



HAL
open science

L'intégration étudiante et professionnelle de jeunes adultes sourds implantés cochléaires : impact de la prise en charge orthophonique et état des lieux des éventuels besoins

Julie Aлаuse

► To cite this version:

Julie Aлаuse. L'intégration étudiante et professionnelle de jeunes adultes sourds implantés cochléaires : impact de la prise en charge orthophonique et état des lieux des éventuels besoins. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939488

HAL Id: dumas-02939488

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939488>

Submitted on 15 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
ET DU GRADE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE**

Par Julie ALAUSE

Née le 05/11/1996 à Montpellier

**L'intégration étudiante et professionnelle de jeunes adultes
sourds implantés cochléaires : Impact de la prise en charge
orthophonique et état des lieux des éventuels besoins**

Élaboration d'un questionnaire à l'intention de jeunes adultes sourds
implantés âgés de 18 à 30 ans

Directeur de mémoire : **Mme Coralie BROSSE**

Orthophoniste, Nice

Co-directeur de mémoire : **Mme Cyrielle RICCOBENE**

Audioprothésiste, Nice

Nice

Année universitaire 2019 – 2020

Remerciements

Je remercie ma directrice de mémoire Madame Brosse ainsi que ma co-directrice Madame Riccobene pour leur partage de connaissances leur conseils avisés et leur patience. Je les remercie particulièrement pour leur compréhension face à mes erreurs d'organisation et mon retard.

Je tiens à remercier Madame Gros pour son organisation durant cette période particulière ainsi que Madame Manera pour son aide.

Je remercie tous mes maîtres de stages qui m'ont accueillie durant ces cinq dernières années.

Je remercie ma mère, mes sœurs, toute ma famille et mes amis de longue date pour la confiance qu'ils m'ont toujours accordée. Merci à celui qui me rassure et me soutient depuis des années.

Merci à celles qui se reconnaîtront, avec qui j'ai formé ce quatuor durant mes années d'étudiante en orthophonie, vous avez été mes piliers. Je remercie la team AV et les autres pour toutes nos folles expériences niçoises.

Sommaire

Introduction.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	2
1.1 LA SURDITE – GENERALITES.....	2
1.1.1 Chiffres	2
1.1.2 Classification des surdités.....	2
1.1.2.1 Le degré de surdité	2
1.1.2.2 Le mécanisme de l’atteinte	3
1.1.2.3 L’étiologie	3
1.1.2.4 La latéralisation	4
1.1.2.5 L’âge d’apparition	4
1.1.3 Prise en charge audiolinguistique	4
1.1.3.1 L’appareil auditif.....	4
1.1.3.2 L’implant cochléaire.....	5
1.2 LA SURDITE – LES REPERCUSSIONS.....	7
1.2.1 Modes de communication.....	7
1.2.1.1 La langue des signes	7
1.2.1.2 Le mode de communication audio-phonatoire	8
1.2.1.3 Autres modes de communication	8
1.2.2 Développement du langage chez l’enfant sourd.....	9
1.2.2.1 Le développement du langage chez l’enfant sourd implanté	10
1.2.3 Prise en charge orthophonique.....	10
1.2.3.1 Le bilan orthophonique.....	11
1.2.3.2 L’éducation auditive	11
1.2.3.3 La lecture labiale	12
1.2.3.4 La suppléance mentale.....	12

1.2.3.5	L'accompagnement parental.....	13
1.2.3.6	L'équipe pluridisciplinaire	13
1.3	L'AVENIR PROFESSIONNEL	13
1.3.1	Données actuelles sur l'intégration estudiantine et professionnelle	13
1.3.1.1	L'intégration scolaire.....	13
1.3.1.2	L'intégration dans les études	14
1.3.1.3	L'accès à l'emploi	14
1.3.2	Les adaptations possibles.....	14
1.3.2.1	Les instances officielles.....	15
1.3.2.2	Les aides humaines	15
1.3.2.3	Les aides technologiques	16
1.3.2.4	L'adaptation du lieu de travail.....	16
	PARTIE PRATIQUE.....	17
1.4	Problématique et objectifs.....	17
1.5	Population.....	18
1.6	Matériel.....	20
1.7	Méthode	21
1.8	Résultats	21
	Discussion	29
	Conclusion et perspectives.....	34
	Bibliographie.....	36
	Annexes	43
	Abstract	50

Introduction

En France, l'intégration dépend en grande partie de la profession exercée. Dans notre société composée en majorité de personnes entendantes, les personnes atteintes de surdité font face à davantage de difficultés vis-à-vis de leur intégration professionnelle.

La Haute Autorité de Santé (2007) rapporte un manque de données sur l'intégration professionnelle des personnes sourdes implantées cochléaires. Combiné à ce manque, le rôle de l'orthophoniste auprès du jeune adulte sourd est très peu documenté, contrairement au rôle qu'il occupe auprès de l'enfant sourd et de l'adulte atteint de surdité acquise. Il est de ce fait intéressant de se questionner sur le rôle qu'occupe l'orthophoniste dans l'intégration professionnelle du jeune adulte sourd porteur d'implant cochléaire. Selon les principaux intéressés, l'orthophoniste a-t-il un impact sur celle-ci ? Existe-il actuellement au sein de cette population un besoin en orthophonie ? Dans quel contexte d'intégration étudiante et professionnelle interviendrait le rôle de l'orthophoniste auprès du jeune adulte sourd ?

Afin de répondre à ces questionnements, nous avons créé un questionnaire par le biais d'un Google Form et récolté quinze réponses de jeunes adultes sourds implantés cochléaires, âgés de 18 à 30 ans. Le but de ce questionnaire était de récolter des informations sur le rôle de l'orthophoniste vis-à-vis de leur intégration et de connaître leurs éventuels besoins en orthophonie. Des renseignements sur leur situation étudiante et professionnelle actuelle ont également été demandés.

Dans la partie théorique nous détaillerons d'abord des données générales sur la surdité et la prise en charge audiologique des personnes sourdes. Nous exposerons ensuite les répercussions de la surdité sur le langage. Finalement nous présenterons des données actuelles sur l'intégration des personnes sourdes dans les études et le milieu professionnel.

Dans la partie pratique nous présenterons le questionnaire soumis. Nous exposerons les résultats obtenus quant à l'impact de la prise en charge, aux besoins existants et à l'intégration étudiante et professionnelle des personnes interrogées. Nous discuterons ensuite sur nos données ainsi que sur la place de l'orthophoniste auprès des jeunes adultes sourds implantés cochléaires.

PARTIE THEORIQUE

1.1 LA SURDITE – GENERALITES

1.1.1 Chiffres

Le dépistage néonatal systématique de la surdité permanente en maternité s’effectue grâce à des otoémissions acoustiques (OEA) et potentiels évoqués auditifs (PEA) (Arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale, 2014). En 2016, on relevait un taux de couverture national élevé à 97,6 % du dispositif dans les maternités (Santé Publique France, 2019).

En France, 7 millions de personnes présentent une déficience auditive tous degrés confondus, soit 11,4 % de la population. Cela concerne majoritairement les personnes de plus de 60 ans, à hauteur de 59% (Haeusler et al., 2014).

1.1.2 Classification des surdités

Il existe plusieurs types de surdités, chacune classée selon des critères précis : le degré de sévérité, le mécanisme de l’atteinte, l’étiologie, la latéralisation, et l’âge d’apparition de celle-ci. L’appréciation de ces paramètres nécessite une évaluation clinique, audiométrique et radiologique.

1.1.2.1 Le degré de surdité

Le degré de surdité est déterminé à partir des seuils d’audition du sujet sur les fréquences 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz selon la classification du Bureau International d’Audiophonologie ((BIAP, 1997).

Tableau 1: Degré de sévérité d'une surdité et perte audiométrique associé

Degré de surdité	Surdité légère	Surdité moyenne de 1 ^{er} degré	Surdité moyenne de 2 ^{ème} degré	Surdité sévère de 1 ^{er} degré	Surdité sévère de 2 ^{ème} degré	Surdité profonde : groupe 1	Surdité profonde : groupe 2	Surdité profonde : groupe 3
Perte audiométrique (en décibels)	21 - 40 dB	41 - 55 dB	56 - 70 dB	71 - 80 dB	81 - 90 dB	91 - 100 dB	101 - 110 dB	111 - 119 dB

Au-delà de 120 décibels, on parle de « cophose » (Mondain et al., 2005)

1.1.2.2 *Le mécanisme de l'atteinte*

Une surdité peut être dite de perception, il s'agit alors d'une atteinte sensorielle. Le trouble se situe au niveau de l'oreille interne, des voies auditives ou des aires cérébrales. La surdité de perception peut prendre son origine au niveau de la cochlée (endocochléaire), au niveau du nerf auditif (rétro-cochléaire) ou au-delà (surdité dite centrale). Parmi les facteurs de risques de la surdité de perception, on retrouve le poids de naissances trop faible (< 1500g), la détresse respiratoire néonatale, les infections congénitales, les méningites, les traumatismes crâniens et les antécédents familiaux (Lina-Granade & Truy, 2006).

Si l'atteinte se situe au niveau de l'oreille externe ou moyenne, il s'agit d'une surdité de transmission. Elle est généralement d'importance modérée (perte entre 30 et 70 dB). Les rhinopharyngites ou otites répétées, la trisomie 21, les fentes labiales ou palatines et les malformations de l'oreille externe sont des facteurs de risque de surdité de transmission. Enfin la surdité peut être mixte c'est-à-dire que l'oreille interne et l'oreille moyenne ou externe sont lésées (Association Journée Nationale Audition, 2012).

1.1.2.3 *L'étiologie*

L'étiologie d'une surdité de perception peut être (Association Journée Nationale Audition, 2012) :

- Dégénérative : la presbyacousie qui apparaît à partir de 60 ans.
- Traumatique : fractures temporales, atteinte des cellules ciliées externes par exposition au bruit.
- Génétique : première cause chez l'enfant, on reconnaît 150 mutations génétiques différentes.
- Infectieuse : méningites bactériennes, oreillons, etc.
- Inflammatoire : maladies dites « systémiques », qui peuvent être auto-immunes ou vasculaires.
- Toxique : par ingestion de certaines substances, médicamenteuses ou autre.
- Anomalies pressionnelles : maladie de Ménière (vertiges, acouphènes et hypoacousie...).

Les étiologies des surdités de transmission sont multiples :

- Malformative : malformations tympanique ou ossiculaire, aplasies, etc.
- Inflammatoires : otite séreuse évoluant en otite chronique, otite cholestéomateuse, etc.
- Traumatique : déchirures tympaniques, fractures ou luxations ossiculaires.
- Dégénérative : comme l'otospongiose par exemple.

1.1.2.4 La latéralisation

La surdité peut être uni- ou bilatérale. Les surdités bilatérales vont perturber plus ou moins fortement le langage si la surdité apparaît chez le jeune enfant et en fonction de leur degré de sévérité. Les surdités unilatérales auront peu d'impact sur le développement du langage, mais les ambiances bruyantes resteront problématiques pour les sujets qui en sont atteints (Lina-Granade & Truy, 2006).

1.1.2.5 L'âge d'apparition

Les surdités sont classées selon l'âge d'apparition : La surdité peut être congénitale (elle est présente dès la naissance), pré-linguale (elle survient avant l'âge de 2 ans), périlinguale (entre 2 et 5 ans) ou postlinguale (après 6 ans). Elle peut également apparaître tout au long de la vie (Mondain et al., 2005).

1.1.3 Prise en charge audiolologique

En France, les moins de 30 ans représentent 8% de l'ensemble de la population équipée d'appareil auditif (Haeusler et al., 2014).

1.1.3.1 L'appareil auditif

Les appareils auditifs fonctionnent par amplification du signal sonore. Ils sont aujourd'hui tous numériques. Nous allons maintenant décrire les différents types d'appareils auditifs.

Le contour d'oreille

Il existe deux types de contours : le Behind The Ear (BTE) et le Receive In The Ear (RITE).

Les contours d'oreilles ou contours BTE (Behind the Ear) sont indiqués pour les surdités légères à profondes. Ils se placent derrière le pavillon de l'oreille et sont tous composés d'une partie électronique, qui regroupe deux microphones, un amplificateur, la batterie (ou les piles), un processeur et un écouteur. Le microphone capte le son et sa directionnalité peut être définie grâce à des algorithmes. L'amplificateur amplifie le son sur ordre du processeur. Le processeur transforme le signal sonore en signal électrique afin de l'envoyer vers l'écouteur. L'écouteur transforme le signal électrique amplifié en signal acoustique, et envoie le son vers le tympan grâce à un tube relié à un embout sur mesure (Vincent et al., 2007).

Le RITE est un contour d'oreille avec la particularité d'avoir un écouteur déporté, soit placé dans le conduit auditif externe. Les différences avec le contour classique sont une taille diminuée du boîtier et un son plus proche du tympan.

L'appareil intra-auriculaire

Il fonctionne de la même manière que le contour d'oreille. L'appareil intra-auriculaire est une aide auditive discrète qui se loge dans le conduit auditif externe. Indiquée en cas de surdités légères et moyennes, cette aide est classée en trois modèles : l'intra-conque, l'intra-conduit et l'intra canalaire selon la place occupée dans l'oreille externe (Legent et al., 2011).

Autres types d'appareils auditifs

Le système CROS (Contralateral Routing of Signals) est préconisé pour des patients atteints de surdité unilatérale, il assure un acheminement contralatéral des signaux sonores de l'oreille atteinte vers l'oreille entendante (Hill et al., 2006). Le système BICROS (Bilateral Routing of Signals) est utilisé en cas de cophose associée à une surdité contralatérale. Les aides auditives à conduction osseuse (Bone Anchored Hearing Aid) se basent sur la bonne transmission du son par l'os. Une prothèse implantée dans l'os temporopariétal transforme et transmet le son jusqu'à un implant ostéointégré (Roman et al., 2011).

1.1.3.2 L'implant cochléaire

Créé depuis les années 1970, ce système de réhabilitation auditive s'est perfectionné au fil du temps. Il s'agit d'un système implanté chirurgicalement dans l'oreille interne qui traite le son électriquement (Grosbois & Le Pellec, 2006).

Le fonctionnement

Le concept de base est de créer une sensation auditive en stimulant directement les terminaisons des fibres du nerf auditif par des électrodes implantées chirurgicalement (Dumont, 1996).

La partie externe se trouve derrière l'oreille et comprend un boîtier sous la forme d'un contour d'oreille contenant un ou deux microphones, ainsi qu'un processeur. Ce processeur est relié par un cordon à l'antenne posée au-dessus de l'oreille. Cette partie externe reçoit et traite le son.

La partie interne est située sous la peau, et se compose d'un récepteur et d'un porte-électrodes inséré dans la cochlée. Cette partie transmet le signal reçu et stimule directement le nerf auditif.

Ces deux parties sont reliées par un aimant qui permet la transmission d'un signal externe à la partie interne jusqu'au nerf auditif.

Le microphone détecte les sons produits par l'environnement et le processeur extrait les caractéristiques acoustiques en privilégiant certaines zones fréquentielles afin de coder les voyelles, ou temporelles afin de coder les consonnes (Brin-henry et al., 2011). Puis il convertit ces signaux

acoustiques en signaux électriques. Ces signaux sont transmis au travers de la peau et des tissus mous jusqu'au récepteur interne (Naples & Ruckenstein, 2020). Ils arrivent au faisceau d'électrodes (dont le nombre varie de 1 à 22 selon les fabricants) placé dans les spires de la cochlée. Enfin, les électrodes stimulent le nerf auditif qui fournit les informations aux aires auditives cérébrales.

Indications

Pour l'enfant, l'implantation est indiquée dans le cadre d'une surdité profonde bilatérale si le gain prothétique n'est pas suffisant pour permettre le développement du langage. Elle doit être dans ce cas la plus précoce possible. Dans le cas d'une surdité sévère, la discrimination doit être inférieure ou égale à 50 % lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale (à 60 dB en champ libre) adaptés à l'âge de l'enfant. Le choix du mode de communication à domination oraliste est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2009).

Pour mener à bien une opération chirurgicale, quatre bilans doivent être effectués en amont (HAS, 2007) :

- Un bilan audiolinguistique et audioprothétique tonal et vocal afin d'apprécier les caractéristiques de la surdité et le gain prothétique.
- Un bilan radiologique nécessaire afin de détecter toute contre-indication anatomique ou chirurgicale éventuelle (Naples & Ruckenstein, 2020).
- Un bilan orthophonique pour évaluer les capacités globales langagières et de communication de l'enfant.
- Un bilan psychologique auprès du patient et de sa famille, afin de repérer d'éventuelles contre-indications psychologiques et de préparer à la rééducation post-implantation.

L'opération chirurgicale

L'opération dure en moyenne deux heures par implant posé, et se déroule sous anesthésie générale. La méthode chirurgicale la plus courante est celle via une voie de la fenêtre ronde : la fenêtre ronde est un orifice situé sur la paroi interne du vestibule du labyrinthe osseux (Brin-henry et al., 2011). L'intervention consiste à pratiquer une petite incision rétro-auriculaire, puis à forer une ouverture dans l'os temporal pour rejoindre l'oreille moyenne, et une autre ouverture pour accéder à la fenêtre ronde, afin d'y insérer le porte-électrodes. Le porte-électrodes est inséré dans la rampe tympanique afin que les électrodes soient en contact direct avec les cellules ganglionnaires en spirale (Naples &

Ruckenstein, 2020). Après la chirurgie, la convalescence est d'environ 2 à 3 semaines afin de prévenir toute infection.

Les réglages

Les réglages de l'implant ont lieu deux semaines minimum après l'opération lorsque l'hématome est résorbé. Ils sont effectués par un audioprothésiste ou un orthophoniste-régleur. Il s'agit de définir électrode par électrode les seuils minimum et maximum de stimulation afin de trouver un niveau d'écoute confortable pour le patient (Dulguerov & Remacle, 2005). Les modifications de réglages se font sur plusieurs séances et suivent pas à pas l'évolution de la rééducation et l'amélioration de la discrimination (Dumont, 1996).

1.2 LA SURDITE – LES REPERCUSSIONS

1.2.1 Modes de communication

Le choix du mode de communication revient toujours aux parents et à l'enfant, comme cité dans la loi : « *Dans l'éducation des jeunes sourds, la liberté de choix entre une communication bilingue – langue des signes et français écrit – et une communication orale est de droit.* » (Code de l'éducation - Article L112-1, s. d.) Ce choix est motivé par une réflexion sur la construction d'une identité et les limitations au sein de la société. Cette réflexion s'articule autour du besoin du parent de communiquer le plus efficacement possible avec son enfant, et également de la nécessité pour l'enfant de pouvoir communiquer facilement avec d'autres interlocuteurs au cours de sa vie (Daigle & Parisot, 2006).

1.2.1.1 La langue des signes

La Langue des Signes Française est une langue à part entière. Elle apparaît en France au milieu du XVIII^e siècle avec le système gestuel créé par Charles-Michel de l'Epée dit l'Abbé de l'Epée (Moody et al., 1998). En 2008, une enquête a confirmé que 283 000 personnes connaissent et utilisent la Langue des Signes, dont 51 000 personnes ayant une forme de handicap auditif moyen à sévère (Haeusler et al., 2014).

La LSF possède des paramètres précis (Moody et al., 1998) : une configuration des mains, un emplacement, une orientation dans l'espace, un mouvement et une expression faciale. Elle possède une grammaire et une syntaxe particulières, avec un marquage des pluriels et un ordre des signes dans la phrase : d'abord le lieu (le « où ») puis le temps (le « quand ») puis l'action (le « qui » et le « quoi »). Pour indiquer le temps, on observe deux axes de temporalité (Cuxac, 2000) : l'axe avant/arrière pour

indiquer le passé et le futur et l'axe gauche/droite pour indiquer la succession des évènements. Les verbes peuvent être uni et pluridirectionnels, la main ira du locuteur vers l'interlocuteur (Moody et al., 1998).

1.2.1.2 Le mode de communication audio-phonatoire

Un projet de mode de communication audio-phonatoire ou « oraliste » a pour but d'amener l'enfant à développer son langage oral afin de s'intégrer au mieux dans la société. Différentes méthodes sont utilisées afin de guider l'enfant dans son évolution langagière.

La Langue française Parlée Complétée, ou Cued Speech (CS) est une langue créée en 1966 par le Dr Cornett, constituée d'un code manuel qui permet aux personnes sourdes de mieux percevoir la langue orale. Certains contrastes phonologiques sont rendus visibles grâce à des « cues » ou « clés » manuelles (Leybaert, 2011). Chaque clé code une syllabe : les voyelles sont codées par cinq emplacements autour du visage et les consonnes par huit configurations de la main (Attina, 2005).

Les gestes Borel-Maisonny ont été élaborés par Mme Suzanne Borel-Maisonny en 1949. C'est une méthode d'apprentissage de la lecture. Également appelée « méthode phonético-gestuelle », ce sont des gestes de la main, ou des deux mains, chacun associé à un phonème. Ils fournissent des informations acoustiques sur les caractéristiques articulatoires du phonème travaillé ainsi que sur l'orientation du signe écrit associé. Il existe trois types de gestes : les gestes représentatifs d'une forme graphique, ceux représentatifs d'une forme articulatoire et ceux représentatifs d'un écoulement d'air. Certains de ces gestes peuvent être utilisés par l'orthophoniste pour aider l'enfant à construire son système de parole (Sylvestre de Sacy, 2008).

La Dynamique Naturelle de la Parole s'inspire de la méthode Verbo-Tonale créée en 1950 par Guberina. La DNP permet à l'enfant de ressentir les caractéristiques articulatoires des phonèmes grâce à une utilisation de pompons de couleurs, de traces de peintures, de comptines, de déplacements et de création artistique (Ferte, 2007).

1.2.1.3 Autres modes de communication

Le Français Signé est un compromis entre les signes de la Langue des Signes Française et la langue française orale : le lexique est celui de la LSF selon l'ordre syntaxique du français oral. C'est une communication bimodale, qui permet de signer et de parler en même temps (Brin-henry et al., 2011). Le Français Complet Signé Codé (FCSC) quant à lui est un outil de communication constitué

d'une combinaison de signes pour les mots à valeur sémantique et de Langue Parlée Complétée pour les mots fonctions (Colette & Crunelle, 2000).

1.2.2 Développement du langage chez l'enfant sourd

Le degré de surdité, son caractère uni ou bilatéral, et l'âge d'apparition de la surdité influenceront significativement le développement du langage chez l'enfant.

Comme l'illustrent les docteurs Lina-Granade et Truy (2006) dans un tableau (annexe 1), les surdités pré-linguales importantes, sont celles qui ont le plus d'impact négatif sur le langage : sans stimulations auditives avant cet âge, les aires auditives responsables de la discrimination et la compréhension ne se développent pas.

Concernant le degré de surdité, une surdité sévère ne permettra pas à l'enfant d'entendre les voix fortes à plus d'un mètre et peut mener à un retard voire une absence de langage. En cas de surdité profonde, l'enfant ne sera exposé qu'aux stimulations auditives très fortes, et cela causera sans prise en charge spécifique une absence totale de langage sans diversification du babil (Lina-Granade & Truy, 2006).

Concernant l'articulation, il a été observé que les personnes sourdes avaient des difficultés d'acquisition et de maîtrise des phonèmes de la langue française. Les altérations sont variées, on retrouve couramment : une faible distinction entre certaines voyelles, une lenteur d'acquisition des consonnes, une faible différenciation entre les consonnes labiales et des transformations occasionnées par l'opposition sourde/sonore. Le /r/ est obtenu tardivement. Ces altérations phonétiques auront un impact négatif sur l'intelligibilité (Dumont, 1997).

La voix de l'enfant sourd est aussi atteinte. Les enfants atteints de surdité congénitale profonde ont dans leurs premiers mois de vie un fondamental semblable à celui des enfants du même âge (Vinter, 1994). L'intensité devient progressivement trop forte ou trop faible, la mélodie est souvent plate, le rythme ralenti et le débit est lent et haché (Dumont, 1997). On constate parfois un timbre nasonné et une incoordination pneumo-phonique (Dumont, 1996). Plus l'appareillage est précoce moins ces caractéristiques sont observées. Le suivi orthophonique s'intéresse aussi au travail de la voix.

Le lexique de l'enfant normo-entendant se développe de 0 à 6 ans, sous forme de « paliers », constitués de périodes alternant explosion lexicale et stagnations. Chez l'enfant sourd, la courbe de croissance du stock lexical est linéaire, du fait de l'enseignement régulier de celui-ci, sans ces explosions lexicales. Il est globalement peu étendu, mal catégorisé et se développe plus tardivement.

Certaines notions lexicales peuvent rester abstraites pour l'enfant sourd (Schilling & DeJesus, 1993). On observe parfois des difficultés quant au caractère polysémique de certains mots (Lafon, 1985).

C'est dans le domaine des structures syntaxiques que les personnes sourdes ont le plus de difficultés (Dubuisson & Daigle, 1998). La phonologie et la morphosyntaxe sont très fortement liées et se développent de manière concomitante (Edwards et al., 2011). Ainsi la morphosyntaxe sur le plan productif, plus que réceptif, est un domaine où les enfants sourds ont des performances en deçà des enfants normo-entendants, même les enfants porteurs d'un implant cochléaire (Inscoc et al., 2009). En production, on observe un agrammatisme et une dyssyntaxie. Des difficultés relatives aux flexions verbales et au pronom réfléchi « se ». La forme passive n'est souvent pas maîtrisée et certains objets dans les phrases et des prépositions sont parfois oubliés (Tuller, 2000) ; (Bourdin et al., 2016).

En ce qui concerne le comportement de l'enfant sourd, toute variable interindividuelle doit être gardée. Un enfant sourd peut être décrit par ses parents comme soit agité et en opposition, soit excessivement calme et renfermé sur lui-même (Lina-Granade & Truy, 2006). Une indifférence au monde sonore peut évoquer un trouble du spectre autistique chez certains enfants, d'où l'importance d'un dépistage précoce (Lina-Granade & Truy, 2017). Il est crucial d'éviter deux erreurs majeures : vouloir « normaliser » les comportements de l'enfant à l'extrême, ou à l'inverse les considérer toujours comme pathologiques (Sadek-Khalil, 1997).

1.2.2.1 Le développement du langage chez l'enfant sourd implanté

De nombreuses études ont corroboré le fait que les implants cochléaires permettent un développement langagier très satisfaisant, selon l'âge d'implantation et d'autres critères (capacités individuelles, stimulations langagières familiales, présence de handicaps associés etc.). L'une d'elle analyse les disparités d'acquisitions langagières en comparant un groupe d'enfants implantés dans leur première et deuxième année de vie, contre un groupe d'enfants implantés dans leur troisième et quatrième année de vie. Les aptitudes langagières (lexique, syntaxe, morphosyntaxe et perception de la parole), bien qu'imparfaites, étaient nettement supérieures chez les enfants du premier groupe que chez les enfants du deuxième groupe (Svirsky et al., 2000).

1.2.3 Prise en charge orthophonique

Face aux conséquences de la surdité sur le développement du langage de l'enfant sourd, une prise en charge orthophonique, dans une visée pluridisciplinaire, doit se mettre en place précocement.

Selon la Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie (2019), il est demandé à l'orthophoniste d'engager un travail de « *démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire* », selon l'AMO 15,4. Selon la HAS, l'orthophoniste doit intervenir dans le cadre d'un programme d'intervention précoce d'approche audiophonatoire. Il s'agit d'un travail concernant le souffle, la voix, l'articulation, la production de mots ainsi que les acquisitions syntaxiques et lexicales (Brin-henry et al., 2011). L'orthophoniste interviendra à raison de plusieurs séances hebdomadaires (deux en cas de surdité légère à moyenne, trois à quatre en cas de surdité sévère à profonde) (HAS, 2009).

En ce qui concerne le lieu de prise en charge, il est recommandé d'orienter un enfant atteint de surdité sévère à profonde vers un centre spécialisé comme un Centre d'Action Médicosocial Précoce (CAMSP) ou un Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation (SSEFS) (Lina-Granade & Truy, 2017).

1.2.3.1 Le bilan orthophonique

Obligatoire en début de prise en charge, le bilan doit, chez un enfant sans langage, rendre compte du comportement, de la communication non-verbale ainsi que des interactions parents-enfants (Dumont, 1996). Si l'enfant parle, il s'agit d'estimer en plus de cela la parole (articulation) et le langage oral (lexique, morphologie, syntaxe, pragmatique). Lorsqu'un l'enfant est plus âgé, le langage écrit et ses prérequis (conscience phonologique, reconnaissance visuelle) doivent être évalués (Lina-Granade & Truy, 2017). Les fonctions exécutives (attention, mémoire) et la voix (intensité, mélodie et rythme) doivent également être appréciées (Dumont, 1996).

1.2.3.2 L'éducation auditive

L'éducation auditive est un travail destiné à développer l'appétence à la communication, l'attention auditive, les capacités de discrimination, le décodage phonologique, la compréhension du langage et le contrôle audio-phonatoire : il s'agit de mettre du sens sur les sons (Dumont, 1997).

Annie Dumont (1996) a élaboré un programme rééducatif en quatre étapes successives :

1. La détection : c'est la découverte du monde sonore. Il s'agit d'amener l'enfant à repérer le bruit et le silence, à localiser les sons dans l'espace (si appareillage en stéréophonie), à distinguer les bruits de la voix et à développer sa fonction d'alerte qui l'avertit d'un danger. L'orthophoniste doit garder en mémoire le coût émotionnel et cognitif de ce travail pour l'enfant. (HAS, 2009).

2. La discrimination : le sujet sourd devra définir la présence ou l'absence de contraste entre des stimuli auditifs non-verbaux puis verbaux. Les indices de durée (court/long), de hauteur (grave/aigu), d'intensité (fort/faible) et de rythme (rapide/lent) seront étudiés avec des sons. Puis les voyelles, les consonnes et des mots seront travaillés.
3. La reconnaissance et l'identification : le travail se fait avec du matériel non-verbal puis verbal. Le patient doit retrouver un mot dans une liste fermée, semi-ouverte, ouverte, puis plus tard au sein d'une phrase.
4. La compréhension : A ce stade, l'entraînement se fait essentiellement en situation interactive, le patient est amené à comprendre des consignes avec ou sans lecture labiale, reformuler une histoire, des messages sans lecture labiale et jusqu'à, si possible, mener une conversation au téléphone.

1.2.3.3 *La lecture labiale*

Selon Mc Gurck, la compréhension de la parole résulte de l'activité commune des informations visuelles et auditives (Leybaert & Colin, 2007). L'information visuelle obtenue grâce à la lecture labiale est un indice des mouvements des articulateurs. Elle aide significativement à la compréhension du message pour les personnes implantées cochléaires et les autres, même si elle présente des limites (point et mode d'articulation invisibles, sosies labiaux) (Gibert et al., 2006). L'orthophoniste doit proposer au patient un entraînement à la lecture labiale, et lui expliquer les différents facteurs dont elle dépend : capacité à utiliser la suppléance mentale, visibilité de l'interlocuteur, distance maximale à respecter, capacités attentionnelles et visuelles des interlocuteurs (Wathour et al., 2019).

1.2.3.4 *La suppléance mentale*

Selon Raymond Saussus (1964) la suppléance mentale est « *le résultat d'un rapide travail de l'esprit qui a pour but de procurer les éléments indispensables pour comprendre un texte lu sur les lèvres* ». Elle s'appuie sur des indices linguistiques apportés par la lecture labiale et l'audition, et sur des indices d'ordre non-verbal comme le regard, les gestes et les expressions faciales (Dumont, 1997). Elle représente un coût important pour le patient car un ensemble d'habiletés cognitives et linguistiques sont réquisitionnées (mémoire, attention, accès au lexique). Ainsi la rééducation orthophonique du patient sourd devra amener le patient à s'aider du contexte, de ses connaissances sémantiques et linguistiques et de se rappeler des expériences passées afin de comprendre le message au mieux (Delhom et al., 1992).

1.2.3.5 *L'accompagnement parental*

Il est reconnu que l'implication des parents auprès de leur enfant est un facteur pronostique du développement du langage oral chez les enfants atteints de surdité. L'orthophoniste a pour objectif de les rassurer, de répondre à leurs questions, de les aider à prendre conscience des compétences pré-langagières de leur enfant et de leur expliquer tous les aspects de la surdité : types, degrés, appareillages, aides à la communication (Colette & Crunelle, 2000).

1.2.3.6 *L'équipe pluridisciplinaire*

La prise en charge peut se faire au sein d'une structure d'intervention précoce spécialisée où le jeune enfant sera suivi par différents professionnels. Les CAMSP, les SEFFS, les Services d'Accompagnement Familial et à l'Education Précoce (SAFEP) et les Service d'Education Spéciale et des Soins à Domicile (SESSAD) rassemblent en leur sein une équipe médicale, paramédicale et éducative soit un médecin ORL, des éducateurs spécialisés, des psychologues, des orthophonistes, des audioprothésistes, des psychomotriciens et des enseignants spécialisés. Ces structures ont également pour mission de guider les parents dans l'intégration de leur enfant. Cette intégration sera d'abord environnementale et scolaire, mais également réfléchi sur le long terme afin de donner les meilleurs chances à l'enfant d'être intégré au niveau social et professionnel (Fraussin & Richard, 2008).

1.3 L'AVENIR PROFESSIONNEL

1.3.1 Données actuelles sur l'intégration estudiantine et professionnelle

1.3.1.1 *L'intégration scolaire*

Selon certaines études, le parcours scolaire des enfants implantés dans leurs premières années de vie est fortement influencé par leurs habiletés linguistiques, le niveau socio-culturel des parents, l'âge d'implantation et la durée de l'implantation (Diaz et al., 2019).

Depuis 2005, il est demandé d'assurer à l'élève une scolarisation en milieu ordinaire la plus proche de son domicile si cela est possible et de réaliser un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, s. d.). Il est observé depuis plusieurs années une augmentation progressive du nombre d'enfants sourds scolarisés en milieu ordinaire du fait de cette loi (François et al., 2015). De nombreuses personnes sourdes sont dirigées vers des structures spécialisées comme les Classes pour l'Inclusion Scolaire (CLIS) qui accueillent douze élèves, à partir de la maternelle. Le relais est pris par les Unités Localisées d'Inclusion Scolaire, du collège au lycée. Selon une enquête de la

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Education et des Statistiques (DREES), l'ensemble des enfants de 6 à 11 ans et 96 % des 12-18 ans sont scolarisés. 70 % des personnes de 6 à 18 ans sont scolarisées dans un milieu ordinaire (Haeusler et al., 2014).

1.3.1.2 L'intégration dans les études

Selon une étude de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé, 59 % des 15-25 ans sourds déclarent être étudiants (Sitbon, 2011). Cependant l'enquête de la DREES observe un décrochage après 18 ans, où seulement 44% des 19-25 ans poursuivent leurs études en enseignement supérieur (Haeusler et al., 2014). Ce pourcentage est néanmoins en hausse depuis 2008, où il atteignait 38 %. Cependant, on constate qu'il y a une baisse générale de scolarisation après 18 ans, avec 51 % des 18-24 ans scolarisés en études supérieures. Le niveau de diplôme des personnes entre 20 et 59 ans avec un handicap auditif est légèrement plus faible que le reste de la population : 19 % d'entre eux ne sont pas diplômés contre 13 % en moyenne dans la population générale (Haeusler et al., 2014).

1.3.1.3 L'accès à l'emploi

A défaut de trouver des informations chiffrées sur la tranche d'âge des 18-30 ans, nous savons que chez les personnes de 20 à 59 ans, le taux d'activité s'élève à 77,5 % chez les personnes atteintes de surdités légères à profondes contre 81,6 % chez les personnes sans handicap auditif. Le taux d'activité baisse significativement lorsque la surdité est sévère, profonde ou totale, 53 % des personnes entre 20 et 59 ans sont alors considérés comme actifs occupés (Haeusler et al., 2014).

Toujours chez les personnes de 20 à 59 ans, on remarque certaines disparités d'accès à l'emploi selon plusieurs facteurs notamment le niveau de diplôme, la présence d'autres handicaps mais également le sexe. En effet, le taux d'activité est plus bas chez les femmes que chez les hommes à diplômes et âges égaux. L'âge de début de surdité n'est pas un facteur influençant le taux d'emploi (Haeusler et al., 2014).

Concernant le type d'emploi exercé, la catégorie professionnelle la plus représentée parmi les personnes de 15-64 ans actives est la profession intermédiaire (37 %), soit un statut professionnel qui se situe entre le cadre et l'employé (infirmière libérale ou électricien par exemple) (Sitbon, 2011).

1.3.2 Les adaptations possibles

Il existe des adaptations et des aides humaines et technologiques qui facilitent le parcours scolaire, étudiant et professionnel des personnes sourdes.

1.3.2.1 Les instances officielles

L'agence Pôle Emploi est tenue d'accompagner les personnes sourdes comme tout autre personne. Le Fonds pour l'Insertion des Personnes avec Handicap dans la Fonction Publique (FIPHFP) est alloué spécialement pour ce public. Instituée en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, l'Association de Gestion pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH) a également pour mission en secteur privé de favoriser l'intégration et le maintien dans l'emploi de personnes handicapées en mettant en relation employeur et personne handicapée, grâce à un fonds alloué (Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, s. d.). Ces trois instances régissent la mission de service Cap Emploi : il s'agit d'organismes de placement spécialisé, présents dans chaque département, chargés de fournir un accompagnement renforcé d'une personne avec handicap. Pour pouvoir prétendre à ces aides, il est obligatoire de faire reconnaître administrativement son handicap auditif. Cependant seulement 16 % des personnes avec un handicap auditif (en majorité des hommes de plus de soixante ans) déclarent avoir une reconnaissance administrative par la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou la Sécurité Sociale (Haeusler et al., 2014).

1.3.2.2 Les aides humaines

16 000 personnes de 16 à 25 ans, avec une surdité moyenne à totale, bénéficient d'une aide humaine soit un Assistant à la Vie Scolaire, un codeur LPC, un interprète LSF, un interface de communication ou un preneur de notes (Haeusler et al., 2014).

Un codeur de Langue Parlée Complétée est chargé d'assurer la transmission du message la plus complète possible entre l'enfant sourd, l'enseignant et les élèves. La transmission est unilatérale : il transmet les messages à l'enfant mais ce-dernier n'utilise pas lui-même le code pour s'adresser au professeurs et aux élèves (Matsuoka, 2016) . L'interprète LSF quant à lui à un rôle de traduction d'un discours de la langue française à la langue LSF et inversement. Sa déontologie est basée sur la fidélité du discours, la neutralité et le secret professionnel (Paris, 2007). Enfin, un interface de communication est un professionnel qui doit faciliter la communication entre la personne sourde et son environnement professionnel à l'aide d'un mode de communication adapté (LSF, LPC) et d'un apport pédagogique (prise de notes, reformulations) (Ajavon, 2009).

De nombreuses associations sont impliquées dans l'insertion professionnelle des jeunes adultes sourds, on peut retenir l'association PEPSA 3 (Passerelle entre les Entreprises et les Personnes Sourdes), l'association Diapasom et ARPEJEH (Accompagner la Réalisation des Projets d'Études de Jeunes Élèves et Étudiants Handicapés) et bien d'autres. Ces équipes de professionnels, composées de codeur en Langue Parlée Complétée et d'interprètes en Langue des Signes, ont un rôle

d'accompagnateurs de projets et de relais entre employeurs et personnes avec déficience auditive (Adami & Baudoin, 2013) (Méloux, 2018).

1.3.2.3 Les aides technologiques

Des aides techniques situationnelles vont aider la personne avec une déficience auditive comme par exemple, le système de boucle magnétique qui crée un champ magnétique et amplifie les sons ambiants qui sont captés par les haut-parleurs des prothèses auditives de personnes sourdes. Une autre technique fondée sur l'émission de radios courtes de haute fréquence, le système FM, permet un déplacement dans un périmètre plus grand (Jacquot, 2002). Depuis quelques années, la connectivité à 2,4 GHz (Bluetooth, Wi-fi) permet l'adaptation de nombreux systèmes d'aides à l'écoute (Politis et al., 2015).

De nombreuses techniques pallient la déficience auditive en s'appuyant sur les facultés visuelles ou tactiles : un vibreur, une diode clignotante ou une soufflerie pour alerter qu'il s'agisse d'une alarme, d'une sonnerie de téléphone ou autre (Watine, 2005).

Des applications, AVA ou EasyTalk par exemple, sur smartphones permettent aujourd'hui de transcrire en temps réel les échanges comme les réunions et d'autres transcrivent les appels téléphoniques, comme Pedius ou Rogervoice (Mora & Manzanares, 2018).

1.3.2.4 L'adaptation du lieu de travail

La surdité de l'employé est connue de l'employeur dans 81 % des cas (Sitbon, 2011). Sur le lieu de travail, des difficultés d'ordre communicationnelles sont présentes : 35 % des 15-34 ans ont des difficultés à se faire comprendre de leurs collègues ( crit ou oral) et 63 % des 15-34 ans rapportent que comprendre leurs collègues est ardu (Sitbon, 2011). La situation des réunions reste source de difficultés majeures : en effet les ambiances bruyantes et la rapidité des interactions g nent la perception du message (Metzger & Barril, 2004). Pour pallier ces problèmes, une utilisation judicieuse des aides technologiques et humaines, une bonne luminosité (pour la lecture labiale) et un ajustement de certains comportements des collègues sont essentiels (Watine, 2005).

L'enquête de la DREES montre qu'un quart des interrogés bénéficient d'aides au travail : l'aide la plus citée est l'interprète LSF, puis l'interprétation à distance, l'amplificateur téléphonique, la boucle magnétique et la présence d'un interface de communication (Haeusler et al., 2014).

L'attitude de la personne sourde joue amplement sur les adaptations de son lieu de travail : une attitude ouverte et active dans ses échanges avec les autres, plus coûteuse en énergie que pour une personne sans déficience, sera un facteur d'une bonne intégration (Valérie, 2006).

PARTIE PRATIQUE

Nous avons observé plusieurs facteurs importants qui conditionnent l'intégration étudiante et professionnelle des jeunes adultes sourds : le type de surdité, son impact sur la communication et la prise en charge orthophonique qui en découle. L'état des lieux de la situation étudiante et professionnelle, ainsi que de la description des aides actuelles, nous permettent d'avoir une vision plus claire sur les parcours des personnes sourdes. Néanmoins, le rôle de l'orthophoniste auprès du jeune adulte sourd est très peu documenté, car la prise en charge orthophonique se focalise essentiellement sur le bébé, le jeune enfant et l'adulte de plus de 60 ans devenu sourd. En effet, c'est à ces âges que le besoin de suivi orthophonique est le plus urgent. La personne sourde poursuivra éventuellement son parcours dans ses études et dans le monde du travail.

1.4 Problématique et objectifs

Nous pouvons donc nous demander si les personnes sourdes âgées de 18 à 30 ans ayant bénéficié d'un implant cochléaire et d'une prise en charge orthophonique, considèrent que celle-ci a été un facteur favorisant leur intégration dans ces nouvelles étapes de vie. Il serait intéressant également de savoir s'il existe des besoins en orthophonie à cet âge-là.

Deux hypothèses ont donc été formulées :

- Les personnes interrogées pensent qu'une prise en charge orthophonique est un facteur favorisant l'insertion professionnelle et étudiante
- Il existe un besoin de suivi orthophonique chez les jeunes adultes sourds de 18 ans à 30 ans porteurs d'implant cochléaire.

L'objectif primaire et le premier objectif secondaire découlent respectivement de ces deux hypothèses. L'objectif primaire de cette étude est d'évaluer si les personnes entre 18 et 30 ans porteuses d'un implant cochléaire pensent que leur prise en charge orthophonique est un facteur favorisant leur intégration étudiante et professionnelle.

Les objectifs secondaires sont :

- Savoir s'il existe parmi ces personnes des besoins quant à une nouvelle prise en charge orthophonique et la raison de ces besoins.
- Recueillir des informations sur les bénéfices apportés par la prise en charge orthophonique et sur la prise en charge pluridisciplinaire des participants.

- Dresser un état des lieux de l’insertion professionnelle et étudiante des personnes interrogées afin d’avoir une représentation la plus précise possible de leurs parcours.

Dans cette optique, nous avons donc élaboré un questionnaire à destination des personnes sourdes porteuses d’implant cochléaire afin de recueillir un maximum de renseignements utiles à notre analyse.

1.5 Population

La population a été définie selon les critères d’inclusion suivants : les personnes devaient avoir entre 18 et 30 ans, avoir bénéficié d’une prise en charge orthophonique et être porteuses d’un implant cochléaire.

A l’inverse, les critères d’exclusion ont évincé les personnes de moins de 18 ans, de plus de 30 ans, les personnes qui n’avaient pas bénéficié d’une prise en charge orthophonique ainsi que les personnes non porteuses d’implant cochléaire.

Seize personnes ont participé, mais l’une d’entre elles n’avait pas bénéficié d’une prise en charge orthophonique, nous en avons donc retenu quinze.

Caractéristiques générales et surdité

Tableau 2 : Données sur l’âge de la population

	Valeur minimale	Valeur maximale	Moyenne	Ecart-type
Age	21	30	24,7	3,1

Tableau 3 : Recueil des informations concernant les répondants et leur surdité

	n	%
Sexe		
Femmes	13	86,7
Hommes	2	13,3
Type d’appareillage		
Implant cochléaire et prothèse auditive controlatérale	6	40
Implant cochléaire unilatéral	6	40
Implant cochléaire bilatéral	3	20
Type de surdité		

Surdité congénitale	12	80
Surdité acquise	3	20
Age de diagnostic		
Entre 0 et 3 mois	4	26,6
Entre 3 et 6 mois	3	20
Entre 6 mois et 1 an	5	33,4
Entre 1 an et 2 ans	3	20
Latéralisation de la surdité		
Bilatérale	15	100
Unilatérale	0	0
Degré de surdité		
Surdité sévère	1	6,6
Surdité profonde	10	66,6
Cophose	4	26,6
Etiologie de la surdité		
Génétique	7	46,6
Inconnue	4	26,6
Autre	4	26,6
Troubles associés		
Oui	11	73,3
Non	4	26,6

On observe que 86,7 % des quinze participants sont des femmes. En ce qui concerne l'âge, la personne la plus âgée a 30 ans et la plus jeune a 21 ans, l'âge moyen des participants est 24,7 ans.

En ce qui concerne les étiologies de la surdité, on retrouve dans la catégorie « Autres » quatre étiologies différentes : traumatique, syndromique, malformative et séquellaire à la prématurité. Concernant les troubles associés, quatre personnes déclarent souffrir de divers troubles (troubles visuels, acouphènes et troubles de l'équilibre, fatigue chronique, troubles respiratoires).

Prise en charge orthophonique

Tableau 4 : Données sur l'âge de début de prise en charge

	Valeur minimale	Valeur maximale	Moyenne
Age	0,5	4	2,07

L'âge moyen de début de prise en charge est de **2,07 ans** (soit deux ans et un mois). La valeur minimale est de 0,5 (six mois) et la valeur maximale est de 4 (quatre ans).

Tableau 5 : Caractéristiques de la prise en charge orthophonique des participants

	n	%
Situation actuelle de la prise en charge		
Prise en charge terminée	9	60
Première prise en charge en cours	4	26,7
Seconde prise en charge	2	13,3
Lieu de prise en charge		
Libéral	9	60
Institut	3	20
Institut et libéral	2	13,3
SSEFS	1	6,7

La fréquence des séances hebdomadaires est très hétérogène au sein de notre population, allant de 1 à 5 par semaine.

1.6 Matériel

Pour cette étude, un questionnaire a été établi à l'aide du logiciel Google Form, disponible sur le service de stockage Google Drive (annexe 2). Différents types de questions ont été utilisées, des questions à choix multiples, des questions à réponse courte, des questions comportant des cases à cocher et des questions sous forme d'échelle linéaire présentant une possibilité de choix de 1 à 5. Il se compose de plusieurs sous-parties :

- 1) *Informations sur les participants et leur surdité* : les questions s'intéressent à l'âge, le sexe, le degré de surdité, l'âge de diagnostic etc.
- 2) *Les études* : cette section s'intéresse principalement au niveau d'études.

Une question entre ces deux parties sépare les étudiants des personnes exerçant une profession et renvoie les étudiants automatiquement à la quatrième partie.

- 3) *Le travail* : cette section s'intéresse au statut professionnel et au contact avec le public.
- 4) *L'intégration dans les études* : cette partie traite de différents éléments relatifs aux études (ressenti d'intégration, aides humaines, aides technologiques etc).
- 5) *La prise en charge orthophonique et éventuels besoins* : cette partie regroupe toutes les questions relatives à l'orthophonie soit les caractéristiques de la prise en charge (durée, lieu, fréquence), le ressenti des bénéficiaires par domaines travaillés, le ressenti de l'impact de la prise en charge sur leur situation actuelle et la présence éventuelle de besoins en orthophonie.

1.7 Méthode

Afin de partager le questionnaire, le réseau social Facebook a été utilisé. Plusieurs pages de ce réseau social ont été contactées :

- « CISIC - Centre d'Information sur la Surdité et l'Implant Cochleaire » (annonce post e deux fois)
- « Mémoires en orthophonie »
- « Parents d'Enfants et de Jeunes Adultes Sourds Implantés Cochleaires »
- « LPCistes ».

Des associations en lien avec un public sourd implanté cochleaire et à communication oraliste ont également été contactées par mail, parmi elles :

- L'IFIC (Institut Francilien d'Implantation Cochleaire)
- L'AFIDEO (Association Française pour l'Information et la Défense des sourds s'Exprimant Oralement)
- Génération cochle e
- ALPC (Association pour la Langue Parlée Complétée)
- Bucodes SurdiFrance
- CISIC (Centre d'Information sur la Surdité et l'Implant Cochleaire), cette fois par mail

Seul le CISIC a répondu à notre demande, sa directrice avait présenté son aval afin de partager ce questionnaire dans leur newsletter mensuelle au début du mois d'avril. Malheureusement, la publication de cette newsletter a pris du retard à la suite des inconvénients posés par l'épidémie de COVID-19.

Plusieurs personnes ont contribué à partager ce questionnaire, notamment deux audioprothésistes de Nice qui l'ont envoyé à plusieurs de leurs patients et à leurs collègues.

Nos réponses au questionnaire ont été traitées à l'aide de statistiques descriptives.

1.8 Résultats

Notre objectif primaire dans cette étude est de savoir si les personnes sourdes implantées pensent que leur prise en charge orthophonique est un facteur favorisant leur insertion. Pour répondre à cet objectif, cette question a été posée dans le questionnaire : « *Pensez-vous que votre prise en charge en orthophonie a favorisé votre intégration dans les études et/ou dans le travail ?* ». La réponse à cette

question est sous la forme d'une échelle linéaire de 1 à 5, sachant que 1 est traduit par « Pas du tout » et 5 « Tout à fait ».

Nous pouvons exposer les données à l'aide d'un histogramme.

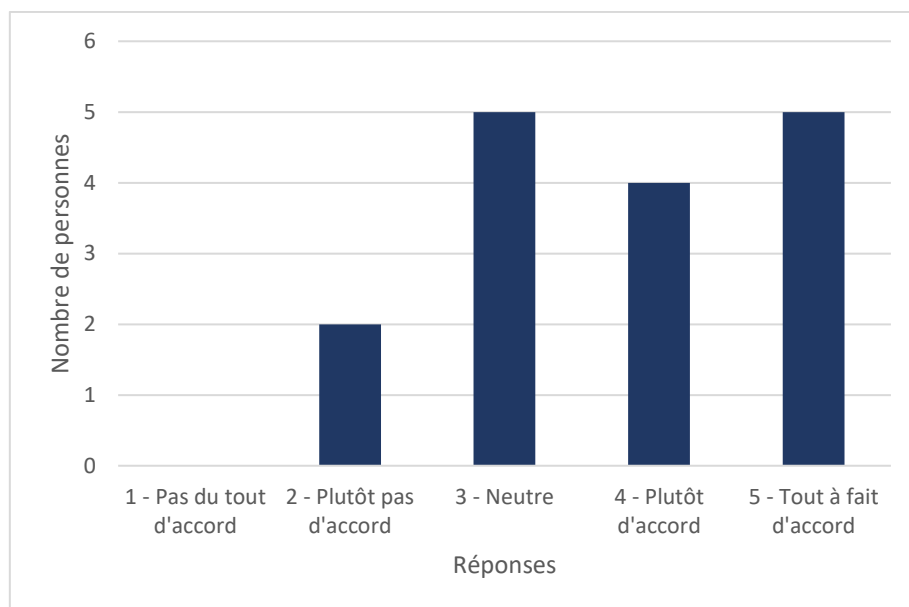


Figure 1: Répartition des réponses concernant le ressenti de l'impact de la prise en charge orthophonique sur l'intégration professionnelle et étudiante

Si l'on traduit ces résultats en pourcentage, nous observons que 33,3% ont choisi la réponse « Tout à fait d'accord », 26,7% ont choisi la réponse « Plutôt d'accord », 33,3% ont choisi la réponse « Neutre », et 6,7% des participants ont choisi la réponse « Pas du tout d'accord ». Nous pouvons également traduire ces données en notant que l'ensemble des personnes qui ont choisi une réponse à valeur positive (4 ou 5), soit neuf personnes sur quinze, représentent « **60%** » de la population interrogée. La moyenne des réponses est de 3,9 et la médiane de 4, valeur toutes deux proches de la réponse « Plutôt d'accord ». La valeur minimale est 2 et la valeur maximale est 5. L'écart-interquartile est de 2.

L'objectif suivant, qui est un objectif secondaire, est centré sur la description des besoins en orthophonie des personnes interrogées et la raison de ces besoins.

La question numéro 35 du questionnaire porte sur le souhait de reprendre une prise en charge orthophonique. Les résultats nous montrent que neuf personnes sur quinze ont choisi la réponse « Oui ». On remarque que trois de ces personnes bénéficient déjà actuellement d'une prise en charge.

La question suivante, numéro 36, porte sur la raison de ce souhait (annexe 3). Sur les neuf personnes ayant répondu par l'affirmative à la question n°35, huit ont répondu à la question numéro 36, celle-ci n'étant pas obligatoire. Nous reportons ici dans un tableau l'ensemble des besoins des neuf personnes.

Tableau 6 : Présentation des besoins en orthophonie des interrogés

	n	%
Travail sur l'oral	4	44,4
Aspects psychologiques	2	22,2
Concours	1	11,1
Général	1*	11,1
Articulation	1*	11,1
Rééducation implant cochléaire	2 + 1*	33,3
Par plaisir	1	11,1
Raison non renseignée	1	11,1
Total	9	100

*Personnes suivant actuellement une prise en charge orthophonique.

La raison générale évoquée le plus souvent parmi les réponses explicatives des participants est un besoin de travailler sur l'oral, rapportée par trois personnes sur six. Deux personnes souhaitent travailler les aspects psychologiques relatifs à l'expression orale : la première rapporte le besoin d'être plus en confiance et d'oser davantage s'exprimer en public, tandis que la deuxième souhaite savoir gérer son stress qui cause une gêne vocale (intensité trop faible). Parmi les personnes souhaitant travailler sur l'oral, une autre le justifie par son ambition de tenter un concours interne dans son entreprise.

On observe ensuite que deux personnes ont des besoins en orthophonie pour une rééducation, dans le cadre d'une seconde implantation à venir.

Contrairement aux autres, la sixième personne souhaite reprendre une prise en charge par plaisir car elle avait apprécié son ancienne prise en charge.

Parmi les neuf personnes qui ont affirmé leur souhait de reprendre une prise en charge orthophonique, trois personnes en ont déjà repris une et ont indiqué leurs besoins. Une personne souhaite travailler l'expression orale de manière générale, une autre souhaite travailler sur

l'articulation du phonème « s » (inclue également dans un travail de l'oral), la troisième veut poursuivre son actuelle rééducation centrée sur l'implant cochléaire.

Le troisième objectif de cette étude, également un objectif secondaire, est de recueillir des informations sur les bénéfices apportés par la prise en charge orthophonique et sur la prise en charge pluridisciplinaire.

Bénéfices apportés par la prise en charge orthophonique

Afin de recueillir des informations sur les bénéfices apportés par la prise en charge orthophonique, une question sous forme d'échelle linéaire (choix de 1 à 5) a été posée pour chacun des domaines travaillés lors de séances orthophoniques : l'articulation, la lecture labiale, le langage (expression, compréhension), le langage écrit et la voix.

Tableau 7 : Ressenti des bénéfices apportés selon le domaine travaillé

	Moyenne	Médiane	Ecart interquartile
Articulation	4,5	5	1
Lecture labiale	4,6	5	0,5
Langage	4,5	5	1
Langage écrit	3,9	4	2
Voix	4,4	5	1

Le domaine travaillé ayant apporté le plus de bénéfices aux personnes interrogées est la lecture labiale (moyenne de 4,5, médiane de 5 et écart interquartile de 0,5). Le domaine ayant apporté le moins de bénéfices est le travail du langage écrit (moyenne de 3,9, médiane de 4 et écart interquartile de 2).

La prise en charge pluridisciplinaire

En ce qui concerne la prise en charge pluridisciplinaire, le graphique suivant présente les différentes prises en charges dont les sujets ont bénéficié ou bénéficient actuellement.

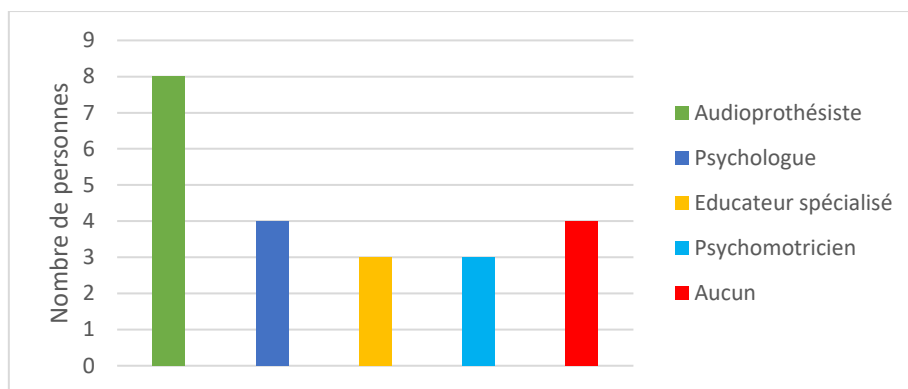


Figure 2 : Répartition des prises en charges passés ou actuelles des sujets interrogés

Nous observons que huit sujets sur quinze (53,3%) ont bénéficié d'un suivi audioprothétique.

Enfin, le quatrième objectif de ce mémoire est de dresser un état des lieux de l'insertion professionnelle et étudiante des personnes interrogées afin d'avoir une représentation la plus proche de leurs parcours.

Nous avons recensé sur les quinze personnes réunies, huit étudiants (53,3%) et sept travailleurs (46,7%).

Etat des lieux de l'intégration dans le milieu professionnel

Recueil des données chez les travailleurs

Tableau 8 : Recueil des informations concernant les travailleurs

	n	%
Nombre total de travailleurs	7	100
Niveau d'étude des travailleurs		
Baccalauréat	2	28,6
Bac + 2	1	14,3
Bac + 3	3	42,9
Bac + 5	1	14,3
Catégorie professionnelle		
Salarié	4	57,1
Fonctionnaire	1	14,3
Apprenti	1	14,3
Sans emploi	1	14,3
Secteur d'activité représenté		
Administration publique	2	28,6
Santé	2	28,6
Gestion	1	14,3
Commerce	1	14,3

Enseignement privé	1	14,3
Contact avec du public		
Oui	5	71,4
Non	2	28,5

La plupart des actifs a atteint un niveau d'études équivalent à un bac +3 (42,9%). Concernant le métier, nous avons recensé les professions exercées actuellement par les sept personnes qui travaillent. Le secteur de l'administration publique est représenté avec deux participants (contrôleur des finances et assistante administrative). Le secteur de la santé est représenté par deux personnes (infirmière et assistante maternelle). Suivent le secteur de la comptabilité (un assistant comptable), le secteur du commerce (conseiller de vente) et celui de l'enseignement privé (professeur particulier qui se déclare sans emploi).

Recueil des données chez les étudiants

Nous avons recueilli les aspirations professionnelles des étudiants. Cinq étudiants sur les huit au total ont répondu : deux veulent devenir ingénieur biomédical, une personne veut devenir technicien en économie familiale, une autre gestionnaire de prestations sociales, et une dernière souhaite devenir designer de mode. Les secteurs représentés sont donc les technologies médicales (deux personnes), le secteur social (une personne), l'administration publique (une personne) et le secteur de la mode (une personne). Trois autres étudiants ne savent pas actuellement la profession qu'ils désirent exercer.

Etat des lieux de l'intégration dans les études :

Ici tous les participants ont répondu, étudiants et travailleurs confondus.

Ressenti d'intégration :

Le ressenti d'intégration dans les études après le collège a été demandé sous la forme d'une question à échelle linéaire de 1 à 5. On relève une moyenne de **3,3** et une médiane de **3**, ce qui ne permet pas de relever une tendance, la réponse 3 correspondant à un avis neutre.

Contact avec d'autres étudiants :

Nous nous sommes intéressés aux relations humaines de ces personnes au sein de leurs études. Il s'avère que douze personnes sur quinze soit **87%** étaient en contact avec d'autres personnes durant leurs études (durant des cours, des travaux dirigés, des groupes de révisions ou des réunions associatives).

Aides humaines :

Les aides humaines sont toutes les personnes chargées d'accompagner les étudiants sourds au cours de leurs études (traduction, codage, aide pédagogique etc...).

Tableau 9 : Aides humaines citées par les participants

	n *	% **
Professionnels de la surdité		
Association(s)	5	33,3
Codeur LPC	4	26,7
Orthophoniste	4	26,7
Service handicap de l'université	2	13,3
Interprète LSF	1	6,7
SSEFS	1	6,7
Aucun	4	26,7
Autres		
Camarades	12	80
Professeurs	10	66,7
Famille proche	7	46,7
Amis extérieurs	2	13,3

* Dans ce tableau, le « n » représente le nombre de personnes ayant mentionné avoir bénéficié de l'aide humaine.

** Le pourcentage est ici calculé par rapport au total des personnes interrogées.

- Description de l'aide apportée :

Les camarades ont partagé leurs prises de notes, répondu aux questions des jeunes adultes sourds, répété les consignes des professeurs et apporté leur bienveillance. Les professeurs quant à eux ont aidé les élèves sourds par la simplification de certains cours, leur posture (se mettre en face de l'élève pour améliorer la compréhension du message), par la proposition d'exercices personnalisés et le fait d'apporter une attention particulière à l'élève de manière générale. Absents de la liste de propositions mais cités manuellement dans la réponse « Autre », les orthophonistes sont mentionnés pour avoir aidé à la compréhension de certains devoirs et pour avoir apporté un soutien global.

Aides technologiques :

Tableau 10 : Aides technologiques citées par les participants

	n *	%
Aides technologiques		
Mails	12	80
SMS	8	53,3
Système FM	6	40
Microphone déporté	1	6,7
Applications de transcriptions	1	6,7
Boucle à induction magnétique	1	6,7

* Dans ce tableau, « n » se réfère au nombre de personnes ayant mentionné l'aide correspondante.

Une personne a rajouté une réponse qui n'était pas proposée dans la liste, dans la case « Autre », la boucle à induction magnétique. Les aides technologiques les plus citées sont les mails et les SMS.

Discussion

Le point de départ de ce travail a été tout d'abord un intérêt pour les personnes sourdes de dix-huit à vingt-cinq ans et un questionnaire sur leur avenir. Ce travail a été motivé par la volonté de comprendre le rôle de l'orthophoniste auprès de cette population. En effet, ce rôle est très peu documenté, comparativement à celui de l'orthophoniste auprès du bébé, de l'enfant puis de la personne âgée sourde. Le peu de travaux sur l'intégration professionnelle des personnes implantées cochléaires rapporté par la Haute Autorité de Santé a complété cette réflexion (HAS, 2007).

Nous avons alors créé ce questionnaire dans le but de vérifier nos hypothèses par le biais des réponses des jeunes adultes sourds implantés cochléaires. Le but était d'analyser l'impact de la prise en charge orthophonique sur l'intégration étudiante et professionnelle et de mettre en exergue d'éventuels besoins en orthophonie auprès de ces personnes. Nous souhaitons rapporter les bénéfices de la prise en charge orthophonique ainsi qu'analyser des données ciblées sur leurs parcours dans les études et le monde du travail.

Le premier objectif de cette étude était d'objectiver le ressenti des jeunes adultes sourds implantés âgés de 18 à 30 ans quant à l'impact de la prise en charge orthophonique sur leurs parcours étudiant et professionnel. Selon les résultats du questionnaire, on observe que sur une échelle de 1 à 5, la médiane est de 4 et la moyenne est proche de 4 (3,9), réponse qui se traduit dans le questionnaire par « Plutôt d'accord ». On observe également que 60% des participants ayant répondu au questionnaire estiment que leur prise en charge orthophonique a favorisé leur intégration étudiante et/ou professionnelle. Notre première hypothèse était « *les jeunes sourds implantés cochléaires pensent que la prise en charge orthophonique est un facteur favorisant leur intégration professionnelle* ». Cette hypothèse ne peut être que validée partiellement du fait du faible échantillon de notre population et du fait de l'utilisation de statistiques descriptives. Il faut cependant noter que 33,3% des personnes ont une opinion neutre vis-à-vis de cette question. En effet, nombre de facteurs d'ordres individuel et systémique entrent en jeu quant à l'intégration professionnelle d'un sujet sourd. Le manque de spécificité de la question a pu effectivement mener certains participants à répondre de manière neutre. L'intégration étudiante et professionnelle dépend de facteurs plus larges, dont celui de l'insertion sociale. L'insertion, terme moins complet qu'intégration, est le résultat des mécanismes d'intégration, tels que la socialisation. Ainsi les différentes habiletés communicationnelles qu'assimile l'individu permettent de s'intégrer dans les échanges sociaux. Sachant que notre société est particulièrement axée

sur la place que l'individu occupe par son travail, l'orthophonie contribue donc indirectement mais largement à cette intégration (Bonfond, 2006) (Centre François-Charon et al., 2004) (Kerbourc'h, 2010).

Si l'on se penche sur la documentation à propos du rôle de l'orthophoniste par rapport à l'intégration professionnelle de l'adulte sourd, il y a une grande disparité qu'il s'agisse des patients atteints de surdité congénitale ou des patients atteints de surdité acquise. En effet, le rôle de l'orthophoniste quant à l'intégration professionnelle de l'adulte atteint de surdité acquise est beaucoup plus documenté. Auprès de ces patients, l'orthophoniste a, en plus de son rôle de rééducateur, un rôle de conseiller quant aux situations de communication rencontrées au travail (Bergh & Borel, 2019). Des études relatent cet impact en parlant davantage de « réinsertion professionnelle » plutôt que d'insertion (Charfeddine et al., 2016). Ces questionnements quant à l'intégration dans le travail ont poussé des orthophonistes à créer un questionnaire d'auto-évaluation, comme l'ESRA (Evaluation du Retentissement de la Surdité chez l'Adulte) (Ambert-Dahan et al., 2018). La prise en charge orthophonique impacte, de manière indirecte, l'insertion scolaire, puis professionnelle notamment auprès de patients pris en charge après une chirurgie bucco-pharyngée ou pour un bégaiement (Lombard, 2009) (Burgot, 2013).

Pour l'objectif suivant, qui est secondaire, nous souhaitons savoir s'il existait un besoin quant à une nouvelle prise en charge orthophonique et la raison de ces besoins. 60% des répondants ont choisi la réponse « *Oui* » à la question n°35 du questionnaire, qui était « *Souhaiteriez-vous reprendre une prise en charge orthophonique ?* ». Néanmoins, la formulation de la question numéro 35 est ambiguë car elle sous-entend que les participants ont tous arrêté leur prise en charge. Or parmi les neuf personnes qui répondent par l'affirmative, trois suivent une prise en charge actuellement. Les réponses obtenues témoignent néanmoins de besoins orthophoniques actuels. Notre seconde hypothèse portant sur l'existence d'un besoin en orthophonie chez les jeunes adultes sourds de 18 à 30 ans porteurs d'implant cochléaire ne peut être que partiellement validée. En effet, si notre étude confirme cette affirmation, notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la population concernée. Les réponses des neuf personnes qui estiment avoir des besoins en orthophonique, y compris celles qui en bénéficient d'un actuellement, sont exposées ci-dessous. Trois personnes ont le besoin de travailler leur expression orale dans une dimension psychologique. La première rapporte un besoin qui semble davantage être une indication de prise en charge par un psychologue plutôt que par un orthophoniste : le gain de confiance en soi. Chez la deuxième, la gêne ressentie due à une intensité vocale trop faible est causée par le stress de devoir s'exprimer en public, ce qui relève de prime abord également d'un motif d'indication vers un psychologue. Néanmoins si on met en lumière cette plainte avec les difficultés

vocales rencontrées par les personnes sourdes (intensité vocale souvent trop forte ou trop faible), il paraît judicieux d'orienter cette personne vers un orthophoniste (Ernst, 2009) (Dumont, 1997). Le suivi s'orienterait vers un travail de la projection vocale (Bergh & Borel, 2019). Ce type de réponses mériterait davantage d'investigations. Le partenariat orthophoniste et psychologue au sein d'une équipe pluridisciplinaire en institut est depuis longtemps considéré comme essentiel, et le retrouver sous forme d'une double prise en charge en libéral pour cette personne serait une piste à explorer (Jacquot, 2002) (Witko & Mollat, 2009).

Une autre personne signale un besoin de reprendre une prise en charge afin de s'entraîner pour un concours au sein de l'administration : cette réponse met en lien directement l'orthophoniste avec l'intégration professionnelle, soit ici un désir d'évolution de carrière. C'est précisément face à ce type de demandes très spécifiques de l'adulte sourd que l'orthophoniste doit adapter ses séances dans une visée écologique (Bergh & Borel, 2019). Pour cela, les orthophonistes disposent d'outils concrets pour l'analyse de l'impact de la surdité sur la vie professionnelle, comme le questionnaire ESRA qui contient une partie spécialement consacrée à l'évaluation de l'impact de la surdité dans la vie professionnelle (réunions, utilisation du téléphone, etc) (Ambert-Dahan et al., 2018). En comparaison, il a été prouvé que des adultes avec un bégaiement avaient une attente concrète vis-à-vis de la prise en charge orthophonique quant à leur insertion professionnelle, notamment concernant l'entretien d'embauche (Burgot, 2013). Le besoin orthophonique relatif à une seconde implantation cochléaire, rapporté par trois personnes, a été décrit de manière complète dans la littérature. Le rôle de l'orthophoniste sera ici de proposer un entraînement auditif soutenu avec le deuxième implant seul. Le souhait de reprendre une prise en charge orthophonique par plaisir et par amitié pour l'orthophoniste ne semble pas témoigner d'un besoin évident d'orthophonie, néanmoins cela nécessite une investigation plus poussée. Malgré des réponses nécessitant plus d'investigations quant à la précision des besoins orthophoniques, nous avons mis en exergue un besoin existant au sein de notre population.

L'objectif suivant était de recueillir le ressenti des participants quant aux bénéfices apportés par les différents domaines travaillés lors de leur prise en charge orthophonique. Tous les domaines proposés dans notre questionnaire ont été travaillé durant les séances d'orthophonie des personnes interrogées (Dumont, 1997). Comme on peut le voir, la lecture labiale semble procurer le plus de bénéfices. A l'inverse le langage écrit est le domaine ayant apporté le moins de bénéfices aux jeunes adultes sourds. Cela reste un ressenti, il est nécessaire de valoriser le travail du langage écrit qui est indispensable à une bonne insertion scolaire, étudiante et professionnelle (Niederberger, 2007).

Quant à l'analyse des prises en charge pluridisciplinaires, on remarque des résultats qui semblent étonnants car un suivi audioprothétique est normalement indispensable pour toute personne sourde

(HAS, 2009). On suppose que les participants ont compris que la question s'intéressait aux prises en charge actuelles.

Notre objectif suivant était de dresser un état des lieux de l'insertion professionnelle et étudiante des personnes interrogées afin de savoir dans quel contexte s'intégrerait une prise en charge orthophonique. La question n°14 du questionnaire, soit « *Travaillez-vous actuellement ?* », avait été pensée pour différencier les personnes encore en études de celles qui ont les terminées. Or on peut supposer que certaines personnes ont choisi la réponse « *Non* » car elles n'avaient pas trouvé d'emploi au moment de répondre au questionnaire. Nous aurions dû ici poser la question inverse, soit « *Etes-vous actuellement étudiant ?* ». Nous sommes partis du principe malgré ce biais de formulation que les personnes ayant coché la case « *Non* » sont étudiants.

Nous n'avons pas relevé le niveau d'études des étudiants, en effet cela biaisait les résultats car certains étudiants ont indiqué leur dernier diplôme obtenu (baccalauréat) et d'autres le diplôme en cours d'acquisition. Des professions exercées par les actifs et des aspirations professionnelles des étudiants, émergent certains secteurs d'activité (*Nomenclature d'activités française*, Insee, 2019). Toute proportion gardée, on observe une tendance parmi les participants à s'orienter vers des métiers appartenant au secteur de la santé et de la fonction publique. Concernant la catégorie professionnelle, les salariés sont les plus représentés. Cela contredit l'étude de la DREES, qui rapportait les professions intermédiaires étaient les plus représentées (Haeusler et al., 2014). Concernant le ressenti d'intégration, les résultats ne nous permettent pas de déterminer une tendance positive ou négative. Pour ce qui est du contact avec d'autres étudiants, 13% ont indiqué ne pas en avoir, or on suppose que tout étudiant est en contact même ponctuel avec d'autres étudiants ou professeurs. On peut donc traduire cette réponse comme un ressenti d'isolement de la part de ces étudiants. Le ressenti d'intégration professionnelle des personnes sourdes, non renseigné ici, est également à prendre en compte au regard des chiffres concernant la détresse psychologique et la fatigue psychique (Sitbon, 2011). Ainsi 50% des 15-64 ans sourds contre 16,5% de la population générale souffre de détresse psychologique et 6 actifs sourds sur 10 de fatigue psychique (Sitbon, 2011). Selon une consultante en accessibilité de l'emploi de l'association PEPSA 3, une insertion professionnelle optimisée repose sur trois piliers principaux : la connaissance des outils d'accessibilité, la sensibilisation des entendants et l'affirmation de soi en tant que personne sourde. Selon elle, tous les professionnels, dont l'orthophoniste, qui gravitent autour de la personne sourde doivent jouer leur rôle quant au troisième pilier. En effet, ils doivent accompagner la personne sourde à s'accepter en tant que telle, et l'amener à reconnaître ses besoins d'adaptations dans son travail (Saurel, 2018).

Concernant les aides humaines, les professionnels de la surdité les plus cités par les personnes sourdes, on retrouve majoritairement les associations et les codeurs LPC. L'orthophoniste est cité par quatre personnes. Cependant le rôle de l'orthophoniste auprès du jeune adulte sourd, décrit par un participant comme une aide pour certains devoirs, est à nuancer. En effet, les frontières entre suivi orthophonique et soutien scolaire sont sujets à débats (Morel, 2014). Concernant les autres aides humaines, les personnes qui aident le plus les jeunes adultes sourds   être intégrés sont les camarades suivis des professeurs. Il est en effet décrit que l'aide des camarades et la prise en compte du handicap par le professeur constitue deux facteurs favorables à une intégration réussie (Foster & Holcomb, 1990).

Notre étude comporte plusieurs limites. Il est évident que notre étude est limitée du fait du peu de réponses obtenues au questionnaire. La grande spécificité de la population interrogée pourrait expliquer le peu de réponses. Les données ne peuvent donc pas être généralisées, d'où l'intérêt de créer un autre questionnaire inspiré de celui-ci qui serait validé à plus grande échelle. D'autre part, la formulation de certaines questions pouvait prêter à confusion. Cette étude pourrait être reproduite sur une population comportant uniquement des personnes sourdes implantées cochléaires à la suite d'une surdité congénitale. D'autres domaines seraient à investiguer de manière plus exhaustive, comme les aides humaines et technologiques utilisées par les personnes en activité. Il y aurait également un intérêt à étudier ces notions auprès d'une population composée de plus d'hommes, qui sont minoritaires dans notre étude, dans un souci de représentativité.

Cependant, c'est justement grâce à la spécificité de notre population étudiée, que cette étude a de la valeur, notamment aux yeux de certains professionnels directement impliqués dans l'accompagnement des jeunes adultes sourds. Ce travail avait pour but de renseigner les orthophonistes sur plusieurs aspects de l'intégration professionnelle du jeune sourd et de la place qu'ils peuvent occuper dans celle-ci. Dans une perspective écologique, les besoins exprimés par notre population peuvent consolider nos axes thérapeutiques actuels ou en inspirer de nouveaux (travail vocal, entraînement pour des concours ou des entretiens d'embauche, partenariat psychologue-orthophoniste etc.). Cette étude sert également de rappel sur le rôle que nous avons à jouer dans l'intégration professionnelle de la personne sourde :  tre un vecteur d'information quant aux aides adaptatives (humaines et technologiques) et accompagner le patient dans l'acceptation de sa surdité, spécificité avec laquelle il devra composer tout au long de sa vie.

Conclusion et perspectives

Cette étude est née du constat d'un manque de données concernant le rôle de l'orthophoniste auprès du jeune adulte sourd implanté cochléaire, contrairement à celui auprès de l'enfant sourd et de l'adulte atteint de surdité acquise. A cela s'ajoute un manque de données concernant l'intégration professionnelle des jeunes adultes sourds. Or, l'étude de cette population permet à la fois de mettre en évidence les effets de la prise en charge orthophonique reçue pendant l'enfance, et celle toujours en cours sur cette intégration, et d'anticiper d'éventuels besoins auxquels l'orthophonie devrait encore répondre.

Nous avons donc choisi de diffuser un questionnaire via internet (mails et réseaux sociaux) à des individus répondant aux critères suivants : être sourd et implanté cochléaire, avoir entre 18 et 30 ans et avoir bénéficié d'une prise en charge orthophonique. Ce questionnaire a servi à connaître plusieurs éléments : le profil de surdité de ces personnes, leur secteur et niveau d'étude ou d'activité, leur niveau d'intégration au cours des études et enfin les conditions de leur prise en charge et éventuels besoins orthophoniques. Nous avons récolté quinze réponses.

L'objectif primaire était de déterminer si les personnes sourdes âgées de 18 à 30 ans porteuses d'un implant cochléaire et ayant bénéficié d'une prise en charge orthophonique considèrent que celle-ci a été un facteur favorisant leur intégration en milieu étudiant et professionnel. De façon secondaire, nous avons trois objectifs : savoir s'il existe chez ces personnes des besoins qui justifieraient une nouvelle prise en charge orthophonique, recueillir des informations sur les bénéfices apportés par les prises en charge orthophonique et pluridisciplinaire, et enfin dresser un état des lieux de l'insertion étudiante et professionnelle des personnes interrogées.

Nos résultats ont montré que 60% des personnes interrogées (neuf personnes sur quinze) considèrent effectivement que leur prise en charge orthophonique a été bénéfique à leur intégration. Également 60% des interrogés déclarent souhaiter reprendre une prise en charge orthophonique, et sur ces neuf personnes, huit en donnent la raison : les deux besoins principaux sont le travail sur l'expression orale (44%) et la rééducation suite à la pose d'un deuxième implant cochléaire (33%). Selon les interrogés, les domaines travaillés au cours de leur prise en charge orthophonique ayant le plus bénéficié à leur intégration sont la lecture labiale, l'articulation, le langage oral et le travail de la voix. En revanche, le bénéfice quant à l'apprentissage du langage écrit était moins présent. Ces impressions mettent en évidence la nécessité de mieux valoriser le travail du langage écrit, indispensable à l'intégration, lors de la prise en charge.

Enfin, l'état des lieux de l'intégration étudiante et professionnelle des personnes interrogées nous apprend qu'au sein des actifs (46,7% des interrogés) la plupart a atteint un niveau équivalent à un bac+3 (42,9%) et qu'ils occupent actuellement principalement des emplois dans les secteurs de l'administration publique et de la santé (28,6% respectivement). On retrouve également ces deux secteurs dans les aspirations professionnelles des étudiants. L'étude du ressenti d'intégration pendant les études ne permet pas de déduire une tendance positive ou négative. Mais, 87% des personnes ont été en contact avec d'autres pendant leurs études et on relève une prééminence des aides humaines suivantes : les camarades, les professeurs, les associations, les codeurs LPC et les orthophonistes.

Il serait intéressant d'étendre ces questions de recherche à davantage de participants. Malgré le faible nombre de réponses à notre questionnaire, ce travail apporte des pistes de réflexion quant aux prises en charge orthophoniques du jeune adulte sourd implanté cochléaire, comme l'intérêt d'un travail sur l'oral et la voix pour des concours, oraux ou entretiens d'embauches. Les besoins cités renseignent sur la nécessité d'adopter une approche écologique lors de suivis actuels ou futurs de cette population. Cette étude rappelle l'importance du rôle de l'orthophoniste quant à l'acceptation du handicap auditif par le sujet sourd mais également comme source d'informations sur les aides adaptatives (humaines et technologiques). Cette étude peut éventuellement inspirer un travail d'élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation sur le retentissement de la surdité dans les études supérieures. Il serait également intéressant de se pencher sur la valorisation du travail du langage écrit, par une réflexion sur les outils actuels, auprès du sujet sourd.

Bibliographie

- Adami, A., & Baudoin, S. (2013). Accompagner un jeune adulte sourd ou malentendant vers l'emploi. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 63(3), 157. <https://doi.org/10.3917/nras.063.0157>
- Ajavon, M. F. (2009). *Dans le cadre législatif actuel, le métier d'interface de communication est-il en perdition ou en devenir ?* [Mémoire en Gestion et politiques du handicap]. Sciences Politiques.
- Ambert-Dahan, E., Laouénan, C., Lebredonchel, M., Borel, S., Carillo, C., Bouccara, D., Sterkers, O., Ferrary, E., & Mosnier, I. (2018). Évaluation du retentissement de la surdité chez l'adulte : Validation d'un questionnaire de qualité de vie. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 135(1), 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2017.05.002>
- Association Journée Nationale Audition. (2012). *L'audition guide complet*. Editions J.Lyon.
- Attina, V. (2005). *La Langue Française Parlée Complétée : Production et Perception* [Mémoire en Sciences Cognitives]. Institut National Polytechnique.
- Bergh, M. D., & Borel, S. (2019). L'orthophoniste et l'adulte implanté cochléaire. *Ortho-magazine*, 3.
- BIAP. (1997). *Recommandation biap 02/1 bis Classification audiométrique des déficiences auditives*.
- Bonnefond, G. (2006). 7. Insertion ou intégration. In *De l'institution à l'insertion professionnelle* (p. 221-229). ERES; Cairn.info. <https://www.cairn.info/de-l-institution-a-l-insertion-professionnelle--9782749205670-p-221.htm>
- Bourdin, B., Ibernou, L., Driant, B. L., Levrez, C., & Vandromme, L. (2016). Troubles morphosyntaxiques chez l'enfant sourd et chez l'enfant dysphasique : Similarités et spécificités. *Revue de neuropsychologie*, Volume 8(3), 161-172.
- Brin-henry, F., Courrier, C., Lederle, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (3ème édition). Ortho-Edition.

- Burgot, H. (2013). *Le rôle de l'orthophoniste dans l'intégration professionnelle de l'adulte porteur de bégaiement* [Mémoire Orthophonie]. Université Lille 2.
- Centre François-Charon, Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Université de Rennes, & Laboratoire d'informatique médicale. (2004). *IIDRIS index international et dictionnaire de la réadaptation et de l'intégration sociale*. s.n. <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/index.php?action=accueil&lg=fr&mode=mu&article=&txtetdef=>
- Charfeddine, S., Chahed, H., Besbes, G., & Dziri, S. (2016). Surdités sévères à profondes bilatérales de l'adulte : Étiologies et indications thérapeutiques. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 36(4), 173-184. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2016.09.001>
- Colette, B., & Crunelle, D. (2000). L'éducation précoce en orthophonie. *Rééducation orthophonique*, 202.
- Cuxac, C. (2000). Compositionnalité sublexicale morphémique-iconique en langue des signes française. *Recherches linguistiques de Vincennes*, 29, 55-72. <https://doi.org/10.4000/rlv.1198>
- Daigle, D., & Parisot, A.-M. (2006). *Surdité et société : Perspectives psychosociale, didactique et linguistique*. PUQ.
- Delhom, F., Picard, M., & Barbarosie, C. (1992). L'écoute avec implant cochléaire multi-canal : Mediation cognitive et implications relatives aux stratégies de readaptation. *Rééducation orthophonique et d'audiologie*, 16(1), 13.
- Diaz, L., Labrell, F., Le Normand, M.-T., Guinchat, V., & Dellatolas, G. (2019). School achievement of deaf children ten years after cochlear implantation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(1), 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.07.006>
- Dubuisson, C., & Daigle, D. (1998). *Lecture, écriture et surdité*.
- Dulguerov, P., & Remacle, M. (2005). *Précis d'audiophonologie et de déglutition*.

- Dumont, A. (1996). *Implant cochléaire, surdité et langage*. De Boeck Université.
- Dumont, A. (1997). *Implantations cochléaires : Guide Pratique et de rééducation*. L'ortho édition.
- Edwards, J., Munson, B., & Beckman, M. E. (2011). Lexicon-Phonology Relationships and Dynamics of Early Language Development. *Journal of child language*, 38(1), 35-40. <https://doi.org/10.1017/S0305000910000450>
- Ernst, E. (2009). Quelle est la place de l'orthophonie dans la rééducation auditive. *La revue du praticien*, 59, 640-641.
- Fédération des Orthophonistes de France. (2019). *Nomenclatures des actes en orthophonie*.
- Ferte, C. (2007). *Présentation de la Dynamique Naturelle de la Parole et de son application dans la rééducation des difficultés de parole*. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=18649634>
- Foster, S., & Holcomb, T. (1990). Hearing impaired students : A student-teacher-class partnership. *Special educational needs review*, 152-171.
- François, M., Boukhris, M., & Noel-Petroff, N. (2015). Scolarité de l'enfant sourd et bénéfice d'un diagnostic précoce. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 132(5), 232-236. <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2015.01.006>
- Fraussin, C., & Richard, G. (2008). *Enquête sur l'accompagnement des enfants sourds par les CAMSP et les SAFEP*. Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Adaptations.
- Gibert, G., Bailly, G., Elisei, F., Beautemps, D., & Brun, R. (2006). *Mise en oeuvre d'un synthétiseur 3D de Langage Parlé Complété*. Institut de la Communication Parlée UMR CNRS 5009, INP.
- Grosbois, J., & Le Pellec, M. (2006). *Surdités et troubles de l'audition*. La feuille.
- Haeusler, L., De Laval, T., & Millot, C. (2014). *Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-santé »* (N° 131; Etudes et recherches, p. 156). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

- HAS. (2007). *Traitement de la surdité par pose d'implants cochléaires ou d'implants du tronc cérébral*. Haute Autorité de Santé.
- HAS. (2009). *Surdité de l'enfant : Accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 an*. Haute Autorité de Santé.
- Hill, S. L., Marcus, A., Digges, E. N. B., Gillman, N., & Silverstein, H. (2006). Assessment of Patient Satisfaction with Various Configurations of Digital CROS and BiCROS Hearing Aids. *Ear, Nose & Throat Journal*, 85(7), 427-442. <https://doi.org/10.1177/014556130608500710>
- Inscoc, J. R., Odell, A., Archbold, S., & Nikolopoulos, T. (2009). Expressive spoken language development in deaf children with cochlear implants who are beginning formal education. *Deafness & Education International*, 11(1), 39-55. <https://doi.org/10.1002/dei.252>
- Jacquot, J.-M. (2002). *L'intégration des personnes handicapées dans l'enseignement supérieur. De l'institut pour enfants sourds à un réseau au service des étudiants handicapés* [Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique]. Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Kerbourc'h, S. (2010). Sourds jour après jour. *Le sociographe*, n° 31(1), 57-66.
- Lafon, J.-C. (1985). *Les enfants déficients auditifs*. Simep.
- Legent, F., Bordure, P., Malard, O., Debruille, X., Garnier, S., Calais, C., Chays, A., & Roland, J. (2011). *Audiologie pratique—Audiométrie* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- Code de l'éducation—Article L112-1, L112-1 Code de l'éducation.
- Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale, (2014).
- Leybaert, J. (2011). *La Langue française Parlée Complétée : Fondements et perspectives*. Solal.

- Leybaert, J., & Colin, C. (2007). Le rôle des informations visuelles dans le développement du langage de l'enfant sourd muni d'un implant cochléaire. *Enfance*, 59(3), 245. <https://doi.org/10.3917/enf.593.0245>
- Lina-Granade, G., & Truy, E. (2006). Conduite à tenir devant une surdité de l'enfant. *EMC - Pédiatrie*, 10.
- Lina-Granade, G., & Truy, E. (2017). Stratégie diagnostique et thérapeutique devant une surdité de l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 30(5-6), 228-248. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2017.09.011>
- Lombard, C. (2009). *Orthophonie et cancérologie ORL : Rôle de l'orthophoniste auprès des patients opérés d'une chirurgie buccopharyngolaryngée* (p. 169) [Other]. UHP - Université Henri Poincaré.
- Matsuoka, E. (2016). Études supérieures : Visibilité et réalité d'une politique du handicap Le cas de la surdité. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N° 75(3), 71-87.
- Méloux, F. (2018, janvier 2). L'emploi pour les sourds—Connaître le monde des sourds. *Le monde des sourds*. <http://le-monde-des-sourds.fr/emploi-pour-les-sourds/>
- Metzger, J.-L., & Barril, C. (2004). L'insertion professionnelle des travailleurs aveugles et sourds : Les paradoxes du changement technico-organisationnel. *Revue française des affaires sociales*, 3, 63-86.
- Mondain, M., Blanchet, C., Venail, F., & Vieu, A. (2005). Classification et traitement des surdités de l'enfant. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2(3), 301-319. <https://doi.org/10.1016/j.emcorl.2005.04.001>
- Moody, B., Vourc'h, A., Girod, M., & Duf, M. (1998). *La langue des signes—Tome 1*. International Visual Theatre.

- Mora, J. F. M., & Manzanares, N. A. F. (2018). *Analasis comparativo de los recursos digitales inclusivos para la poblacion oyente de la ciudad de ibague y su impacto en el aera comunicacional* (p. 17). Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. La Dispute.
- Naples, J. G., & Ruckenstein, M. J. (2020). Cochlear Implant. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 53(1), 87-102. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.09.004>
- Niederberger, N. (2007). Apprentissage de la lecture-écriture chez les enfants sourds. *Enfance*, Vol. 59(3), 254-262.
- Nomenclature d'activités française / Insee*. (2019). <https://www.insee.fr/fr/information/2406147>
- Paris, G. (2007). La langue des signes à l'école : Les problèmes de l'interprète. *Enfance*, 59(3), 263. <https://doi.org/10.3917/enf.593.0263>
- Politis, D., Chriskos, P., Chriskos, N., Tsaligopoulos, M., & Kyriafinis, G. (2015). Cochlear implants and wireless connectivity Inner-core Connectivity cradling into the 2.4 GHz Arena. *2015 International Conference on Interactive Mobile Communication Technologies and Learning (IMCL)*, 396-400. <https://doi.org/10.1109/IMCTL.2015.7359629>
- Roman, S., Nicollas, R., & Triglia, J.-M. (2011). Practice guidelines for bone-anchored hearing aids in children. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 128(5), 253-258. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2011.04.005>
- Sadek-Khalil, D. (1997). *L'enfant sourd et la construction de la langue*. Editions du papyrus.
- Santé Publique France. (2019). *Dépistage universel de la surdité permanente bilatérale néonatale.  valuation de son déploiement après deux années de fonctionnement en France*. 90.
- Saurel, M.-L. (2018, novembre 12). Insertion professionnelle des jeunes sourds—2018. *ACFOS*. <https://www.acfos.org/colloque-2018>
- Schilling, L. S., & DeJesus, E. (1993). Developmental issues in deaf children. *Journal of Pediatric Health Care*, 7(4), 161-166. [https://doi.org/10.1016/0891-5245\(93\)90039-K](https://doi.org/10.1016/0891-5245(93)90039-K)

- Sitbon, A. (2011). *Baromètre Santé sourds et malentendants* (INPES).
- Svirsky, M. A., Robbins, A. M., Kirk, K. I., Pisoni, D. B., & Miyamoto, R. T. (2000). Language Development in Profoundly Deaf Children with Cochlear Implants. *Psychological Science*, *11*(2), 153-158. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00231>
- Sylvestre de Sacy, C. (2008). *Bien lire et aimer lire*. Bien lire Cognitia.
- Tuller, L. (2000). Aspects de la morphosyntaxe du français des sourds. *Recherches linguistiques de Vincennes*, *29*, 143-156. <https://doi.org/10.4000/rlv.1204>
- Valérie. (2006). Les implications de la déficience auditive en milieu professionnel ordinaire : Témoignage. *Reliance*, *19*(1), 60. <https://doi.org/10.3917/reli.019.61>
- Vincent, C., Vaneecloo, F.-M., Delattre, A., Decroix, D., Lebreton, J.-P., & Ruzza, I. (2007). La prothèse auditive conventionnelle. *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale*, *124*(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.aorl.2006.09.005>
- Vinter, S. (1994). *L'émergence du langage de l'enfant déficient auditif. Des premiers sons aux premiers mots—Shirley Vinter*. <https://www.decitre.fr/livres/l-emergence-du-langage-de-l-enfant-deficient-auditif-9782225845994.html>
- Wathour, J., Nyssen, E., & Deggouj, N. (2019). *La lecture labiale en groupe*. Elsevier Masson.
- Watine, Ph. (2005). Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France. *EMC - Toxicologie-Pathologie*, *2*(3), 111-136. <https://doi.org/10.1016/j.emctp.2005.06.001>
- Witko, A., & Mollat, A. (2009). Des images aux mots : Une approche des troubles spécifiques du langage à partir d'un partenariat orthophoniste/psychologue du développement. *Developpements*, n° 2(2), 35-47.

Annexes

Annexe 1 :

Tableau 1 : Répercussions des surdités sur le langage selon l'âge d'apparition et le type de sur

Catégories de surdités selon leur âge d'apparition.

Âge d'apparition de la surdité	Type de surdité	Répercussions sur le langage si la surdité est profonde
Dès la naissance	Surdité congénitale	Accès au langage limité et difficile
Avant 2 ans	Surdité prélinguale	Accès au langage limité et difficile
Entre 2 et 4 ans	Surdité p�rilinguale	Régression réversible du langage
Après 4 ans	Surdité postlinguale	Stagnation réversible du langage

Annexe 2 : **Questionnaire**

Les astérisques après certaines questions signifient que ces questions étaient obligatoires pour le participant.

Titre du questionnaire :

« Les jeunes adultes (18-30 ans) atteints de surdité : Etudes et travail »

Encart de présentation :

« Bonjour !

Je suis étudiante en 5 me année d'orthophonie et mon mémoire porte sur l'intégration des jeunes adultes sourds dans leurs études et dans le milieu professionnel. Mon but est de dresser un état des lieux actuel sur les parcours étudiants et professionnels des personnes entre 18 et 30 ans, d'évaluer l'impact de la prise en charge orthophonique et les éventuels besoins.

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra 5 à 10 mn environ.

Merci beaucoup ! »

Partie 1 :

Pour mieux vous connaître :

1)  tes-vous : *

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous ? *

3) L'étiologie (la cause) de votre surdité est : *

- Génétique
- Traumatique
- Infectieuse
- Syndromique

Autre : _____

4) Votre surdité est : *

- Congénitale (de naissance)
- Acquise

5) Si elle est acquise, à quel âge est-elle survenue ? * (précisez mois ou années)

6) A quel âge votre surdité a-t-elle été diagnostiquée ? * (précisez mois ou années)

7) Votre surdité est : *

- Unilatérale droite
- Unilatérale gauche
- Bilatérale

8) Quel type de surdité à l'oreille droite ? *

- Surdité sévère 1 (perte de 71 à 80 dB)
- Surdité sévère 2 (perte de 81 à 90 dB)
- Surdité profonde 1 (perte de 91 dB à 100 dB)
- Surdité profonde 2 (perte de 101 dB à 110 dB)
- Surdité profonde 3 (perte de 111 dB à 120 dB)
- Cophose (perte supérieure à 120 dB)

9) Quel type de surdité à l'oreille gauche ? *

- Surdité sévère 1 (perte de 71 à 80 dB)
- Surdité sévère 2 (perte de 81 à 90 dB)
- Surdité profonde 1 (perte de 91 dB à 100 dB)
- Surdité profonde 2 (perte de 101 dB à 110 dB)
- Surdité profonde 3 (perte de 111 dB à 120 dB)
- Cophose (perte supérieure à 120 dB)

10) Quel type de prothèses utilisez-vous ? *

- Implant cochléaire unilatéral
- Implant cochléaire bilatéral
- Implant cochléaire et prothèse auditive
- Je ne porte plus mon/mes implant(s) cochléaire(s)

Autre : _____

11) Présentez-vous des troubles associés à votre surdité ? *

- Non
- Oui, des troubles visuels
- Oui, des troubles psychomoteurs

Autre : _____

Partie 2 :

Les études

12) Quel est votre niveau d'études ? *

- 3ème
- CAP
- BEP
- Baccalauréat
- CPGE
- BTS
- Alternance
- DUT
- Licence
- Bachelor
- Master
- Doctorat

13) Pour les étudiants, quelle est la profession que vous voulez exercer plus tard ?

Si vous en avez une idée précise :

14) Travaillez-vous actuellement ? *

- Oui

Non

Si le répondant coche la case « Non », la personne est renvoyée directement à la question 18.

Partie 3 :

Dans la vie active

15) Quel est votre statut professionnel ?

Apprenti

Artisan

Commerçant

Exploitant agricole

Fonctionnaire

Intérimaire

Intermittent du spectacle

Libéral

Saisonnier

Salarié

Sans emploi

Autre : _____

16) Quel est l'intitulé du métier que vous exercez ? *

17) Lors de vos journées de travail, êtes-vous en contact avec du public ? *

Oui

Non

Partie 4 :

Intégration dans les études

« Cette partie s'intéresse à votre ressenti quant à vos études, et aux aides qui ont pu vous être apportées.

N'hésitez pas à rajouter des options dans les cases « Autre » ! »

18) Vous êtes-vous senti(e)/vous sentez-vous intégré(e) dans vos études après le collège ?

1 2 3 4 5

Non pas du tout Oui beaucoup

19) Etes-vous/étiez-vous en contact avec d'autres étudiants ? (cours, TD, associations, révisions...) *

Oui

Non

20) Quels professionnels de la surdité vous ont aidé ? *

Interprète LSF (en présentiel ou en visio-traduction)

Codeur LPC

Association(s)

Autre : _____

21) Quelles autres personnes vous aident/vous ont aidé ? *

Professeurs

Camarades

Famille proche

Autre : _____

22) Pouvez-vous indiquer en quelques mots comment ces personnes vous aident/vous ont aidé ?

23) Quelles aides technologiques vous ont aidé/vous aident ? *

Micro HF

Microphone déporté

Application(s) dédiée(s) : AVA...

SMS

Mails

Autre : _____

24) Avez-vous bénéficié d'une prise en charge en orthophonie ? *

Oui

Non

Si le répondant coche la case « Non », le questionnaire se termine.

Partie 5 :

La prise en charge orthophonique

25) Votre prise en charge orthophonique a débuté à l'âge de : *

26) Si elle s'est terminée, à quel âge avez-vous arrêté les séances d'orthophonie ?

27) Elle se déroule/déroulait : *

- En libéral
- En institut spécialisé
- SSEFS

28) Quelle est/était la fréquence moyenne par semaine des séances ? *

- 1 fois par semaine
- 2 fois par semaine
- 3 fois par semaine
- 4 fois par semaine

Autre : _____

29) Pensez-vous que votre prise en charge en orthophonie a favorisé votre intégration dans les études et/ou dans le travail ? *

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tout à fait |

30) Le travail de l'articulation vous a-t-il été bénéfique ?

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tout à fait |

31) Le travail de la lecture labiale vous a-t-il été bénéfique ?

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tout à fait |

32) Le travail du langage (compréhension, expression...) vous a-t-il été bénéfique ?

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tout à fait |

33) Le travail du langage écrit vous a-t-il été bénéfique ?

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tout à fait |

34) Le travail de la voix vous a-t-il été bénéfique ?

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tout à fait |

35) Souhaiteriez-vous reprendre une prise en charge en orthophonie ?

- Oui
- Non

36) Si oui, dans quel but ?

37) En plus de l'orthophonie, avez-vous suivi une prise en charge d'autres professionnels ?

- Psychomotricien/nne
- Audioprothésiste
- Educateur spécialisé

Psychologue

Aucun

Annexe 5 :

Tableau 11 : Présentation détaillée des réponses quant au souhait de reprendre une prise en charge et les raisons associées

Total des répondants	Souhait de reprendre un suivi orthophonique	Raisons détaillées de ce souhait
Sujet 1	Non	
Sujet 2	Oui	« Je présente encore des difficultés à prononcer certaines lettres comme le "s" »
Sujet 3	Non	
Sujet 4	Oui	« Rééducation implant »
Sujet 5	Oui	Non renseigné
Sujet 6	Oui	« Par plaisir, j'ai apprécié toutes les séances passées avec mon orthophoniste depuis toute petite, cela me manque aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à elle qu'aujourd'hui je parle très bien, que j'écris bien etc... »
Sujet 7	Oui	« Je l'ai fait ponctuellement lorsque j'ai fait une préparation pour passer concours en interne (travail sur oral notamment) et j'aurais besoin à nouveau de séances pour un autre concours »
Sujet 8	Oui	« Pour un futur implant cochléaire »
Sujet 9	Non	
Sujet10	Oui	« Continuer à travailler sur l'oral »
Sujet 11	Oui	« Par rapport à la tonalité de la voix et la gestion du stress. Quand je panique dans une situation, je peux me mettre à parler tout bas et la personne ne me comprends pas, ce qui peut empirer... »
Sujet 12	Oui	« Améliorer ma confiance en moi, oser m'exprimer en public »
Sujet 13	Non	
Sujet 14	Non	
Sujet 15	Non	

Abstract

Alause Julie

L'intégration étudiante et professionnelle de jeunes adultes sourds implantés cochléaires : Impact de la prise en charge orthophonique et état des lieux des éventuels besoins

La surdité a de nombreuses conséquences sur les domaines scolaire, étudiant et professionnel. Le rôle de l'orthophoniste auprès du jeune adulte sourd est peu documenté, contrairement à celui auprès de l'enfant sourd ou de l'adulte avec surdité acquise. Combiné à ce manque, nous en savons peu sur l'intégration étudiante et professionnelle des personnes porteuses d'implant cochléaire comme le rapporte la Haute Autorité de Santé ((HAS, 2007). Nous avons choisi de nous intéresser dans cette étude aux jeunes adultes sourds porteurs d'implant cochléaire, âgés de 18 à 30 ans et à l'impact de la prise en charge orthophonique sur leur intégration professionnelle. Le but de ce travail est de déterminer le degré de cet impact et l'existence d'éventuels besoins en orthophonie au sein de cette population. Dresser un état des lieux de l'intégration étudiante et professionnelle de ces personnes fait partie également de nos objectifs.

Nous avons élaboré un questionnaire afin de recueillir ces informations. Les résultats obtenus montrent qu'une majorité des jeunes adultes sourds interrogés (60%) estiment que la prise en charge orthophonique contribue à leur intégration professionnelle. On relève l'existence de besoins orthophoniques chez 60% des interrogés. Parmi les besoins évoqués, nous retenons le souhait de certains jeunes adultes de travailler leur expression orale et leur voix. Nous confirmons avec cette étude l'importance du rôle de l'orthophoniste vis-à-vis de l'intégration professionnelle du jeune adulte sourd, notamment en tant que vecteur d'informations et de solutions, ainsi que la nécessité de prendre en charge certains besoins.

Mots-clés :

Surdité – Communication - Intégration Sociale et Scolaire – Enquête – Adulte – Besoins orthophoniques – Implant cochléaire – Parcours professionnel

Abstract

Alause Julie

Academical and professionnal integration of deaf young adults wearing cochlear implants : Impact of speech and language therapy and state of play of possible needsS

Deafness has a major effect on the academic, educationnal and professional fields. The speech and langage therapist's role regarding deaf young adults is scarcely documented which is not the case for deaf children or adults with an acquired deafness. Additionned to this lack of information on the subject, we have a few knowledge of student and professional integration amongst people wearing a cochlear implant, reported the HAS in 2007. We thus chose to lead this study towards deaf young adults wearing cochlear implants, aged from 18 to 30 years old and towards the impact of a speech and langage therapy on their professional integration. The aim of this work was to determine the importance of this impact as well as the existence of possible needs for this population in the speech and langage therapy field. We also wanted to draw up an inventory of student and professional integration relating to this population.

A questionnaire has been made in order to collect the information. Results show that the majority of our target population (60%) consider that speech and langage therapy contributes to their professional integration. 60% of this population have specific speech and langage therapy needs. Amongst those needs, we can isolate the wish, for some young adults, to work on their voice and on their oral expression. We confirm through this study the importance of the SLT's role vis-à-vis professional integration of deaf young adults, especially as a mediator of information and solutions. This study also emphasizes the need to take care of certain needs.

Key words :

Deafness– Communication - Social and educational integration – Inquiry – Adult – SLT needs – Professional career