatéralement depuis 3 ans.

patient 3: femme de 64 ans appareillée de manière unilatérale depuis 4 ans.

patient 4: homme de 72 ans bénéficiant d'un appareillage bilatéral depuis 8 ans.

patient 5: femme de 68 ans porteuse d'un appareillage unilatéral depuis 8 ans.

✓ La surdité

1. Depuis quand ressentez-vous un gêne auditive (approximativement)?

- **patient 1:** depuis 4-5 ans
- **patient 2:** depuis au moins 5 ans
- **patient 3:** depuis environ 5-6 ans
- **patient 4:** au moins 10 ans
- **patient 5:** depuis 9 ans

2. Êtes-vous appareillé? Si oui, depuis combien de temps?

- **patient 1:** oui depuis 8 mois
- **patient 2:** oui depuis 3 ans
- **patient 3:** oui depuis 4 ans
- **patient 4:** oui depuis 8 ans
- **patient 5:** oui depuis 8 ans

3. Quel bénéfice ressentez-vous grâce au port des prothèses auditives?

- **patient 1:** j'entends plus les aigus. Je participe davantage aux conversations. Je m'entends chanter, j'entends les larsen que je ne percevais pas auparavant. Je fais moins répéter. Je parle moins fort car je m'entends.
- **patient 2:** j'ai une meilleure compréhension dans les réunions, en public. Je mets la télé moins fort et je fais moins répéter. C'est un confort de vie, un confort social.

- **patient 3:** je comprends plus quand on me parle même dans des situations bruyantes, donc j'ai moins de crainte à aller vers les autres pour discuter. Je fais moins répéter mon entourage, qui apprécie également! J'entends des bruits que je n'entendais pas ou plus.
- **patient 4:** je mets le son de la télévision moins fort et je participe plus aux conversations à 2 ou 3.
- **patient 5:** les lieux bruyants me gênent moins, je comprends mieux sans faire répéter.

4. Quelles difficultés persistent?

- **patient 1:** certains bruits sont perçus comme trop forts (bruits du quotidien, : chaise, fourchette...)
- **patient 2:** je n'ai pas récupéré une audition à 100%. L'appareillage nécessite un entretien (nettoyage, changement de piles...) et a un coût.
- **patient 3:** pas de difficultés à part ce qui est du domaine de l'appareil (coût, entretien...)
- **patient 4:** il m'est difficile de suivre les conversations quand je suis dans un grand groupe.
- **patient 5:** quelques difficultés de compréhension mais plus rares.

5. Que ressentez-vous par rapport à vos difficultés d'audition?

- **patient 3:** j'ai été plutôt handicapée avant d'être appareillée, je m'isolais et évitais les conversations. Maintenant, j'ai de nouveau une vie sociale plus agréable, ma difficulté d'audition ne constitue plus un problème proprement dit.

6. Avant l'appareillage, qu'est-ce qui vous gênait le plus?

- **patient 1:** les conversations duelles ou à plusieurs. Dans le cadre de mon travail (musicien)
- **patient 2:** faire répéter en famille (peut engendrer des conflits car les autres ne comprennent pas forcément et se fatigue à répéter les choses) ou en réunion . Gêne les autres car TV était trop forte. Pendant les repas, je me sentais largué, je n'arrivais pas à suivre les conversations et parfois

j'abandonnais pour ne pas faire répéter (fatigue et peur du regard des autres), je m'isolais.

- **patient 3:** cf. question 5
- **patient 4:** je ne participais que très peu voire pas du tout aux conversations à plusieurs, même à 2 avec quelqu'un que je ne connaissais pas. J'avais des réflexions de mon entourage sur le fait que je fasse répéter sans arrêt.
- **patient 5:** je ne comprenais pas grand chose sans faire répéter les gens, encore moins dans des endroits bruyants.

7. Avez-vous entendu parler d'orthophonie dans votre cas? Si oui, comment, par qui?

- **patient 1:** non
- **patient 2:** non
- **patient 3:** oui, par le réseau Bien entendre après 60 ans
- **patient 4:** oui au réseau Bien entendre
- **patient 5:** oui, réseau Bien entendre après 60 ans

8. Vous a-t-on proposé une prise en charge en orthophonie (qui)?

- **patient 1:** non
- **patient 2:** non
- **patient 3:** non, je n'en avais pas besoin
- **patient 4:** pas une prise en charge, mais des entraînements en lecture labiale par une personne du réseau
- **patient 5:** cours de lecture labiale avec le réseau

9. Si oui, l'avez vous acceptée? Si oui, qu'en avez vous pensé? Si non, pourquoi?

- **patient 4:** je suis les cours depuis plusieurs années (2 ou 3). Cela m'aide un peu mais ça demande beaucoup d'efforts, de concentration. C'est quand même assez difficile. Mais il y a une bonne ambiance et on est avec d'autres personnes sourdes.

- **patient 5:** j'ai suivi ces cours pendant 6 ans, j'ai trouvé ça très intéressant, d'une part de pouvoir rencontrer des personnes dans le même cas et d'avoir un moyen en complément de l'appareillage pour améliorer la compréhension.

10. Commentaire et remarques éventuelles:

- ✓ **patient 1:** lorsqu'on dit orthophonie on pense tout de suite à l'enfant pas à l'adulte. On n'est pas informé que ce travail peut être fait, c'est peut-être plus le cas pour d'importantes surdités.

- ✓ **La séance**

1. Ce travail vous-a-t-il intéressé?

- **patient 1:** oui il faut être très concentré.
- **patient 2:** oui, il faut être attentif surtout pour la lecture labiale. Ça m'a permis de voir si j'avais une bonne compréhension.
- **patient 3:** oui
- **patient 4:** oui il faut être attentif. La lecture labiale demande beaucoup de concentration.
- **patient 5:** oui

2. Avez-vous trouvé ça trop long, trop difficile?

- **patient 1:** non/non.
- **patient 2:** non/non.
- **patient 3:** non/non.
- **patient 4:** non/pas trop difficile mais ça demande beaucoup de concentration.
- **patient 5:** non/non, mais il faut être attentif.

3. Pensez-vous que ce travail puisse être fait régulièrement?

- **patient 1:** oui mais pour moi l'audition est mécanique alors je ne comprenais pas forcément le but d'une « rééducation » avec l'orthophoniste.
- **patient 2:** oui, c'est très intéressant de voir ce qui peut être travaillé et comment le travailler. Ça n'a rien à voir avec les tests ORL ou audio, là c'est la compréhension avec un transfert dans la vie quotidienne avec la lecture labiale.

- **patient 3:** oui
- **patient 4:** oui, mais il ne faut pas que ça dure plus longtemps.
- **patient 5:** oui

4. Envisageriez-vous une telle prise en charge?

- **patient 1:** pourquoi pas!
- **patient 2:** non pas dans l'immédiat mais si aggravation de ma surdité peut-être
- **patient 3:** oui si besoin
- **patient 4:** oui, peut être
- **patient 5:** oui

5. Vous-a-t-on expliqué le bénéfice que vous pourriez en retiré? L'avez-vous compris?

- **patient 1:** oui
- **patient 2:** oui, à approfondir
- **patient 3:** oui j'ai compris que c'était un complément quand l'appareillage n'est pas suffisant.
- **patient 4:** oui, ça apporte un petit plus
- **patient 5:** oui, je sais que ça rend l'appareillage plus efficace.

6. Êtes-vous convaincu du dit bénéfice?

- **patient 1:** ça reste à prouver
- **patient 2:** je ne peux pas l'évaluer mais je pense que oui
- **patient 3:** je ne sais pas à quel point c'est efficace mais je pense que ça peut apporter un peu.
- **patient 4:** la lecture labiale apporte un petit quelque chose mais on ne peut pas dire que ça change complètement les choses.
- **patient 5:** en ce qui concerne la lecture labiale, ce n'est pas une solution miracle (et c'est bien ce qu'on nous explique), mais une aide. C'est sûr qu'on ne peut pas quantifier les résultats de manière certaine. On sent simplement que ça aide dans certaines situations.

7. Commentaires et remarques éventuelles:

- **patient 1:** intéressant quand on a compris le but des exercices
- **patient 2:** exercices intéressants et pointus, très différents des tests ORL et audio
- **patient 3:** il faut bien expliquer que quelquefois les phrases ne sont pas forcément cohérentes (par exemple: elle a le lait, en lecture labiale).

Ce qui était le moins intéressant dans cette séance c'était de répéter en lecture labiale les syllabes avec //

Intérêt d'une prise en charge orthophonique chez l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd. Élaboration de pistes rééducatives à partir d'un état des lieux établi auprès de professionnels.

Audrey LEGARGASSON, Charlotte PIRIOU

1 volume : 199 pages

Discipline : Orthophonie

Résumé :

Avec le vieillissement de la population, la société est de plus en plus confrontée à la surdité acquise chez des personnes de plus de 60 ans. Cette pathologie apparaît donc aujourd'hui comme un intérêt majeur.

Si cette pathologie est connue et reconnue de tous les professionnels gravitant autour de ces patients, le fait que l'orthophonie puisse apporter un bénéfice complémentaire à l'appareillage n'est pas encore banalisé.

Nous avons réalisé une enquête auprès des professionnels (médecins ORL, audioprothésistes, médecins généralistes ou gériatres et orthophonistes) afin de savoir s'ils connaissaient ce type de prise en charge orthophonique et s'ils participaient activement à une collaboration interprofessionnelle.

Cette étude nous a suggéré que les intervenants sont, pour la plupart d'entre-eux, conscients de l'intérêt de l'orthophonie dans certains cas, mais que la rééducation de ces patients n'est pas encore effectuée régulièrement. Le partenariat entre les professionnels, bien qu'indiscutable en théorie, n'est pas souvent appliqué en pratique du fait de l'absence de formation et de sensibilisation de ces derniers.

Une approche pluridisciplinaire est essentielle pour les personnes ayant une déficience auditive, afin de maintenir les patients dans leur environnement.

Nous montrons ici l'intérêt d'une prise en charge orthophonique pour les patients âgés de plus de 60 ans devenus sourds, et élaborons des pistes de rééducation.

Mots-clés :

personne de plus de 60 ans, surdité acquise, orthophonie, intérêt, rééducation, collaboration

Abstract :

With increasing of age of our population, acquired hearing loss of people over 60 becomes a real challenge.

The pathology is well known from professionals of hearing. At the same time , speech therapy is not a therapy used communly.

An inventory was administrated to specialists of hearing such as ENT doctors, hearing-aid specialists, general practitioners or geriatricians and speech therapists to ask them if they know speech therapy for acquired hearing loss and if they were using this type of therapy/ to know if speech therapy is effective.

Our report proved that professionals are aware of the interest of speech therapy, but generally this therapy is not yet provided.

The partnership between professionals is known in practice but it's not often applied because of the lack of training and awareness of them.

A multidisciplinary approach is essential for people with hearing loss in order to maintain patients in their environment.

Here we show the interest of speech therapy for patients with hearing loss aged over 60 years , and develop rehabilitation.

Keywords :

people over 60, acquired hearing loss, speech therapy, interest, reeducation, collaboration

MEMOIRE dirigé par : Mme le Docteur RUZZA Isabelle, service Otologie, Hôpital Roger Salengro, CHU Lille