



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Commission d'appréciation : 12 et 13 mai 2004

ÉTUDE PROFESSIONNELLE

DES ENFANTS SOURDS A L'ÉCOLE

SITUATION EN INDRE ET LOIRE

Elisabeth LARY-COUZINET

Remerciements

Pour leurs précieux conseils et contributions dans ce travail, je remercie :

- Monsieur le Docteur François Xavier De CROP, Responsable Départemental du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves,

- Madame Catherine AUSTREM, Directrice, URAPEDA
- Monsieur Stéphane BLOT, Enseignant Spécialisé, CRAPI
- Madame Marie-Claude BONNIFAIT, Directrice, CRAPI
- Monsieur Jean René CARRE, Responsable du Pôle Etudiants Lycéens, URAPEDA
- Madame Chantal ENARD, Assistante, IRECOV
- Monsieur Eric GAILLAT, Coordonnateur des AVS, Service de l'AIS d'Indre et Loire
- Monsieur Jean Paul GUILLOTEAU, Directeur, CMPP
- Monsieur Benoît GUIMARD, Orthophoniste, CRAPI
- Monsieur Daniel HANNEQUART, Directeur, IRECOV
- Monsieur le Docteur Patrick JACQUET, Médecin ORL, IRECOV
- Monsieur Didier LALOGÉ, Enseignant spécialisé, UPI Léonard de Vinci
- Monsieur Jean Louis MAISTRE, Principal, Collège Léonard de Vinci
- Madame Véronique NAUMOVIC, Inspectrice de l'Education Nationale de l'AIS
- Monsieur Emmanuel NERRAND, Secrétaire de la CDES d'Indre et Loire
- Madame le Docteur Marie -Jo PLOYET, Médecin ORL, CHU Clocheville
- Monsieur le Professeur Alain ROBIER, Service d'ORL, Hôpital Clocheville
- Monsieur Jean Michel SURGET, Secrétaire de la CCSD d'Indre et Loire
- Madame le Docteur Cécile WATIER, Médecin ORL, CRAPI

- les secrétaires des CCPE d'Indre et Loire,

- mes collègues médecins et les infirmières des lycées du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves d'Indre et Loire,

- et surtout, les jeunes déficients auditifs, rencontrés au cours de cette étude, qui ont bien voulu me parler de leur quotidien et de leurs projets,

Sommaire

Liste des signes utilisés	3
Glossaire	4
1 INTRODUCTION	5
2 CONTEXTE	7
2.1 La déficience auditive : définitions et rappels physiologiques	7
2.1.1 Définitions de la surdité et de la déficience auditive	7
2.1.2 Classification de la surdité	7
2.1.3 Modalité du dépistage	8
2.1.4 Méthodes diagnostique de la surdité	8
2.1.5 Degrés de surdité	9
2.1.6 L'âge d'apparition de la déficience auditive	10
2.1.7. Surdité sélective dans les fréquences aiguës	10
2.1.8. La réhabilitation de l'audition	10
2.2. Les difficultés spécifiques de l'enfant sourd	11
2.3 Les modes de communication des déficients auditifs	13
2.3.1. Le libre choix du mode de communication	13
2.3.2. L'éducation oraliste	14
2.3.3. La Langue des Signes Française (LSF)	14
2.3.4. Le Français signé (FS)	15
2.3.5. Le langage Parlé Complété (LPC)	15
2.3.6. Le Français Complet Signé et Codé (FCSC)	16
2.3.5. La dactylogogie	17
2.4 Les codeurs LPC et les interfaces de communication	17
3.METHODE	18
3.1. Sources des données	18
3.2. Description des dispositifs d'accueil des jeunes déficients auditifs	18
3.3. Etude descriptive de la population d'enfants atteints de surdité « importante »	18
3.2.1. Critères d'inclusion des cas étudiés	18
3.3.2. Paramètres étudiés	19
4 RESULTATS	22
4.1. Description des dispositifs d'accueil des jeunes déficients auditifs	22
4.1.1.Le milieu ordinaire	22
A) L'intégration individuelle :	22
C) L'intégration collective(C.L.I.S et U.P.I.)	23
C) Les services de soins (le SESSAD du CRAPI et le SSEFIS de l'IRECOV)	23
D) Les codeurs et interfaces de communication	24
E) L'URAPEDA	26
4.1.2.Les établissements spécialisés	26
4.2. Etude descriptive	27
4.2.1. Description des cas en fonction de l'âge, du sexe et du degré du surdité	27
4.2.3. Pathologies ou syndromes malformatifs associés	29
4.2.3. Les aides auditives	29
4.2.4. Les modes de communication	29
4.2.5. Statut de la famille et langue parlée ou gestuelle	31
4.2.6. L'âge du diagnostic	31
4.2.7. Milieux scolaires et professionnels	33
A) Le milieu ordinaire	34
B) Le milieu spécialisé	35
4.2.8. Les enfants de 7 à 12 ans	36
4.2.9 Les enfants de 13 à 17 ans	36
4.2.10 Les jeunes de 18 à 22 ans	37
5. DISCUSSIONS ET PROPOSITIONS	39
6. CONCLUSIONS	42
ANNEXE 1 : Classification des degrés de surdité	43
ANNEXE 2 : Textes officiels	44
ANNEXE 3 : Accueil et intégration des élèves sourds à Nevers	45
BIBLIOGRAPHIE	46

Liste des sigles utilisés

A.I.S.	Adaptation Intégration Scolaire
AES	Allocation d'Education Spécialisée
AGEFIPH	Agence pour la Gestion du Fond d'Insertion Professionnelle des Handicapés
ALPC	Association pour le développement du langage parlé complété
ANPEDA	Association Nationales Parents d'Enfants Déficients Auditifs
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
AVS-co	Auxiliaire de Vie Scolaire Collective
AVS-i	Auxiliaire de Vie Scolaire Individuelle
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
BIAP	Bureau International d'Audio phonologie
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAP	Certificat d'Etudes Professionnelle
CAPSAIS	Certificat d'Aptitude aux Actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration Scolaire
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CCPE	Commission Circonscription Pré scolaire et Elémentaire
CCSD	Commission de Circonscription du Second Degré
CDES	Commission Départementale d'Education Spéciale
CFA	Centre de Formation pour Apprentis
CLIS	Classes d'Intégration Scolaire
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNEFEI	Centre National d'Etude et de Formation pour l'Enfance Inadaptée
COD. A. L. I.	Codage Audition Langage Intégration
CRAPI	Centre Régional d'Audio-Phonologie Infantile
ESIT	École Supérieure d'Interprétation et de Traduction
I.A.	Inspection Académique
I.C.	Interface de Communication
IEM	Institut d'Education Motrice
IEN	Inspecteur de l'Education Nationale
IME	Institut Médico-Éducatif
INJS	Institut National de Jeunes Sourds
IRECOV	Institut de Rééducation et d'Education pour la Communication, l'Ouïe et la vue
IRJS	Institut Régional des Jeunes Sourds
LPC	Langage Parlé Complété
LSF	Langue des Signes
OEA	Oto Emission Acoustique
PEA	Potentiels Evoqués Auditifs
PIIS	Projet d'Intégration Individuel Scolaire
SEEDAHA	Section d'Education pour Enfants Déficients Auditifs avec Handicap Associés
SEGPA	Section d'Enseignements Généraux et Professionnels Adaptés
SESSAD	Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile
SSEFIS	Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
T.I.	Taux d'Incapacité (calculés à l'aide du guide barème)
UPI	Unités Pédagogiques d'Intégration
URAPEDA	Union Régionale d'Association Parents d'Enfants Déficients Auditifs

Glossaire

Déficience auditive :	perte ou altération de l'audition (aspect lésionnel) constat médical, mesurable. Il peut s'agit d'une perte totale (surdité, cophose) ou d'une perte partielle (hypoacousie, malentendant)
Incapacité :	réduction partielle ou totale de la déficience pour accomplir une activité dite normale. (aspect fonctionnel) Prise en compte sur la vie quotidienne.
Implant cochléaire :	aide auditive implantée chirurgicalement dans l'oreille.
Cophose :	surdité totale.
Guide Barème :	guide d'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées. permet l'attribution des prestations aux personnes handicapées. rédigé en 1994 par le Ministère Affaires Sociales de la Santé.
Handicap :	limitation des rôles sociaux dits normaux (aspect situationnel) ou désavantage.
Hypoacousie :	baisse de l'audition
Lecture labiale :	reconnaissance linguistique à partir de l'observation des mouvements du visage (faciale) ou des lèvres (labiale).
Malentendant :	déficience auditive partielle
Surdité de transmission :	surdité liée à l'oreille externe ou moyenne: atteinte de la transmission des vibrations acoustiques.
Surdité de perception :	surdité liée à l'oreille interne et/ou des voies nerveuses de l'audition : atteinte de la transformation et de la conduction des vibrations acoustiques en influx nerveux jusqu'au système central.
Syndrome :	ensemble des symptômes qui caractérisent une maladie, une affection.
Sourds :	déficience auditive profonde mais dans le langage courant désigne la déficience auditive en général

1 INTRODUCTION

L'éducation et l'intégration scolaire des enfants handicapés reposent sur un droit défini par la loi d'orientation de l'éducation de juillet 1989 relative à l'éducation : " le droit à l'éducation est garanti à chacun ".

Elles sont affirmées comme des priorités nationales, car l'intégration de l'enfant handicapé ne peut que favoriser sa future insertion sociale, en le plaçant le plus tôt possible en milieu ordinaire. Ainsi, il pourra bénéficier, dans les meilleures conditions, d'une formation générale et professionnelle qui l'aidera à devenir autonome et à accéder au monde du travail.

Afin de s'adapter au mieux aux différences et aux potentialités des élèves handicapés, des dispositifs souples et évolutifs ont été imaginés en milieu scolaire ordinaire : l'intégration collective avec les " CLIS " pour le premier degré (1991), et les " UPI " pour le second degré, (2001).

Parmi les handicaps, celui lié à la déficience auditive affecte non seulement la perception des bruits et de la parole mais également la communication globale. Ce handicap a suscité et suscite toujours de multiples querelles et débats passionnés sur la manière d'éduquer les jeunes sourds.

La langue des signes a été interdite à l'école pendant presque un siècle, car elle était jugée, à tort, comme nuisible à l'apprentissage de la parole, seul moyen, pour les enfants, de développer leurs facultés intellectuelles

Aujourd'hui, les débats portent aussi sur les difficultés que rencontrent les jeunes sourds au développement linguistique, à l'apprentissage de la lecture et à l'accès à l'abstraction.

En septembre 1998, l'un des constats les plus préoccupants du rapport dirigé par Madame Dominique Gillot (*) concerne l'importance de l'illettrisme qui touche 80 % de la population sourde profonde.

De ce constat, il est proposé comme règle directrice que *« l'éradication de l'illettrisme et l'augmentation du niveau de formation générale des personnes sourdes soient considérées comme des priorités nationales. »*

Pour se faire, il faut :

« mettre le jeune sourd au cœur du dispositif de scolarisation, en tenant compte de ses réelles capacités et en répondant à la diversité de ses besoins spécifiques ».

(*)cf. biblio 12 - GILLOT D - Rapport « Le droit des Sourds – 115 propositions » - juin 1998

A la suite de ces propositions, les dispositifs d'intégration collective en milieu scolaire ordinaire, déjà créés pour d'autres types de déficiences (entre autre mentale), sont déclinés en 2002, spécifiquement pour la déficience auditive : les " CLIS 2 " et les " UPI 2 " (*).

Ces dispositifs ont pour objectif d'apporter des réponses individualisées adaptées à chaque situation, ceci dans le respect du libre choix linguistique.

Mais malgré tous les efforts d'intégration réalisés ces dernières années, les professionnels de la surdité constatent régulièrement que ces dispositifs sont mal connus des intéressés et de leurs parents et, que malgré leurs efforts immenses, la plupart des élèves déficients auditifs continuent de rencontrer d'énormes difficultés au cours de leur scolarité.

Il découle de cette observation différentes questions :

L'intégration scolaire permet-elle de donner les mêmes chances qu'aux élèves entendants en réduisant la sous qualification qui défavorise bien plus que la déficience elle-même dans le monde du travail ?

Les enfants déficients auditifs peuvent-ils réellement suivre un cursus scolaire ordinaire avec un parcours personnalisé en fonction de leurs capacités ou bien doivent-ils suivre un parcours défini exclusivement ou presque par leur handicap ?

L'illettrisme constaté chez les sourds profonds adultes, est-il le résultat d'impasses pédagogiques ou résulte-t-il de difficultés de conceptualisation difficilement surmontables ?

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ces questions, cette étude se propose de réaliser, en Indre et Loire :

- un état des lieux des dispositifs d'accueil des élèves déficients auditifs,
- une étude descriptive de la population en Indre et Loire des enfants d'âge scolaire et atteints de surdité importante (supérieure à 56 décibels) en fonction de différents facteurs ou indicateurs d'intégration ;
- une analyse des moyens mis en place en fonction des besoins identifiés.

Ce travail nous apparaît comme préliminaire à toute étude globale de l'intégration scolaire et professionnelle des jeunes déficients auditifs.

(**) de type 2 pour la surdité

2 – CONTEXTE

2.1. La déficience auditive, quelques rappels physiologiques.

Le propos n'est pas de commenter les aspects médicaux et techniques de la surdité, mais de rappeler quelques définitions et notions afin de faciliter la compréhension de cette étude.

2.1.1 Définitions de la surdité et de la déficience auditive :

L'audition est la perception des sons existant dans la nature, lesquels sont caractérisés par 3 paramètres, l'intensité (exprimée en décibels ou dB), la fréquence (exprimée en Herz, Hz) et le temps (exprimé en secondes). La connaissance de ces 3 paramètres permet la reconnaissance et l'intégration centrale des signaux sonores perçus : le bruit ou la parole.

Les déficiences auditives sont liées à une perte de la perception des sons. Trois critères permettent d'évaluer la gravité du handicap résultant :

- l'audition résiduelle
- l'âge d'apparition de l'atteinte auditive.
- l'existence d'un handicap associé.

Classiquement, on appelle « enfant sourd », un enfant atteint de déficience auditive totale, Cependant, dans le langage courant, la surdité désigne la déficience auditive en général, qu'elle soit partielle ou totale, et nous utiliserons donc, dans cette étude, le terme de « surdité » ou « sourds » pour désigner la déficience auditive globale et les déficients auditifs.

2.1.2. Classification de la surdité :

On estime la prévalence de la surdité globale de 1 à 3 pour mille à la naissance.

A) La surdité de transmission, qui le plus souvent peut être traitée, est due à une atteinte des organes de transmission : oreille externe et moyenne. La capacité d'auto contrôler sa voix est préservée.

B) La surdité de perception est due à une atteinte de la perception par l'oreille interne, la cochlée. Dans ce cas, une personne atteinte de surdité grave rencontre de grandes difficultés à auto-contrôler l'intensité et le timbre de sa voix. L'origine de ces surdités est multiple : elle peut être génétique (35% des cas), mais aussi prénatale (rubéole, toxoplasmose...), néonatale (souffrance foetale,...), infectieuse (méningite, encéphalite) ou encore thérapeutique toxique (certains antibiotiques).

2.1.3. Modalité du dépistage :

La circulaire du 24 janvier 1977 préconise un dépistage systématique de la surdité chez le nourrisson et le jeune enfant à quatre périodes privilégiées :

- l'examen de la première semaine, à la maternité (réaction aux bruits et aux voix)
- l'examen du 9ème mois (réaction aux bruits et aux voix)
- l'examen du 24ème mois (réaction aux bruits et aux voix et test comportemental)
- l'examen de maternelle, par un médecin, avant l'entrée à l'école primaire.

Chez les enfants à risque, un dépistage par oto-émissions acoustiques (OEA) (*) peut être réalisé, ainsi que d'autres tests spécialisés.

Depuis le 15 septembre 2002, en Indre et Loire, le dépistage expérimental par OEA est effectué chez tous les nouveau-nés de trois jours, dans les maternités et au CHU de Tours, dans le cadre d'un programme hospitalier de recherches cliniques (PHRC) de 3 ans.

Il s'agit d'un test de dépistage simple, rapide, non traumatique et objectif de la surdité, réalisable chez les nouveau-nés car ne nécessite aucune participation de l'enfant.

L'examen ne dure que quelques secondes et consiste à envoyer un signal d'oto-émission acoustique, sorte de clic, par un embout placé dans le conduit auditif de l'oreille. Une oreille qui fonctionne bien renvoie un écho (réponse positive).

Deux réponses négatives nécessitent un suivi, des examens complémentaires et, éventuellement, une prise en charge spécifique : ce dépistage précoce permet d'appareiller l'enfant sourd avant l'âge d'un an.

2.1.4. Méthodes diagnostiques de la surdité :

A) Les Potentiels Evoqués Auditifs (PEA) :

B) Cet examen, très spécifique, mais lourd dans sa réalisation, ne nécessite pas la participation de l'enfant et peut être effectué chez un enfant très jeune dès qu'il y a suspicion de surdité. Il permet d'enregistrer l'activité électrique cérébrale en réponse à un stimulus externe spécifique. Cette technique apporte des réponses fines et constitue un perfectionnement de l'*électroencéphalographie*. Des électrodes en forme de petits disques sont fixés sur le cuir chevelu, à des endroits variant selon le système sensoriel à évaluer. Le signal provenant de l'encéphale est capté puis transmis à un ordinateur qui visualise la réaction enregistrée après une stimulation particulière.

(*) cf. bibliographie n° 67 – 69 – 70.

C) L'audiométrie vocale :

Elle s'adresse aux enfants qui possèdent déjà suffisamment de vocabulaire. Elle permet une mesure qualitative de l'audition. On prononce des mots (listes de mots étalonnés) que l'enfant doit répéter. Les altérations phonologiques sont relevées et on obtient un pourcentage d'intelligibilité de la compréhension et de l'expression.

D) L'audiométrie tonale :

L'audiométrie ne peut être envisagée chez que chez enfant capable de comprendre et d'obéir à une consigne (5-6 ans). Elle se fait en conduction aérienne pour apprécier la valeur globale de l'audition, et en conduction osseuse pour explorer la réserve cochléaire.

2.1.5. Degrés de surdité :

Les surdités se classent en :

Surdité légère :

Perte moyenne comprise entre 21 dB et 40 dB.

Surdité moyenne :

Premier degré : perte moyenne comprise entre 41 et 55 dB.

Deuxième degré : perte moyenne comprise entre 56 et 70 dB.

Surdité sévère :

Premier degré : perte moyenne comprise entre 71 et 80 dB.

Deuxième degré : perte moyenne comprise entre 81 et 90 dB.

Surdité profonde :

Premier degré : perte moyenne comprise entre 91 et 100 dB.

Deuxième degré : perte moyenne comprise entre 101 et 110 dB.

Troisième degré (ou cophose) : perte moyenne comprise entre 111 et 119 dB.

Cf. annexe 1 « Classification des degrés de surdité et conséquences sur la perception de la parole et le langage » - p. 43

Pour donner une idée des intensités sonores, à une distance de un mètre :

- la voix chuchotée correspond environ à 20 dB
- la voix d'intensité normale à 60 dB
- la voix forte à 80 dB

2.1.6. L'âge d'apparition de la déficience auditive :

Les conséquences, notamment sur la communication, de la déficience auditive sont d'autant plus graves que celle-ci apparaît précocement, avant l'âge d'acquisition d'une langue orale suffisamment structurée. On distingue :

- A) les surdités pré-linguales congénitales ou périnatales, les plus fréquentes, qui apparaissent avant 2-3 ans, et entraînent des difficultés d'acquisition de la langue orale et écrite et d'une manière plus générale, l'acquisition des connaissances (développement cognitif).
- B) les surdités post-linguales, plus rares chez l'enfant, qui apparaissent après l'acquisition de la langue orale (après 4 ans).

2.1.7. Surdité sélective dans les fréquences aiguës:

Dans la perte auditive, certaines zones de fréquence peuvent être plus atteintes que d'autres. Dans le cas d'une surdité sélective avec atteinte des fréquences aiguës et conservation des fréquences graves, la personne non appareillée sera parfaitement capable d'analyser les voyelles (zone de reconnaissance dans les graves) alors que les consonnes ne seront pas du tout perçues.

Ainsi un malentendant peut entendre un message composé de phonèmes voyelles, sans le comprendre : il va percevoir le signal, sans être capable de l'analyser ou de lui donner une signification.

2.1.8. La réhabilitation de l'audition :

A) Les prothèses auditives :

Même si des progrès importants ont été faits dans le domaine de l'appareillage, des prothèses auditives de qualité ne peuvent jamais restituer une audition normale à un enfant atteint de surdité sévère ou profonde. Il ne pourra pas jamais discriminer tous les sons de la langue, et n'entendra que des informations partielles qui pourront être complétées par la lecture labiale. C'est pourquoi, le port de prothèse doit être accompagné par une rééducation parallèle.

Plusieurs types d'appareils sont disponibles, comme « le contour », appareil miniaturisé placé derrière le pavillon ou « l'intra » discret placé dans le conduit auditif externe.

B) L'implant cochléaire :

Technique lourde réservée aux sourds profonds, il s'agit d'un dispositif électronique comprenant deux parties, l'une électronique implantée derrière le rocher, et un processeur vocal externe miniaturisé. La stimulation de la cochlée est réalisée par des impulsions électriques vers des électrodes (jusqu'à 22) implantées dans la cochlée, donnant, au nerf auditif, une représentation codée du son.

Cette technique est encore peu développée, pour plusieurs raisons, notamment :

- le coût élevé : opération, implant et rééducation (le patient ne paye qu'une faible part)
- le peu d'évaluation des résultats chez les sourds profonds de naissance
- l'irréversibilité, car l'implant détruit la cochlée, d'où la réticence de certains parents.

2.2. Les difficultés spécifiques de l'enfant sourd :

Sans aide spécifique l'enfant sourd sévère ou profond ne parle pas. Il n'est pas "muet", ses organes phonateurs sont normaux mais sa surdité, sévère ou profonde, ne lui permet pas d'entendre ce qui est dit par l'entourage et de contrôler sa propre voix. L'enfant sourd ne peut donc s'approprier le langage oral qu'avec des interventions adaptées de type orthophonique, psychologique, psychomoteur et soutien scolaire ou reprises de cours.

Il est classiquement admis que l'enfant sourd a des difficultés à conceptualiser. De nombreux travaux récents (*), avancent l'hypothèse que l'absence ou la faible communication codée dans la prime enfance en serait la cause.

En 1981, Françoise DOLTO (**) lors d'une conférence à l'Institut des Jeunes Sourds de Paris, expliquait qu'une des caractéristiques spécifiques du langage humain était d'évoquer une chose, une présence sur fond d'absence, un réel au moyen d'un substitut.

L'enfant qui apprend à parler n'apprend donc pas seulement des règles linguistiques mais se constitue comme sujet singulier. Le langage permet à l'enfant de s'installer dans un ordre symbolique, d'intégrer les interdits et les lois de la société.

La pédiatre et psychanalyste démontrait également que chaque enfant, qu'il soit entendant ou sourd utilise une langue à partir de gestes codées, avant la langue de référence (langue des signes ou langue orale),

(*) cf. biblio n°47

(**) cf. biblio n°40

Elle souligna que seul un code de communication l'introduisant au monde des enfants sourds de son âge et des personnes qui parlent cette langue lui permettra d'accéder à l'ordre du symbolique et à la culture.

Les difficultés scolaires :

Pour un enfant entendant, l'apprentissage de la lecture s'appuie sur une langue orale maîtrisée (énonciation, vocabulaire et phonologie), alors que pour l'enfant déficient auditif, il y a souvent confusions entre mots proches sur le plan phonologique. Il rencontre aussi des difficultés dans la lecture de dialogues, pour le ton ou dans l'emploi de l'intonation.

Pour un enfant entendant, la grammaire s'apprend naturellement, en même temps que la langage se construit, alors que pour le jeune déficient auditif, les indicateurs grammaticaux, les termes de liaison ou de relation, la forme du verbe, la conjugaison ne sont pas intégrés et assimilés dans la perception quotidienne car l'effort perceptif est porté sur l'essentiel. Ils ne comprennent pas toujours lorsque certains mots changent de signification selon leur position ou la situation.

Certaines consignes orales et écrites leur sont peu compréhensibles comme : « encadre, souligne... » ou encore, "de quoi est-il question ?"....

On a observé également que les enfants sourds rencontrent des problèmes avec l'ordre, le temps, la durée, l'époque, la logique et la numération liées à une mauvaise structuration temporelle. Lors d'activités de logique, par exemple, dans des énoncés comme "Il y a autant de personnes devant lui que derrière lui" ou "chaque personnage a donné un renseignement exact", les termes logiques (autant de, chaque) peuvent poser problème dans la compréhension de la problématique.

Dans la production écrite, l'imprécision du discours oral se traduit par un retard souvent important avec, très souvent l'omission des mots de liaisons ou des "petits mots".

Dans un certain nombre de disciplines, tout ce qui a trait au lexique peut poser problème, en particulier lorsqu'il y a une proximité phonologique : ainsi voit-on en mathématiques des confusions, voire une indifférenciation (ex. entre triangle et rectangle) non par incompréhension géométrique, mais parce que les deux mots ne sont pas très éloignés sur le plan sonore.

La culture générale, sur laquelle les enfants entendants s'appuient (télévision en particulier), est fragmentaire et instable. Cette absence de bases culturelles devient de plus en plus handicapante avec la progression de la scolarité. L'enfant doit faire, souvent seul, le lien entre les connaissances apprises en classe et ce qu'il connaît par ailleurs : le français, l'histoire et géographie, les sciences...

De plus, dans cette situation d'inconfort, le jeune déficient auditif doit faire un effort constant d'attention et de concentration pour comprendre ses interlocuteurs. Cet effort ne pouvant être soutenu en permanence, il y a des blancs dans le message, et donc une perte d'informations sur les acquisitions et savoirs et un morcellement du contenu pédagogique.

Parfois même, le jeune, face à ses camarades ou à ses professeurs, développe des stratégies d'évitement ou de contournement : il est gêné et n'ose faire répéter, poser des questions, ou admettre qu'il n'a pas tout compris. Et sans aide extérieure, progressivement, le jeune déficient auditif, va s'isoler, voir se désocialiser

Ainsi, les problèmes de communication ne sont pas uniquement liés à la réception du message comme pour les personnes âgées devenues sourdes. Ils sont aussi le fait des difficultés dans l'apprentissage du langage oral sans référence à un modèle acoustique, au manque de savoir-faire dans l'utilisation du code linguistique (rituels de communication et des règles pragmatiques de la conversation) par manque d'expérience de communication, et enfin au manque de connaissances générales et culturelles qui en sont la conséquence.

Ces difficultés se trouvent d'ailleurs confirmées dans l'enquête de l'INSEE «Handicap, Invalidité et Dépendance, octobre 2000 » : le taux d'illettrisme atteindrait 80% de la population sourde profonde et seulement 5 % de cette population accèdent à l'enseignement supérieur

2.3 Les modes de communication des déficients auditifs

2.3.1. Le libre choix du mode de communication

Les déficients auditifs et malentendants disposent d'une langue, la langue des signes (L.S.F.) et de plusieurs techniques de communication (langage parlé complété (L.P.C)...). Techniques et langage sont parfois employés seuls mais le plus souvent combinés.

Mais si ce choix semble aujourd'hui possible, il n'en fut pas toujours ainsi (*).

En effet, lors du congrès de Milan en 1880, il fut voté pratiquement à l'unanimité, l'interdiction des gestes dans l'éducation des jeune sourds, car seule une éducation oraliste pouvait permettre d'accéder à l'instruction.

Aussitôt, en France, la L.S.F. fût exclue de l'enseignement spécialisé et les gestes furent dévalorisés, considérés comme une pratique ancienne, insuffisante et régressive, empêchant l'apprentissage de la parole.

(*).cf. biblio. n° 5 - 6 - 7 - 12 -17 -18 - 22 - 23.

Il faut attendre 1977, pour que le Ministère de la Santé Française abroge l'interdit qui pèse sur la langue des signes, et 1991 pour que l'Assemblée Nationale accepte l'utilisation de la LSF pour l'éducation des enfants sourds (loi Fabius). Ces directives officielles reconnaissent son intérêt (*) et précisent le libre choix, des jeunes déficients auditifs et de leurs parents, entre une communication bilingue associant la L.S.F et français écrit et oral. Mais la pratique montre que l'exercice de ce libre choix n'est pas toujours possible du fait de l'absence de structure de proximité offrant telle ou telle option, ou encore d'une information incomplète de la famille par les équipes techniques, et enfin du fait de l'influence des réseaux locaux.

2.3.2. L'éducation oraliste :

La plupart des parents entendants, lorsqu'ils découvrent que leur enfant est sourd, souhaitent qu'il parle afin qu'il puisse s'intégrer dans une société majoritairement entendante. C'est la raison pour laquelle ils vont l'orienter vers une éducation oraliste. Il va donc être appareillé pour utiliser au mieux ses capacités auditives, et sa voix va être rééduquée afin de permettre la verbalisation.

La famille, l'école et l'institution spécialisée sont les lieux où s'exerce l'apprentissage du langage oral, mais également des lieux d'enseignement et d'éducation vecteurs de la socialisation du petit enfant sourd.

Acquérir la langue orale et écrite nécessite un investissement important de la part de l'élève, des parents et des enseignants. Il s'agit d'une sollicitation permanente à la parole, à laquelle s'associent d'autres facteurs comme les capacités de l'enfant, la précocité de la rééducation et la compétence des professionnels.

2.3.3. La Langue des Signes Française (L.S.F.)

La Langue des Signes Française (L.S.F.)(**), comme toute langue, a une grammaire et un vocabulaire particuliers répondant à une logique propre, et aux contraintes visuelles d'une langue gestuelle. Elle s'apprend en suivant des cours et en situation (plusieurs années).

Pour les enfants sourds nés de parents sourds (4 % des sourds) la L.S.F. est acquise spontanément si elle est la langue de communication familiale. Elle est leur langue maternelle, même si au contact de la famille élargie ces enfants rencontrent également la langue orale. Certaines familles entendants apprennent aussi la L.S.F. afin de communiquer plus facilement avec leur enfant sourd et de lui permettre d'acquérir, sans contrainte et spontanément une première communication.

(*)Réf. article 33 de la loi du 18 janvier 1991 et circulaire du 25 mars 1993

(**) (*) cf. biblio . n° 35 – 36 – 37 – 39 – 40 – 41 – 42.

En 1981, Françoise DOLTO, démontrait que la pratique de la L.S.F. chez les jeunes enfants sourds prévenait les névroses dues à l'absence de communication codée de la petite enfance. Elle a valeur de code de communication et permet de dépasser la relation fonctionnelle et affective entre l'enfant et sa mère, relation entretenue par l'emploi du langage mimique, et de l'introduire à l'enseignement de la langue orale, de la lecture et de l'écriture.

Elle souligna que seul un code de communication, l'introduisant au monde extérieur, permet à l'enfant sourd d'accéder au symbolique et à la culture, code qui doit être introduit par la mère et le père. Mais si les parents doivent persister dans cet apprentissage, ils se verront dépasser par le niveau linguistique de leur enfant dès qu'il se trouvera dans un groupe d'autres sourds. L'enfant devient alors initiateur de ses parents, et sera découragé et incompris si les questions qu'il pose restent sans réponses.

Enfin, s'il n'a pas acquis d'autres moyens de communication, l'intégration en milieu ordinaire ne pourra se réaliser qu'avec l'aide de personnels qualifiés.

2.3.4. Le Français Signé (FS):

Le Français Signé (F.S.) consiste, pour le locuteur, à prononcer des phrases en français tout en s'accompagnant manuellement de signes de la L.S.F. (vocabulaire) sans tenir compte des spécificités propres à la L.S.F. (syntaxe).

Avec le F.S., à la gestuelle s'ajouteront aussi plus ou moins de lecture labiale, de communication non verbale, et même éventuellement d'écrit. Si le F.S. a des limites, il demeure cependant très utile pour les rencontres entre sourds et entendants.

2.3.5. Le Langage Parlé Complété (L.P.C.)

La lecture labiale consiste à comprendre ce que dit le locuteur en s'appuyant uniquement sur le mouvement de ses lèvres. Les images labiales n'étant qu'un pâle reflet du système phonémique, car la personne sourde est confrontée aux nombreux sosies labiaux (p, b, m ou encore t, d, et n) et à des mouvements labiaux parfois peu contrastés.

De ce fait, il est estimé que la lecture labiale est un processus qui s'appuie sur 30% d'information labiale et 70% de suppléance mentale.

En 1967, le Dr Orin R. Cornett, après avoir constaté le faible niveau scolaire des adolescents déficients auditifs, attribua ces lacunes à une compétence restreinte en lecture, elle-même consécutive à la privation de la langue orale. Il invente alors donc un code manuel : le Cued Speech (C.S.), adapté en France par R DISSOUBRAY (INJS Paris) dans les années 80 et rebaptisé le Langage Parlé Complété (L.P.C.) (*).

(*) cf. biblio n° 32 – 33 - 34

Il s'agit d'une aide à la lecture labiale ou codage visuel qui améliore la compréhension du message oral par l'enfant sourd en associant chaque phonème prononcé à un geste de complément effectué par la main près du visage. Ce geste se compose d'une position de la main et d'une configuration des doigts.

Relativement rapide à acquérir par l'entourage (15 heures environ pour acquérir la technique), le L.P.C. demande de la persévérance pour parvenir à un rythme naturel d'élocution sans exclure l'intonation et la mimo-gestualité naturelles.

Par cette technique, l'enfant sourd apprend des structures grammaticales complètes, des tournures de phrases et des mots nouveaux sans que ceux-ci lui soient systématiquement et artificiellement enseignés.

Pour l'accompagnement en intégration, certains services de soins proposent des "codeurs L.P.C." parmi l'équipe des professionnels. Ils sont intervenants en milieu scolaire ordinaire, y compris pour les examens et les concours publics (circulaire du ministère de l'Education Nationale, mars 1994).

Ces codeurs ont pour mission de répéter – sans la voix pour ne pas gêner le cours – les paroles du professeur.

En classe de maternelle et élémentaire, il n'est pas nécessaire que le codeur soit présent en permanence dans la classe, même s'il est prévu que ses interventions soient de plus en plus fréquentes, avec l'accroissement des exigences scolaires.

Au collège, il est recommandé que les codeurs interviennent sur les 2/3 des cours magistraux et non la totalité. Il s'agit ainsi de s'assurer que les élèves sourds ne soient pas totalement dépendants du codeur et de solliciter parfois leur lecture labiale et leur suppléance mentale, qui restent les meilleurs atouts pour leur autonomie dans la société des entendants. Le choix des heures de cours codées peut se faire en concertation avec l'élève sourd selon ses préférences et ses besoins (sources COD.A.L.I. de l'ALPC, Cf. Abréviation).

2.3.6. Le Français Complet Signé et Codé (FCSC)

Encore peu développé, le Français Complet Signé et Codé (F.C.S.C.) consiste à utiliser le L.P.C. tout en le ponctuant de signes empruntés au lexique de la langue des signes selon un processus adaptatif simple et rigoureux.

Le F.C.S.C. n'a rien de comparable avec le F.S. dont on cerne maintenant les limites et les inconvénients, car il ne respecte pas les règles grammaticales de la langue de référence (ex : « nous dormons » est perçu visuellement sous forme de deux concepts : nous et dormir).

L'objectif du F.C.S.C. est de passer le plus rapidement possible au L.P.C. seul, garant d'un accès visuel à tous les composants du français, d'ordre phonologique et morpho-syntaxique.

2.3.7. La dactylogogie

C'est l'alphabet gestuel des déficients auditifs qui correspond à l'épellation dans la langue des signes. Elle est couramment employée par les déficients auditifs et bon nombre de malentendants. En pratique, entre initiés, il suffit souvent de ne former que les premières lettres du mot pour qu'il soit deviné par l'interlocuteur. Elle n'est utilisée que pour les noms propres ou lorsque le signe correspondant est ignoré ou n'existe pas. Il existe une dactylogogie par pays.

2.4 Les codeurs L.P.C. et les interfaces de communication

En plus de la technologie de plus en plus performante, les « aides humaines » ont pour mission de favoriser et d'accompagner l'intégration des jeunes déficients auditifs, en particulier lors de leurs scolarité et études. Ces personnes qualifiées exercent des rôles ou métiers spécifiques auprès du jeune sourd :

- le preneur de notes, est généralement étudiant de la même promotion
- le répétiteur, étudiant d'une promotion supérieure,
- l'interface de communication traduit le cours par le biais de différents modes de communication (L.S.F., L.P.C., F.S., lecture labiale, re-formulation écrite ou orale...) et vérifie que ce cours est bien compris. Il facilite aussi, la communication entre la personne sourde et son environnement scolaire ou professionnel.
- l'interprète en L.S.F. restitue le cours dans son intégralité en respectant l'équilibre entre transcodage et interprétation, il se distingue ainsi du simple traducteur. Ces interprètes sont diplômés depuis 1993, d'une maîtrise d'interprétation en L.S.F. (Ecole Supérieure d'Interprètes et de Traducteurs (E.S.I.T) de Paris III Sorbonne) et à partir de septembre 2004, d'une licence professionnelle à PARIS VIII.
- le codeur intervient en milieu scolaire ordinaire, y compris pour les examens et concours publics (*). Le diplôme de codeur est délivré et validé par l'A.L.P.C. et le jury comprend des représentants du Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Une licence professionnelle en L.P.C. devrait voir le jour en septembre 2005 à PARIS V et VI.

(*) circulaire MEN du 22 mars 1994

3 - METHODE

3.1 Sources des données :

- Les responsables et professionnels d'établissements médico-éducatif
- l'Inspecteur en charge de l'Adaptation et de l'Intégration Scolaire (AIS),
- le secrétaire de la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES),
- le secrétaire de la Commission de Circonscription du Second Degré (CCSD),
- les secrétaires des Commissions de Circonscription Pré-scolaire et Élémentaire (CCPE),
- les chefs d'établissements scolaires accueillant des enfants déficients auditifs
- les médecins et infirmières de l'Education Nationale
- les responsables d'associations de parents (URAPEDA),
- les médecins du service d'ORL du C.H.U. Clocheville
- bibliographie

3.2 Description des dispositifs d'accueil des jeunes déficients auditifs :

- Recherche et études de textes de loi
- Recherche et analyses bibliographique
- Interviews de personnes référentes en Indre et Loire.

3.3. Etude descriptive de la population atteint de surdité « importante » :

3.3.1 Critères d'inclusion des cas étudiés:

- Etre né entre le 01/01/1982 et le 31/12/1997
- Etre domicilié en Indre et Loire
- Présenter d'une surdité correspondant à une perte tonale auditive d'au moins 56 décibels (surdité moyenne de second degré et supérieure)

Choix des critères d'inclusion :

- A) Seuil de la perte tonale auditive d'au moins 56 décibels : à ce niveau de degré de surdité, le déficit entraîne un handicap qui n'a pu passer inaperçu (retard de langage, difficultés à communiquer...) et a été très probablement identifié avant 4 ans.
- B) Etre né entre le 01/01/1982 et le 31/12/1997 : c'est à dire les enfants qui auront de 7 ans à 22 ans en 2004, ce qui correspond à l'âge d'entrée en école élémentaire jusqu'à l'âge usuel d'entrée dans la vie active.
- A l'âge de 7 ans, dans la majorité des cas de surdité congénitale, le diagnostic de surdité moyenne second degré, sévère ou profonde a été posé.

3.3.3 Paramètres étudiés :

- date de naissance
- sexe
- perte tonale droite et gauche
- degré de surdité
- présence d'aide auditive (appareillage ou d'implant)
- âge d'acquisition du langage oral
- type de communication utilisée (L.S.F., L.P.C., oral...)
- statut des parents et de la fratrie (entendants ou non)
- handicap associé (malformation)
- école (milieu ordinaire ou institut spécialisé) - (CLIS/UPI ou non)
- niveau scolaire ou classe ou diplôme préparé
- présence d'AVS ou interface de communication
- type de prise en charge (service de soins)

Choix et calcul des paramètres :

A) Calcul de la perte tonale et du degré de surdité

La perte totale moyenne est calculée à partir de la perte en dB aux fréquences 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz et 4000 Hz (fréquences qui correspondent à celle de la parole). Toute fréquence non perçue est notée à 120 dB de perte. Leur somme est divisée par quatre arrondie à l'unité supérieure.

On obtient donc une perte tonale à droite et une perte tonale à gauche.

Pour calculer la perte tonale globale, le niveau moyen de perte en dB est multiplié par 7 pour la meilleure oreille et par 3 pour la plus mauvaise oreille. La somme est divisée par 10.

$$\text{Perte tonale globale} = \frac{(\text{perte tonale meilleure oreille}) \times 7 + (\text{perte tonale moins bonne oreille}) \times 3}{10}$$

Puis on compare ce résultat avec le tableau de la « Classification des degrés de surdité » cf. annexe 1 - p 43.

Les enfants porteurs d'implants cochléaires seront classés en fonction de leur perte tonale avant implant, c'est à dire porteurs de « surdité profonde » puisqu'actuellement les implants ne sont posés que chez des enfants atteints de surdité profonde.

B) Détermination du taux d'incapacité :

Les prises en charge par les établissements et services spécialisés sont déterminés par les taux d'incapacité qui sont calculés à l'aide du « guide barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées » en fonction de la déficience respective des deux oreilles (cf. glossaire p.4 et cf. biblio n°31)

Au-dessus d'un taux d'incapacité à 50 %, un enfant pourra être pris en charge administrativement par une structure spécialisée. En dessous de ce seuil, la prise en charge par un établissement ou un service spécialisé peut poser problème lorsque le taux n'est pas majoré par une difficulté d'élocution.

C) L'appareillage auditive (prothèses) :

Nous ne prendrons en compte que la présence ou pas d'un appareillage, non son type.

Nous ne retiendrons pas le gain prothétique, considérant que la prothèse a priori améliore l'audition mais de manière très hétérogène suivant les individus et le type de prothèse et en aucun cas, ne restitue une audition normale à un enfant déficient auditif avec une perte tonale supérieure à 56 Db.

C) L'influence de l'âge de diagnostic de la déficience auditive :

Sans aide spécifique l'enfant sourd sévère ou profond ne parlera pas ou très mal. Ainsi, plus la prise en charge (appareil, soins spécifiques...) de l'enfant est précoce, plus l'enfant gagnera en communication, en apprentissages, en compréhension de son environnement et donc en insertion sociale. Il nous paraissait donc important dans cette étude de connaître l'âge du diagnostic.

- pré lingual réalisé avant l'acquisition de la langue orale (avant 2 ans),
- péri lingual (2 à 4 ans),
- ou post lingual réalisé après l'acquisition de la langue orale (après 4 ans)

E) Les modes de communication utilisés par les jeunes déficients auditifs :

- L'oral pur
- Le langage Parlé Complété (L.P.C.),
- La Langue des Signes Française (L.S.F.),
- Le Français Signé (FS) ;
- Le bilinguisme (L.S.F. – Oral)

Ils sont essentiels dans la perspective d'une restauration de la fonction de communication et celle d'une intégration scolaire puis sociale.

De plus, il nous paraît important de connaître le statut de la famille (parents et fratrie) afin de connaître le mode de communication familial.

Nous avons séparé la L.S.F. et le FS, puisque dans un cas la syntaxe est différente de la langue française orale et que dans l'autre cas, c'est la même.

F) Le handicap ou pathologie associée (syndrome malformatif) :

Les syndromes malformatifs et handicaps associés ont été étudiés. Cependant, nous n'avons pas analysé les troubles du comportement ne disposant pas de critères suffisamment objectifs pour identifier les troubles induits par la surdité elle-même, d'autres troubles résultants d'une pathologie psychiatrique associée.

G) La situation scolaire :

Nous avons relevé le milieu scolaire (ordinaire ou spécialisé) dans le quel est accueilli le jeune sourd. Si c'est en milieu ordinaire, le type d'intégration (collective ou individuelle), le niveau de l'établissement (maternelle, élémentaire, collège, lycée ou autre) et la classe ou le diplôme préparé ou obtenu.

H) Les soins spécifiques et les interfaces de communication :

L'enfant sourd ne peut s'approprier le langage oral qu'avec des interventions adaptées de type orthophonique, psychologique, psychomoteur, soutien scolaire ou reprise de cours.

Dans le cas d'intégration en milieu ordinaire, nous nous sommes intéressés à la prise en charge spécifique d'un service de soins à domicile (SESSAD ou SSEFIS, cf. plus loin).

4 RESULTATS

4.1 Description des dispositifs d'accueil des jeunes déficients auditifs :

" Les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins de chacun d'eux..." Loi d'orientation- juin 1975.

Dans chaque académie, il existe des services de l'adaptation et de l'intégration scolaire (A.I.S.) qui recouvrent le secteur de l'enseignement "adapté", qui gère des aides spécialisées aux enfants en échec scolaire (RASED...), et le secteur de l'intégration scolaire qui s'adresse aux enfants reconnus handicapés (CLIS, UPI et établissements spécialisés...).

4.1.1. Le milieu ordinaire :

A) l'intégration individuelle :

L'intégration individuelle dans une classe ordinaire doit se réaliser dans le cadre d'un projet individualisé scolaire (PIIS) en prenant en compte les besoins éducatifs particuliers à chaque élève handicapé. Pour accompagner cette intégration, l'intervention d'une équipe spécialisée d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD, cf. loin) est généralement mise en place. Parfois, il est nécessaire d'y associer la présence, d'un auxiliaire de vie scolaire pour faciliter la vie quotidienne, d'un traducteur, si l'élève communique en L.S.F., ou d'un codeur, si l'élève pratique le L.P.C.

B) l'intégration collective :

Lorsque les exigences d'une intégration individuelle sont trop contraignantes pour l'enfant ou lorsque l'établissement scolaire se trouve dans l'incapacité avérée de mettre en place ce projet individuel, l'élève peut être admis dans une classe d'intégration scolaire (CLIS) à l'école primaire, ou dans une unité pédagogique d'intégration (UPI) qui accueille au sein du collège de petits groupes d'adolescents handicapés. L'action pédagogique vise le développement optimal de la communication en français : échange oral et utilisation de la langue écrite.

a) Les classes d'intégration scolaire (C.L.I.S.) :

Les CLIS, structures départementales, permettent l'accueil dans une école primaire ordinaire d'un petit groupe d'enfants (12 au maximum) présentant le même type de handicap (*)

Dans le cas du handicap auditif il s'agit de « CLIS 2 ». Les orientations sont proposées aux familles par les Commissions de Circonscription Préscolaire et Élémentaire (CCPE).

(*) circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991

En Indre et Loire, il existe un dispositif « CLIS 2 » à l'école élémentaire Raspail de Tours. Il s'agit d'un dispositif ouvert, c'est à dire que les enfants suivent le niveau de classe leur correspondant tout en bénéficiant de l'aide spécifique apportée par la CLIS : la reprise de cours par un maître titulaire du certificat C.A.P.S.A.I.S. option A (cf. abréviation).

Les enfants peuvent bénéficier de l'aide d'un auxiliaire de vie scolaire individuelle (AVS-i), qui travaille sous la responsabilité de l'enseignant. Selon ses compétences, elle peut apporter sa contribution pour les codages des cours lors des intégrations dans les autres classes de l'établissement et faciliter leur vie quotidienne dans l'ensemble du temps scolaire.

b) Les unités pédagogiques d'intégration (U.P.I.) :

Les UPI constituent des dispositifs permettant des regroupements pédagogiques d'adolescents (11 à 16 ans) handicapés au sein d'un collège (*). L'effectif est limité à 10 élèves. Comme pour les CLIS, les élèves accueillis présentent des difficultés qui rendent difficile leur intégration individuelle dans une classe ordinaire, sans pour autant nécessiter l'admission dans un institut spécialisé. L'orientation et l'affectation de l'élève sont décidées par la Commission de Circonscription du Second Degré (CCSD).

L'UPI du collège Léonard de Vinci est un dispositif ouvert : chaque adolescent participe régulièrement aux activités de la classe du collège de son niveau et s'insère dans la vie scolaire de l'établissement. Le dispositif comprend l'aide :

- d'un maître titulaire (C.A.P.S.A.I.S. option A), qui reprend individuellement ou par petit groupe les apprentissages difficiles.
- d'un auxiliaire de vie scolaire collectif (AVS-co) qui codent ou traduit certains cours et aident l'enfant dans la vie quotidienne. Toutefois cette fonction de codeur ou traducteur ne devrait plus être attribuée aux AVS, mais à des professionnels relevant des services de soins.

C) Les services de soins :

Créés en 1987, les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) et déclinés pour la déficience auditive en Service de Soutien à l'Education Familiale et Intégration Scolaire (SSEFIS) ont pour objectif, d'accompagner et d'aider les enfants ou adolescents handicapés dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation, en leur apportant un soutien spécialisé qui comprend :

- des actes médicaux spécialisés et des rééducations : orthophonie, psychologie...
- des séances de soutien spécifique par un enseignant spécialisé
- quelquefois des séances de codage dans les établissements scolaires.

(*) circulaire n° 95-125 du 17 mai 1995 et circulaire 21-02-2001.

Ces équipes pluridisciplinaires, personnels du secteur médico-éducatif viennent travailler dans l'école, auprès d'enfants en intégration scolaire. C'est en quelque sorte, un établissement qui devient mobile pour travailler "à domicile", mais parfois, comme pour le CRAPI, les soins peuvent se faire à l'intérieur de l'établissement médico-éducatif.

Comme pour les établissements spécialisés, l'admission dans le service de soins (financé par l'assurance maladie) relève de la décision de la Commission Départementale d'Education Spéciale (CDES) (*) après accord parental. Ce suivi, sauf exception s'adresse aux enfants de 3 à 18 ans.

En Indre et Loire, deux structures proposent ce service de soin :

- Le SESSAD du Centre Régional d'Audio-Phonologie Infantile (CRAPI) qui est un service du Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) d'Indre et Loire.
- Le SSEFIS de l'Institut de Rééducation et d'Education pour la Communication, l'Ouïe et la Vue de Tours (IRECOV)

D) Les codeurs et interfaces de communication :

Comme il est expliqué plus haut, l'interface de communication utilise tous les moyens (L.P.C., L.S.F., écrit...) pour faire comprendre le cours au jeune déficient auditif ou donner des explications en milieu professionnel, alors que le codeur code les cours en L.P.C..

1. Avant 16 ans :

La prise en charge des codeurs et des interfaces de communication (I.C.) peut se faire de différentes manières. Dans certains départements, les services spécialisés (SESSAD, SSEFIS, instituts de jeunes sourds, association de parents..) emploient des codeurs salariés, qui interviennent dans les classes lors d'intégration scolaire. En Indre et Loire, c'est l'association « Handicap Conseil » qui a embauché des auxiliaires de vie et les a formé au codage, organisant et gérant ainsi, la mise à disposition de personnels compétents auprès d'enfants déficients auditifs.

Devant le développement rapide des auxiliaires de vie, sans cadre institutionnel, et avec de grande disparité dans la définition des rôles, le Parlement a adopté en avril 2003, une loi créant le statut d' « assistant d'éducation » (loi n° 2003-400 du 30 avril 2003).

(*) La C.D.E.S. est une instance départementale d'aide aux enfants et adolescents handicapés, de 0 à 20 ans (sauf cas particulier) qui attribue l'allocation d'éducation spéciale (AES) et la carte d'invalidité et qui oriente vers des établissements d'éducation spéciale. Un enfant reconnu handicapé doit pouvoir bénéficier d'une éducation spéciale gratuite qui associe des actions médicales, paramédicales, sociales, pédagogiques et psychologiques. La C.D.E.S. est composée de 12 membres provenant de l'Education Nationale, de la DDASS, des usagers (association de parents d'élèves, représentants d'établissements spécialisés..) et de la CPAM et de la CAF.

Parmi les assistants d'éducation créés, les auxiliaires de vie scolaire (AVS) conservent les mêmes missions "d'aide à l'intégration des élèves handicapés" que leurs prédécesseurs, les auxiliaires de vie, et sont sensiblement plus nombreux.

Selon le texte législatif, l'AVS est amené à n'effectuer que certains gestes techniques ne requérant pas de qualification médicale ou para-médicale particulière et l'AVS n'a pas pour mission de coder ou de traduire les cours.

Il n'est donc pas créé de statut particulier pour les personnels formés et expérimentés au codage L.P.C. et à la L.S.F..

Il est juste proposé à ce personnel, un statut d'assistant d'éducation peu en rapport avec leurs diplômes et leur compétence ; ce qui explique pourquoi, certains préfèrent rejoindre des organismes privés qui leurs assurent meilleures reconnaissances et perspectives professionnelles.

Les AVS-i (i = individuel) interviennent auprès d'élèves en intégration individuelle et sont rattachés administrativement à l'Inspection Académique, alors que les AVS-co (collective) interviennent en CLIS et en UPI et sont rattachés à un établissement public qui les recrute directement et assure leur gestion administrative. Un responsable de la coordination du service départemental des AVS est chargé de l'organisation et de la planification des emplois du temps. Il a en outre la charge et l'animation du service.

Afin de ne pas entraver la scolarité des enfants déjà intégrés, et en attendant de trouver de meilleures solutions, en 2003-2004, l'Inspection Académique (A.I.S.) d'Indre et Loire a formé à la pratique du L.P.C., quelques AVS.

Mais ces codeurs débutants, trop peu nombreux, ne peuvent avoir en quelques mois, le niveau de compétence des anciens et lorsqu'ils auront acquis cette compétence, se retrouveront dans la même situation que leurs aînés.

Ainsi, sans autres solutions, à moyen terme, la qualité de l'intégration sera compromise par le nombre insuffisant de codeurs et I.C. formés et expérimentés.

c) Après 16 ans :

A partir de l'âge de 16 ans, dans le cadre de la poursuite des études ou de la formation professionnelle, l'Association de Gestion du Fond pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), peut aider à rémunérer des prestations de codeurs, à l'exception des élèves de 1^{ère} et terminales des filières généralistes (S, ES et L).

E) L'union Régionale d'Association de Parents d'Enfants Déficiants Auditifs (URAPEDA) :

Les associations « URAPEDA » ont été créées entre 1983 et 1996 et proposent des services d'accompagnement des jeunes et adultes déficients auditifs (codeurs ou interfaces de communication) pour leur intégration dans l'environnement non spécialisé: école, enseignement supérieur, formation professionnelle, emploi. Elles ont aussi, une action d'information et de sensibilisation de l'environnement d'accueil et organisent des actions de formation à destination des parents et des professionnels.

Ces associations proposent également divers services: le dispositif Emploi-Formation et les Pôles de soutien aux lycéens de filières technologiques et aux Étudiants.

4.1.2. Les établissements spécialisés :

L'éducation nationale a obligation d'ouvrir des classes ou même des écoles dans les établissements spécialisés, IME (Institut Médico-Éducatif) ou instituts spécialisés.

A) L'IRECOV :

Établissement de rééducation et d'enseignement, l'IRECOV (Institut de Rééducation et d'Education pour la Communication, l'Ouïe et la Vue) de Tours accueille des enfants sourds profonds, de 6 à 14 ans.

Les programmes d'enseignement, adaptés aux besoins des jeunes sourds (communiquer, s'instruire, s'intégrer), suivent les instructions de l'Education Nationale avec une progression adaptée à l'enseignement du français et un accent mis sur les aptitudes à la communication orale : éducation auditive, lecture labiale et apprentissage de la L.S.F....

Un suivi médical et paramédical est proposé, ainsi qu'un suivi psychologique, un accompagnement familial et une aide à l'orientation.

L'admission se fait après décision de la CDES et avec l'accord des parents.

B) Les instituts hors département :

Pour l'année 2003-2004, la CDES d'Indre et Loire gère 18 dossiers d'enfants et de jeunes déficients auditifs accueillis dans un institut spécialisé (institut spécialisé pour jeunes sourds) hors département car ces enfants sont toujours domiciliés en Indre et Loire.

4.2. Etude descriptive :

141 enfants déficients auditifs, nés entre le 1^{er} janvier 1982 et le 31 décembre 1997 et domiciliés en Indre et Loire ont été identifiés au dernier semestre 2003.

La population générale estimée en Indre et Loire, pour cette tranche d'âge, est de 107 000 individus (*), et on calcule un taux de prévalence à $141/107\ 000 = 1,31$ pour mille, ce qui correspond aux taux habituellement retrouvés dans la littérature.

Après consultation des dossiers et en particulier des audiogrammes et /ou renseignements O.R.L., 56 enfants ne correspondent pas ou plus aux critères d'inclusion dans notre étude :

- 15 enfants présentent une déficience auditive légère, (21 dB - 40 dB)
- 39 enfants présentent une déficience auditive moyenne 1^{er} degré (41 - 55 dB),
- 1 élève du collège L. de Vinci a déménagé en cours d'année.
- 1 cas non documenté (élève non connu du médecin de l'Education Nationale de secteur, mais signalé comme élève handicapé à l'Inspection Académique (CCSD)).

Cette étude regroupe donc 85 observations d'enfants et d'adolescents atteints de « déficience auditive importante » domiciliés dans le département d'Indre et Loire, fin 2003, scolarisé en milieu ordinaire ou spécialisé, suivis ou non par un service de soins.

4.2.1. Description des cas en fonction de l'âge, du sexe et du degré du surdité :

A) Sexe Ratio

Les garçons représentent 56.5 % des dossiers (48 observations), les filles 43.5 % (37 observations), ce qui correspond à la répartition habituellement décrite dans la littérature.

B) Répartition selon l'âge :

L'âge des 85 enfants ou adolescents étudiés se répartit sur 16 années comme suit :

Année (**)	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	total
Age en 2004	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Effectifs	5	6	1	4	2	5	2	10	6	9	5	7	6	8	5	4	85
%	5.8	7	1	4.7	2.3	5.9	2.3	11.8	7	10.6	5.8	8	7	9.4	5.8	4.7	100

(*) source «Service Informatique et Statistique - Inspection Académique 37»

(**) année de naissance

C) Degrés de déficience auditive et taux d'incapacité :

Dans les critères d'inclusion de l'étude nous avons utilisé la classification internationale des degrés en fonction de la perte tonale, qui semble plus discriminante.

Les 85 jeunes se répartissent par degré de surdité comme suit :

Répartition par degré de surdité

moyenne 2nd degré	18	21,2 %
sévère	30	35,3 %
profonde	37	43,5 %

Cependant, comme les prises en charge en établissements et services spécialisés sont déterminés par les taux d'incapacité (T.I.) calculés à l'aide du guide barème (*), nous avons également étudié la répartition suivant le taux d'incapacité calculé puisque au-dessus d'un taux d'incapacité à 50 %, un enfant pourra être pris en charge par une structure spécialisée.

Les 85 jeunes se répartissent par taux d'incapacité (T.I.) comme suit :

Répartition par taux d'incapacité

0 à 49 p.100	7	8,2 %
50 à 79 p.100	27	31,7 %
80 p.100	51	60 %

- 7 jeunes sourds moyens 2nd degré ont un T.I. inférieure à 50%, et donc ne bénéficient pas de prise en charge systématique (pour qu'il y ait prise en charge, il faut que la déficience soit majorée par une difficulté d'élocution ou un autre handicap)
- par contre, tous les jeunes sourds sévères ont un T.I. supérieur à 50% et donc une prise en charge systématique,
- le groupe des T.I. supérieures à « 80 % » compte 51 jeunes parmi lesquels : 14 déficients auditifs sévères, et 37 profonds.
- le groupe des T.I. « 50-79 % », compte 27 jeunes composé d'un mélange de déficients auditifs moyens 2^{ème} degré et sévères.

En fait, il semble que la répartition donnée par le taux d'incapacité soit plus discriminante dans les cas de déficience auditive légère, et moyenne, mais pas assez pour les déficiences sévères et moyennes qui nous intéressent dans l'étude.

(* cf., glossaire p.4, biblio n° 31.

4.2.2. Pathologie associée ou syndrome malformatif :

Sur les 85 jeunes étudiés, 14 (16,5 %) présentent en plus de leur déficience auditive, une pathologie associée ou un syndrome malformatif (*), 7 (50 %) d'entre eux sont admis en instituts spécialisés. La répartition du degré de surdité parmi ces jeunes est peu différente de l'ensemble des jeunes sourds : 4 sont sourds profonds, 6 sévères et 4 moyens 2nd degré.

4.2.3. Les aides auditives :

Les prothèses auditives :

Dans la très grande majorité des cas de surdité moyenne 2nd degrés et sévère, les enfants sont appareillés. Dans les cas de surdité profonde, 25% des enfants ne portent pas d'appareil, souvent parce qu'ils n'en trouvaient pas de bénéfique.

L'implant cochléaire :

10 enfants (sourds profonds 3^{ème} degré) ont bénéficié d'un implant cochléaire, l'âge moyen de ces enfants est de 10 ans.

	moyenne 2 ^{ème} degré	Sévère	profonde	Total
Nombre de cas	18	30	37	85
appareil	18	27	18	63
% appareillé / total	100 %	90 %	75,5 %	86 %
Implant cochléaire	-	-	10	10

4.1.4. Les modes de communication :

Dans cette étude, 46 % des enfants (39 cas) ont une communication orale pure, 25,8 % (22 cas) s'expriment en L.S.F., 21,2 % (18 cas) par L.P.C. et 5,8% (5 cas) ont une communication bimodale L.S.F./oral :

	effectifs	
Oral Pur	39	(46%)
L.S.F. + oral	5	(5,8 %)
L.P.C.	18	(21,2 %)
L.P.C.	8	
L.P.C. + F.S.	6	
L.P.C.+ L.S.F.	4	
L.S.F.	22	(25,8 %)
gestes seuls (**)	1	(1,2 %)
Total	85	(100 %)

(*) cf. glossaire - p. 3

(**) un enfant, malgré les tentatives de prise en charge, ne communique avec l'extérieur que par des gestes qu'il a mis en place avec son entourage (hors L.S.F. ou LCP),

Parmi les enfants qui utilisent la L.P.C., certains ont communiqué avec la L.S.F. ou le F.S. dans leur petite enfance, ils peuvent donc s'exprimer en L.P.C. et en F.S. ou L.S.F.

Mode de communication en fonction des instituts et classes spécialisées :

	L.S.F. seul	Oral pur	L.P.C.
instituts spécialisés	22 cas (100%)	-	-
Classe de CLIS	-	4	3 (avec LSF/FS)
Classe d'UPI	-	1	5

Mode de communication en fonction du degré de déficience auditive :

	moyenne 2 nd degré	sévère	profonde		total
			avec implant	sans implant	
Oral Pur	18	20	-	2	40
L.P.C.	-	3	10	5	18
Oral + L.S.F./F.S.	0	1	-	4	5
Gestes seuls (LSF ou gestes)	0	6	-	16	22
Total	18	30	10	27	85

Les 10 enfants porteurs d'implant cochléaire communiquent avec le L.P.C., et pour 7 d'entre eux, il y a eu un premier langage LSF /FS.

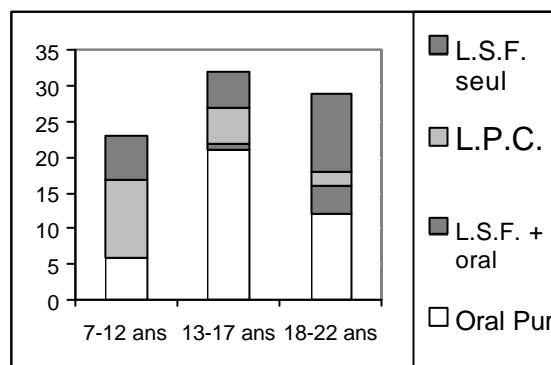
Mode de communication en fonction de l'âge :

En premier temps, nous avons calculé la moyenne d'âge par mode de communication

- L.S.F. seule : 17.5 ans
- L.P.C. : 12 ans
- L.P.C./L.S.F. ou F.S. : 9 ans

En un second temps, nous avons étudié la répartition des modes de communication en fonction de l'âge :

	7-12 ans	13-17 ans	18-22 ans
Oral Pur	6	21	12
L.S.F. + oral	0	1	4
L.P.C.	11	5	2
L.P.C.	1	5	2
L.P.C. + F.S.	6	-	-
L.P.C. + L.S.F.	4	-	-
L.S.F.	6	5	11
gestes seuls	-	-	1
Total	23	32	30



On remarque la progression de la pratique du L.P.C. par rapport à la L.S.F. et surtout l'association de L.S.F. avec le L.P.C. qui se pratique après qu'un premier langage (L.S.F. ou F.S.) a été mis en place dans la petite enfance.

4.2.5. Statut de la famille et langue parlée ou gestuelle

Aucun des enfants atteints de surdité moyenne 2nd degré n'avait de parents ou de sœurs et/ou frères déficients auditifs. Aussi, nous sommes intéressés uniquement aux 67 enfants de l'étude atteints de surdité sévère et profonde, et nous avons étudié leur mode de communication en fonction de l'environnement familial.

Statut de la famille et mode de communication :

	au moins un parent sourd		fratrie sourde mais pas de parent sourd		pas de parent ni de fratrie sourde		Total
oral	1	20 %	3	27,3%	18	35,3 %	22
LPC	-	-	2	18,2%	16	31,4 %	18
LSF et oral	-	-	2	18,2%	3	5,8 %	5
LSF seule	4	80 %	4	36,3%	14	27,5 %	22
	5		11		51		67

Parmi ces jeunes atteints de surdité sévère et profonde :

- 7,5 % des jeunes déficients auditifs (5 jeunes) ont au moins un parent déficient auditif, et 4 sur 5 pratiquent la L.S.F. seule,
- 16,5 % (11 jeunes) ont une sœur ou un frère atteint de déficience auditive, mais avec des parents entendants, et la moitié d'entre eux pratique ou a pratiqué la L.S.F. seule ou en bimodale,
- 76 % (51 jeunes) ont une fratrie et des parents entendants, et parmi eux, les 2/3 utilisent l'oral pur ou la LPC pour communiquer.

4.2.6. L'âge du diagnostic :

Même si certaines déficiences auditives sont progressives, le plus souvent celle des enfants recensés dans cette étude, s'est installée très tôt dès les premiers mois de la vie.

L'étude de 2001(*) du service ORL de l'hôpital Clocheville avait calculé l'âge moyen du diagnostic sur 55 enfants nés entre 1996 et 2001 :

- surdité moyennes (**)
 - surdités profondes et sévères
- à 4 ans et 2 mois (32 cas)
à 16 mois (23 cas)

(*) Cf. Biblio. n° 20

(**) surdités moyennes 1^{er} et 2nd degré.

Bien que ces chiffres ne puissent être comparés (critères audiométriques différents pour la surdité moyenne), nous avons calculé l'âge moyen de diagnostic, des déficiences auditives congénitales ou périnatales (*) :

- surdités moyennes 2nd degré, à 37 mois (18 cas)
- surdités sévères et profondes à 18 mois (67 cas)
 - surdités sévères à 22 mois (30 cas)*
 - surdités profondes à 15 mois (37 cas)*

L'âge moyen du diagnostic en fonction du milieu (ordinaire ou en institut spécialisé) est sensiblement le même, pour les enfants atteints de déficience auditive sévère et profonde.

Par contre, les 6 enfants admis à l'IRECOV, ont un âge moyen de diagnostic plus élevé :

- enfants-adolescents du milieu institut spécialisé 11 mois (16 cas documentés)
- enfants-adolescents du milieu ordinaire 19 mois et demi (38 cas documentés)
- enfants de l'IRECOV 25 mois (6 cas documentés)

Enfin, on remarque que dans 46 % des cas (39 jeunes), le diagnostic a été fait avant deux ans, dans 30,6% des cas (26 jeunes), il a été fait au moment de l'âge de l'acquisition du langage, et enfin, dans 15% des cas (13 jeunes), après l'acquisition du langage.

L'âge du diagnostic devrait sensiblement baisser, dans le futur, avec les dépistages systématiques par OEA, pratiqués aujourd'hui.

Age du diagnostic en fonction du degré de la déficience auditive :

	pré-linguale		péri-linguale		post-linguale	
	< à 12 mois	12-24 mois	2-4 ans	> à 4 ans	inconnu	total
moyenne	2	2	4	9	1	18
Sévère	2	7	13	3	5	30
profonde	17	9	9	1	1	37
Total	21	18	26	13	7	85
%	24,7 %	21,2 %	30,6 %	15,3 %	8,2 %	

(*) un cas de surdité acquise et diagnostiquée à l'âge de 15 n'a pas été pris en compte.

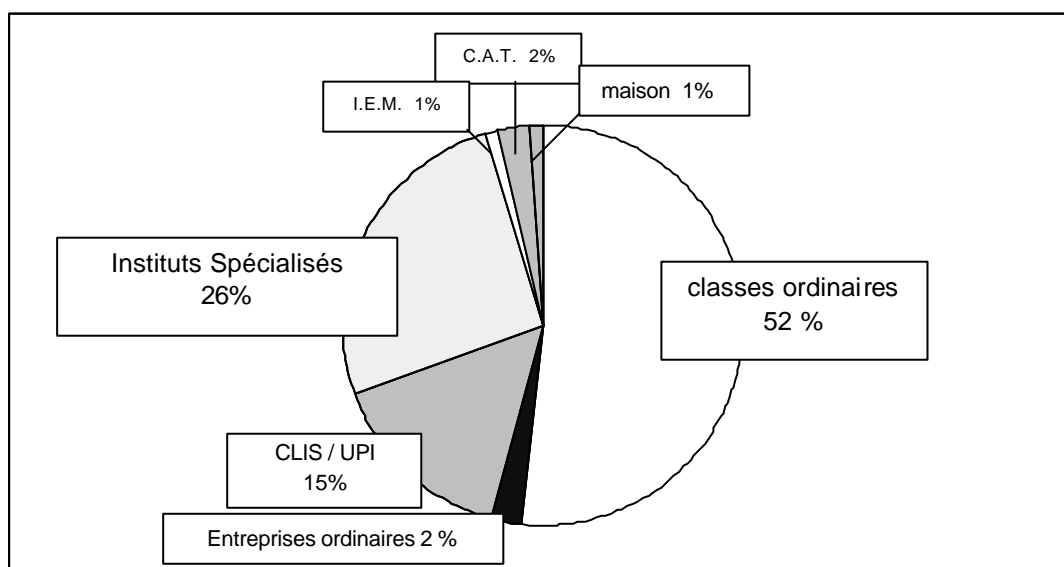
4.2.7. Milieux scolaires et professionnels :

Les 85 enfants et jeunes sourds étudiés, sont accueillis en :

- intégration individuelle (1 élève en collège SEGPA (*))	44 (52 %)
- intégration collective (7 en CLIS, 6 en UPI) d'établissements ordinaires	13 (15 %)
- Instituts spécialisés (6 à l'IRECOV* de Tours, 16 hors département)	22 (26 %)
- entreprises ordinaires (1 salarié diplômé d'un BEP*, et 1 d'un CAP*)	2 (2%)
- C.A.T. (Centre d'Aide par le Travail)	2 (2%)
- Institut d'Education Motrice (IEM) (*)	1 (1%)
- à la maison	1 (1%)

En considérant comme étant le « milieu ordinaire », l'école, le collège, le lycée et l'entreprise ordinaire, par opposition au secteur médico-éducatif (instituts, I.E.M. et C.A.T.) (sans comptabiliser l'enfant qui ne fréquente aucun établissement), nous constatons que :

- 25 (30 %) des enfants ou adolescents sont accueillis en secteur médico-éducatif
- 59 (70 %) des enfants ou adolescents le sont en milieu ordinaire.



75 jeunes (88 %) poursuivent une scolarité ou une formation professionnelle (4 jeunes adultes travaillent, 6 ne suivent plus une scolarité normale).

	maternelle- élémentaire	collège	lycée ou université	filière professionnelle	Total
intégration individuelle	9	9	11	15	44
intégration collective	7 (CLIS)	6 (UPI)	0	0	13
institut spécialisé	6 (a)	5 (b)	1	6	18
	22	20	12	21	75

(a) IRECOV (b) Instituts hors département

(*) cf. Abréviation

A) Le milieu ordinaire

a) L'intégration individuelle :

43 enfants et jeunes suivent une scolarité en intégration individuelle. Parmi eux, 9 enfants en élémentaire (+ 1 en maternelle) et 9 en collège.

A l'exception d'un collégien, tous bénéficient tous d'un service de soins (CRAPI ou IRECOV). Même si certains connaissent la L.S.F. ou le F.S., appris lorsqu'ils étaient petits, aujourd'hui, ces jeunes communiquent tous par oral pur ou par L.C.P.

b) L'intégration collective :

- La CLIS de l'Ecole Elémentaire Raspail, accueille 9 enfants (seulement 7 concernés par l'étude suivant les critères d'inclusion) qui sont tous suivis par un service de soins :
 - par le SSEFIS de l'IRECOV (3 communiquent par oral pur, 1 par LPC/LSF)
 - par SESSAD du CRAPI (communiquent par LPC/FS)enfants bénéficient, en plus, de l'aide d'une AVS-i.
- L'UPI du collège Léonard de Vinci accueille 7 élèves (8 en début d'année, mais un a déménagé). 5 élèves entrent dans l'étude qui sont suivis par le CRAPI, (1 communiquent par LPC, 4 oral pur). De plus, les élèves de l'UPI bénéficient d'un AVS-co (collectif).

c) Les services de soins :

- le SESSAD du CRAPI suit 38 enfants, seulement 25 entrent dans l'étude,
- Le SSEFIS de l'IRECOV suit 14 enfants dont 11 entrent dans l'étude,

	moyens 2nd degré	sévères	profonds	Total
SESSAD CRAPI	9	7	9	25
SSEFIS IRECOV	2	4	5	11

	élémentaire		collège		Lycée ou LP	Total
	ordinaire	CLIS	ordinaire	UPI		
SESSAD CRAPI	6	3	6	5	5	25
SSEFIS IRECOV	4	4	3	0	0	11
	10	7	9	5	5	36

d) L'URAPEDA :

L'Union Régionale d'Association Parents d'Enfants Déficients Auditifs, durant l'année 2003-2004, une dizaine d'élèves ont bénéficié ou bénéficient d'un soutien scolaire organisé et géré par l'URAPEDA et financé par des fonds de l'AGEPHIP.

e) Les codeurs et interfaces de communication (I.C.) :

Parmi les élèves de cette étude, 17 élèves bénéficient de l'aide individuelle d'un codeur ou d'un I.C. ; pour 13 d'entre eux il s'agit d'un AVS-i de l'Education Nationale(*) et pour les 4 autres, d'un intervenant de l'URAPEDA (**).

Parmi ces jeunes sourds, 10 communiquent par LPC/LSF ou LPC/FS, 5 par LPC seul et 2 par LSF seul.

16 jeunes sur 17 sont atteints de surdité profonde.

Elèves suivis par un codeur-I.C. en fonction du nombre de « demi-journées » de présence de celui-ci :

		1,5 demi-journée	2 demi-journées	3 demi-journées	5 demi-journées ou plus	effectifs
maternelle	CLIS	-	1	-	-	1
élémentaire	ordinaire	-	1	5	-	6
	CLIS	-	3	-	-	3
collège		1	1	-	-	2
lycée général		-	-	-	2	2
LP		-	-	-	3	3
		1	6	5	5	17

Les 4 élèves de l'étude qui bénéficient d'un codeur ou I.C. de l'URAPEDA se répartissent : 2 en terminale (technologie et BAC PRO), 1 en 1^{ère} BAC PRO et 1 en BEP

Par ailleurs, les 7 élèves de l'UPI bénéficient d'un AVS-co.

B) le milieu spécialisé

- L'IRECOV accueille pour l'année 2003-2004, 9 enfants sourds profonds, de 6 à 14 ans, (6 enfants pour l'étude). Nés entre 1990 et 1997, ils communiquent tous par la LSF.
- Par ailleurs, un IEM du département accueille un jeune atteint de surdité.
- Les instituts hors département accueillent des jeunes sourds comme suit :
 - 5 à l'Institution Régional des Jeunes Sourds à Poitiers (86)
 - 3 à l'Institut Régional pour Sourds et Déficients Auditifs de St Jean de La Ruelle (45)
 - 1 à l'Institut des Jeunes Sourds à Bourg la Reine (92)
 - 6 à l'Institut Public pour Jeunes Sourds et Malentendants, La Persagotière à Nantes (44),
 - 1 au Centre Charlotte Blouin à Angers (49).

2 enfants ne remplissent pas les critères de l'étude (avec troubles associés expliquant leur admission dans ces instituts et ne sont pas comptabilisés dans l'étude. Parmi ces 16 jeunes :

- 12 suivent le programme de l'éducation nationale ou prépare un diplôme.
- 4 sont admis dans une classe spécialisée (classe délocalisée ou SEEDAHA(***)).

(*) 4 enfants nés après 1997 bénéficient également d'un AVS-i mais ne sont pas concernés par l'étude (source IEN-AIS 37).

(**) 3 codeurs et 4 interfaces de communication

(***) SEEDAHA : Section d'Education pour Enfants Déficients Auditifs avec Handicap Associés.

4.2.8. Les enfants de 7 à 12 ans ou nés entre 01/01/92 et 31/12/97.

Dans cette tranche d'âge supposée suivre une scolarité primaire, nous avons compté :

23 enfants qui suivent une scolarité élémentaire ou maternelle (1 seul en maternelle).

69.5 % des enfants (16 cas) sont en établissement ordinaire et 30.5% (7 cas) en instituts :

	moyenne 2	sévère	profonde	effectifs	%
Classe ordinaire	3	2	4	9	39 %
CLIS	0	2	5	7	30,5 %
établissements spécialisés	0	1	6	7	30,5 %
Total	3	5	15	23	100 %

Retard scolaire en milieu ordinaire :

6 enfants (37%) ont 1 an de retard (un an de plus que l'âge attendu)

10 enfants (63 %) sont dans nés l'année attendue.

Services de soins : les 17 enfants scolarisés en milieu ordinaire (classe ordinaire et CLIS)

sont suivis par un service de soins (9 par le CRAPI et 8 par l'IRECOV).

4.2.9 Les enfants de 13 à 17 ans inclus ou nés entre 01/01/87 et 31/12/91 :

Dans cette tranche d'âge (13 à 17 ans) supposée suivre une scolarité en collège et en lycée, nous avons compté **32 élèves**.

25 jeunes (78 %) jeunes sourds sont en milieu ordinaire et 7 jeunes (22 %) en instituts :

		moyenne	sévère	profonde	effectifs totaux
Milieu spécialisé (7 cas)	établissement médico-social	-	-	1	1
	élémentaire en institut spécialisé	-	-	1	1
	collège en institut spécialisé	-	1	4	5
Milieu ordinaire (25 cas)	collège classe ordinaire	4	3	2	9
	collège classe UPI	3	2	1	6
	lycée général	4	3	1	8
	LP	-	2	-	2
		11	11	10	32

Retard scolaire en milieu ordinaire :

en collège : 4 jeunes (31%) ont 2 années de retard (par rapport à l'âge attendu),

7 jeunes (54%) ont 1 année de retard

2 sont nés dans l'année attendue (pas de retard).

2 élèves sont en SEGPA.

en lycée : 7 élèves de 2nde sont nés dans l'année attendue

1 élève a 1 an de retard

Services de soins : 72 % (18 cas) des 25 enfants scolarisés en milieu ordinaire sont suivis (15 par le CRAPI et 3 par l'IRECOV),

- 3 ont bénéficié d'un service de soins, mais qui été interrompu,
- 4 n'en ont jamais bénéficié.
- 1 élève est aidé par l'URAPEDA (I.C. et reprise de cours).

4.2.10 Les jeunes de 18 à 22 ans inclus ou nés entre 01/01/82 et 31/12/86 :

Dans cette étude, **30 jeunes** sont nés entre 01/01/82 et 31/12/86 (18 à 22 ans inclus). Une jeune fille reste dans sa famille, sans soin, ni éducation spécialisée. Il reste donc 29 jeunes :

- 12 (41,4 %) en milieu spécialisé (institut ou travaillent en CAT)
- 17 (58,6 %) en milieu ordinaire (formation, études ou travail en entreprise)

Ces 29 jeunes se répartissent comme suit :

- 4 jeunes travaillent : 1 avec un BEP, 1 avec un CAP et 2 en CAT,
- 3 sont internes dans un établissement type IME (ou SEEDAHA)
- 22 jeunes préparent un diplôme ou poursuivent une formation ou leurs études :
 - 1 seul étudie en milieu universitaire
 - 2 étudient en lycée général : l'un en terminale, l'autre en 1ère (en institut).
 - 10 étudient en L.P. (7 préparent un Bac Pro et 3 préparent un BEP ou BT)
 - 8 préparent un CAP (5 en institut)
 - 1 prépare une « qualification » en milieu ordinaire

		<i>moyen 2</i>	<i>sévère</i>	<i>profonde</i>	<i>totaux</i>
milieu spécialisé 12 cas (41,4 %)	établissement médico-social	-	2	1	3
	CAP préparé en institut spécialisé	-	2	3	5
	lycée général institut spécialisé	-	-	1	1
	Brevet Technique en institut spécialisé	-	1	-	1
	travaille en CAT	1	1	0	2
milieu ordinaire 17 cas (58,6 %)	qualification	-	0	1	1
	CAP	-	2	1	3
	lycée général	-	0	1	1
	LP BEP	-	1	1	2
	LP BAC PRO	2	3	2	7
	université	-	1	-	1
	travaille en entreprise	1	-	1	2
Total		4	13	12	29

Service de soins :

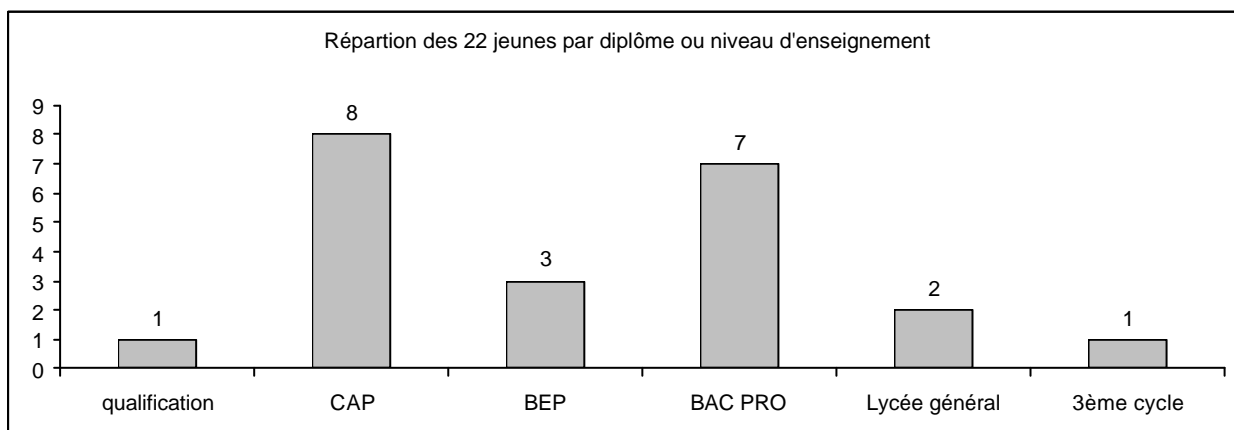
Parmi les 15 jeunes en cours de formation en milieu ordinaire (lycée, LP, CFA, universités)

- 1 est suivi par un service de soins
- 10 ont arrêté le suivi par un service de soin, mais sont suivis plus ou moins régulièrement par l'URAPEDA (reprise de cours, I.C.)
- 2 ne sont plus du tout suivis
- 2 n'ont jamais été suivi par un service de soin ou par l'URAPEDA.

22 jeunes de plus de 17 ans de notre population, suivent en 2003-2004 un cursus d'études, que ce soit dans le cadre d'un établissement ordinaire ou dans celui d'un établissement spécialisé.

La répartition par niveau scolaire ou diplôme préparé de ces 22 jeunes :

- 1 en 3ème cycle
- 2 en Lycée général
- 7 en BAC PRO
- 3 en BEP
- 8 en CAP
- 1 en qualification



5- DISCUSSIONS ET PROPOSITIONS

En 1998, D. Gillot (*), dans son rapport sur la situation des sourds effectuait le constat suivant : « *des données statistiques lacunaires et l'absence de validation de celles dont on peut disposer, rendent difficile l'analyse quantitative et la prospective. Il apparaît donc urgent de mettre en place une base de connaissances officielle relative à la déficience auditive, regroupant les données de la médecine P.M.I, scolaire, travail et celles de l'INSEE.* »

Six ans après, cette « base de connaissances » n'a pas été mise en place, tout au moins en Indre et Loire puisqu'il a fallu, pour relever tous les cas de jeunes sourds de cette étude, rechercher les sources de données, recouper les informations et effectuer des comparaisons entre les données recueillies. Certes, la création du « réseau surdité 37 » sur l'initiative du service O.R.L. du CHU de Clocheville, réunit les différents secteurs professionnels lors d'échanges riches d'expériences professionnelles, mais ne permet pas une connaissance globale et quantitative de la situation en Indre et Loire. Ce n'est d'ailleurs pas son objectif.

Cette étude donc apporte un éclairage ciblé sur une situation évolutive. Il s'agit d'une étude transversale fin 2003-début 2004 qui ne concerne que les enfants de 7 à 22 ans (âge atteint dans l'année 2004) et porteurs d'une surdité importante (supérieure à 56 dB).

Effectif de la population décrite et étude de biais de recrutement:

La population recensée dans cette étude correspond à celle attendue si on se réfère aux taux de prévalence de surdité habituellement décrits dans la littérature (1,31 p. mille, p.27).

Cependant, on note une fluctuation importante des effectifs suivant les classes d'âge par rapport à la moyenne (moyenne à 5,3 cas par année – cf. chap. 4.2. p. 28).

Par ailleurs, ont été signalées, lors d'échanges avec les professionnels, des disparités selon les différentes circonscriptions. Les raisons à évoquer sont :

- un diagnostic non fait ou non encore fait, par exemple, lors d'une déficience peu importante ou évolutive, ou encore lors d'un handicap associé complexe masquant une surdité.
- un diagnostic réalisé sans que le jeune ne soit connu de l'institution, selon son souhait et celui de sa famille (pas de SESSAD ou de saisine de la CDES).
- un diagnostic réalisé mais l'enfant ne réside plus dans le département (éventualité possible compte tenu du peu de structures spécialisées en Indre et Loire)
- un diagnostic réalisé mais l'enfant est pris en charge dans un autre département limitrophe ; par exemple les personnes de la circonscription de Chinon qui s'adressent directement aux structures spécialisées du Maine et Loire.

(*) Cf. biblio n° 12

Les modes de communication :

Le profil du jeune déficient auditif d'Indre et Loire a changé en quelques années : les plus jeunes, en particulier les sourds profonds, abandonnent la pratique exclusive de la LSF (acquise lors de la petite enfance) au profit d'une communication orale, le plus souvent associé au LPC. Ce parcours semble être un élément fondamental à leur intégration scolaire, à condition, bien sûr qu'elle soit accompagnée de moyens (codeurs et soutien médico-pédagogique).

Cependant, l'institut reste nécessaire chez certains enfants, lorsque la pratique exclusive de la LSF s'avère indispensable (le handicap ou la famille ne permettent pas d'autre choix), car ces enfants ne disposeront d'une langue riche qu'au sein d'une communauté de locuteurs de LSF variée et conséquente, et ainsi accéder aux connaissances fondamentales.

Après une scolarité en milieu spécialisé, quelques adolescents d'Indre et Loire ont pu rejoindre le milieu ordinaire (collège et LP), mais la majorité de ces jeunes poursuivent leurs études ou formations professionnelles en milieu spécialisé.

A l'inverse, la majorité des adolescents de l'étude qui communiquent par oral (12 en oral pur et 3 en LPC), rencontre des difficultés scolaires : seulement 2 collégiens sur 15 n'ont pas de retard scolaire. L'éducation oraliste pure semble actuellement insuffisante pour permettre aux enfants sourds un bon accès aux connaissances fondamentales.

Les auxiliaires de vie scolaire et les AVS :

Quel que soit le mode de communication choisi, une intégration de qualité ne peut se faire sans accompagnement humain et cette étude relève que pour l'année 2003-2004, malgré la pénurie de codeurs, les demandes quantitatives ont pu être satisfaites.

Mais, les codeurs, pas assez nombreux parfois débutants, ne peuvent assurer une présence suffisamment longue auprès de certains élèves. A moyen terme et sans autre solution, la qualité de l'intégration, subordonnée au nombre suffisant de codeurs expérimentés, risque de n'être plus assurée.

D. GILLOT (*) observait « *que l'Education Nationale ne semble avoir ni les moyens, ni la vocation d'assumer toutes les missions d'accompagnement: interprétation en L.S.F, codage en L.P.C, soutien pédagogique... et que le secteur Adaptation et Intégration Scolaire (A.I.S) semble être resté le parent pauvre de ce Ministère* ».

La gestion des codeurs LPC dépend-elle du domaine pédagogique (AVS de l'Education Nationale) ou bien du domaine social ?

(*)Cf. biblio n° 12

Selon les derniers textes législatifs, l'AVS n'a pas de mission pour coder les cours et dans d'autres départements cette gestion est rattaché aux services de soins (DDASS).

En octobre 2003, dans son rapport Y LACHAUD (*) s'inquiète de « *la professionnalisation et la spécialisation des AVS qui conduit à créer dans le cadre de l'éducation nationale un nouveau corps, dont la compétence sera comparable à celle des personnels des établissements spécialisés: aides médico-pédagogiques, éducateurs, codeurs, preneurs de notes... A terme, les SESSAD n'auraient plus que les soins à apporter.... Il s'agit là d'une perspective – ou plutôt d'un risque – dont la mesure doit être prise*».

Aujourd'hui, s'il n'est plus nécessaire de démontrer l'importance du rôle du codage dans l'apprentissage du jeune sourd, il semble urgent, en Indre et Loire, de « *définir et préciser la mission et le rôle des AVS et de bien le différencier de celui des intervenants des SESSAD* »

L'accueil en établissements ordinaires :

En élémentaire, a priori, les dispositifs mis en place permettent d'accueillir les enfants sourds dans de bonnes conditions.

Concernant le collège, il est sans doute encore trop tôt pour évaluer la réponse du dispositif « UPI » ouverte en septembre 2003, aux besoins d'Indre et Loire.

Cependant, il serait intéressant d'évaluer la fatigue liée au trajet scolaire des enfants qui n'habitent pas Tours ou les inconvénients à éloigner les enfants de leur environnement, facteur d'intégration (scolarité avec les enfants du voisinage...), même s'il paraît judicieux de regrouper les élèves en classe d'intégration collective afin de rassembler les moyens humains (codeurs) en un seul lieu,.

Concernant le lycée, on constate un faible nombre de lycéens sourds, alors que pour la rentrée 2003, en Indre et Loire, l'orientation des jeunes (population générale) après la 3^{ème} était de 63.7 % en 2nde générale, 28.8 % en 2nde de LP, 3.7 % en apprentissage-CAP.

Certes, dans notre étude, 8 élèves sont en 2nde générale mais après la 2nde, un seul élève en 1ère générale, un seul en terminale générale (14 élèves en LP) et un seul en université.

Les difficultés dans les matières générales sont, à ce niveau d'étude, plus marquées qu'en élémentaire et l'UPI n'est qu'une réponse partielle, car après le collège, il n'existe pas de dispositifs spécifiques en lycée, ni d'établissement spécialisé pour les plus de 14 ans.

Pour certains jeunes en difficulté, l'alternative au lycée général est la filière professionnelle (au mieux un LP), pour d'autres, c'est un départ dans une structure plus adaptée, dans un autre département afin de poursuivre des études dans un environnement plus favorable.

(*) Cf. Biblio n°29

QUELQUES IDEES ET SUGGESTIONS POUR L'INDRE ET LOIRE :

1. Mettre en place une base de connaissances exhaustive et actualisée relative à la déficience auditive,
2. Clarifier la mission et le rôle des AVS et celui des intervenants des services de soins, rendre cohérentes leurs interventions et potentialiser les énergies,
3. Renforcer l'intégration scolaire de proximité (décentralisée sur l'ensemble du département),
4. Renforcer les échanges et les complémentarités entre établissements spécialisés, services de soins et AIS,
5. Réfléchir sur les moyens et dispositifs à mettre en oeuvre pour permettre aux jeunes sourds d'accéder aux filières générales du lycée.

6- CONCLUSIONS :

Cette étude préliminaire à un travail plus approfondi apporte un éclairage ciblé sur une situation en pleine évolution.

Elle retrouve un taux d'enfants et de jeunes sourds (supérieure à 56 décibels) scolarisés en milieu scolaire ordinaire à 70% pour la tranche d'âge 7-22 ans.

Ce taux devrait augmenter dans les années à venir, avec le dépistage précoce, l'information des parents et la pratique de langage parlé complété (LPC), facilitateur d'intégration, sans pour autant abandonner la LSF dans la petite enfance.

L'état des lieux des dispositifs d'accueil pour les élèves déficients auditifs, révèle une assez bonne couverture des besoins au niveau élémentaire.

Par contre, concernant le secondaire, il convient de se questionner sur la qualité de l'intégration. En effet, les faibles effectifs de jeunes sourds en lycée et université sont probablement la conséquence logique des difficultés rencontrées par les collégiens et lycéens d'Indre et Loire.

Il semble donc que les jeunes déficients auditifs n'aient pas les mêmes chances que les élèves entendants.

L'intégration individuelle paraît difficile, et lorsqu'elle se réalise, l'accompagnement actuel semble insuffisant pour permettre à ces jeunes de progresser, que ce soit en terme de soutien scolaire, de présence de codeur et/ou interface de communication et d'aménagements possibles.

Ainsi, les enfants déficients auditifs peuvent difficilement suivre un cursus scolaire ordinaire avec un parcours personnalisé en fonction de leurs capacités et il y aurait certainement beaucoup d'intérêt à s'inspirer des expériences plutôt positives développés dans quelques collèges et lycées ordinaires d'autres départements.

(*) cf. annexe 3 - p. 46.

**Classification des degrés de surdité
et conséquences sur la perception de la parole et le langage**

Degré de surdité		perception de la parole compréhension	langage	âge du diagnostic	voix
Légère 21-40dB		Perçue à voix normale, difficilement perçue à voix basse ou lointaine Les bruits familiaux sont perçus.	Parle spontanément, erreurs articulatoires	Vers 6 ans, lors de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture	Sans problème
Moyenne 41-70 dB	1er degré 41 - 55 dB.	Parole forte perçue avec des phrases articulées (lecture labiale)	Parle tard voix altérée gros troubles d'articulation	Vers 2 à 3 ans (retard de parole et de langage)	Bonne, rythme normal
	2nd degré 56 - 70 dB.	Comprend partiellement les questions et réponses			Rythme et parole corrects, intonation faible
Sévère 71-90 dB	1er degré 71 - 80 dB	Parole perçue à voix forte ou près de l'oreille. ne comprend que quelques mots	Langage oral inorganisé ne lit que les consommés pouvant être lus sur les lèvres	Généralement avant 2 ans.	Timbre vocalique
	2nd degré 81 - 90 dB.	seuls les bruits forts encore perçus			Intensité démesurée timbre assourdi
Profonde > 91 dB	1er degré 91 - 100 dB	Aucune parole perçue.	Pas de langage verbal spontané mutité sans appareillage et d'éducation adaptée lecture labiale LPC, FS /LSF	Avant 18 mois implant cochléaire à envisager	Après appareillage et éducation : voix indépendante de la syntaxe hauteur du son aigu ou bitonal timbre rauque nasalisé
	2nd degré 101 -110 dB	aucune compréhension orale possible			
	3ème degré 111 -119 dB =COPHOSE				

Textes officiels spécifiques à la scolarisation des handicapés auditifs

1. Circulaire n° 2002-113 du 30 avril 2002, sur les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré. (Les CLIS-2 pour enfants handicapés auditifs).
2. Circulaire n° 2001-035 du 21 février 2001, portant sur la scolarisation des élèves handicapés dans les établissements du second degré et le développement des unités pédagogiques d'intégration (UPI). Elle étend le dispositif UPI aux jeunes handicapés sensoriels ou moteurs. Elle étend le dispositif aux lycées généraux et professionnels et supprime la limitation à 16 ans. Elle renforce l'inscription des UPI dans les établissements.
3. Circulaire n° 2000-013 du 20 janvier 2000 sur l'organisation de la scolarité des jeunes sourds et déficients auditifs sévères dans le second degré. La circulaire porte sur la possibilité de dispenser ces élèves de l'apprentissage d'une seconde langue vivante en quatrième et organise les implications d'un tel choix sur la suite de la scolarité.
4. Arrêté du 24 novembre 1999 fixant les modalités de la formation d'adaptation à l'emploi des professeurs du ministère de l'éducation nationale détachés dans les établissements accueillant des jeunes sourds sous tutelle du ministère chargé des affaires sociales
5. Circulaire n° 93-201 du 25 mars 1993 portant sur les modes de communication reconnus dans l'éducation des jeunes sourds. Circulaire d'application du décret précédent.
6. Décret n° 92-1132 du 8 octobre 1992, portant sur l'éducation des jeunes sourds. Décret d'application de l'article 33 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 qui donne aux jeunes sourds et à leur famille le droit de choisir leur mode de communication.
7. Circulaire n° 88-09 du 22 avril 1988 portant sur la modification des conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients sensoriels par les établissements et services d'éducation spéciale.
8. Circulaire n° 88-128 du 6 mai 1988, qui apporte des précisions concernant spécifiquement l'orientation des enfants et adolescents sourds par les C.D.E.S.
9. Circulaire n° 87-273 et 87-08 du 7 septembre 1987 sur l'organisation pédagogique des établissements publics, nationaux, locaux et des établissements privés accueillant des enfants et adolescents atteints de déficience auditive sévère ou profonde. Elle anticipe sur la révision plus générale des annexes XXIV (voir textes suivants) Développant un choix fort en faveur de la logique de l'intégration des sourds parmi les entendants, elle privilégie nettement la démutisation au détriment de la langue signée, même dans les cas de surdité profonde.
10. Décret n° 86-1151 du 27 octobre 1986, instituant le diplôme d'État intitulé Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds (C.A.P.E.J.S.).

Source « <http://daniel.calin.free.fr> »

Accueil et intégration des élèves sourds au lycée Jules Renard de Nevers

Depuis 1974, le lycée Jules Renard de Nevers accueille des élèves sourds de 14 départements français et d'autres pays (Algérie, Maroc, Afrique noire...) pour les préparer en quatre ans au baccalauréat scientifique.

S'ils sont scolarisés dans des classes spécialisées, les élèves sourds ne sont toutefois pas coupés des entendants avec lesquels ils partagent un certain nombre d'activités. Comme 95% des jeunes sourds sont internes, l'emploi du temps est aménagé : la semaine scolaire commence le lundi en début d'après-midi pour se terminer le vendredi en fin de matinée.

L'enseignement est entièrement basé sur la communication orale et écrite (lecture labiale et audition réhabilitée) et s'adresse à un groupe réduit (9 au maximum).

Le lycée travaille en étroite collaboration avec le Service d'Education, de Soins et d'Aide à l'Intégration (SESALIS) du CMPP de la Nièvre :

- Accueil des familles et présentation des dossiers à la commission d'admission
- Présence d'orthophonistes en cours de français et de philosophie
- Bilans mensuels communs pour le suivi des élèves.

La préparation du baccalauréat scientifique en quatre ans sur en deux cycles :

- Cycle de détermination : classe de seconde générale et technologique (1 an)
- Cycle terminal : sur trois ans au lieu de deux dans le cursus classique.

Les études poursuivies et menées à terme après le baccalauréat sont variées, souvent de niveau élevé (la plupart des 119 élèves ont au moins un DEUG) :

- Ingénieurs, Maîtrise de Biologie, Laborantins
- DUT, Analyste programmeur, techniciens
- Maîtrise de Philosophie, Professeurs spécialisés
- Educateurs spécialisés, moniteurs de sport
- Styliste, modéliste, Photographe, Infographiste, architecte d'intérieur

Contacts :

J. M Pelissard, Proviseur - Lycée Jules Renard - 58002 NEVERS
Mél : jean-michel.pelissard@ac-dijon.fr

SESALIS / CMPP - CAMSP de la Nièvre - 58006 NEVERS
Mél : le-fil-d-ariane@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.lefildariane-nevers.net>

Bibliographie

Sur la surdité en général :

- 1 ABOU D , PELLION F, Surdité et souffrance psychique - Ellipses Marketing - 2001
- 2 AIMARD P, MORGON A., L'enfant sourd, PUF, coll. Que sais-je ? , Paris, 1985.
- 3 A.N.P.E.D.A., Mon enfant n'entend pas - Un guide pour ses premières années, collectif . Les Cahie de Communiquer, Paris 1997.
- 4 BADOUX M.-T., Enseignement des langues étrangères aux déficients auditifs. Revue générale de l'enseignement des déficients auditifs, né 4, 1980
- 5 BEZAGU-DELUY, L'abbé de l'Epée - Ed. Seghers, 1990
- 6 BOUILLON JP, La surdité chez l'enfant en France. Publication du C.T.N.E.R.H.I. - P.U.F. 1990
- 7 CHARDIN D, Les surdités. Presses Universitaires de France, collection Que sais-je ?n 1148, Paris 1982.
- 8 COURTIN C, Pour une relecture critique des travaux de Pierre Oléron sur les enfants sourds. Bulletin de psychologie, à 427 - 1996
- 9 CNRH, Sourd, malentendant, des aides techniques pour mieux vivre - Comité National pour le Reclassement et Réinsertion - 1999
- 10 CREAL, Les personnes sourdes en Ile de France. Bulletin d'information du «CREAL » (centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées - N 1 et 2 - 1998
- 11 GILLOT D, (Questions à), secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés. La Revue de l'APAJH n 67, septembre 2000.
- 12 GILLOT D, Le Droit des sourds : 115 propositions - Ministère  ducation Nationale, 1998
- 13 GIOT J et SCHOTTE JC, Surdité, différences,  critures - Apports de l'anthropologie clinique. De Boeck, Bruxelles 1997
- 14 GOODE D et SCHMITT MJ, Le monde sans les mots : comment l'identité sociale des enfants sourds-muets et aveugles est-elle construite ? Er s - 2003
- 15 GOUST J, Pour mieux vivre la malentendance au quotidien. A Michel, Paris 1998
- 16 JOUANNET G, L'écran sourd - Les représentations du sourd dans la création cinématographique et audiovisuelle – Co dition CTNERHI / INJS - 1999
- 17 LABORIT E, Le cri de la mouette. Robert Laffont 1994
- 18 LANE H, Quand l'esprit entend ! Histoire des sourds-muets. Odile Jacob, 1996
- 19 PELLION F, DANIEL ABOU D, CUXACC, Surdité et souffrance psychique - Ellipses, 2001
- 20 PLOYET MJ, Mise en place d'un réseau surdité de l'enfant en Indre et Loire - Communication AFOP Rouen – mars 2001.
- 21 REVUE ADAPTATION, Les personnes sourdes, situation actuelle et perspectives n 497 – 2003
- 22 SACHS O, Des yeux pour entendre. Voyage au pays des sourds - Seuil, Paris 1990
- 23 VIAL M, PLAISANCE, J STIKER HJ, Enfants sourds, enfants aveugles - Au début du XXe siècle – Autour de Gustave Baguer - Co dition CTNERHI / CNEFEI, Paris 2000
- 24 VIROLE B, Psychologie de la surdité - De Boeck-Wesmael 1999

Sur le handicap en général :

- 25 COUSERGUE C, Guide de l'intégration scolaire de l'enfant et de l'adolescent handicapés : filières et dispositifs, droits, normes et réglementation - Dunod - Paris 1999.
- 26 GIHP, Guide de l'intégration scolaire de l'enfant et de l'adolescent handicapés. (Group. Insertion des Personnes Handicapées Physiques - Dunod. 1999
- 27 FARDEAU M, Personnes Handicapées : Analyse comparative et prospective du système de prise en charge. DGAS – DREES - janvier 2003

- 28 LANGOUET G, L'Enfance handicapée en France. Observatoire de l'enfance en France. Hachette. Décembre 1999
- 29 LACHAUD Y, Intégration des enfants handicapés en milieu scolaire - MEN octobre 2003 (www.education.gouv.fr/rapport/handicapes0103.pdf).
- 30 LERCH D, Adaptation et intégration scolaires : Textes de référence, volume 1, 2 – Suresnes, CNEFEI, 2002.
- 31 MINISTERE AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE , Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et Incapacités des personnes handicapées - 1994

Sur le langage des sourds :

- 32 ABRIL J.L, Quelques aspects de l'apport du Cued Speech dans la réhabilitation de l'enfant handicapé auditif. Bulletin Audio-phonologie 11/3, 1980
- 33 ALEGRIA J et LEYBAERT J, Rôle du LPC dans l'identification de mots chez l'enfant sourd. Colloque "Systèmes de communication alternatifs et augmentés", Liège, 1986.
- 34 BOROY A, Mes enfants sourds : langue française et intégration : le pari du langage parlé complété - L'Harmattan, Paris 2001.
- 35 CENTRE SOCIO-CULTUREL DES SOURDS, La Langue des Signes française - Nouvelle édition, dictionnaire en 3 volumes, Vincennes 1997
- 36 COLLECTIF, Le pouvoir des signes, Bicentenaire de l'INJS de Paris, 1989
- 37 COURTIN C, Le cas des théories de l'esprit chez les enfants sourds : l'impact de la langue des signes. Enfance n° 3 octobre 1999,
- 38 COURTIN C, Incidence du mode de communication sur les interactions langagières parent-enfant. Surdités Revue Internationale n° 3, décembre 2000.
- 39 CUXAC C, Le langage des sourds - édition Payot, 1983
- 40 DOLTO F, A propos de la langue des signes - Revue Clin d'Oeil, mars 1981
- 41 FOURNIER C, Du geste à la langue des signes - Handicaps et langages. La nouvelle revue de l' AIS, n°9, 2000
- 42 GALANT P, Le Poche : Dictionnaire bilingue LSF/Français I.V.T. - 2003
- 43 HAMARD ML, Motricité et parole chez de jeunes déficients auditifs. Handicaps et langages - La nouvelle revue de l' AIS, n°9 - 2000
- 44 SADEK-KHALIL D, L'Enfant sourd et la construction de la langue, Papyrus, 1997.

Sur l'éducation et l'intégration scolaire de l'enfant sourd

- 45 A.L.P.C. (Association), Un enfant sourd dans votre classe, Service d'Aide à l'Intégration (S.A.I.), Centrale des Codeurs-Interprètes (C.C.I.), Jongny (Suisse)
- 46 BEAUSSANT M, Scolarité d'un enfant sourd - L'Harmattan - 2003
- 47 BENOIT H, Conceptualisation et surdité - Acte du colloque mai 2001 du CNEFEI - La Nouvelle revue de l' AIS no 17 - 2002.
- 48 BENOIT H, L'Apprentissage de la langue écrite par l'enfant sourd: actes du colloque ACFOS/CNEFEI, La Nouvelle Revue de l' AIS n°14, 2001.
- 49 BERNARD Y, Surdité et intégration : de l'intégration imposée à l'intégration souhaitée - La Nouvelle revue de l' AIS n° 9, 2000.
- 50 BLAIS M, LABORIT J , Des Jeunes sourds à l'école, tentative d'intégration, série études pédagogiques - VHS 40 mn - Paris : CNDP, 1980
- 51 CHALANDRE S, L'incidence de la surdité sur la construction de concepts géométriques. Mémoire professionnel CAPSAIS : Suresnes, CNEFEI, 2001.
- 52 CNDP, Intégration scolaire et sociale des enfants et adolescents sourds (colloque). Centre national de documentation pédagogique – Paris 1983

- 53 CNDP, L'Education des jeunes handicapés auditifs dans les classes ordinaires. Les Cahiers de l'intégration. Paris 1998. -
- 54 DUMONT A, L'orthophoniste et l'enfant sourd, coll. d'Orthophonie – Masson Paris 1995.
- 55 DUQUESNES F, Apprendre à raisonner en mathématiques à l'école et au collège, L'éducation des jeunes sourds. CNEFEI - Suresnes - 2002.
- 56 FAUR B, ABOAF P, Enquête sur la scolarisation des enfants implantés cochléaires (2001-2002) - site Internet association FFIC
- 57 GALKOWSKI T, Développement et éducation des enfants sourds et malentendants. PUF 1994.
- 58 GAREL JP, LESAIN-DELABARRE JM, Réussir l'intégration scolaire : à quel prix pour les parents ? La Nouvelle revue de l' AIS no 7, 1999
- 59 INSPECTION GENERALE ÉDUCATION NATIONALE, Scolariser les jeunes handicapés (rapport). CNDP. Hachette Éducation. La Documentation française. Décembre 1999.
- 60 JAMART P, A Propos de l'enseignement d'une langue vivante à des élèves déficients auditifs sévères et profonds. Revue gén. d'enseignement des déficients auditifs, n° 3 1986
- 61 LE CAPITAINE JY, Des enfants sourds à l'école ordinaire – Technologies de l'action sociale L'Harmattan 2003
- 62 LUTAUD L, Un enfant sourd dans votre classe, sur une idée de Denis Morel, 1 vidéocassette VHS, SECAM + 1 livret.. CRDP de Lyon, 1999.
- 63 ONISEP, Jeunes déficients auditifs, établissement d'éducation de scolarisation et de formation professionnelle. Collection Réadaptation 2000
- 64 MINISTERE EDUCATION NATIONALE, Handiscol - Guide pour les enseignants qui accueillent un élève sourd, Paris MEN - 2000
- 65 TAGGER N, La Communication avec un jeune sourd, petit manuel à l'usage des enseignants qui accueillent un élève déficient auditif - Lyon : PUL 1996.
- 66 TAGGER N, Un Paradoxe de l'intégration scolaire : l'élève sourd et son médiateur linguistique - La Nouvelle Revue de l' AIS no 8, 4e trimestre 1999.

Sur le dépistage, les traitements et l'implant cochléaire

- 67 ANAES, Évaluation clinique et économique du dépistage néonatal de la surdité permanente par les oto-émissions acoustiques - juin 1999
- 68 ANAES, L'implant cochléaire chez l'enfant sourd pré-lingual - Rapport septembre 1994
- 69 DUVAL G, Intérêt du dépistage précoce de la surdité permanente néonatale - Rééducation orthophonique, N°202, juin 2000.
- 70 FRANCOIS M, MARIE P, NARCY P, Dépistage et traitement des surdités de l'enfant. Revue du Praticien 19-1990
- 71 CLARION, L'implant cochléaire et votre enfant - Guide d'implantation cochléaire destiné aux parents - Advanced Bionics, Habsheim 1998.
- 72 DUMONT A, Implant cochléaire, surdité et langage - Collection "question de personnes"- De Boeck Université 1996
- 73 DUMONT A, Rôle des orthophonistes dans l'évaluation et la rééducation des sujets sourds implantés cochléaires - " les cahiers de l'UNADRIO" - avril 1994
- 74 GARABEDIAN E.N, Les implants cochléaires chez l'enfant sourd – Revue de l'infirmière n° 11, juin 1992
- 75 GOUST J, Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds" 2ème édition, LIAISONS (Collection NERET) et l'Ouie SARL. 2003
- 76 ROBIER A et coll. , Les surdités de perception – Médecine - MASSON 2001

**Classification des degrés de surdité
et conséquences sur la perception de la parole et le langage**

Degré de surdité		perception de la parole compréhension	langage	âge du diagnostic	voix
Légère 21-40dB		Perçue à voix normale, difficilement perçue à voix basse ou lointaine les bruits familiaux sont perçus.	Parle spontanément, erreurs articulatoires	Vers 6 ans, lors de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture	Sans problème
Moyenne 41-70 dB	1er degré 41 - 55 dB.	Parole forte perçue avec des phrases articulées (lecture labiale)	Parle tard voix altérée gros troubles d'articulation	Vers 2 à 3 ans (retard de parole et de langage)	Bonne, rythme normal
	2nd degré 56 - 70 dB.	Comprend partiellement les questions et réponses			Rythme et parole corrects, intonation faible
Sévère 71-90 dB	1er degré 71 - 80 dB	Parole perçue à voix forte ou près de l'oreille. ne comprend que quelques mots	Langage oral inorganisé ne lit que les consonnes pouvant être lues sur les lèvres	Généralement avant 2 ans.	Timbre vocalique
	2nd degré 81 - 90 dB.	seuls les bruits forts encore perçus			Intensité démesurée timbre assourdi
Profonde > 91 dB	1er degré 91 - 100 dB	Aucune parole perçue.	Pas de langage verbal spontané mutité sans appareillage et d'éducation adaptée lecture labiale LPC, FS /LSF	Avant 18 mois implant cochléaire à envisager	Après appareillage et éducation : voix indépendante de la syntaxe hauteur du son aigu ou bitonal timbre rauque nasalisé
	2nd degré 101 - 110 dB	aucune compréhension orale possible			
	3ème degré 111 - 119 dB =COPHOSE				

Textes officiels spécifiques à la scolarisation des handicapés auditifs

1. Circulaire n° 2002-113 du 30 avril 2002, sur les dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré. (les CLIS-2 pour enfants handicapés auditifs).
2. Circulaire n° 2001-035 du 21 février 2001, portant sur la scolarisation des élèves handicapés dans les établissements du second degré et le développement des unités pédagogiques d'intégration (UPI). Elle étend le dispositif UPI aux jeunes handicapés sensoriels ou moteurs. Elle étend le dispositif aux lycées généraux et professionnels et supprime la limitation à 16 ans. Elle renforce l'inscription des UPI dans les établissements.
3. Circulaire n° 2000-013 du 20 janvier 2000 sur l'organisation de la scolarité des jeunes sourds et déficients auditifs sévères dans le second degré. La circulaire porte sur la possibilité de dispenser ces élèves de l'apprentissage d'une seconde langue vivante en quatrième et organise les implications d'un tel choix sur la suite de la scolarité.
4. Arrêté du 24 novembre 1999, fixant les modalités de la formation d'adaptation à l'emploi des professeurs du ministère de l'éducation nationale détachés dans les établissements accueillant des jeunes sourds sous tutelle du ministère chargé des affaires sociales
5. Circulaire n° 93-201 du 25 mars 1993, portant sur les modes de communication reconnus dans l'éducation des jeunes sourds. Circulaire d'application du décret précédent.
6. Décret n° 92-1132 du 8 octobre 1992, portant sur l'éducation des jeunes sourds. Décret d'application de l'article 33 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 qui donne aux jeunes sourds et à leur famille le droit de choisir leur mode de communication.
7. Circulaire n° 88-09 du 22 avril 1988 portant sur la modification des conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients sensoriels par les établissements et services d'éducation spéciale.
8. Circulaire n° 88-128 du 6 mai 1988, qui apporte des précisions concernant spécifiquement l'orientation des enfants et adolescents sourds par les C.D.E.S.
9. Circulaire n° 87-273 et 87-08 du 7 septembre 1987 sur l'organisation pédagogique des établissements publics, nationaux, locaux et des établissements privés accueillant des enfants et adolescents atteints de déficience auditive sévère ou profonde. Elle anticipe sur la révision plus générale des annexes XXIV (voir textes suivants) Développant un choix fort en faveur de la logique de l'intégration des sourds parmi les entendants, elle privilégie nettement la démutisation au détriment de la langue signée, même dans les cas de surdité profonde.
10. Décret n° 86-1151 du 27 octobre 1986, instituant le diplôme d'État intitulé Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds (C.A.P.E.J.S.).

Source « <http://daniel.calin.free.fr> »

ANNEXE 3

Accueil et intégration des élèves sourds au lycée Jules Renard de Nevers

Depuis 1974, le lycée Jules Renard de Nevers accueille des élèves sourds de 14 départements français et d'autres pays (Algérie, Maroc, Afrique noire...) pour les préparer en quatre ans au baccalauréat scientifique.

S'ils sont scolarisés dans des classes spécialisées, les élèves sourds ne sont toutefois pas coupés des entendants avec lesquels ils partagent un certain nombre d'activités. Comme 95% des jeunes sourds sont internes, l'emploi du temps est aménagé : la semaine scolaire commence le lundi en début d'après-midi pour se terminer le vendredi en fin de matinée.

L'enseignement est entièrement basé sur la communication orale et écrite (lecture labiale et audition réhabilitée) et s'adresse à un groupe réduit (9 au maximum).

Le lycée travaille en étroite collaboration avec le Service d'Education, de Soins et d'Aide à l'Intégration (SESALIS) du CMPP de la Nièvre :

- Accueil des familles et présentation des dossiers à la commission d'admission
- Présence d'orthophonistes en cours de français et de philosophie
- Bilans mensuels communs pour le suivi des élèves.

La préparation du baccalauréat scientifique en quatre ans sur en deux cycles :

- Cycle de détermination : classe de seconde générale et technologique (1 an)
- Cycle terminal : sur trois ans au lieu de deux dans le cursus classique.

Les études poursuivies et menées à terme après le baccalauréat sont variées, souvent de niveau élevé (la plupart des 119 élèves ont au moins un DEUG) :

- Ingénieurs, Maîtrise de Biologie, Laborantins
- DUT, Analyste programmeur, techniciens
- Maîtrise de Philosophie, Professeurs spécialisés
- Educateurs spécialisés, moniteurs de sport
- Styliste, modéliste, Photographe, Infographiste, architecte d'intérieur

Contacts :

J. M Pelissard, Proviseur - Lycée Jules Renard - 58002 NEVERS
Mél : jean-michel.pelissard@ac-dijon.fr

SESALIS / CMPP - CAMSP de la Nièvre - 58006 NEVERS
Mél : le-fil-d-ariane@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.lefildariane-nevers.net>