

## Corps du texte

- 1. [Ou'est-ce qu'une baisse de l'audition ?](#)
- 2. [Pourquoi ?](#)
- 3. [Quels symptômes et quelles conséquences ?](#)
- 4. [Quelques chiffres](#)
- 5. [Traitement](#)
- 6. [Conséquences sur la vie scolaire](#)
- 7. [Quand faire attention ?](#)
- 8. [Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?](#)
- 9. [L'avenir](#)

## Qu'est-ce qu'une baisse de l'audition ?

Le son est une onde de variation de pression se propageant dans un support fluide, comme l'air ou l'eau. Les sons se définissent selon 3 paramètres : l'intensité (exprimée en décibel, dB), la fréquence (en Hertz, Hz) et la durée (secondes, minutes ...). Seuls les sons de fréquence comprise entre 20 et 20.000 Hz sont entendus par l'oreille humaine. La baisse ou la déformation de la perception sonore conduit à une gêne auditive. Les situations de surdité sont variées :

i) dans leur cause : certaines gènes auditives sont transitoires (inflammation transitoire du tympan suite à une otite par exemple) alors que d'autres sont permanentes (présentes dès la naissance, ou bien suite à un traumatisme ayant endommagé l'oreille interne) ;

ii) et également dans leur sévérité, allant d'une gêne légère (difficulté à comprendre la voix chuchotée)   une surdité complète où même les bruits les plus intenses (marteaux-piqueurs ...) ne sont pas perçus.

En cas de signes compatibles avec une baisse de l'audition, une consultation chez une spécialiste ORL est indispensable pour le diagnostic et la prise en charge rapide et adaptée de l'enfant.

## Pourquoi ?

Une surdité peut être liée :

- soit à une atteinte du conduit auditif externe, du tympan ou des osselets (chaîne de trois petits os transmettant les vibrations du tympan à l'oreille interne) ce qui constitue les surdités de transmission : le son ne peut pas être transmis de manière fiable à l'oreille interne, cette dernière fonctionnant par ailleurs normalement.

- soit à une dysfonction de l'oreille interne et plus particulièrement de la cochlée, organe qui transforme les vibrations du tympan en signaux électriques qui seront ensuite transférés au cerveau par le nerf auditif. C'est au niveau du cerveau que ces signaux électriques seront interprétés. Ces atteintes de la cochlée ou du nerf auditif donnent des surdités dites de perception.

Les causes de surdité sont multiples, certaines sont transitoires, d'autres permanentes, certaines sont des surdités de transmission, d'autre de perception. Les causes sont:

- o Inflammatoires (otite séro-muqueuse, otite moyenne chronique) : première cause de surdité chez l'enfant. Elles sont transitoires sous traitement adapté.
- o Traumatiques (fractures des os du crâne qui entoure les organes de l'audition, traumatisme sonore, barotraumatisme)
- o Infectieuses
- o Surdité séquellaire après une méningite (9% des surdités acquises de l'enfant)
- o Certaines infections maternelles au cours de la grossesse (rubéole, CMV, toxoplasmose, herpès, zona, syphilis, etc...) provoque chez le bébé à naître une surdité
- o Toxiques (certains antibiotiques utilisés à fortes doses pour des infections graves)
- o Tumorales
- o Génétique (75% des surdités de perception congénitales). De nombreux gènes sont impliqués.
- o Malformations congénitales de la tête et/ou du cou
- o Certaines anomalies cérébrales congénitales ou acquises (dans ce cas, l'oreille fonctionne normalement, mais c'est le cerveau, lésé, qui ne peut pas interpréter les informations auditives).

### **Quels symptômes et quelles conséquences ?**

Plus la surdité est sévère, plus les signes menant à la suspecter sont observés précocement. En fonction de l'âge, ces signes peuvent être :

- de la naissance à 6 mois : l'enfant ne réagit pas aux bruits forts, ne sursaute pas (0-3 mois) ou ne tourne pas la tête (3-6 mois). Il ne s'intéresse pas aux jouets sonores et la voix de ses parents ne le calme pas.
- de 6 mois à 24 mois : Les premiers éléments du langage se mettent en place très lentement : il gazouille peu. A 15 mois, il ne dit aucun mot simple. A 20 mois, il ne comprend pas les consignes simples (« donne la tétine») et ne localise pas la provenance des bruits. A 23 mois, il ne combine pas encore deux mots ensemble, n'écoute pas quand on lui parle d'une autre pièce. Par contre l'enfant compense en étant très curieux et attentif sur le plan visuel : l'enfant regarde avec attention tout autour de lui, scrute les visages et tente spontanément de lire sur les lèvres.
- après 3 ans : son vocabulaire est très limité. Il fait des phrases très simples et utilise très peu les propositions et pronoms. Il a tendance à jouer seul. Il est très sage ou excité, souvent fatigué en fin de journée puisqu'il fait des efforts d'attention supplémentaires pour comprendre.

Lorsqu'une surdité est suspectée, des tests seront réalisés pour déterminer à chaque fréquence, l'intensité de la perte auditive. La surdité peut ainsi prédominer sur les sons aigus avec une audition des graves plus ou moins préservée, et inversement.

Pour donner quelques repères, l'oreille humaine perçoit les sons entre 20 et 20.000 Hz (la parole se situe entre 100 et 6.000 Hz) et dont l'intensité se situe entre 0 et 120 dB. Au-dessus de 80 dB, un bruit prolongé peut être nocif pour l'audition (traumatisme sonore), et au-delà de 120 dB la perception du bruit est douloureuse.

Le degré de surdité est exprimé en perte de perception décibel (dB) :

- Pas de surdité : perte de sensibilité inférieure à 20 dB.
- Surdité légère : perte de 20 à 39 dB, soit le niveau sonore d'une voix douce à celui d'une conversation normale.

La gêne et les difficultés deviennent manifestes vers l'âge de 6 ans, lorsque l'élève commence à apprendre à lire et à écrire. Les bases du langage

sont acquises avec, cependant, de nombreuses erreurs articulatoires. Certains enfants peuvent spontanément compenser leur gêne par la lecture labiale et en demandant de répéter les énoncés, de sorte que leur surdité peut rester méconnue des adultes et des autres élèves. Ces enfants ne sont parfois en difficultés que dans les environnements bruyants.

- Surdité moyenne : perte de 40 à 69 dB, soit le niveau de bruit d'une conversation normale à animée.

La difficulté est suffisamment importante pour que la gêne soit évidente dès l'âge de 2 à 3 ans. Il existe un retard évident de langage dont certains éléments sont quand même présents, puisque certaines conversations avec une voix forte ont été entendues. La prononciation est très difficile du fait d'une perception anormale de certains sons. Pour illustrer une gêne dans les aigus avec conservation des graves : l'élève entendra bien les voyelles (dans les graves) alors que les consonnes ne seront pas du tout perçues (car elles le sont normalement dans les aigus). Cette distorsion de la perception revient, pour l'élève, à écouter un texte où toutes les consonnes auraient été retirées. Les conséquences sont donc majeures sur la compréhension et l'apprentissage du langage. Dans ce cas, il ne peut y avoir de constitution d'un langage oral sans appareillage et surtout sans rééducation et prise en charge spécifique.

- Surdité sévère : perte de 70 à 89 dB, soit le niveau sonore d'une rue bruyante.

L'enfant est dépisté en général avant l'âge de 2 ans L'enfant perçoit certains bruits, la voix forte, mais il n'est pas capable d'y reconnaître un langage. L'enfant ne développe donc aucun langage mais peut se faire comprendre par des gestes (désignation d'objet avec son doigt etc.).

- Surdité profonde : 90 à 120 dB, soit le niveau sonore d'un marteau-piqueur ou d'une discothèque.

Dans les cas des surdités congénitales, le problème de communication est à prendre dans un contexte plus large. En effet, il ne s'agit pas de personnes ayant acquis un langage et qui aurait perdu l'audition dans un second temps. En cas de surdité profonde congénitale, la perception est uniquement vibratoire sur les fréquences basses. L'enfant doit apprendre le langage oral sans référence à un modèle déjà connu. Il en résulte un manque d'expérience dans la communication et donc dans l'utilisation des codes linguistiques et des codes culturels.

## **Quelques chiffres**

Plus la surdité est sévère, plus les signes menant à la suspecter sont observés précocement. En fonction de l'âge, ces signes peuvent être :

- de la naissance à 6 mois : l'enfant ne réagit pas aux bruits forts, ne sursaute pas (0-3 mois) ou ne tourne pas la tête (3-6 mois). Il ne s'intéresse pas aux jouets sonores et la voix de ses parents ne le calme pas.

- de 6 mois à 24 mois : Les premiers éléments du langage se mettent en place très lentement : il gazouille peu. A 15 mois, il ne dit aucun mot simple. A 20 mois, il ne comprend pas les consignes simples (« donne la tétine») et ne localise pas la provenance des bruits. A 23 mois, il ne combine pas encore deux mots ensemble, n'écoute pas quand on lui parle d'une autre pièce. Par contre l'enfant compense en étant très curieux et attentif sur le plan visuel : l'enfant regarde avec attention tout autour de lui, scrute les visages et tente spontanément de lire sur les lèvres.

- après 3 ans : son vocabulaire est très limité. Il fait des phrases très simples et utilise très peu les propositions et pronoms. Il a tendance à jouer seul. Il est très sage ou excité, souvent fatigué en fin de journée puisqu'il fait des efforts d'attention supplémentaires pour comprendre.

Lorsqu'une surdité est suspectée, des tests seront réalisés pour déterminer à chaque fréquence, l'intensité de la perte auditive. La surdité peut ainsi prédominer sur les sons aigus avec une audition des graves plus ou moins préservée, et inversement.

Pour donner quelques repères, l'oreille humaine perçoit les sons entre 20 et 20.000 Hz (la parole se situe entre 100 et 6.000 Hz) et dont l'intensité

se situe entre 0 et 120 dB. Au-dessus de 80 dB, un bruit prolongé peut être nocif pour l'audition (traumatisme sonore), et au-delà de 120 dB la perception du bruit est douloureuse.

Le degré de surdité est exprimé en perte de perception décibel (dB) :

- Pas de surdité : perte de sensibilité inférieure à 20 dB.

- Surdité légère : perte de 20 à 39 dB, soit le niveau sonore d'une voix douce à celui d'une conversation normale.

La g ne et les difficultés deviennent manifestes vers l'âge de 6 ans, lorsque l'élève commence à apprendre à lire et à écrire. Les bases du langage sont acquises avec, cependant, de nombreuses erreurs articulatoires. Certains enfants peuvent spontanément compenser leur gène par la lecture labiale et en demandant de répéter les énoncés, de sorte que leur surdité peut rester méconnue des adultes et des autres élèves. Ces enfants ne sont parfois en difficultés que dans les environnements bruyants.

- Surdité moyenne : perte de 40 à 69 dB, soit le niveau de bruit d'une conversation normale à animée.

La difficulté est suffisamment importante pour que la g ne soit évidente dès l'âge de 2 à 3 ans. Il existe un retard évident de langage dont certains éléments sont quand même présents, puisque certaines conversations avec une voix forte ont été entendues. La prononciation est très difficile du fait d'une perception anormale de certains sons. Pour illustrer une g ne dans les aigus avec conservation des graves : l'élève entendra bien les voyelles (dans les graves) alors que les consonnes ne seront pas du tout perçues (car elles le sont normalement dans les aigus). Cette distorsion de la perception revient, pour l'élève, à écouter un texte où toutes les consonnes auraient été retirées. Les conséquences sont donc majeures sur la compréhension et l'apprentissage du langage. Dans ce cas, il ne peut y avoir de constitution d'un langage oral sans appareillage et surtout sans r ducation et prise en charge spécifique.

- Surdité sévère : perte de 70 à 89 dB, soit le niveau sonore d'une rue bruyante.

L'enfant est dépisté en général avant l'âge de 2 ans L'enfant perçoit certains bruits, la voix forte, mais il n'est pas capable d'y reconnaître un langage. L'enfant ne développe donc aucun langage mais peut se faire comprendre par des gestes (désignation d'objet avec son doigt etc.).

- Surdité profonde : 90 à 120 dB, soit le niveau sonore d'un marteau-piqueur ou d'une discothèque.

Dans les cas des surdités congénitales, le problème de communication est à prendre dans un contexte plus large. En effet, il ne s'agit pas de personnes ayant acquis un langage et qui aurait perdu l'audition dans un second temps. En cas de surdité profonde congénitale, la perception est uniquement vibratoire sur les fréquences basses. L'enfant doit apprendre le langage oral sans référence à un modèle déjà connu. Il en résulte un manque d'expérience dans la communication et donc dans l'utilisation des codes linguistiques et des codes culturels.

## Traitement

Le traitement consiste à promouvoir les capacités de communication de l'enfant et à assurer et renforcer ses compétences et son développement personnel. Cette prise en charge global passe par

1/ le développement d'un langage par une r ducation orthophonique

2/ un appareillage, souvent nécessaire,

3/ promouvoir l'inclusion de l'enfant et de sa famille dans la société, et faciliter l'accès de l'enfant au système éducatif.

### 1/ développement du langage par une rééducation orthophonique

Un langage exclusivement parlé est habituellement possible chez les enfants ayant une surdité légère à moyenne ( 70 dB) utilisent soit exclusivement la langue des signes française (LSF) soit une association de langue parlée et de langue de signes (LSF, ou la langue parlée complétée (LPC)). Le choix entre ces différentes techniques est fait selon le projet parental et les capacités de l'enfant, et ce projet peut être révisé au cours du temps.

Plusieurs stratégies de prise en charge existent et se distinguent par la modalité initiale d'enseignement du langage. Ainsi, la première langue apprise par l'enfant peut-être :

- la langue parlée : « approche audiophonatoire en français »,
- ou bien une communication associant le parlé et la gestuelle : « approche audiophonatoire en français, avec LSF », le français signé, ou « avec LPC »,
- ou enfin un enseignement initial en LSF avant l'apprentissage de la langue parlée : « approche visuo-gestuelle ».

Quelque soit la stratégie choisie, l'acquisition de la langue française repose sur :

- La stimulation de la fonction auditive par l'intermédiaire d'un appareillage (cf. § ci-dessous), permettant la restauration de la boucle audio-phonatoire, c'est-à-dire le fait de s'entendre parler.
- l'imprégnation linguistique quotidienne de l'environnement par une socialisation précoce (crèche, halte-garderie ...).
- un apprentissage explicite avec des rééducations orthophoniques pluri-hebdomadaires centrées sur l'apprentissage de la parole, de la lecture labiale, sur les acquisitions lexicales et syntaxiques de cette langue, et sur l'éducation auditive (distinguer une voix masculine de féminine, distinguer les différences entre des mots proches comme château, chapeau, chameau, etc.).

### 2/ Appareils auditifs.

Chez les enfants de moins de 6 ans, en cas de surdité bilatérale permanente avec un seuil à 40 dB ou plus profond, l'appareillage sera mis en place dès que possible afin de favoriser au maximum le développement du langage. Les surdités plus légères peuvent également, selon les cas, bénéficier d'un appareillage qui sera, habituellement, des appareils conventionnels d'amplification de type contour d'oreille.

Les implants cochléaires sont réservés aux enfants ayant une surdité profonde, lorsque les appareils conventionnels d'amplification ne permettent pas une amélioration suffisante pour permettre le développement du langage.

### 3/ L'accès de l'enfant au système éducatif

L'accompagnement de l'élève par des structures spécialisées dans la surdité de l'enfant (SAFEP, SSEFIS ou autre organisme, les noms peuvent changer selon les régions) est mise en place en lien avec la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH), dès que cette dernière a reconnu le handicap.

Les SAFEP (Service d'Accompagnement Familial et à l'Education Précoce) s'occupent des enfants avec déficience auditive de la naissance à l'âge de 3 ans. Ils ont pour objectif d'aider l'entourage de l'enfant sourd à rentrer en communication avec lui.

Les SSEFIS (Service de Soutien à l' Education Familiale et à

l'Intégration Scolaire) prennent ensuite le relais pour les enfants de 3 à 20 ans. Il s'agit d'un SESSAD spécialisé pour les enfants sourds ou malentendants. Ce service comporte une équipe multidisciplinaire composée des médecins, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, professeur de LSF, éducateurs et des professeurs des écoles. Les SSEFIS travaillent en partenariat avec l'établissement scolaire, sans se substituer à ses missions pédagogiques.

Les SAFEP et SSEFIS peuvent accueillir les enfants dans leurs locaux, ou bien intervenir en milieu ordinaire (crèche, halte-garderie, domicile familial,

établissement scolaire etc.).

Une prise en charge adaptée doit être mise en place le plus rapidement possible. Un retard de diagnostic chez un enfant ayant une surdité sévère ou profonde conduira à des difficultés de compréhension, d'expression et au développement d'une voix dysharmonieuse. Appareillé et rééduqué tôt, un enfant avec une surdité profonde peut avoir une voix et harmonieuse.

### **Conséquences sur la vie scolaire**

Le handicap de l'élève l'oblige à soutenir son attention intensément pour suivre et comprendre le cours. De cela résulte une fatigabilité importante. Les interventions du SSEFIS et les rééducations se feront donc sur le temps scolaire afin d'éviter une fatigabilité plus importante de l'élève, et se réaliseront dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

En cas de difficulté à suivre les cours en milieu ordinaire, l'élève peut être orienté vers une classe d'inclusion scolaire destinée aux élèves ayant un handicap auditif (CLIS 2).

La dernière enquête française (Handicap-Incapacité-Dépendance 1998-1999) montrait que 14% des enfants ayant une surdité légère présentaient des troubles du langage ou de la parole contre 56% des enfants ayant une surdité profonde. La surdité retentit sur les apprentissages scolaires (41% des enfants sourds de 6 à 11 ans savent lire, écrire et compter sans difficulté contre 81% dans la population générale ; 10% des personnes sourdes accèdent à l'enseignement post-baccalauréat pour 29% en population générale).

### **Quand faire attention ?**

En classe, la priorité est d'abord que l'élève soit dans les meilleures conditions possibles pour suivre et comprendre le cours. Le prérequis pour cela est que l'élève ait des prothèses auditives en état de marche et adaptées.

- Un bon fonctionnement suppose tout d'abord que les appareils soient bien en place sur les oreilles avec les embouts dans les conduits auditifs et qu'ils soient effectivement en état de marche. Ces vérifications incombent parfois aux enseignants des très jeunes enfants.

- Il est recommandé aux parents de prendre une assurance pour l'appareil auditif.

- Il peut arriver que l'appareil émette un sifflement aigu (effet larsen) auquel le jeune sourd ne réagit pas car il ne le perçoit pas. Cela signifie que l'embout est mal positionné dans le conduit auditif : soit il est sorti de l'oreille soit, l'enfant ayant grandi, l'embout ne correspond plus à la taille de son conduit auditif.

- Parfois, l'élève refuse de porter ou d'activer ses prothèses pour diverses raisons :

- soit l'embout est mal dimensionné, entraînant une gêne ou une souffrance,

- soit l'appareil est mal réglé et ne corrige plus de manière efficace les sons perçus

- soit l'élève, pour des raisons psychologiques, ne souhaite pas porter une marque qui le distingue de ses camarades entendants.

- soit, ponctuellement, l'élève souhaite ignorer son entourage (pour ne pas entendre un reproche par exemple)

- soit, lorsque l'ambiance est très bruyante, la perception sonore au travers des prothèses auditives devient très douloureuse. L'élève éteint alors ses appareils pour éviter toute souffrance.

L'enseignant peut également s'aider d'un appareil HF (haute fréquence). Il s'agit d'un micro fourni par l'élève et utilisé par l'enseignant. Ce micro est connecté par une liaison sans fil aux appareils auditifs de l'élève.

Au cours des sorties scolaires, l'élève malentendants peut se sentir particulièrement perdus, puisqu'il pourrait ne pas entendre les consignes des accompagnateurs. C'est pourquoi, il est habituellement conseillé à l'enseignant :

- d'énoncer avant le départ, au calme, les consignes relatives à la sortie.
- De donner à un accompagnant ou un camarade la responsabilité de répéter les nouvelles consignes qui apparaîtraient nécessaires au cours de la sortie. En effet, l'éloignement de l'enseignant, la luminosité, ou le bruit ambiant (ex. le vent à la plage, les voitures dans les rues bruyantes) peuvent rendre impossible à l'élève malentendant la compréhension des consignes.
- L'utilisation de l'appareil HF est recommandé également lors des sorties scolaires.

Les élèves ayant une surdité sévère et profonde ont un manque d'expérience de communication, en particulier au sujet des codes culturels et linguistiques. Les conséquences peuvent être les suivantes :

- Un problème d'interprétation des mots polysémiques (le « temps des dinosaures » fait-il référence à la météo jurassique, la durée de vie des dinosaures ou à l'ère géologique du mésozoïque ?) ou de sens différent selon sa position dans la phrase (« un sale type » est parfois « une catégorie sale », au propre comme au figuré)
- Un problème d'interprétation des expressions et des termes familiers (« prendre un coup de vieux », est-ce se faire taper par un vieillard ?; un « panier à salade » est-il bien un véhicule de police ?)
- La connotation positive ou négative d'un mot par rapport à son synonyme ne sera pas toujours reconnu (comme « nègre » et « noir »), de même que les seconds degrés.
- Des expressions sorties de la culture musicale actuelle, de l'environnement publicitaire, de certaines émissions télévisées et implicitement connus de tous, ne seront pas connus de l'enfant.

## **Comment améliorer la vie scolaire des enfants malades ?**

Les appareils d'amplification ne permettent pas de redonner une audition normale à l'élève. Il est donc particulièrement important de permettre à l'élève de s'aider également de la lecture sur les lèvres (lecture labiale) et des informations qu'il pourra lire sur le tableau.

1/ Place dans la classe :

La place idéale serait celle où l'élève peut tout voir (le tableau et le professeur de face). Plutôt au milieu du deuxième rang. Ainsi, il peut également suivre les réactions des élèves devant lui : s'ils se retournent par exemple, cela signifie que quelqu'un parle derrière eux. Au mieux, l'élève sourd sera entre deux camarades auprès de qui il pourra bénéficier d'aide ponctuelle.

### 2/ Attitude de l'enseignant

Des contacts entre l'enseignant et l'orthophoniste référent de l'élève sont conseillés afin d'améliorer la compréhension de l'élève en classe et d'adapter les aides en fonction des difficultés rencontrées.

Le professeur doit être particulièrement attentif à parler de face, en articulant bien afin de faciliter la lecture labiale. Le rythme de parole ne doit ni être trop rapide ni trop lent. Certains gestes peuvent remplacer ou accompagner la parole (comme un hochement de tête pour accompagner un « oui », ou un mouvement de main avec un « au revoir »). Par ailleurs la mimique doit être adaptée au discours.

L'élève maintient un effort constant d'attention afin de ne jamais lâcher son enseignant des yeux et de réfléchir pour comprendre ce qui est dit. Cela explique la fatigabilité et donc la variabilité dans ses capacités de compréhension au long de la journée. Il est habituellement conseillé de vérifier si l'élève a bien compris les consignes.

Lorsque le professeur utilise une phrase de construction un peu complexe, il est possible que l'élève sourd ne la comprenne pas bien. Il est alors parfois nécessaire de la reformuler de manière plus simple. De même, tout terme nouveau doit être expliqué ou associé à un synonyme connu. Il ne sera perçu dans sa forme et mémorisé que s'il est écrit au tableau. En effet, la lecture labiale aide à la compréhension de manière limitée : les 36 phonèmes de la langue française ne correspondent qu'à 12 images labiales : ainsi « bandeau », « manteau » ou « bateau » ne peuvent pas être distingués par la lecture labiale seule.

### 3/ Utilisation du tableau et des documents

Certains élèves malentendants ne peuvent intégrer qu'un tiers des paroles de l'enseignant. L'écriture au tableau a donc également une place indispensable afin de compléter les informations reçues par oral.

Pour l'élève, suivre à l'oral l'enseignant et avoir une autre tâche concomitante pose problème. Il lui sera en effet difficile :

- de prendre des notes et d'écouter (avec la lecture labiale) l'enseignant en même temps
- de suivre la parole de l'enseignant et consulter en même temps un document
- de suivre la parole de l'enseignant si une projection d'un film ou d'un diaporama se fait dans l'obscurité.

L'élève devrait donc pouvoir soit recopier les notes d'un camarade, soit disposer d'un polycopié. Par ailleurs, idéalement, l'enseignant devrait veiller à alterner les explications orales et le temps pour consulter les documents.

Pour une séance vidéo, les explications de l'enseignant seront au mieux données avant que la salle ne soit plongée dans l'obscurité, et le film devra si possible être sous-titré.

### 4/ La salle de classe

Elle doit être correctement éclairée et surtout elle doit être calme. La compréhension est difficile pour tout le monde en milieu bruyant, en particulier pour l'enfant sourd. Les bruits de fond interfèrent avec la parole de l'enseignant et sont amplifiés par les prothèses auditives, devenant même quelques fois douloureux, en particulier à la cantine ou dans la cours de récréation. Dans ces cas là, il est possible que l'élève soit obligé d'éteindre ses prothèses. Les appareils récents ont le plus souvent un programme réducteur de bruits permettant de supprimer les bruits trop forts. En cas d'inconfort, l'élève et ses parents peuvent demander conseil à leur audioprothésiste.

### 5/ Aide humaine

Dans certains cas, une Assistante de Vie Scolaire (AVS) ou un codeur LPC (professionnel ajoutant un signe en regard de la parole de l'enseignant afin de faciliter la lecture labiale) peuvent être nécessaires.



### L'avenir

La plupart des personnes ayant un handicap auditif mènent une vie familiale et professionnelle épanouie.

[Guide HAS - Surdité de l'enfant](#) [1]

**S'informer sur les maladies et leurs conséquences** [Surdité de l'enfant](#) [2]

**Associations** [Action connaissance formation pour la surdité \(ACFOS\)](#) [3]

[Association nationale pour la promotion et le développement de la Langue française Parlée Complétée \(ALPC\)](#) [4]

[Association nationale de parents d'enfants déficients auditifs \(Fédération ANPEDA\)](#) [5]

[2]

#### Liens:

[1] <http://tousalecole.fr/sites/default/files/medias/integrascal/documents/HAS%20surdite%20de%20l%27enfant%20-%200%20a%206%20ans%20-%200recommandations.pdf>

[2] <http://tousalecole.fr/content/surdit%C3%A9-de-lenfant>

[3] <http://tousalecole.fr/content/action-connaissance-formation-pour-la-surdit%C3%A9-acfos>

[4] <http://tousalecole.fr/content/association-nationale-pour-la-promotion-et-le-d%C3%A9veloppement-de-la-langue-fran%C3%A7aise-parl%C3%A9e>

[5] <http://tousalecole.fr/content/association-nationale-de-parents-denfants-d%C3%A9ficients-auditifs-f%C3%A9d%C3%A9ration-anpeda>