

## L'intégration de l'enfant sourd dans une école normale

دمج الأطفال الصم في المدارس العادية

Dr. Djenat Kalli, université d'Oum el Bouaghi, Algérie.

تاريخ التسليم: (2016/01/17)، تاريخ القبول: (2017/05/14)

### le résumé :

Le présent article va relater une expérience du terrain en 2000. L'objectif en était l'intégration scolaire de l'enfant sourd dans une école normale. Elle s'est concrétisée par une prise en charge orthophonique précoce, une guidance parentale rigoureuse, et l'établissement scolaire. Nous essayons de montrer les résultats positifs de cette expérience ainsi que certaines lacunes. L'intégration scolaire de l'enfant sourd dans une école normale c'est un exemple parmi beaucoup d'autres de prise en charge orthophonique qui peut-être mené à bien.  
**Mots clés :** enfant sourd, prise en charge précoce, la guidance parentale, intégration scolaire.

### ملخص :

من خلال هذا المقال، نحاول سرد تجربة ميدانية تمت في سنة 2000. الهدف منها الإدماج المدرسي لحالة صمم. تحقق هذا الإدماج وذلك بفضل التكفل الارطوفوني المبكر، توجيه الأولياء والمدرسة المستقبلية. نحاول أن نبين من خلال هذا العرض النتائج الايجابية وكذا بعض النقائص.

يعتبر الإدماج المدرسي نموذج من بين النماذج الأخرى للتكفل الارطوفوني التي تمت بنجاح.

**الكلمات المفتاحية:** الطفل الأصم، التكفل المبكر، توجيه الأولياء، الإدماج المدرسي.

**Introduction :**

L'accès à l'école normale revêt pour chaque enfant sourd une importance vitale, et l'école doit en mesure de lui offrir les moyens de réussir son parcours scolaire.

L'intégration scolaire de l'enfant sourd a connu depuis son instauration, des efforts qui tendent à sensibiliser les acteurs sociaux concernés par le processus. Mais malheureusement le bilan de cette intégration apparaît timide.

L'intégration scolaire de l'enfant sourd dans une école normale constitue la pierre angulaire du processus d'insertion sociale. Elle peut se présenter sous deux formes : intégration totale, ou intégration individuelle dans une classe ordinaire ou intégration partielle, dans une classe spéciale d'une école normale.

La notion d'intégration est l'action de faire entrer un tout dans un ensemble, mais ce n'est aussi une fonction d'unification. Dans un système social de civilisation, être intégré se rapporte à une place correspondant à un niveau de compétences. L'intégration demande un certain nombre de moyens structurels inhérents au développement physiologique, qui permettent de trouver la bonne place. C'est une explosion interne de potentiels qui fait reconnaître un sujet et le démarque de ses pairs (Toupençe, 1992, p.39).

Pour réaliser l'intégration souhaitée, pour notre cas, l'intégration individuelle, de l'enfant sourd doit conquérir une place parmi ses pairs entendants dans une école normale.

**2 - Les différents types de surdité :**

Deux grandes catégories de surdités doivent être distinguées, celles qui relèvent du tympan, des osselets, de la trompe d'Eustache dont les altérations sont les plus souvent secondaires à la pathologie rhino-pharyngée et celles qui sont les séquelles d'une pathologie neuro-sensorielle de l'oreille interne ou les effets d'une atteinte génétique (Lafon, 1982, p.12).

Il existe deux grands types de surdité infantile :

1° - Les surdités de transmission. Elles sont dues à des atteintes de l'oreille moyenne et/ou externe. Ce sont les plus fréquentes.

\*La perte auditive est inférieure à 60 dB.

-Beaucoup peuvent bénéficier d'un traitement médical et/ou chirurgical.

-Les surdités de transmission les plus fréquentes sont souvent acquises « dans la petite enfance : otites séreuses », perforation du tympan, etc.

-Elles peuvent être congénitales, dues à des malformations de la face de l'oreille (aphasie majeure ou mineure).

2° - Les surdités de perception. Elles sont dues à une atteinte de l'oreille interne et /ou des voies et centres nerveux.

- Elles sont moins fréquentes.

- Elles peuvent être légères, moyennes, sévères ou profondes.

- Elles ne sont pas accessibles à un traitement médical et/ou chirurgical.

Les surdités de perception peuvent être acquises (infection pendant la grossesse, médicaments, pathologie à la naissance, méningites, etc.) ou génétiques (isolées ou associées à d'autres atteintes, visuelles par exemple).

Parfois, les deux types de surdité sont combinés ; on parle alors de surdité mixte.

Une surdité peut être isolée ou associée à d'autres troubles ou déficiences qui doivent être diagnostiqués et traités de manière spécifique.

La surdité peut apparaître progressivement ou brusquement .Elle peut s'aggraver à certaines périodes de la vie et même fluctuer, c'est-à-dire s'aggraver puis s'améliorer selon les moments.

La surdité peut s'installer :

-Avant la naissance, on dit qu'elle est congénitale. Elle est présente à la naissance, qu'elle soit d'origine génétique ou acquise par la maladie pendant la grossesse.

Ala naissance, lasurdité est dite néonatale.

Après la naissance, la surdité est dite post-natale. (Busquet, 1978, p.60, 61).

**Classification de la surdité d'après le Bureau international d'audiologie (B I A P) :**

Déjà en 1968, lors de la conférence annuelle à Heidelberg, le principe d'une classification des différentes catégories de surdité fut présenté par lacommission de classification du Bureau international d'audiologie. Il y fut en même temps souligné que toute classification de ce type doit assurer le succès de la prophylaxie ,au diagnostic, du traitement et de de la rééducation de la personne atteinte de surdité, et ne devrait pas contenir de formulationsambiguës ;de plus ,elle exige l'emploi d'une méthodologie telle qu'elle rend possible la précision et une délimitation claire .On ne doit pas augmenter inutilement les catégories .Toutefois ,une classification suffisamment différenciée est nécessaire,afin de permettre la comparaison des résultats obtenus les uns vers les autres. Il est important de se rendre compte que, par suite des progrès contenus de la science (entre autres le perfectionnement constant de l'appareillage électroacoustique) la classification de la surdité doit rester ouverte aux modifications et aux additions.

Le texte officiel actuel se présente de la manière suivante :

- Classification audiométrique du BIAP.

- Reference courbe audiométrique tonale.

Le calcul se fait sur les fréquences conversationnelles classiques (adoptées par l'OMS), 500, 1000,2000 Hz.Toute fréquence non perçue est comptée à 120dBde perte.

- On ajoute les valeurs en dB et l'on divise la somme par trois.

- Le calcul se fait pour chaque oreille séparément. Lorsqu'il s'agit de ranger un déficient auditif dans une catégorie, afin d'évaluer ses résultats en fonction de la perte auditive, on ne doit tenir compteque du chiffre obtenu pour la meilleureoreille. Il ne peut être question dans ce type d'évaluation de faire la moyennentre les oreilles.

1- Audition normale et subnormale.

Seuil inférieur à 20 dB, aucune difficulté de perception de la parole.

2- Déficience auditive légère.

Seuil inférieur à 20dB et 40dB-les éléments de la parole courante ne sont pas tous identifiés.

3- Déficience auditive moyenne.

Seuil compris entre 40et 70dB-le seuil vocal se situe dans la zone d'intensité de la parole normale.

4- Déficience auditive sévère.

Seuil compris entre 70 et 90dB-seule la parole de forte intensité est perçue.

Pour tenir compte des problèmes particuliers posés par la forme de la courbe, on modifie le classement de la façon suivante :

Pour toutes les déficiences.

Si l'écart entre 500 et 2000 Hz atteint ou dépasse 40 dB, le calcul est fait avec les valeurs des fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz ; la somme est divisée par quatre.

Pour les déficiences auditives sévères et profondes.

Si la fréquence 4000 Hz atteint un seuil plus bas (valeur plus faible en dB, meilleure perception que celui de la fréquence 2000 Hz, on remplace dans le calcul la valeur du 2000 Hz par celle du 4000 Hz.

Pour les déficiences auditives profondes.

Le calcul est fait avec les valeurs des fréquences 250-500-1000-2000 Hz, la somme est divisée par quatre.

Lorsque la perte auditive est supérieure à 90 dB, la nouvelle moyenne calculée en tenant compte de la perception de la fréquence 250 Hz fait apparaître trois groupes de déficients :

- Premier groupe : perte inférieure ou égale à 90 dB.
- Deuxième groupe : perte comprise entre 90 et 100 dB.
- Troisième groupe : perte supérieure à 100 dB.

Ces trois groupes appartiennent à la déficience auditive profonde de la classification BIAP (Tadeusz, 1994 p. 33, 34, 35).

### **Les tests audiologiques :**

Les tests audiologiques utilisés pour mesurer le déficit auditif doivent tenir compte de l'âge de l'enfant, de son niveau mental, de ses possibilités de participation active. Diverses sources peuvent être utilisées comme stimuli lorsqu'ils sont émis selon une échelle d'intensité variable. Les stimuli choisis doivent être significatifs et intéressants pour l'enfant ; les caractéristiques spectrales doivent être suffisamment étroites pour permettre l'identification de surdités localisées sur des portions des champs fréquentiels audibles, et l'intensité doit être soigneusement contrôlée. Toutes ces contraintes sont souvent difficiles à respecter ; l'audiologiste doit souvent choisir entre des bruits qui éveillent l'intérêt de l'enfant mais difficiles à calibrer, et des stimuli qui peuvent être contrôlés avec précision mais peu significatifs pour l'enfant. Le matériel vocal, important pour l'appareillage prothétique, est toutefois inutilisable avec le très jeune enfant.

### **- Tests subjectifs :**

Ces tests nécessitent la participation volontaire et consciente du sujet. On distingue :

1- L'observation des réflexes : Ce test est basé sur l'observation des réactions réflexes du bébé à la stimulation sonore (réflexe cochléo-palpébral, réactions céphaliques acoufuges ou acoutropes, grimaces, modification de la succion) ; il exige un niveau d'intensité sonore bien au-dessus du seuil minimal d'audition.

- La procédure du réflexe d'orientation conditionné (ROC) décrite par Suzuki et Ogiba 1961, de même que toutes les techniques d'Audiométrie avec renforcement Visuel (ARV) ainsi nommées la première fois par Liden et Kankkonen 1961, (i.e. Peep Show de Dix et Hzlpike 1947, le test de méthodologie bien connue du conditionnement dépend d'un choix judicieux des stimuli, du conditionnement de réponses appropriées et de l'utilisation de renforcements variés. L'audiologiste doit manipuler ces variables avec facilité et être en mesure de les modifier promptement afin de respecter les caractéristiques des enfants qu'il évalue. Lorsqu'elles sont utilisées avec toute la rigueur de la méthodologie du conditionnement, ces techniques permettent d'obtenir des réponses à 10-15 dB des seuils variables à partir de l'âge de 5 mois.

- Une autre catégorie de procédures suivent la méthodologie du conditionnement opérant. Couramment utilisées pour obtenir différentes mesures psychophysiques chez l'animal. Ces procédures, souvent désignées par le sigle TROCA (Tangible Reinforcement Opérant Conditioning Audiometry), sont particulièrement utilisées chez les enfants handicapés mentaux ou encore les enfants normaux mais très difficiles à évaluer.

4-L'audiométrie tonale et vocale : les tests audiométriques standards peuvent habituellement être utilisés à l'âge de 3ans (Cox et Loyd 1976). Ils permettent de tracer une courbe audiométrique aux seuils liminaires d'audition et dans certains cas de préciser le diagnostic relatif au site de la lésion.

L'audiométrie vocale nécessite chez l'enfant un certain acquis linguistique. Elle complète l'audiométrie tonale et permet de connaître les possibilités réelles de rééducation prothétique.

### **Tests objectifs :**

- Les procédures objectives suscitent depuis plusieurs années beaucoup d'intérêt et elles sont appelées à prendre une place clinique très importante. Ces procédures mesurent - l'activité électrique auditive ; elles se divisent en deux grandes catégories selon - l'endroit où est placée l'électrode enregistreuse.

La première catégorie désignée sous le nom d'électrocochléographie (E.Co.G.) permet d'obtenir de l'information sur le statut des structures auditives périphériques, principalement la cochlée au moyen d'une électrode placée directement à travers le tympan sur le promontoire. L'E.Co.G se réalise chez l'enfant de tout âge et permet d'obtenir une mesure très précise de l'audition pour les fréquences aiguës (1,5KHz à 4 KHz). L'anesthésie générale chez le jeune enfant et la participation du médecin spécialisé pour implanter l'électrode enregistreuse rend cette procédure toutefoix assez lourde.

Pour la deuxième catégorie de procédures, l'électrode enregistreuse est placée au vertex crânien et les mesures obtenues sont appelées électro-encéphalo-audiographiques (EEA). Selon la latence, les réponses enregistrées sont subdivisées en quatre sous-catégories : les réponses rapides, moyennes, lentes et tardives, seules les réponses rapides et lentes ont un intérêt audiométrique clinique.

L'impédancétrie mesure l'élasticité de la paroi tympanique par l'enregistrement des variations dans la quantité d'onde sonore réfléchie par le tympan, à mesure que l'on fait varier la pression d'air dans le canal auditif. La courbe obtenue sur le tympanogramme permet de mettre en évidence des pathologies de l'oreille moyenne. Il est possible aussi de détecter la présence de recrutement par la mesure du réflexe stapédien. Bien qu'elles puissent présenter un intérêt réel dans l'évaluation d'enfants avec qui les tests subjectifs ne donnent aucun résultats satisfaisant, les procédures identifiées ci-dessus ne peuvent pas pour l'instant, être réalisées en situation de routine en raison de leur durée, du coût élevé de l'appareillage, de la nécessité de l'anesthésie chez la plupart des enfants et de la complexité technique de l'interprétation des résultats. Seule l'impédancétrie échappe à cette règle et peut être employée assez régulièrement en clinique.

En règle générale les techniques de l'audiométrie objective sont surtout utiles à fins de recherche en audiométrie supraliminaire ou dans l'examen d'une partie de la voie auditive. L'audiométrie subjective demeure la plus utile sur le plan clinique, à la condition que les évaluations audiométriques soient répétées à un intervalle régulier

et surtout complétées par l'observation méticuleuse de l'enfant et de son évolution (Rondal, 1982, p.221, 222).

**L'âge de dépistage :**

Selon Moatti(1987-b),dans 39% des cas ,les suspicions quant à la présence d'un problème éventuel se font jour avant l'âge de six mois et, dans 79%des cas avant l'âge de douze mois .Souvent ,ce sont les parents( etparticulièrement la mère) qui s'inquiètent les premiers et se posent des questions alors , que l'entourage familial tenterait de dissiper leurs craintes. D'autres auteurs soulignent de surcroit le manque de sensibilisation des professionnels de la santé aux problèmes de déficience auditive précoce. Perier (1987-a) rappelle que la pratique systématique du dépistage a permis de constater qu'une partie des déficiences auditivesgénétiques ne se manifestent pas dès la naissance, maisseulement plusieurs mois plutard.La généralisation du dépistage à différentsâges-cléspermettrait de parfaire les connaissances en ce domaineet mieurdistinguer entre les gènes à action précoce et ceux à conséquence retardée (Froment, et Clerbaut, 1996, p.29).

**Appareil de correction auditive :**

La décision d'un appareillage et le choix de celui -ci vont être fonction de divers éléments fournis par le bilan diagnostique.

La décision d'appareiller un enfant exige d'avoir des certitudes sur les éléments suivants.

- L'existence d'une surdité :quel que soit l'âge de l'enfant ,il ne saurait être question d'entreprendre un essai d'appareillage sans avoir fait un diagnostic précis du type de surdité présenté et ,dans la mesure du possible, du degré de surdité, en ayant recoursau besoin aux méthodes d'audiométrie objective.
- L'impossibilité de traiter cette surdité médicalement ou chirurgicalement : si un traitement est possible on l'appliquera avant tout appareillage, même si l'amélioration obtenue n'est que partielle : la prothèse auditive complètera cette amélioration.
- La stabilité de la surditéen générale, seulseront appareillés les enfants ayant une surdité définitive et stabilisée.

Cas particuliers : Dans le cas de surdité évolutive, l'appareillage sera effectué sauf si la surdité est encore très évolutive. On attendra alors une stabilisation afin de mieux adapter l'appareillage. Les surdités lentement évolutives devront, par contre, être appareillées trèsrapidement, même si une modification de donner d'emblée àenvisagée après quelque temps. Il est eneffet nécessaire de donner d'emblée à l'enfant toutes ses chances de réadaptation qui diminueront ensuite irrémédiablement au fur et à mesure que la surdité s'aggravera.

Il faut d'autre part citer des cas de surdité de transmission qu'il est nécessaire d'appareiller momentanément lorsque le traitement n'apporte pas une amélioration suffisante .La prothèse compense le déficit et permet d'éviter des échecs scolaires ; elle est supprimée lorsque l'audition s'améliore (Busquet,1978, p.189).

**Les prothèses individuelles :**

Les énormes progrès réalisés au cours de ces dernièresannées dans le domaine de l'électro-acoustique ont permis de mettre au point des prothèses auditives qui rendent accessibles à de nombreux sourds les informations sonores ;cette situation nouvelle a permis d'aborder différemment leur rééducation.Mais si le problème est relativement simple pour les déficients auditifs moyens qui peuvent décoder en grande partie la parole par voie auditive, il est beaucoup plus complexe pour les sourds profonds qui

ne reçoivent que des informations parcellaires grâce à leur prothèse .Le choix de l'appareillage et la qualité de son adaptation n'en seront que plus essentiels pour obtenir des conditions optimales(Busquet,1978,p.182).

**L'usage de la prothèse et le rôle de la famille :**

Un enfant sourd appareillé doit réclamer ses prothèses le matin au réveil et avoir du mal à les quitter le soir, c'est le meilleur critère d'un bon appareillage et d'une excellente adaptation de l'enfant au monde acoustique renforcé par la prothèse .La prothèse doit faire partie intégrante du sujet .Elle doit donc présenter des qualités de confort telles que l'on peut oublier. Plus l'enfant est appareillé jeune, plus la prothèse représente une valeur ajoutée parfaitement intégrée (Lafon, 1982, p.126).

**La prise en charge éducative :**

Education précoce de l'enfant sourd :

Un projet d'éducation précoce ne peut s'élaborer que sur des bases théoriques .Le savoir-faire s'articule nécessairement sur le savoir ,faute de se ramener à une simple et couteuse procédure d'essais et d'erreurs ne présentant aucune garantie de succès.Une intervention efficace implique donc une recherche fondamentale. L'analyse des objectifs de l'éducation précoce précède la mise en place des activités proposées. Cette analyse nécessite une connaissance du développement de l'enfant, de l'acquisition du langage et de la réalité du handicap pris en charge (Lafon, 1982, p.142).

L'éducation précoce a pour rôle de donner à l'enfant les moyens d'une relation complète avec son environnement, en l'aidant à découvrir, à imaginerle plus possible les éléments constituant le monde extérieur, à s'y projeter, à intervenir, agir pour le modifier et se l'approprier (Lafon, 1982, p.136).

**Choix d'une méthode :****Education Auditive :**

Le développement de la perception auditive se déroule chez l'enfant sourd très l'entement et au prix de réactions répétées à maintes reprises .On ne peut, pour cette raison, négligerle principe de la graduation des difficultés et du passage à une nouvelle étape des exercices qu'après l'obtention de la maîtrise du précédent (Tadeusz,1994, p.29).

L'éducation auditive est plutôt une éducation perceptivo-motrice,la perception de l'enfant et la motricité sont en jeu simultanément(Lafon,1982,p148).

L'un des buts de l'éducation précoce est d'établir une communication, de créer des liens sociaux entre les enfants même siles échanges restent au début très fugaces (Lafon,1982, p.149).

Les différentes conceptions de l'éducation auditive au travers des problèmes qu'elle pose :

\*Premier problème : Si, pourle déficient auditif, l'utilisation de la voie auditive comme voie de la perception essentielle est incontestée, la nécessité d'une éducation spécifique de l'audition ne fait pas l'unanimité.

a) Toute sensation est construite à partir de multiples perceptions .Plus les perceptions sont diversifiées, plus la connaissance de l'objet s'améliore. Dans le cas de la parole, la part acoustique doit être fondue dans les autres perceptions en permanence, elle ne doit pas être isolée.

b) Les autres perceptions inhibent partiellement la perception auditive. Pour que la voie auditive soit pleinement efficace, l'apprentissage de la parole doit être basé

essentiellement sur la sensation sonore ; le recours aux autres perceptions doit être réduit au minimum pour ne pas inhiber la perception auditive.

\*Deuxième problème : Une éducation auditive dit-elle être entreprise quel que soit le degré de surdité de l'enfant : Dans les cas de surdités légères ou moyennes, l'apprentissage de la parole effectué dans de bonnes conditions acoustiques utilise spontanément le canal auditif. Des exercices spécifiques d'audition ne sont pas nécessaires, sauf dans les cas de difficultés de discrimination surajoutées au déficit sensoriel et semblables à celles qu'on observe chez certains entendants.

Dans les cas de surdités sévères et profondes, il est nécessaire d'éduquer spécialement le canal auditif ; l'entraînement auditif permettra d'affiner la discrimination et d'améliorer de façon nette la compréhension du langage, alors que les seuils d'audibilité des sons purs ne se modifient pas. L'entraînement auditif peut être considéré comme une véritable thérapie fonctionnelle. Cependant il faut bien reconnaître que les enfants présentant des surdités très profondes avec restes auditifs uniquement pour les fréquences graves (inférieurs à 1000 Hz) ne reçoivent que très peu d'informations par la voie auditive, pour eux, certains éducateurs pensent qu'il n'est pas utile de pratiquer une éducation auditive ni d'ailleurs d'appareiller. Nous pensons qu'il est toujours utile de tenter une éducation auditive, surtout chez l'enfant très jeune ; la courbe audiométrique tonale ne permet pas à elle seule de faire un pronostic d'utilisation de la voie auditive. C'est en fonction des résultats obtenus que s'orientera peu à peu la forme d'éducation. Les résultats devront être analysés sous deux angles ; d'une part, les possibilités de compréhension du langage par voie auditive, qui sont souvent minimales dans ces cas de surdités très profondes mais non négligeables, apportent un à un appoint intéressant à la lecture labiale ; d'autre part le contrôle audiophonatoire aussi partiel soit-il est le meilleur moyen d'améliorer les qualités de la voix et de la parole et ne doit donc jamais être négligé.

\* Troisième problème : Quel est le moment favorable pour faire cet apprentissage ? C'est pendant la première année de la vie de l'enfant que se situe la période la plus favorable pour apprendre à entendre, c'est la période de myélinisation des fibres nerveuses de l'audition. On peut observer d'ailleurs que l'enfant ayant entendu pendant la première année et qui présente une surdité acquise après un an ou une surdité évolutive a un comportement auditif beaucoup plus proche de la normale que l'enfant sourd dès la naissance.

\*Quatrième problème : L'éducation auditive doit être active ou passive ? On peut créer autour de l'enfant un « bain sonore », constitué de signaux acoustiques divers, sans atteindre de l'enfant des réactions conscientes ou réflexes à l'audition de ces signaux : c'est l'audition passive. L'enfant prend l'habitude de percevoir et peu à peu s'éveille au monde sonore.

Par éducation auditive, on entend au contraire la création de réactions multiples à l'audition ; réactions inconscientes d'orientation-investigation au début, mais qu'on s'efforcera de rendre conscientes en indiquant à l'enfant la source sonore en lui faisant reproduire le bruit si possible ; mais aussi manifestations conscientes diverses qu'on provoque chez l'enfant, manifestations motrices par exemple (danser sur un rythme, se lever à l'émission d'un son, etc). Ces deux types d'éducation ne sont d'ailleurs pas opposés et peuvent se compléter.

\*Sixième problème : L'éducation auditive doit-elle être globale ou analytique ? Si l'on choisit une approche analytique, on apprendra à l'enfant à discriminer

successivement chaque élément acoustique composant la parole, puis on lui demandera d'en effectuer la synthèse pour parvenir à une discrimination de séquence entière. Cette démarche ne s'effectuera d'ailleurs pas spontanément : il faudra de proche en proche, par des exercices de difficulté croissante, permettra à l'enfant de faire l'analyse de séquences plus longues.

À l'inverse, on peut faire appréhender à l'enfant d'emblée la structure globale de la parole en soulignant surtout les éléments prosodiques de celle-ci, le rythme, l'intonation. L'analyse au niveau de la syllabe et du phonème ne s'effectuant que dans un deuxième temps. Pratiquement, on bombarde l'enfant de stimulations auditives diverses et en particulier de langage en espérant qu'il fera, comme l'enfant entendant, une analyse de proche en proche jusqu'à une discrimination précise. L'audition globale à la faveur chez le tout-petit, car il y a similitude avec le développement naturel de l'audition.

L'audition analytique est nécessaire surtout chez l'enfant plus grand, s'il a une surdité profonde ou s'il a des difficultés particulières d'analyse ; il est alors intéressant de progresser du plus simple au plus complexe pour que l'enfant puisse prendre des points de repère précis.

\*Septième problème : Quels stimulus auditifs doit-on choisir ? Le problème se pose essentiellement pour les enfants qui ont des pertes auditives très importantes et qui ne perçoivent que très peu la parole et surtout la nuances qu'elle comporte. Certains éducateurs pensent qu'il est donc nécessaire d'éveiller la perception auditive grâce à d'autres stimulus plus facilement perceptibles. Les instruments de musiques, les jouets sonores émettent des sons plus distincts que ceux de la parole. Peu à peu l'enfant discrimine plus finement et il devient possible de lui proposer les signaux acoustiques plus complexes que sont les éléments de la parole.

À l'opposé, d'autres pensent que l'éveil auditif de l'enfant sera facile grâce à des stimulations par la parole, c'est parce que cette information sera présente dès le début qu'il réussira peu à peu à l'analyser. Sa propre parole, aussi élémentaire soit-elle, est considérée comme un stimulus privilégié. Dans ce cas l'apport de stimulus sonore instrumental ne constitue qu'un appoint dans l'éducation auditive.

Ces problèmes seront toujours présents à l'esprit du rééducateur ; les réponses seront variées en fonction du cas de l'enfant et du moment de la rééducation ; elles seront rarement tranchées et définitives. (Busquet, 1978, p.198, 199, 200.)

### **Modalités de l'action éducative :**

Pour le rééducateur doit entreprendre une action spécifique pour développer au maximum la perception auditive de l'enfant sourd, nous pensons utile de donner les principes généraux de cette action éducative et de rapporter un certain nombre d'exercices qui serviront de bases pour déterminer l'action éducative.

La motivation l'enfant est capitale :

- Pour que l'enfant soit attiré par les sons. Il faut que ceux-ci l'intéressent. Il est important de lui faire comprendre que les bruits annoncent des événements agréables.

- Les stimulations sonores doivent être suffisamment nombreuses et intenses pour que l'enfant fasse un apprentissage.

La répétition des informations est nécessaire pour que l'enfant les décode ; même pour l'enfant entendant, un nouveau mot n'est stimulé qu'après de nombreuses répétitions.

- L'entraînement auditif et l'acquisition du langage sont inséparables.

1. L'éducation peut être collective ou individuelle :

Collective : Grâce à l'émulation qu'est présente, la motivation pour les exercices quelque fois fastidieux est plus grande. Mais il est nécessaire que les niveaux d'audition des enfants du groupe soient assez homogènes pour que tous les enfants puissent participer également et ne pas se trouver en situation d'échec.

Individuelle : Elle permet de mieux adapter les exercices aux difficultés de l'enfant. Elle devra être systématique, très fréquente. Pendant les longues années de rééducation de l'enfant déficient auditif sévère ou profond, il faudra avoir présent à l'esprit la nécessité d'un entraînement auditif.

2- Quel moment de la journée intervient l'éducation de l'enfant ?

On peut réserver un moment particulier, en activité individuelle et collective, qui soit exclusivement réservé à des exercices auditifs.

L'éducation doit être présente dans tous les temps de la rééducation et des activités scolaires spécialisées :

- en mettant les enfants constamment dans des conditions d'écoute optimales ;
- en excluant à certains moments les autres voies perceptives (lecture labiale en particulier), pour obliger l'enfant à prendre des points de repère auditifs.
- soit d'emblée ; la compréhension du message est en général impossible pour l'enfant très sourd, mais il peut repérer les éléments prosodiques de la parole ; l'attention particulière qu'il leur accorde alors améliore leur perception et aide à un meilleur contrôle audiophonatoire dans la reproduction ;
- soit en fin d'apprentissage ; l'enfant qui a pris connaissance de l'objet sonore grâce à de multiples perceptions prend des points de repère purement auditifs en l'écoutant à nouveau.

Peu à peu l'audition devient chez l'enfant une habitude qui envahit toutes les activités quotidiennes.

Objectifs de l'éducation auditive. Les différentes étapes

Quelques que soient les stimulations sonores choisies, les objectifs de l'éducation auditive seront les mêmes.

- L'adaptation de l'appareil : Sans la prothèse, les possibilités auditives des sourds sévères et profonds sont très insuffisantes pour être utilisées dans la vie courante.

- Le développement de l'attention auditive : Intéresser l'enfant aux bruits. Prendre conscience de leur existence. Différencier le bruit du silence (il faut parfois plusieurs mois pour qu'un sourd profond y réussisse).

- La différenciation des sons : Peu à peu l'enfant distingue des sons d'abord très différents puis de plus en plus proches, sa discrimination devenant de plus en plus fine.

- La localisation de la source sonore : Elle est possible si l'enfant bénéficie d'un appareillage stéréophonique. Elle nécessite un apprentissage de durée très variable selon les enfants, certains étant spontanément capables de s'orienter.

- Importance de la distance : L'éducation avec prothèse individuelle ou à oreille nue se fait en général en plaçant la source sonore (et particulièrement la bouche de l'éducateur) très près de l'enfant. Lorsque celui-ci est capable de discrimination dans ces circonstances, il est important de pratiquer les mêmes exercices en s'éloignant de l'enfant pour qu'il prenne l'habitude de faire des discriminations dans des circonstances proches de celles qu'il vit tous les jours. (Busquet 1978, p.201,202,203)..

**La méthode verbo-tonale envisage le langage comme acte de la communication :**

Le langage est considéré comme un ensemble de processus d'échanges signifiants entre un sujet émetteur et un sujet récepteur, englobant le message verbal, les expressions verbales, gestuelles. La méthode verbotonale ne limite pas l'apprentissage du langage à celui des éléments lexicaux et syntaxiques de la langue, elle met l'accent sur le rôle des phonèmes prosodiques de la parole, essentiellement le rythme et l'intonation.

Le professeur Gueberina analyse la structure de la parole (de la langue parlée) sur la base des interférences du rythme, de l'intonation, des phonèmes, des pauses, qui sont pour lui à la base de toute structure syntaxique et le point de départ de toute maîtrise du langage. Il a été démontré que le nourrisson acquiert d'abord les structures rythmiques et intonatives de sa langue maternelle pour ensuite intégrer son système phonologique. Le professeur J.C. Lafon conseille : « dans la pédagogie il faut obtenir une phonation, la laisser se structurer en forme de communication, puis seulement aide l'enfant à en préciser la qualité et finesse ».

Le rythme, organise de la parole dans le temps, succession des syllabes accentuées ou non, des pauses, etc. Est également assez facilement perceptible par le sujet très sourd, puisqu'il est transmis par la zone fréquentielle très grave, enfin le corps tout entier participe à la perception de ces éléments et permet de mieux assurer la transmission de l'information, particulièrement dans ses nuances affectives.

La méthode verbo-tonale nous paraît être la mieux adaptée pour l'acquisition de la communication orale authentique par le déficient auditif. Elle appréhende la communication d'une manière globale qu'on retrouve à tous les niveaux et qui l'a fait désigner également sous le terme de méthode structuro-globale. Il faut enfin signaler que cette méthode est intéressante parce qu'elle envisage la rééducation de l'enfant sourd sous tous ses aspects. Bien souvent les méthodes proposées ne sont pas que parcellaires ; non pas que leurs promoteurs considèrent que la rééducation se limite à la seule technique qu'ils proposent, mais parce qu'ils ont créé ou développée une technique particulière en pensant qu'elle devrait être associée à d'autres déjà employées pour la rééducation. Ainsi existe de nombreuses méthodes d'éducatives auditives qui explicitent en détail les moyens à mettre en œuvre pour développer la perception auditives sans exclure l'utilisation d'autres voies pour favoriser l'acquisition du langage, le choix de ces autres techniques étant laissé à la discrétion du praticien. À l'opposé la méthode verbo-tonale exploite tous les canaux perceptifs existant dans des conditions définies et cohérents. Mais si cette méthode est assez complète, elle n'est pas autant figée, nous avons pu constater qu'elle évolue constamment par réajustements successifs en fonction des résultats obtenus et des besoins nouveaux qui se font jour. Cette dynamique pédagogique nous paraît primordiale, mais elle explique la difficulté d'appréhender à tout moment la méthode dans sa globalité ; elle explique aussi la pauvreté bibliographique relative, les promoteurs de cette méthode, craignant de la figer, hésitent à en décrire les techniques et préfèrent une transmission orale et pratique en envoyant les membres de leur monde entier. À travers cette dynamique pédagogique, chacun ressent la possibilité de création personnelle à partir de principes généraux bien définis ; création nécessaire pour que la méthode ne devienne pas l'application d'une recette (Busquet 1978, p.241,242,).

**La guidance parentale :**

Pour l'orthophoniste, ces premiers contacts sont délicats puisque de la relation qui s'établira entre elle, l'enfant et sa famille dépendront en grande partie de l'évolution de la rééducation et les progrès de l'enfant. Un des éléments essentiels est l'information qu'il faut donner aux parents. Elle aura déjà été en partie donnée à la famille par les autres spécialistes consultés ; il est important pour l'orthophoniste de savoir ce qui a été dit de façon à compléter l'information dans le même sens à ne pas dérouter la famille par des opinions trop différentes.

-L'orthophoniste doit savoir renseigner les parents sur l'appareillage et sur le développement de l'enfant.

-sur les résultats à attendre, sur le développement ultérieur de l'audition et de la parole ; il ne faudra pas faire des promesses utopiques, mais il sera nécessaire de rassurer les parents toujours très anxieux à cette période et de leur donner suffisamment d'optimisme pour qu'ils cherchent à faire progresser l'enfant au maximum de ses possibilités et ne se satisfassent pas des résultats médiocres ;

-sur le contenu de la rééducation ; il s'agit d'expliquer clairement aux parents les objectifs qu'on cherche à atteindre dans les divers domaines et de démystifier la rééducation que les parents considèrent comme souvent comme un certain nombre de procédés « magiques » connus des seuls spécialistes et auxquels ils n'ont pas accès ; cette opinion ne les incite à ne pas participer à la rééducation de leur enfant. Mais il faut inversement leur en montrer la spécificité pour qu'ils n'aient pas l'impression qu'on éduque l'enfant de façon très banale et pour qu'ils prennent conscience de l'importance de la prise en charge. Il faut tout faire pour qu'ils n'abandonnent pas, d'autant plus qu'ils auront bien des raisons de perdre patience. (Busquet, 1978, p. 228)

**L'intégration scolaire:**

Pour mettre en œuvre une véritable politique d'intégration, il est nécessaire de s'interroger sur les précautions à prendre, sur les stratégies à adopter les limites qu'impose éventuellement une situation concrète. L'action doit viser à compléter et équilibrer le dispositif spécialisé et à promouvoir l'intégration.

Le dictionnaire nous apprend que l'intégration est l'action de faire entrer un tout dans un ensemble, mais que c'est aussi une fonction d'unification. Dans un système social de civilisation, être intégré se rapporte à une place correspondant à un niveau de compétences (Toupençe, 1992, p. 39).

**Les différents types d'intégrations :**

1/L'enfant est dans une classe spéciale elle-même dans une école ordinaire : c'est le cas des « classes de perfectionnement » et d'autres types de classes dites intégrées ou annexées.

2/L'enfant est dans une institution, établissements spécialisés. On notera que, dans ce cas, il peut déjà avoir fréquenté une école ordinaire.

3/L'enfant est dans sa famille et n'a jamais fréquenté une école ordinaire, bien qu'il ait atteint l'âge de la scolarité obligatoire. Éventuellement, on peut faire entrer dans cette catégorie les enfants d'âge préscolaire. (Simon, 1988, p. 9).

La préparation à l'intégration devrait être progressive, planifiée et porter davantage sur les aspects plus proprement « scolaire » de l'école car, comme le note encore Hundert (1982), souvent le premier but de l'intégration des enfants handicapés est de

promouvoir leur développement social. Avec cet objectif, il n'y a aucune raison d'attendre des progrès dans les matières scolaires (Simon, 1988, p. 33).

Les partisans de l'intégration avancent essentiellement les besoins de contacts sociaux avec des enfants ordinaires, avec la vie quotidienne réelle. Les adversaires avancent la nécessité de méthodes spéciales, de soins particuliers, d'appareils divers et souvent coûteux qu'on ne peut envisager d'acquérir dans chaque école. En arrière-plan se profile souvent la crainte de la perte d'un emploi –pour certains adversaires de l'intégration –ou l'allègement des couts –pour certains adversaires de l'institutionnalisation. Oléron (1972), rapportant divers travaux anciens, souligne-pour les handicaps sensoriels-que l'intégration est bénéfique quand la famille est capable d'aider l'école mais que celle-ci, « à elle seule obtient rarement de tels succès » (Simon, 1988, p. 24).

Il est important de bien définir ce qu'entendent par intégration les promoteurs d'un tel système.

-En outre, ces contacts, établi dès le plus jeune âge, vont permettre aux enfants entendants de connaître les déficients auditifs, d'apprendre à communiquer avec eux et d'accepter leur différence.

**Les conditions d'intégration :**

-Un diagnostic précoce.

-Un appareillage, une éducation précoce.

-Une équipe pluridisciplinaire.

- Une équipement électro-acoustique adapté à tous les cas.

-Une rééducation et un enseignement spécialisé de haute qualité.

-Un milieu scolaire accueillant et bien informé.

-L'intégration devra être pratiquée « à la carte » (Busquet, 1978, p.247,248).

**La partie pratique :**

Présentation de cas :

La famille est de niveau socio-économique aisé, les deux parents pharmaciens.

Y est l'aînée d'une fratrie de quatre.

Antécédents de l'enfant.

On ne signale aucun problème pendant la grossesse ni au cours de la naissance.

Le poids de la naissance est normal (3,500kg).Le développement psychomoteur normal. Les parents consultent à l'âge de 18 mois, unoto –rhino-laryngologiste à propos de rhinopharyngites fréquentes. Celui-ci diagnostic une surdité et fait un pronostic très sévère (une surdité de perception).La mère est dans état dépressif, elle pleure sans cesse.

Un second spécialiste consulté à 22mois confirme ce diagnostic, une indication de prise en charge orthophonique est obligatoire.

La mère est venue solliciter l'orthophoniste pour une prise en charge intensive pour faire parler sa fille dans les plus bref délais ,après l'entretien ,les parents n'acceptaient pas la prise en charge orthophonique ,pour eux c'est un travail de langue halaine,il nécessite la coopération des parents ,alors qu'ils n'ont pas suffisamment le temps pour ça.

La maman n'était pas convaincue, ils sont partis à l'Arabie saoudite, là-bas ils ont recommencé tous les bilans, les audiogrammes et le P E A, la surdité de perception est confirmée.

Ils sont rentrés décus, un autre voyage à Paris, ils ont tout recommencé la surdité de perception est confirmée, la prise en charge orthophonique est obligatoire, les parents sont rentrés avec la conviction de travailler dur avec leur enfant les séances d'orthophonie.

À 3 ans, le retard de langage massif s'est installé, Y a été appareillée à l'âge de 3 ans et 2 mois, Ya été suivi en éducation précoce, Utilise bien ses restes auditifs. L'enfant à 6 ans son langage est riche. La compréhension verbale est bonne ; en revanche la communication s'établit facilement sur un mode lecture labiale. Le test de vocabulaire en image révèle un niveau intellectuel bon.

L'examen psychologique révèle un niveau intellectuel homogène aux épreuves non verbales, des dessins riches et expressifs, un niveau d'adaptation affectivo-social, une personnalité expansive, tonique, très bien adaptée à la réalité. Y active joyeuse et constante à toutes les activités.

L'enfant est intégrée dans une école normale avec de bonnes acquisitions langagières orale et écrite. Très bien intégrée au milieu entendant. Y est capable de suivre les leçons de langage sans difficulté. L'utilisation d'un appareillage haute fréquence lui permet de recevoir les informations auditives quelle soit la distance qui la sépare de la maîtresse. Elle peut répondre à tout moment aux ordres de la maîtresse ; un résultat de cette qualité n'est que rarement obtenu pour des enfants ayant des surdités identiques. Y bénéficie toujours d'une rééducation orthophonique quotidienne.

Selon les résultats scolaires Y a des apprentissages linguistiques spectaculaires. L'intégration à 6 ans en milieu entendant est considérée comme tout à fait satisfaisante. Parmi les facteurs qui ont permis cette adaptation optimale, on remarquera l'absence totale de l'atteinte organique, et les restes auditifs importants de la première enfance. Sans oublier, l'excellente qualité du milieu familial qui a su réaliser un climat de détente tout en stimulant intensément l'enfant.

En 2013 Y passe en classe de terminale option sciences expérimentales, en mois de Mars de la même année le père de Y est décédé suite à un arrêt cardiaque en faisant la prière d'Alfadjr à la mosquée, suite à cet événement douloureux Y a perdu son Bac, actuellement elle est à l'officine de son père comme vendeuse de médicaments.

### **Conclusion :**

On peut considérer que, compte tenu de son degré de surdité, l'évolution de Y est satisfaisante, avec une normalisation de la communication orale et d'une intégration sociale optimale, suite à un certain nombre de facteurs favorables : le niveau socio-économique et intellectuel important, le nombre de la fratrie élevé, le climat familial chaleureux et serein, Y a bénéficié d'une intégration précoce soutenue parmi les entendants (tant sur le plan familial que scolaire), d'une bonne utilisation des restes auditifs et d'un plaisir à communiquer, qu'ont facilité la réussite scolaire.

**Références :**

- Busquet, Denise. (1978).Rééducation de l'enfant sourd. Dans l'enfant sourd développement psychologique et rééducation. Ed J.B.Bailliére.
- Froment, Ch, L ,Clerebaut,N.(1996).L'enfant sourd.Ed.Deboeck.Université.
- Lafon,J C.(1982).Handicaps et rééducation.Ed.SIEMP .Bruxelles.
- Rondal, J ,P.(1982).Trouble du langage, diagnostic et rééducation.troisieme édition .Ed. Pierre Mardaga.
  
- Simon ,J.(1988).L'intégration scolaire des enfants handicapés. Presse universitaire de France.
- Tadeusz,G.(1994).Développement et éducation des enfants sourds et malentendants. Ed Presse universitaire de France.
- Toupençe,R ,S.(1992).Une éducation précoce pour l'enfant déficient.Ed.Esf .Paris