**2.6.1 Prise en charge, éducation et insertion des personnes atteintes de déficiences auditives :**

Comme déjà indiqué, la situation est totalement différente selon que l’enfant naît dans une famille sourde ou entendante (la majorité des cas).

Environ 10 % – voire moins suivant les études – des enfants sourds ont un ou deux parents eux-mêmes sourds, dans ce cas, la langue des signes va être apprise comme une langue maternelle, la communication parents-enfants va s’établir probablement plus vite et avec moins d’anxiété qu’avec des parents entendants.

Le langage oral pourra ensuite être appris comme une deuxième langue, pour certains auteurs, il est la condition de l’intégration.

Dans le cas de parents entendants, l’enfant naît dans une famille où on ignore tout de la surdité, cette ignorance est accompagnée de tout un ensemble de préjugés à l’égard de la personne sourde et de la langue gestuelle.

De plus, la surdité de l’enfant, comme tout autre handicap, va modifier la vie de la famille, le temps à consacrer à l’enfant sera plus long, l’adaptation au handicap doit se faire, celui-ci peut entraîner rejet ou surprotection de l’enfant.

Par contre si au moment du dépistage de la surdité, les parents reçoivent une information précise sur le handicap de leur enfant, ils peuvent apprendre à communiquer avec lui. Ils peuvent ainsi le percevoir comme capable, du fait de sa surdité, de développer des capacités différentes comme celle d’utiliser ses mains pour s’exprimer.

Le problème est que la « surdité est un handicap que l’on partage » : on peut guider un aveugle, on peut conduire un handicapé moteur, on ne peut pas parler à la place d’un sourd, on devient en quelque sorte « sourd » devant une personne sourde.

On perd notre faculté à comprendre notre interlocuteur quand celui-ci sourd, s’adresse à nous dans sa manière particulière de parler due au fait qu’il n’entend pas.

En cas d’éducation uniquement au langage oral, l’enfant sourd est élevé dans la négation de son handicap et dans l’obligation de se comporter comme un enfant entendant (apprendre à parler), ce qui va accentuer le clivage entre les enfants et les adultes sourds.

Un enfant sourd profond, même implanté, ne parlera jamais tout à fait comme un entendant.

Deux types d’approche sont recommandés par la HAS (haute autorité de la santé en France) en 2009 dans le document relatif à l’accompagnement des familles ayant un enfant sourd et au suivi de l’enfant sourd de 0 à 6 ans : une approche audiophonatoire et/ou visuo-gestuelle dans la mesure où il n’existe pas de consensus en France sur les modalités de mise en œuvre d’une éducation bilingue chez le jeune enfant sourd, en particulier avant 3 ans.

L’éducation de l’enfant sourd est en effet un sujet de polémique et de querelles entre parents et professionnels à propos des différentes méthodes disponibles.

Quelle que soit la méthode utilisée, il nous paraît crucial que l’enfant puisse communiquer, construire sa pensée et accéder à l’abstraction, et pour cela, en fonction du degré de l’atteinte, plusieurs méthodes sont disponibles.

Les problèmes éducatifs de l’enfant déficient auditif sont fonction du type et surtout du degré de déficience auditive : certaines surdités de transmission peuvent ne poser que des problèmes d’appareillage, et certains déficients auditifs légers appareillés peuvent être scolarisés sans problème en classe ordinaire.

**2.6.2 Les techniques d’appareillage :**

L’appareillage va venir corriger l’audition déficiente et compenser les pertes auditives de manière à procurer à l’enfant une intelligibilité du langage aussi élevée que possible.

Plus l’enfant est appareillé précocement, plus cet appareillage sera intégré au schéma corporel de l’enfant et plus l’acquisition du langage se fera précocement.

L’appareillage consiste dans la majorité des cas en des contours d’oreilles posés dès que la perte atteint ou dépasse 30 décibels.

Toutes les surdités de perception sont appareillées de façon systématique, les surdités de transmission peuvent l’être et parfois de façon temporaire dès que la perte dépasse le seuil indiqué ci-dessus.

L’appareil doit restituer les sons de manière adaptée à la surdité du sujet sinon l’enfant va rejeter tout appareil.

La prothèse va rendre perceptible au déficient auditif son environnement sonore et lui permettre d’établir une communication avec lui.

Elle va également établir ou rétablir un contrôle audiophonatoire en faisant percevoir à l’enfant ses propres productions vocales. Tout appareillage s’accompagne d’une prise en charge éducative (orthophonie) pour que l’enfant apprenne à utiliser ses restes auditifs.

Des vérifications périodiques doivent être effectuées pour s’assurer de son efficacité.

La technique des implants cochléaires est toujours objet de polémique.

Elle peut concerner les enfants ou les adolescents atteints de surdité profonde ou totale, bilatérale et d’origine cochléaire et ne pouvant être corrigée par les prothèses auditives classiques.

Elle consiste à stimuler directement les fibres nerveuses auditives (sans passer par la cochlée) par des signaux électriques élaborés à partir d’un traitement des signaux sonores.

Cette prothèse se compose d’un récepteur interne placé chirurgicalement sous le cuir chevelu et relié au voisinage des fibres auditives par plusieurs électrodes insérées dans la cochlée, d’un boîtier émetteur porté dans la poche et d’une antenne extérieure dissimulée derrière l’oreille.

Une motivation forte, de la tolérance et du réalisme sont nécessaires dans l’environnement familial et scolaire : l’enfant sourd porteur d’un implant reste un enfant sourd, certaines informations en particulier au niveau phonologique leur restent inaccessibles.

Ses détracteurs lui reprochent le fait que l’enfant implanté doit être soumis à une rééducation intense pour parvenir à obtenir une perception auditive proche de celle d’une surdité profonde appareillée avec des prothèses classiques.

Pour être efficace, l’implantation doit être la plus précoce possible.

Du fait de la généralisation du dépistage néonatal de la surdité, de nombreux enfants sont maintenant implantés avant l’âge de 1 an.