



HAL
open science

Le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition (CERTA) d'Angers : enjeux, retombées, perspectives

Amir Alexis Sarraf-Moayeri

► To cite this version:

Amir Alexis Sarraf-Moayeri. Le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition (CERTA) d'Angers : enjeux, retombées, perspectives. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01882673

HAL Id: hal-01882673

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882673>

Submitted on 27 Sep 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré
Faculté de pharmacie de Nancy

Le Centre d'Evaluation et de Réadaptation
des Troubles de l'Audition (CERTA) d'Angers :
enjeux, retombées, perspectives

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat d'audioprothésiste

par

A. SARRAF-MOAYERI

Remerciements

Je tiens à remercier le Docteur Ducourneau, pour la qualité de son enseignement, sa disponibilité, ses qualités d'écoute et ses multiples compétences.

Je remercie le Professeur Simon, qui nous a fait bénéficier de son expertise en audiologie de façon très pédagogique.

Je remercie le Docteur Boiteux et le Professeur Friant-Michel pour leur professionnalisme et leurs précieux conseils.

Un grand merci également à Madame Griffond pour sa gentillesse et sa disponibilité tout au long de ces trois années d'études.

Merci à Madame Héry, audioprothésiste D.E. à Angers, qui m'a permis de rencontrer l'équipe pluridisciplinaire du CERTA et m'a fait profiter de son expérience.

Merci à Madame Rabiller, directrice adjointe du CERTA, qui m'a fait découvrir le fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire, m'a fait bénéficier de ses qualités d'écoute, de ses conseils, de son professionnalisme et sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

Merci au Docteur Khoury, spécialiste ORL coordinateur du CERTA, au Professeur Dubin et au Docteur Roux-Vaillard, spécialistes ORL, pour leur expertise, leurs qualités pédagogiques, la richesse de leurs explications, leur patience et leur enthousiasme.

Merci à Madame Lacore, orthophoniste au CERTA, pour ses explications sur la réadaptation auditive pluridisciplinaire, ses conseils, son professionnalisme, sa disponibilité et sa patience.

Merci à Madame Rogoue, secrétaire médicale au CERTA, pour son professionnalisme, sa disponibilité, son aide précieuse, sa gentillesse et sa bonne humeur.

Merci à Madame Traineau-Delanoë, audioprothésiste D.E, avec qui j'ai beaucoup échangé sur la question de la réadaptation pluridisciplinaire.

Je tiens également à remercier Madame Maréchal, directrice du Centre Charlotte Blouin, Mesdames De Rancourt et Le Merle, orthophonistes, Monsieur Le Coz, ergothérapeute, Mesdames Michel-Aazaz et Le Bastard, psychologues et Madame Frbezar, assistante de service social.

Un grand merci aussi à tous les audioprothésistes qui ont accepté de prendre du temps pour répondre à mes questions lors de l'enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
I. Les troubles de l'audition : nature, ampleur et impact.....	- 3 -
1.1. Nature des troubles de l'audition.....	- 3 -
1.1.1. Rappel : fonctionnement du système auditif.....	- 3 -
1.1.2. Surdités : types et degrés.....	- 4 -
1.1.3. Acouphènes	- 5 -
1.2. Des millions de Français concernés	- 6 -
1.3. Impact des troubles auditifs pour les patients	- 7 -
1.3.1. Une rupture avec l'environnement.....	- 7 -
1.3.2. Une perte de la fonction d'alerte	- 7 -
1.3.3. Une rupture de la communication.....	- 7 -
1.3.4. Un impact sur le travail et les loisirs	- 8 -
1.3.5. Un impact psychologique.....	- 9 -
II.Le CERTA : un centre innovant pour la réadaptation des adultes déficients auditifs - 10 -	
2.1. Un centre innovant pour la France, inspiré de l'expérience canadienne	- 10 -
2.1.1. Le modèle canadien	- 10 -
2.1.2. Le CERTA d'Angers, novateur pour la France.....	- 12 -
2.2. Fonctionnement et objectifs du centre.....	- 14 -
2.2.1. Un centre mutualiste	- 14 -
2.2.2. Profil des patients accueillis	- 15 -
2.2.3. Réduction du handicap.....	- 16 -
2.2.4. Objectifs du CERTA.....	- 16 -
2.2.5. L'équipe pluridisciplinaire.....	- 17 -
2.2.6. L'échange d'informations au sein de l'équipe	- 19 -
2.3. Parcours type	- 19 -
2.3.1. Admission.....	- 20 -
2.3.2. Bilan des capacités fonctionnelles.....	- 20 -
2.3.3. Parcours de rééducation/réadaptation.....	- 21 -
2.3.4. Synthèse finale.....	- 23 -
III.Intérêt d'une rééducation/réadaptation auditive pluridisciplinaire	- 24 -
3.1. Intérêt de la réadaptation auditive en général	- 24 -
3.1.1. Améliorer la communication.....	- 24 -

3.1.2.	Améliorer le recueil d'informations	- 25 -
3.1.3.	Stimuler l'activité cérébrale	- 28 -
3.1.4.	Améliorer le « vécu » du patient	- 28 -
3.1.5.	Coordonner les actions pour plus d'efficacité	- 29 -
3.2.	Intérêt pour les patients acouphéniques	- 30 -
3.2.1.	Un problème complexe	- 30 -
3.2.2.	Une prise en charge globale.....	- 30 -
3.2.3.	Efficacité des traitements.....	- 32 -
3.3.	Intérêt pour les patients implantés	- 33 -
3.3.1.	Fonctionnement de l'implant cochléaire.....	- 33 -
3.3.2.	Redécouvrir le monde sonore.....	- 34 -
3.4.	Intérêt pour les porteurs d'aides auditives.....	- 35 -
3.4.1.	Les limites de l'appareillage	- 35 -
3.4.2.	L'intérêt d'une réadaptation pluridisciplinaire	- 38 -
IV.	Parcours de patients au sein du CERTA	- 41 -
4.1.	Cas de Madame G., 76 ans	- 41 -
4.1.1.	Bilan audiométrique	- 42 -
4.1.2.	Bilan orthophonique	- 42 -
4.1.3.	Bilan aides techniques	- 42 -
4.1.4.	Bilan psychologique	- 43 -
4.1.5.	Bilan social.....	- 43 -
4.1.6.	Conclusion.....	- 43 -
4.2.	Cas de Monsieur B., 61 ans.....	- 44 -
4.2.1.	Bilan audiométrique	- 45 -
4.2.2.	Bilan ORL	- 45 -
4.2.3.	Bilan orthophonique.....	- 45 -
4.2.4.	Bilan aides techniques	- 46 -
4.2.5.	Bilan psychologique	- 46 -
4.2.6.	Bilan social.....	- 46 -
4.2.7.	Conclusion.....	- 46 -
4.3.	Cas de Monsieur P., 76 ans.....	- 47 -
4.3.1.	Bilan orthophonique.....	- 48 -
4.3.2.	Bilan aides techniques	- 48 -
4.3.3.	Bilan psychologique	- 49 -
4.3.4.	Bilan social.....	- 49 -
4.3.5.	Conclusion.....	- 49 -
4.4.	Cas de Madame R., 76 ans	- 50 -

4.4.1. Bilan audiométrique	- 50 -
4.4.2. Bilan orthophonique	- 51 -
4.4.3. Bilan aides techniques	- 51 -
4.4.4. Bilan psychologique	- 52 -
4.4.5. Bilan social.....	- 52 -
4.4.6. Conclusion.....	- 52 -
4.5. Cas de Monsieur L., 39 ans	- 53 -
4.5.1. Bilan audiométrique	- 54 -
4.5.2. Bilan orthophonique	- 54 -
4.5.3. Bilan aides techniques	- 55 -
4.5.4. Bilan psychologique	- 55 -
4.5.5. Bilan social.....	- 55 -
4.5.6. Conclusion.....	- 55 -
4.6. Cas de Monsieur A., 72 ans	- 56 -
4.6.1. Bilan acouphénométrique	- 57 -
4.6.2. Bilan orthophonique	- 57 -
4.6.3. Bilan aides techniques	- 58 -
4.6.4. Bilan psychologique	- 58 -
4.6.5. Bilan social.....	- 58 -
4.6.6. Conclusion.....	- 58 -
V. Le CERTA : enjeux, retombées, perspectives	- 59 -
5.1. La rééducation pluridisciplinaire en questions	- 59 -
5.1.1. Pistes de réflexion suggérées par C. Toffin.....	- 59 -
5.1.2. Enquête : le CERTA vu par les audioprothésistes.....	- 61 -
5.2. La pluridisciplinarité : une solution d'avenir ?	- 71 -
5.2.1. Audioprothésistes et pluridisciplinarité.....	- 71 -
5.2.2. Réadaptation pluridisciplinaire : une longue attente	- 72 -
Conclusion	- 75 -
Table des illustrations.....	- 77 -
Bibliographie	- 78 -
Annexes	- 80 -

Introduction

En septembre 2009, un nouvel établissement a ouvert ses portes à Angers : le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition (CERTA). Je l'ai découvert lors de mon stage de troisième année d'études à la Faculté de Pharmacie de Nancy, effectué sous la responsabilité de Madame Héry, audioprothésiste D.E. Elle travaille principalement au sein d'un cabinet d'audioprothèse appartenant à la Mutualité Française Anjou Mayenne (MFAM), et elle intervient régulièrement au sein du CERTA d'Angers, également géré par la MFAM. C'est en accompagnant Mme Héry dans ses rendez-vous que j'ai pu rencontrer l'équipe du CERTA.

J'ai choisi de placer le CERTA d'Angers au cœur de mon mémoire de fin d'études en raison de son caractère novateur. En effet, il s'agit du premier établissement en France à proposer une aide personnalisée à des patients de plus de 20 ans, qui rencontrent d'importantes difficultés au quotidien du fait de troubles de l'audition, grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire : ORL, audioprothésiste, orthophoniste, psychologue, ergothérapeute et assistante de service social.

Le CERTA s'adresse à des patients résidant en région Pays de la Loire. Pour les aider à retrouver une meilleure qualité de vie, le CERTA leur propose un programme de rééducation et/ou de réadaptation fonctionnelle. Pour éclairer le sens de ces deux termes, je m'appuierai sur la définition du Professeur Claude Hamonet¹, praticien de réadaptation :

¹ Le Pr. Claude Hamonet est le responsable du service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU Henri Mondor à Créteil (94) et auteur de nombreux écrits consultables sur le site <http://claud.hamonet.free.fr>. [1]

« *La rééducation, c'est une méthode de traitement qui a pour objet le maintien, la récupération ou la compensation des fonctions indispensables à la vie de relation, menacées, diminuées ou perdues* », c'est-à-dire, dans le cas du CERTA, la restauration et la compensation de la fonction auditive. Quant à la réadaptation, selon le même auteur, il s'agit « *du versant social* » de la rééducation, « *incluant la notion de compensation, mais aussi sa dimension éducative* » : dans le cas du CERTA, ce terme recouvre la transmission de méthodes et de conseils ainsi qu'un soutien social et psychologique.

Ces précisions étant apportées, j'en viens à présent aux objectifs de ce mémoire. Ils consistent à analyser le processus de rééducation/réadaptation mis en place par le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers et à mesurer les répercussions d'un tel centre.

Dans un premier temps, je dresserai un état des lieux des troubles de l'audition en France, en expliquant leurs conséquences pour la qualité de vie des patients. Ensuite, je présenterai le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers, en soulignant son caractère innovant pour la France et en expliquant son fonctionnement.

Dans un troisième temps, j'aborderai la question de la rééducation auditive pluridisciplinaire et de son intérêt pour les personnes souffrant de troubles de l'audition. Puis, je présenterai des exemples de parcours de patients au sein du CERTA, avant d'analyser les enjeux, retombées et perspectives de ce type de structure.

I. Les troubles de l'audition : nature, ampleur et impact

Afin d'éclairer le contexte dans lequel a été créé le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers, il semble important de préciser la nature de ces troubles et leur importance dans la population française ainsi que leur impact sur la vie quotidienne des patients.

1.1. Nature des troubles de l'audition

On désigne par « troubles de l'audition » les altérations de la fonction auditive (malaudition, surdité) et les acouphènes (bourdonnements, sifflements dans l'oreille).

1.1.1. Rappel : fonctionnement du système auditif

Le système auditif comprend l'oreille (composée de trois parties : externe, moyenne, interne) et le système nerveux auditif central. L'audition est provoquée par l'émission d'un son, vibration de l'air caractérisée par son intensité (mesurée en décibels, dB) et sa fréquence (grave ou aiguë, mesurée en Hertz, Hz).

Nous entendons grâce à l'action combinée des trois parties de l'oreille. Le son est capté par l'oreille externe (pavillon, conduit auditif) puis transmis à l'oreille moyenne (tympan, chaîne des osselets), qui amplifie le son et le transmet à l'oreille interne où se trouve la cochlée, reliée au cerveau par le nerf auditif. C'est elle qui transforme le son en message nerveux compréhensible par le cerveau.

La cochlée renferme des cellules ciliées internes, qui transforment la vibration sonore en influx nerveux, et des cellules ciliées externes, qui amplifient les vibrations, les analysent et les aiguillent selon leur fréquence vers les fibres nerveuses correspondantes.

Le message nerveux issu de la cochlée est ensuite transmis par le nerf auditif jusqu'aux aires auditives cérébrales, qui interprètent ce message et permettent d'entendre et de comprendre l'information sonore. Ainsi, c'est au niveau des structures corticales que les bruits sont identifiés et que les sons de la parole prennent sens.

Si l'une des étapes de ce processus ne peut s'effectuer correctement, l'audition sera altérée.

1.1.2. Surdités : types et degrés

En fonction de l'endroit atteint par un dysfonctionnement, on parlera de surdité de transmission ou de surdité de perception.

■ **Surdités de transmission**

Les surdités de transmission sont des baisses de l'audition dues à une altération de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne. Elles peuvent être dues à la présence d'un obstacle dans le conduit auditif (bouchon de cérumen, coton), à des otites (infection de l'oreille moyenne), des perforations du tympan, des malformations ou des maladies héréditaires. Elles sont d'ordre mécanique et se guérissent généralement par traitement médicamenteux ou par intervention chirurgicale.

■ **Surdités de perception**

Les surdités de perception sont des baisses de l'audition dues à un dysfonctionnement de la cochlée, du nerf auditif ou des structures cérébrales. Elles peuvent être dues à des

traumatismes sonores, des maladies, des malformations... mais le plus souvent, elles sont dues au vieillissement naturel des cellules sensorielles (presbyacousie). La presbyacousie touche essentiellement des personnes âgées mais elle peut aussi apparaître chez les jeunes : on parle alors de presbyacousie précoce.

■ Degrés de surdité

Selon le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP), les surdités peuvent être classées en fonction de la perte auditive (mesurée en décibels dB), de la façon suivante :

Perte en dB	Type de surdité	Conséquences
0 à 20 dB	Audition normale	
21 à 40 dB	Surdité légère	Voix basse ou lointaine difficilement perçue.
41 à 70 dB	Surdité moyenne	Parole perçue si on élève la voix. Quelques bruits familiers sont encore perçus.
71 à 90 dB	Surdité sévère	Parole perçue à voix forte près de l'oreille. Seuls les bruits forts sont perçus.
91 à 119 dB	Surdité profonde	Aucune perception de la parole. Seuls les bruits très forts sont perçus.
120 dB	Cophose	Rien n'est perçu.

Fig. 1. Classification des surdités selon leur degré de gravité (BIAP).

Cette classification permet de définir l'importance d'une surdité et d'évaluer la gêne occasionnée pour les patients. Un autre facteur de gêne réside dans la présence d'acouphènes.

1.1.3. Acouphènes

Selon le Dr. Jacques Grosbois², les acouphènes peuvent se définir comme « *une sensation auditive perçue en l'absence de toute stimulation sonore extérieure* ». Ils sont généralement subjectifs et décrits comme des sifflements ou des bourdonnements dans les oreilles, plus ou moins persistants, qui occasionnent une gêne importante pour les patients. Ils concernent des millions de Français.

² Dr J. Grosbois et M. Le Pellec, Surdités, acouphènes et troubles de l'audition, tome I : maladies et traitements, éd. Option Santé, 2004. [2]

1.2. Des millions de Français concernés

En France, de nombreuses personnes souffrent de troubles de l'audition. Pas moins de 5 millions de Français présenteraient une déficience auditive, selon l'enquête « Handicaps » de 1998-1999³. Si l'on ajoute le nombre de Français souffrant d'acouphènes, estimé entre 2,5 à 4 millions de personnes selon le Dr. Grobois⁴, on constate que les troubles de l'audition concernent une part importante de la population.

Selon l'enquête Handicaps, la déficience auditive ne concerne que 2% des personnes de moins de 40 ans mais devient plus présente au fur et à mesure de l'avancée en âge. Ainsi, les deux tiers des déficients auditifs ont plus de 60 ans, ce qui semble logique compte tenu du vieillissement naturel des cellules sensorielles (presbyacousie).

En ce qui concerne le degré de surdité, l'enquête Handicaps révèle que 28% des déficients auditifs présenteraient une perte moyenne à sévère, ces personnes ayant déclaré ne comprendre une conversation « que si une seule personne parle et qu'elle parle fort, même avec l'aide d'un appareil auditif ». Quant aux patients présentant une surdité profonde, définie selon l'enquête comme « l'incapacité totale à comprendre une conversation, même avec l'aide d'un appareil auditif », ils représenteraient 6% des déficients auditifs.

L'impossibilité de comprendre une conversation est une des conséquences sociales de la déficience auditive. Voyons à présent quelles sont ses autres répercussions.

³ Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance », 1998-1999, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). [3]

⁴ Dr J. Grobois et M. Le Pellec, *Surdités, acouphènes et troubles de l'audition, tome I : maladies et traitements*, éd. Option Santé, 2004. [2]

1.3. Impact des troubles auditifs pour les patients

1.3.1. Une rupture avec l'environnement

Une baisse importante de l'audition entraîne une rupture du déficient auditif avec son environnement. Il ne perçoit plus les bruits qui font l'agrément des promenades dans la nature (chants des oiseaux, bruissement des feuilles, murmure des vagues...), ni les bruits familiers qui rythment la vie quotidienne (écoulement du café dans la cafetière, bruit de pas...). Privé des sons réconfortants ou agréables, sources de bien-être, le monde perd de son relief.

1.3.2. Une perte de la fonction d'alerte

Pire, l'absence de certains sons prive le déficient auditif d'informations utiles : sur le fonctionnement d'un appareil (moteur de réfrigérateur, tic-tac de la montre), sur l'émission d'un signal d'appel (sonnerie de réveil, de baby-phone, de porte d'entrée) mais aussi sur le déclenchement d'une alerte sonore (fermeture de porte de train, alerte incendie) et la localisation d'une personne, d'une voiture... Ce qui peut poser des problèmes de sécurité.

1.3.3. Une rupture de la communication

Outre la rupture avec l'environnement, la déficience auditive entraîne une rupture de la communication, comme le souligne Emmanuèle Ambert-Dahan, orthophoniste à l'hôpital Beaujon⁵, dans un article consacré à la rééducation auditive : *« Si la surdité peut avant tout se définir comme une atteinte biologique, elle est surtout une atteinte dans la relation à l'autre et des possibilités de communiquer avec autrui. Ainsi, les répercussions de la perte auditive sur l'entourage familial et social sont considérables ».*

⁵ E. Ambert-Dahan, « Place de la r ducation dans la réhabilitation auditive de l'adulte », Association des implantés de l'hôpital Beaujon. [4]

En effet, les personnes déficientes auditives voient leur perception sonore diminuer à la fois sur le plan de l'intensité et de la compréhension du message : elles ont l'impression que leurs interlocuteurs chuchotent et qu'ils n'articulent pas suffisamment. Elles doivent souvent faire répéter les phrases et répondent parfois à côté de ce qui était demandé, ce qui peut provoquer l'agacement des interlocuteurs et le découragement des déficients auditifs, qui auront alors tendance à réduire les occasions d'échanges et à se replier sur eux-mêmes.

Par ailleurs, les déficients auditifs éprouvent généralement des difficultés à entretenir une conversation téléphonique. Cette situation peut se révéler problématique en cas d'accident lorsqu'il s'agit d'alerter les secours : si certaines casernes de pompiers, comme dans le Val d'Oise, ont mis en place un système d'alerte par SMS, cette procédure nécessite néanmoins des manipulations qui peuvent paraître longues au regard de l'urgence.

1.3.4. Un impact sur le travail et les loisirs

Les difficultés de communication engendrées par la déficience auditive ont des répercussions sur l'insertion professionnelle des patients et sur leur pratique de loisirs.

Ainsi, l'enquête Handicaps⁶ a révélé que la proportion des déficients auditifs de 20 à 59 ans occupant un emploi était légèrement plus faible que dans l'ensemble de la population (67% contre 73%) et que cette proportion diminuait au fur et à mesure de l'aggravation de la déficience.

De même, l'enquête indique que les déficients auditifs sont moins nombreux à pratiquer régulièrement des loisirs (spectacles, sport, etc.) que l'ensemble de la population (60% contre 65% à âge et sexe identiques).

⁶ Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance », 1998-1999, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). [3]

1.3.5. Un impact psychologique

La diminution de la perception auditive a également un impact psychologique sur le patient. Elle peut susciter chez lui un sentiment de culpabilité lié à cette perte d'autonomie, ainsi qu'un sentiment de tristesse allant parfois jusqu'à la dépression.

Les troubles de l'audition sont également susceptibles de provoquer l'anxiété du patient, en particulier dans le cas des acouphènes : ces sifflements ou bourdonnements intempestifs, responsables de troubles du sommeil ou de la concentration, sont souvent considérés par les personnes qui en souffrent comme les symptômes inquiétants d'une maladie cachée.

Dans certains cas, le mal-être engendré par la perte d'audition peut entraîner des modifications du comportement de la personne, comme le souligne le Dr. Grobois⁷ : *« Le comportement du malentendant face à sa surdité peut être inapproprié, le renvoyant à des traumatismes profonds d'ordre inconscient, pouvant se rapporter à l'enfance. Cela peut aboutir à de graves désordres psychologiques avec troubles de la personnalité, voire à la révélation de psychoses jusque là compensées ».*

Rupture avec l'environnement, difficultés de communication, moindre insertion sociale et professionnelle, repli sur soi, mal-être... les conséquences des troubles de l'audition pèsent sur le patient dans sa vie quotidienne, le plaquant parfois même dans une situation de handicap. C'est la volonté de proposer des solutions aux patients les plus fragilisés qui a conduit l'équipe du CERTA   créer un centre spécialisé.

⁷ Dr. J. Grosbois, M. Le Pellec, Surdités, acouphènes et troubles de l'audition, tome 1, coll. Mise au point,  ditions Option Santé, 2004. [2]

II. Le CERTA : un centre innovant pour la réadaptation des adultes déficients auditifs

Créé en 2009, le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers offre aux déficients auditifs de plus de 20 ans un accompagnement personnalisé grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

Le principe est simple : proposer une rééducation pour les patients souffrant d'une déficience sensorielle (audition), à l'image de la rééducation couramment préconisée pour les personnes présentant une déficience motrice (jambes, bras) à la suite d'un accident.

Le CERTA est un centre à caractère innovant pour la France, qui ne disposait pas jusqu'à présent de structures équivalentes pour les adultes déficients auditifs en accueil de jour. Son fonctionnement et sa philosophie s'inspirent des grands établissements canadiens.

2.1. Un centre innovant pour la France, inspiré de l'expérience canadienne

2.1.1. Le modèle canadien

Au Canada, la réadaptation des déficiences sensorielles comme la perte d'audition est une pratique qui existe depuis de nombreuses années. Les deux établissements de référence dans ce domaine sont l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDQP) et l'institut Raymond-Dewar de Montréal.

■ **L'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDQP)**

Créé en 1996, l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDQP) est un établissement public destiné à faciliter l'intégration sociale des personnes de tous

âges, en situation de handicap. Il peut s'agir de déficiences auditives, motrices, visuelles, neurologiques, etc.

Pour ce qui est de la déficience auditive, l'IRDPQ accueille les personnes présentant des pertes d'audition plus ou moins importantes, ou des acouphènes, et leur propose une prise en charge pluridisciplinaire (orthophoniste, psychologue, travailleur social...). Le programme de réadaptation vise à développer au maximum l'autonomie du patient afin de favoriser son intégration sociale et professionnelle ou scolaire.

Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire remplit une mission précise. L'audiologiste (métier proche de l'audioprothésiste) évalue les capacités auditives des malentendants et leurs limites ; le psychologue aide les patients à gérer leur stress ; l'orthophoniste assure un entraînement à la lecture labiale et enseigne des stratégies de communication ; le travailleur social conseille et aide à résoudre les difficultés personnelles.

Un programme spécifique est proposé en direction des personnes âgées de 65 ans ou plus. L'équipe explique le fonctionnement de l'audition et les conséquences de la perte auditive, propose des aides techniques (différents appareils pour faciliter l'utilisation de la télévision, détecter la sonnerie du téléphone ou de la porte d'entrée, etc.). Un soutien psychologique est également apporté pour aider les patients à se sentir moins isolés et à mieux vivre avec leur surdité.

■ L'Institut Raymond-Dewar de Montréal

Antérieur à l'IRDPQ, l'institut Raymond-Dewar fonctionne depuis 1984. Cet établissement public se définit comme un centre plurirégional spécialisé de réadaptation en surdité et en communication. Il s'adresse aux enfants et adultes présentant des troubles de l'audition, éventuellement associés à une déficience visuelle.

A l'instar de l'IRDPQ, l'institut Raymond-Dewar vise à développer l'autonomie et la participation sociale de ses patients, afin de leur procurer un mieux-être. Les programmes sont déclinés selon les tranches d'âge (0-12 ans, 12-25 ans, 25-65 ans, plus de 65 ans). Ils concernent notamment les personnes porteuses d'un implant cochléaire ou présentant des acouphènes.

Comme l'IRDPQ, l'institut fonctionne selon une approche pluridisciplinaire (ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, travailleur social, audiologiste) et propose aux malentendants un soutien technique (appareils de détection de sonnerie, etc.).

■ **Des sources d'inspiration pour le CERTA d'Angers**

En concevant leur projet d'établissement, les fondateurs du CERTA d'Angers ont pu s'inspirer des exemples canadiens. Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge des patients, la volonté de favoriser leur autonomie et leur intégration sociale sont des éléments qui se retrouvent dans le projet du CERTA, comme nous allons le voir par la suite.

Des échanges ont d'ailleurs été organisés, courant 2009, entre le centre angevin et les équipes de l'institut Raymond-Dewar et de l'Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec. Les Français ont pu visiter les deux structures avant d'accueillir à leur tour, à Angers, leurs homologues canadiens.

2.1.2. Le CERTA d'Angers, novateur pour la France

Aujourd'hui en France, l'aide aux adultes déficients auditifs par le biais de centres d'évaluation et de réadaptation pluridisciplinaires comme le CERTA d'Angers reste à l'état embryonnaire. En effet, il existait jusqu'à présent des établissements d'hébergement à l'année pour déficients auditifs polyhandicapés mais pas de centres d'accueil à la journée pour adultes valides avec une prise en charge pluridisciplinaire.

Seuls les jeunes déficients auditifs (de 0 à 20 ans) bénéficient d'un accompagnement pluridisciplinaire en établissements spécialisés. Il s'agit principalement d'instituts proposant des services d'aide à l'intégration scolaire, parfois de centres d'enseignement en langue des signes française et plus rarement de centres de réhabilitation de la parole et de l'audition (cf. liste des principaux établissements, annexe 1 p. 81).

Au final, estime l'Institut National de la Consommation dans un rapport sur le handicap⁸, *« on peut considérer que tous les jeunes déficients visuels et auditifs jusqu'à 20 ans bénéficient d'une prise en charge organisée en France. En revanche, la proportion de personnes devenues déficientes au cours de leur vie qui bénéficient d'une prise en charge satisfaisante est tout à fait insuffisante. »*

■ Une réponse à un besoin réel

En effet, les jeunes déficients auditifs ne sont pas les seuls à avoir besoin d'un soutien pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent au quotidien : les plus de 20 ans aussi peuvent ressentir la nécessité d'un accompagnement personnalisé.

D'autant plus que, nous l'avons vu, les déficients auditifs sont majoritairement des adultes, et surtout des personnes âgées : selon l'enquête Handicaps, deux tiers des déficients auditifs ont plus de 60 ans. Ce qui représente, pour une proportion de 5 millions de déficients auditifs, pas moins de 3 millions de personnes âgées.

Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, cette population est susceptible d'augmenter dans les années à venir, avec des enjeux de préservation de l'autonomie pour maintenir une vie à domicile dans les meilleures conditions.

⁸ « La sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif », rapport du groupe de travail présidé par Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des Comptes, Institut national de la consommation, vers 2008-2009. [5]

Dans la région des Pays de la Loire, territoire d'intervention du CERTA d'Angers, si l'on considère que la proportion de déficients auditifs est la même qu'au niveau national (7% selon l'enquête Handicaps), on peut évaluer à plus de 247 000⁹ le nombre de personnes présentant une déficience auditive, avec une large majorité de plus de 20 ans.

Qu'il s'agisse de personnes âgées dont l'autonomie est à préserver, ou d'adultes rencontrant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle, le CERTA peut constituer un interlocuteur intéressant.

2.2. Fonctionnement et objectifs du centre

2.2.1. Un centre mutualiste

Le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers est un établissement privé, bénéficiant de l'agrément de la Haute Autorité de Santé (organisme public indépendant, chargé d'améliorer la qualité des soins en établissements de santé par des dispositifs de certification et d'évaluation professionnelle.). Il est géré par la Mutualité Française Anjou Mayenne (union bi-départementale des mutuelles adhérentes à la Fédération Nationale de la Mutualité Française).

Le groupe Mutualité Française assure la gestion de nombreux établissements de services et de soins (pharmacies, cabinets dentaires, crèches, maisons de retraite, centre basse vision, etc.) Il gère notamment un second centre dénommé « CERTA », à Poitiers, et a pour projet de développer ce type de structure dans chaque région française.

La direction du CERTA d'Angers est assurée par Madame Anne Rabiller, directrice adjointe du Pôle Déficience sensorielle (regroupant les déficiences auditives et visuelles).

⁹ Calcul effectué pour une population de 3 538 000 habitants (au 1er janvier 2009, source INSEE).

Madame Rabiller exerce ses fonctions sous la responsabilité de M. Francis Guiteau, directeur du Pôle Déficience Sensorielle de la Mutualité Française Anjou Mayenne, et de M. Henri Poizat, directeur général de la Mutualité Française Anjou Mayenne (cf. annexe 2 p. 83).

Afin de faire connaître ses services auprès des professions de santé dans son secteur d'intervention (la région Pays de la Loire), le CERTA d'Angers noue des relations avec les centres hospitaliers, les cliniques privées et le secteur libéral. Il sensibilise les médecins généralistes, les spécialistes ORL, les audioprothésistes et les orthophonistes, susceptibles d'identifier les patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge par le CERTA.

2.2.2. Profil des patients accueillis

Le CERTA accueille des patients de plus de 20 ans, qui présentent des troubles importants de l'audition occasionnant une gêne conséquente dans leur vie quotidienne, et pour lesquels aucune solution satisfaisante n'a pu être apportée jusqu'alors. Il s'agit de patients :

- dont le gain prothétique est inférieur à 40 dB après appareillage (patients présentant une surdité sévère pour lesquels le bénéfice de l'aide auditive est insuffisant),
- ou avec une compréhension de la parole inférieure à 70% dans le calme (si cela entraîne des difficultés majeures dans leurs habitudes de vie),
- ou porteurs d'un implant cochléaire,
- ou atteints d'acouphènes invalidants,
- ou des patients vulnérables nécessitant un accompagnement global au regard de leur profil psychologique,
- ou des patients bénéficiant de la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour une pathologie auditive.

2.2.3. Réduction du handicap

Le CERTA accueille des patients pour lesquels les troubles de l'audition constituent un handicap dans leur vie quotidienne. Selon l'article L114 du Code de l'action sociale et des familles, créé par la loi du 11 février 2005, le handicap se définit comme « *Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La définition du handicap apportée par la loi du 11 février 2005 inclut les déficiences sensorielles, apportant ainsi une reconnaissance du handicap généré par les déficiences auditives. Cette reconnaissance est essentielle car elle ouvre droit à compensation du handicap, au nom de l'égalité des chances : la collectivité doit donc apporter au déficient auditif les moyens de compenser son handicap pour lui permettre de s'insérer dans la société.

La démarche du CERTA va consister à réduire le handicap vécu par les patients, grâce à un programme personnalisé destiné à accroître leur autonomie.

2.2.4. Objectifs du CERTA

Le CERTA a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients, en favorisant leur insertion sociale et professionnelle et en leur procurant une plus grande autonomie, grâce à un programme personnalisé de rééducation et de réadaptation de la fonction sensorielle auditive.

La rééducation, selon la définition du Pr. Claude Hamonet, est « *une méthode de traitement qui a pour objet le maintien, la récupération ou la compensation des fonctions indispensables à la vie de relation, menacées, diminuées ou perdues.* »

Quant à la réadaptation, qui désigne, selon le Pr. Hamonet¹⁰, le versant social et éducatif de la rééducation, elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *l'application coordonnée et combinée de mesures sur le plan médical, social, psychique, professionnel et scolaire, pouvant contribuer à ramener le patient à sa situation optimale dans la société et à l'y maintenir.* »

On le voit, la réadaptation est une démarche globale qui vise non seulement à restaurer et à compenser les fonctions déficientes, mais aussi à agir sur l'ensemble des éléments qui touchent au patient lui-même (santé, état psychologique) ou à son interaction avec l'environnement (travail, relations humaines) afin d'améliorer sa qualité de vie de façon durable. Cette démarche, au cœur du projet d'établissement du CERTA d'Angers, nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

2.2.5. L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe du CERTA se compose de trois spécialistes ORL (pour 0,5 équivalent temps plein/ETP), de trois orthophonistes (1,5 ETP), de trois audioprothésistes (0,2 ETP), d'un ergothérapeute (0,20 ETP), de deux psychologues (0,50 ETP), d'une assistante de service social (0,4 ETP) et d'une secrétaire médicale (1 ETP). Chacun joue un rôle particulier.

■ **Rôle du médecin ORL**

Le médecin ORL valide l'admission des patients dans l'établissement, en fonction de leur profil et des critères d'entrée prédéfinis (acouphènes invalidants, implant cochléaire, difficultés de compréhension de la parole dans le calme, etc.). Il suit leur parcours au sein du CERTA et coordonne les interventions des autres professionnels.

¹⁰ Définition consultable sur le site <http://claude.hamonet.free.fr> à la rubrique « lexique ». [1]

■ **Rôle de l'orthophoniste**

L'orthophoniste évalue les capacités auditives et de communication résiduelles du patient et fait l'inventaire de ses attentes et de ses besoins. Elle assure aussi la rééducation (entraînement intensif) et l'enseignement de stratégies pour améliorer la communication.

■ **Rôle de l'audioprothésiste**

L'audioprothésiste intervient en concertation avec le médecin ORL pour effectuer les réglages des implants cochléaires. Il assure également les réglages des générateurs de bruit pour les patients acouphéniques.

■ **Rôle de l'ergothérapeute**

L'ergothérapeute conseille le patient sur l'utilisation d'aides techniques destinées à faciliter son quotidien. Il propose une sélection d'appareils et enseigne les gestes à effectuer pour maîtriser le fonctionnement de ces aides.

■ **Rôle de la psychologue**

La psychologue reçoit systématiquement le patient lors d'un entretien d'accueil afin de connaître ses attentes vis-à-vis du CERTA, d'évaluer les difficultés qu'il rencontre du fait de sa déficience auditive, d'estimer les conséquences de cette déficience sur le plan social, d'apprécier la capacité du patient à fournir des efforts et à s'impliquer dans le parcours de réadaptation et de repérer d'éventuels troubles de la personnalité. La psychologue peut également intervenir à la demande du patient pour l'aider à trouver un équilibre et limiter son isolement.

Par ailleurs, le suivi psychologique permet d'aider les patients acouphéniques à mieux supporter la gêne occasionnée par leurs acouphènes et à réduire les pensées négatives qui y sont associées.

■ **Rôle de l'assistante de service social**

L'assistante de service social accompagne les patients dans leurs démarches et apporte des réponses aux questions qu'ils sont susceptibles de poser en lien avec leur déficience auditive, sur le plan administratif, social ou personnel.

■ **Rôle de la secrétaire médicale**

La secrétaire médicale assure l'accueil des patients, la gestion des rendez-vous et le suivi administratif des dossiers. Elle rédige les comptes-rendus des réunions de l'équipe pluridisciplinaire et assure l'envoi des différents documents.

2.2.6. L'échange d'informations au sein de l'équipe

L'échange d'informations au sein de l'équipe pluridisciplinaire est essentiel pour une bonne coordination des interventions. Pour cela, le CERTA constitue pour chaque patient un dossier commun à l'ensemble de l'équipe, dans le cadre du secret médical partagé.

Par ailleurs, des réunions sont organisées le vendredi après-midi, tous les quinze jours. Elles sont animées par le médecin ORL coordinateur et permettent d'échanger sur les particularités de chaque parcours et sur les difficultés rencontrées. D'autres réunions peuvent également être planifiées en fonction des besoins. Elles donnent lieu à une conclusion écrite concertée.

2.3. Parcours type

Un parcours de réadaptation au sein du CERTA nécessite environ deux mois de suivi. Il comprend plusieurs étapes : la validation de l'admission, l'évaluation des capacités fonctionnelles, la rééducation/réadaptation proprement dite et la synthèse finale.

2.3.1. Admission

Chaque patient doit avant tout être référé par son spécialiste ORL pour obtenir une prise en charge au sein du CERTA : ce n'est pas un lieu de consultation de première intention.

Lorsqu'une personne formule une demande d'admission, la secrétaire médicale lui adresse un dossier à remplir. Le patient y décrit sa situation et ses attentes, et le fait compléter par son médecin généraliste, son spécialiste ORL et son audioprothésiste.

Une fois le dossier rempli et retourné au CERTA, il est examiné par le médecin ORL coordinateur de l'établissement qui valide ou non l'admission du patient, en fonction des critères d'entrée prédéfinis (acouphènes invalidants, intelligibilité insuffisante, etc.). Ensuite, la secrétaire médicale contacte le patient pour planifier les rendez-vous. Elle l'accueille à son arrivée à l'établissement et lui remet un livret expliquant le fonctionnement du centre et le déroulement du parcours de rééducation (cf. annexe 4 p. 85).

La première étape de ce parcours consiste en un bilan personnalisé des capacités fonctionnelles du patient.

2.3.2. Bilan des capacités fonctionnelles

Le bilan personnalisé a pour but d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient, de cerner ses souhaits et ses attentes afin de proposer un projet de rééducation adapté. Il comprend plusieurs évaluations, réparties en deux à quatre demi-journées sur trois semaines.

Le patient rencontre un spécialiste ORL, qui confirme le diagnostic des troubles de l'audition et explique la démarche de rééducation/réadaptation ; un audioprothésiste, dans le cas d'un réglage d'implants cochléaires ou du générateur de bruit pour les acouphènes ; un

ergothérapeute, pour l'utilisation d'aides techniques ; une orthophoniste, qui réalise un bilan en audiologie fonctionnelle (compréhension du message oral, capacité à soutenir une conversation...) et évalue les stratégies de compensation mises en œuvre ; et une psychologue, qui évalue les répercussions des troubles de l'audition pour le patient et pour son entourage.

Au terme de ces séances, le médecin ORL référent reprend avec le patient le bilan global des différentes évaluations, et, en accord avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, propose, si nécessaire, un projet de rééducation/réadaptation.

Le patient est libre d'accepter ou de refuser ce projet. En cas de refus, le médecin ORL référent informe le patient qu'il aura la possibilité de recontacter le CERTA lorsqu'il se sentira prêt. En cas d'acceptation, le parcours peut s'effectuer soit près du domicile du patient (dans ce cas, le CERTA contacte les professionnels de proximité concernés) soit au sein du CERTA. Des rendez-vous sont alors fixés pour le déroulement des différentes séances de rééducation/réadaptation.

2.3.3. Parcours de rééducation/réadaptation

Le parcours de rééducation/réadaptation est adapté aux besoins de chaque patient pour lui permettre de réduire la gêne causée par ses troubles auditifs, pour l'aider à participer aux conversations avec son entourage et pour lui apporter un soutien psychologique.

■ **Restauration de la fonction auditive**

Le travail de restauration de la fonction auditive consiste à aider le patient à retrouver une fonction d'alerte, à localiser une source sonore, à comprendre un message oral dans différentes ambiances sonores puis à participer à une conversation dans un environnement calme à bruyant.

■ **Réadaptation orthophonique**

Le travail avec l'orthophoniste permet au patient de s'approprier des techniques pour améliorer sa compréhension de la parole et sa participation aux conversations. Il apprend ainsi à bien se positionner par rapport à l'interlocuteur, à développer ses capacités d'attention et de mémorisation, et à utiliser la lecture labiale pour compléter les informations auditives qu'il reçoit.

■ **Utilisation des aides techniques**

Le travail avec l'ergothérapeute permet au patient d'apprendre à utiliser différentes aides techniques pour faciliter son quotidien. Certaines amplifient les sons, d'autres font appel à une fonction sensorielle de substitution à l'audition (vue, toucher). Il s'agit d'amplificateurs téléphoniques, de postes de téléphone avec boucle magnétique incorporée (pour améliorer la compréhension des conversations), de casques TV radio-HF, de détecteurs de sonnerie de porte d'entrée à flashes lumineux, ou encore de réveils vibrants (utiles dans la mesure où les porteurs d'aides auditives retirent celles-ci la nuit). Ces aides techniques ne sont pas en vente au CERTA. Elles sont à commander auprès des audioprothésistes.

■ **Accompagnement psychologique**

Le patient peut, s'il le souhaite, bénéficier d'un soutien psychologique au sein du CERTA. Ce soutien se révèle particulièrement important pour les patients souffrant d'acouphènes.

■ **Accompagnement social**

L'assistante de service social peut accompagner le patient dans ses recherches d'informations et l'aider à constituer des dossiers de demandes d'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou de mise en place d'aide à domicile.

■ Conclusion des séances

Au terme du parcours du patient, la psychologue le reçoit en entretien afin de connaître son ressenti sur l'efficacité des séances, de mesurer l'amélioration apportée par rapport à la situation initiale et d'évaluer les retentissements psychologiques de la rééducation/réadaptation. Elle invite le patient à répondre à un questionnaire, dont l'analyse sera retransmise à l'intéressé lors de la synthèse finale.

2.3.4. Synthèse finale

Le parcours du patient se clôt par un rendez-vous de synthèse avec le médecin ORL référent. Ensemble, ils dressent un bilan de la rééducation/réadaptation. A la suite de cet entretien, le CERTA adresse au patient un courrier, comprenant les comptes-rendus établis par les membres de l'équipe pluridisciplinaire rencontrés ainsi que les conclusions et conseils formulés par le médecin ORL référent. Une copie de ce courrier est adressée, avec l'accord du patient, à son spécialiste ORL, à son médecin généraliste et à son audioprothésiste.

Le CERTA considère que la satisfaction du patient est atteinte lorsque celui-ci a retrouvé le niveau d'autonomie qui lui convient. En effet, comme le souligne le Professeur Hamonet¹¹, *« on ne peut pas (...) évaluer correctement une réadaptation si on ne tient pas compte de l'interprétation et du ressenti par la personne handicapée des événements qu'elle vit dans un contexte de handicap »* : l'objectif de la rééducation/réadaptation est de limiter au maximum la situation de handicap, qui dépend certes de la déficience et des conditions rencontrées mais aussi par du point de vue du patient. Ainsi, résume le Pr. Hamonet¹², *« si la personne se considère en situation de handicap, elle sera handicapée. »*

¹¹ Pr. Hamonet, « La subjectivité : la dimension cachée du handicap et de la réadaptation », <http://claude.hamonet.free.fr>. [6]

¹² Pr. Hamonet, « La réadaptation, origines et devenir », <http://claude.hamonet.free.fr>. [7]

III. Intérêt d'une rééducation/réadaptation auditive pluridisciplinaire

En France, la rééducation/réadaptation auditive pluridisciplinaire des adultes, à l'image de celle qui est pratiquée par le CERTA d'Angers, reste peu répandue comparativement au Canada. Préconisée pour les patients acouphéniques et les porteurs d'implants cochléaires, elle peut également se révéler bénéfique pour les porteurs d'aides auditives conventionnelles rencontrant des difficultés importantes.

Dans un premier temps, j'expliquerai l'intérêt de la rééducation/réadaptation auditive pluridisciplinaire de façon générale, puis je préciserai son apport en fonction de la situation des patients : acouphènes, implant, aides auditives.

3.1. Intérêt de la réadaptation auditive en général

3.1.1. Améliorer la communication

La réadaptation auditive a pour but de faciliter l'intégration du patient dans sa vie quotidienne, en réduisant la gêne provoquée par ses troubles auditifs, en améliorant son audition et surtout en développant ses capacités à communiquer avec son entourage. En effet, la communication est un enjeu essentiel de la vie en société.

Ainsi Christine Toffin et ses co-auteurs des Monographies Amplifon¹³ soulignent-ils l'importance de « *la récupération de l'aptitude à la communication avec tous les moyens techniques et humains disponibles* », car, précisent-ils, « *Ce n'est pas l'incapacité auditive en*

¹³ Les Monographies Amplifon, n°38, Education auditive : de la parole à la musique, B. Meyer, C. Morisseau, C. Toffin et al., éd. 2005. [8]

tant que telle qui dérange le plus celui qui souffre, mais plutôt ses effets secondaires qui sont d'ordre psychosocial et émotionnel. »

Or, pour pouvoir communiquer, c'est-à-dire échanger avec autrui, il est indispensable de comprendre le message de son interlocuteur afin de formuler une réponse cohérente. La rééducation/réadaptation auditive va donc s'attacher à améliorer la compréhension du message pour faciliter la communication du déficient auditif avec son entourage. En cela, c'est une pratique susceptible d'intéresser bon nombre de malentendants, estime Emilie Ernst¹⁴ : *« La rééducation auditive doit être proposée à toute personne qui dit "entendre" mais se plaint de mal "comprendre" et de communiquer difficilement, car l'audition ne garantit pas, à elle seule, la communication. »*

Comme le souligne Emilie Ernst, l'audition n'est pas le seul vecteur de communication : elle permet de recueillir des informations qui seront ensuite décodées par le cerveau. C'est ce que Jérôme Goust¹⁵ résume par la formule : *« Si nous entendons avec les oreilles, nous comprenons avec le cerveau. »*. La rééducation auditive va donc chercher à améliorer le recueil d'informations et le traitement des données par le cerveau, grâce à un certain nombre d'exercices.

3.1.2. Améliorer le recueil d'informations

Pour améliorer le recueil d'informations, il va s'agir à la fois d'accroître les capacités auditives, grâce à un entraînement intensif, et de recourir à d'autres fonctions, comme la vue (observation des mimiques et de la gestuelle, lecture labiale) ou la mémoire.

¹⁴ Quelle est la place de l'orthophoniste dans la rééducation auditive ?, par E. Ernst, orthophoniste, in La revue du praticien, vol. 59, mai 2009. [9]

¹⁵ Jérôme Goust, Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds, coll. Néret, éditions Liaisons, 2009. [10]

■ L'entraînement auditif

A l'image des sportifs qui s'entraînent pour améliorer leurs performances, les malentendants peuvent accroître leurs capacités auditives en pratiquant des exercices encadrés par un orthophoniste. Cet entraînement permettra notamment d'améliorer la compréhension dans le bruit et de limiter la fatigue liée à des efforts importants de concentration. C'est ce qu'explique Emilie Ernst¹⁶ dans un article destiné aux déficients auditifs : « *En vous entraînant aux conditions plus difficiles (milieu bruyant, téléphone, interlocuteur ayant un débit rapide, etc.), vous apprendrez à ne plus fuir ces situations et à les aborder sereinement. (...) Vous pourrez aussi noter une amélioration de votre mémoire, de votre attention (...) ainsi qu'une fatigue moins importante.* »

■ Le recours à la lecture labiale

La lecture labiale est une technique qui peut se révéler très utile pour compléter les informations auditives. En effet, le sens d'un message n'est pas seulement véhiculé par les sons, mais aussi par l'articulation et les mouvements du visage.

Plus la surdité est importante, plus la lecture labiale sera précieuse pour comprendre un interlocuteur. Ainsi, comme l'explique Jérôme Goust¹⁷, « *En augmentant les capacités à interpréter les indices visuels, elle décharge considérablement l'attention (la tension) auditive et renforce d'autant l'efficacité des aides techniques en apportant au cerveau un surplus inestimable d'informations.* »

Si la lecture labiale est pratiquée instinctivement par la plupart des malentendants, elle gagne en efficacité lorsqu'elle est enseignée de façon méthodique par un orthophoniste.

¹⁶ E. Ernst, « Rééducation auditive, optimisez votre résultat », in La Caravelle n°176, septembre 2006. [11]

¹⁷ Jérôme Goust, Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds, coll. Néret, éditions Liaisons, 2009. [10]

En effet, une meilleure connaissance des mécanismes articulatoires permet d'éviter certains écueils, comme l'existence de phonèmes invisibles sur les lèvres (K, G, R) ou de sosies labiaux. C'est ce qu'explique France Désilets¹⁸ : « *certaines sons de la parole présentent la même image visuelle sur la bouche. Par exemple, rien ne sert de mettre son énergie à distinguer P, B et M car ce sont des sosies labiaux. Ainsi, 'pain', 'bain' et 'main' ne peuvent être reconnus que par le contexte.* » Pour départager les différentes hypothèses, le patient pourra recourir à une autre technique de compensation : la suppléance mentale.

■ Le recours à la suppléance mentale

La suppléance mentale consiste, pour le patient, à faire appel à ses capacités mnésiques pour reconstituer les mots d'une phrase, non perçus acoustiquement, en s'appuyant sur le contexte. Ainsi, si la phrase émise par l'interlocuteur est perçue de façon incomplète (par exemple : « je vais prendre un '...ain' »), il va s'agir de départager deux hypothèses : « je vais prendre un bain » et « je vais prendre un pain ».

Pour cela, le malentendant peut s'appuyer sur le reste du discours (« je vais prendre un bain pour me détendre », ou « je vais prendre un pain à la boulangerie »), ou confronter la phrase avec la situation (est-ce que la conversation portait sur la préparation du prochain repas ou sur l'état de fatigue de l'interlocuteur ?), ou encore faire appel à sa mémoire (est-ce que l'interlocuteur a déjà acheté du pain ?).

En définitive, pour améliorer sa compréhension du message, le déficient auditif doit s'appuyer sur tous les indices auditifs, visuels et mnésiques possibles. Puis, une fois ces informations recueillies, il faut les traiter. C'est le rôle d'un organe essentiel : le cerveau.

¹⁸ La surdit e acquise chez l'adulte : et s'il y avait quelque chose à faire ? par France Désilets, audiologiste du centre Raymond-Dewar, in Le Médecin du Québec, vol. 36, n 10, octobre 2001. [12]

3.1.3. Stimuler l'activité cérébrale

Lorsque nous entendons, les sons perçus par l'oreille sont transmis par le nerf auditif jusqu'au cerveau, qui est chargé de décrypter le message sonore. Pour les normo-entendants, ce décryptage s'effectue de façon automatique à partir du moment où il ne s'agit pas d'une information nouvelle : *« toute information qui arrive au niveau de l'audition est automatiquement interprétée à partir du moment où elle figure déjà dans les programmes du cerveau. Il n'est pas utile de la mémoriser pour lui donner un sens »*, explique J. Goust¹⁹.

Pour les malentendants, en revanche, qui reçoivent des informations auditives incomplètes ou déformées, un effort cérébral sera nécessaire : le cerveau *« va confronter ces informations sonores parcellaires à celles qui sont mémorisées¹⁹ »* afin d'interpréter le message. Un travail de rééducation sera alors bénéfique, estime J. Goust¹⁹ : *« ces exercices doivent permettre de (...) réorganiser les connexions neuronales entre l'oreille et le cerveau et entre les différentes zones corticales pour apporter l'intelligibilité la meilleure, la plus rapide et la plus confortable. »*

3.1.4. Améliorer le « vécu » du patient

L'intérêt d'une réadaptation comprenant un volet psychologique et social réside dans le fait qu'elle prend en compte le patient dans sa globalité. Car, comme le note France Désilets²⁰, *« la personne malentendante n'est pas uniquement une paire d'oreilles. L'évaluation des besoins peut soulever certains problèmes psychosociaux. L'orientation vers un autre professionnel (psychologue, travailleur social, éducateur, etc.) et une intervention interdisciplinaire peuvent s'avérer nécessaires. »*

¹⁹ J. Goust, Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds, coll. Néret, éditions Liaisons, 2009. [10]

²⁰ F. Désilets, « La surdit e acquise chez l'adulte : et s'il y avait quelque chose à faire ? », in Le Médecin du Québec, vol.36, n 10, octobre 2001. [12]

En effet, les troubles de l'audition peuvent entraîner chez le patient une situation de souffrance. Il peut éprouver du désarroi face à l'incompréhension de ses interlocuteurs ou se sentir dévalorisé lorsque l'énonciation est exagérément ralentie et hyper-articulée. De plus, la situation de dépendance vis-à-vis des proches, contraints à jouer les interprètes, peut être pesante. La fatigue et le découragement dus aux efforts d'attention nécessaires à la compréhension orale, l'isolement forcé pour fuir les situations d'écoute difficiles et la crainte des moqueries sont également pénibles. Enfin, le patient peut se sentir abandonné, déprimé, et il n'a pas toujours la possibilité de trouver un lieu d'écoute pour exposer ses problèmes et se décharger de ce poids. Pour toutes ces raisons, le soutien d'un psychologue peut se révéler salutaire.

Par ailleurs, la situation financière du patient peut constituer un obstacle à l'acquisition des appareils auditifs ou des aides techniques qui pourraient améliorer ses conditions de vie. Il n'a pas toujours connaissance des aides au financement proposées par différents organismes comme les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ou les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). L'éclairage d'une assistante de service social peut alors être profitable.

3.1.5. Coordonner les actions pour plus d'efficacité

Pour tous ses aspects (entraînement auditif, apprentissage de techniques, soutien psychologique...), la rééducation auditive ne peut pas être effectuée de façon instinctive, à la manière de Monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir. Ainsi, comme le notent Jean-Pierre Pailler et Yves Dumont²¹, « *la rééducation auditive fait appel à un ensemble de processus (...) que le malentendant ne peut pas mettre en jeu de façon spontanée s'il n'est pas encadré et sensibilisé* ».

²¹ J.P. Pailler et Y. Dumont, cités dans Les Monographies Amplifon, n°38, Education auditive : de la parole à la musique, B. Meyer, C. Morisseau, C. Toffin et al., édition 2005. [8]

L'intervention méthodique et coordonnée de professionnels se révèle donc nécessaire pour permettre au patient de comprendre les objectifs de la rééducation, de s'approprier les techniques présentées et de se sentir soutenu dans sa démarche.

Cette approche globale étant effectuée, voyons à présent de façon plus détaillée les apports de la rééducation auditive pour les trois catégories de patients pris en charge par le CERTA d'Angers : les personnes acouphéniques, les porteurs d'implants cochléaires et les utilisateurs d'une aide auditive conventionnelle (le plus souvent presbyacousiques) rencontrant des difficultés particulières.

3.2. Intérêt pour les patients acouphéniques

3.2.1. Un problème complexe

La présence d'acouphènes retentit de façon importante sur la qualité de vie du patient. Elle suscite une gêne liée à un bruit de fond persistant qu'il n'est pas possible de couper rapidement ; une anxiété due à un sifflement inexpliqué, perçu comme le symptôme d'une maladie cachée ; une incompréhension de la part du patient auquel les médecins expliquent qu'il n'existe pas de « remède miracle » contre ces acouphènes.

Le travail de rééducation va donc faire appel à un ensemble d'interventions sur le plan informatif, audioprothétique, psychologique, émotionnel, afin de rendre l'acouphène le plus neutre possible et d'aider le patient à s'y habituer, à vivre avec.

3.2.2. Une prise en charge globale

L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire réside dans le fait qu'elle permet de prendre en compte tous les aspects de la personnalité du patient et de développer des stratégies variées pour parvenir à une meilleure tolérance de l'acouphène.

Par ailleurs, comme le souligne le Docteur Ohresser²², le travail d'information du patient « *est beaucoup plus efficace, en termes de rapidité et de conviction, s'il est délivré par plusieurs sources différentes aux discours convergents.* »

Cette première étape d'information du patient est essentielle et a trois objectifs. Il s'agit d'expliquer que les traitements proposés ne vont pas supprimer l'acouphène mais vont permettre au patient de s'y habituer ; de dédramatiser ce sifflement ou bourdonnement en précisant qu'il n'est pas la manifestation d'une grave maladie ; et d'obtenir l'adhésion du patient au programme de rééducation proposé, de manière à ce qu'il s'implique dans le processus de traitement, afin de faciliter l'intervention des professionnels, pour obtenir de meilleurs résultats.

Dans un deuxième temps, une thérapie d'habituation est mise en place. Elle s'appuie sur deux types d'interventions complémentaires : un soutien psychologique pour que l'acouphène ne déclenche plus de réactions de stress chez le patient, et une thérapie par le bruit, qui a pour objectif, selon l'expression du Docteur Ohresser²³, « *d'interférer avec le signal de l'acouphène pour que les centres auditifs le détectent moins facilement et que, finalement, il n'atteigne plus la conscience.* » En d'autres termes, il s'agit de rendre l'acouphène suffisamment neutre et habituel pour que le cerveau le considère comme un bruit parasite et l'élimine naturellement.

Cette thérapie par le bruit s'appuie sur un appareillage adapté par l'audioprothésiste, et varie selon que le patient présente ou non une surdité associée à l'acouphène.

²² Dr Martine Ohresser, Comment constituer et faire vivre une équipe pluridisciplinaire, in Audio Infos n°149, juillet 2010. [13]

²³ Dr Martine Ohresser, Les thérapies permettant de mieux vivre son acouphène, in La Revue France Acouphènes n°65, septembre 2009. [14]

■ Pour les patients présentant une surdité

Pour les patients malentendants, l'acouphène peut sembler très fort, par contraste avec les bruits de l'environnement qu'ils perçoivent de façon atténuée. L'adaptation d'une aide auditive, en amplifiant la voix et les bruits extérieurs, va alors fondre l'acouphène dans ces informations sonores, réduisant ainsi son impact pour le patient.

Généralement, l'adaptation de l'aide auditive peut s'effectuer sans tenir compte de l'acouphène, car, comme l'explique Eric Bizaguet²⁴, « *le simple fait d'avoir redonné la perception des bruits de l'environnement et corrigé l'intelligibilité suffit à masquer l'acouphène pour le rendre tolérable.* » Si cela ne suffit pas, l'audioprothésiste effectue un réglage plus spécifique en amplifiant davantage les bruits extérieurs.

■ Pour les patients ne présentant pas de surdité

Pour les patients sans surdité, la thérapie d'habituation va s'appuyer sur l'utilisation d'un générateur de bruit blanc, qui va diminuer l'intensité perçue de l'acouphène et donc, les réactions d'anxiété qui y sont liées.

En général, le générateur est réglé de manière à ne pas masquer entièrement l'acouphène car l'on considère que si l'acouphène reste audible sans être gênant, le cerveau va plus facilement l'assimiler à un bruit parasite et faire abstraction de ce bruit.

3.2.3. Efficacité des traitements

Selon les patients, la diminution de la gêne liée à l'acouphène est plus ou moins rapide en fonction de la présence ou non d'une surdité associée, de l'implication de la personne acouphénique dans le processus d'habituation, de sa capacité à se relaxer...

²⁴ Interview d'E. Bizaguet par D. Dufournet, in La Revue France Acouphènes n°63, mars 2009. [15]

Par ailleurs, estime le Docteur Ohresser²⁵, il est essentiel que le patient soit pris en charge « *par une équipe pluridisciplinaire travaillant de concert dans un même lieu* », et non par un réseau de correspondants car, précise-t-elle, « *ce n'est pas en additionnant les compétences de chaque membre que l'on fait une équipe, c'est en faisant un tout et, pour ce faire, la pluridisciplinarité doit être organisée.* »

Le Docteur Ohresser insiste notamment sur l'indispensable présence d'un spécialiste ORL pour assurer la coordination de l'équipe pluridisciplinaire, comme ce qui est pratiqué au CERTA d'Angers, et sur la nécessité de réunions périodiques entre les membres de l'équipe afin d'échanger des informations.

3.3. Intérêt pour les patients implantés

En France, la rééducation auditive est couramment pratiquée par les orthophonistes pour les patients porteurs d'un implant cochléaire, du fait de la particularité de cet appareil.

3.3.1. Fonctionnement de l'implant cochléaire

Un implant cochléaire est une prothèse destinée à la réhabilitation des surdités sévères à profondes, lorsque l'intelligibilité avec une aide auditive conventionnelle est inférieure à 50%, c'est-à-dire lorsque le patient ne peut pas reconnaître plus de 50% de la parole sans aide de la lecture labiale.

L'implant se compose d'une partie interne (des électrodes placées dans la cochlée) et d'une partie externe (un processeur qui capte le signal sonore, le convertit en impulsions électriques et les transmet au nerf auditif par l'intermédiaire des électrodes).

²⁵ Dr Martine Ohresser, Les thérapies permettant de mieux vivre avec son acouphène, in La Revue France Acouphènes n°65, septembre 2009 [14] et Comment constituer et faire vivre une équipe pluridisciplinaire, in Audio Infos n°149, juillet 2010 [13].

Avec un implant cochléaire, les sensations auditives peuvent paraître déroutantes pour le patient. Selon Geneviève Montguillot²⁶, « *entendre avec un implant est sans doute différent de l'audition naturelle, et les sensations perçues ne sont pas non plus celles perçues avec des prothèses conventionnelles. (...) Les sensations sonores diffèrent en terme de qualité. Elles sont également différentes en terme de puissance.* »

3.3.2. Redécouvrir le monde sonore

Différent d'une aide auditive conventionnelle, notamment au niveau de la restitution des sensations sonores, l'implant nécessite une longue rééducation. Il va s'agir d'aider le patient à redécouvrir des sons qu'il ne percevait plus, en lui laissant le temps de s'habituer et en augmentant l'amplification petit à petit. En effet, explique G. Montguillot²⁶, « *toute surstimulation ralentit l'appropriation de la méthode et du dispositif : l'implant, avant d'être efficace, doit être confortable. C'est dire l'indispensable coopération permanente entre le réglage et la rééducation.* »

Le travail avec l'orthophoniste doit amener le patient à apprécier les possibilités de l'implant tout en mesurant ses limites. Il s'agira aussi de l'aider à mobiliser sa mémoire auditive afin d'établir une correspondance entre les sons perçus grâce à l'implant et les références sonores antérieures à la surdité.

En procédant par étapes, le patient va ainsi apprendre à repérer un son émis dans le silence, à identifier les bruits de la vie quotidienne, à reconnaître des mots et des phrases choisis dans une liste, puis il va s'entraîner à suivre des conversations. Enfin, cet entraînement sera utilement complété par l'apprentissage de stratégies de compensation comme la lecture labiale et la suppléance mentale.

²⁶ Geneviève Montguillot, orthophoniste. Dossier : Réhabilitation auditive d'un implanté cochléaire, La Caravelle n°169, décembre 2004.
[16]

3.4. Intérêt pour les porteurs d'aides auditives

A la différence des porteurs d'un implant cochléaire, les patients presbycusiques porteurs d'aides auditives conventionnelles ne se voient pas systématiquement proposer un programme de rééducation. Pourtant, celle-ci peut présenter un intérêt.

En effet, l'aide auditive ne résout pas tout. Comme le font observer P. Bouaziz et ses co-auteurs²⁷, le patient doit comprendre « *que son adaptation et le succès de son appareillage ne dépendront pas que du savoir-faire de l'audioprothésiste* » : il existe des limites à l'efficacité prothétique.

3.4.1. Les limites de l'appareillage

En matière d'audition, résume Bruno Frachet²⁸, « *il faut s'exercer à entendre et faire le deuil de la perfection.* » Cette formule met en évidence deux aspects essentiels de l'information du patient sur l'appareillage : la nécessité de s'habituer aux aides auditives et l'indispensable prise de conscience qu'il n'existe pas de solution miracle.

■ Faire le deuil de la perfection

En effet, le meilleur appareillage ne remplace pas l'oreille humaine. Il est illusoire d'attendre d'une aide auditive qu'elle restitue une audition parfaite. Pourtant, il n'est pas rare de rencontrer des patients persuadés de faire l'acquisition d'un appareil capable de régler leur problème de surdité ou d'acouphènes automatiquement, de la même manière que les lunettes corrigent la presbytie.

²⁷ P. Bouaziz, S. Cals, C. Essebag, J.-C. Simon, « Prise en charge de l'adulte devenu-sourd par l'audioprothésiste », in Les Monographies Amplifon, n°38, « Education auditive : de la parole à la musique », par B. Meyer, C. Morisseau, C. Toffin, édition 2005. [8]

²⁸ B. Frachet, cité dans le dossier de presse Amplifon du 6 novembre 2007. [17]

Mais cette analogie est trompeuse, prévient Eric Bizaguet²⁹ : « *Les lunettes utilisent une correction mécanique pour traiter un problème mécanique. C'est ce qui se passe en cas de surdité de transmission où la qualité reste bonne. Or, la plupart des surdités sont liées à la cochlée, à l'oreille interne. Dans ce cas, il existe des distorsions ou déformations du son (...), ce qui ne permet pas une réhabilitation complète, mais seulement de 50 à 70%. »*

Pour éviter toute déception, l'audioprothésiste doit donc veiller à ce que son patient ait bien intégré cette notion de limites et ne formule pas d'attentes déraisonnables vis-à-vis des aides auditives.

■ **S'entraîner à comprendre**

« *S'habituer à un appareil n'est pas facile* » déclare Bruno Frachet³⁰, « *car si les nouveaux appareils traitent les sons entrants de manière à éviter la confusion du bruit, le résultat n'est jamais parfait. (...) Il faut accepter un temps d'adaptation, de r ducation.* »

En effet, quand l'audition baisse, les aires auditives cérébrales qui ne sont plus stimulées se mettent en sommeil. Le fait de ne plus percevoir certaines fréquences entraîne une réorganisation neuronale qui provoque une déformation des sons et accentue la difficulté à décoder les signaux. Mais cette plasticité de privation est réversible : l'appareillage, en augmentant le volume d'informations à traiter, active les aires auditives cérébrales et restaure une organisation des zones corticales de l'audition proche de la situation antérieure à la perte auditive. On parle alors de plasticité de réhabilitation.

Or, cette plasticité nécessite le port régulier des aides auditives et un investissement personnel de la part du patient, car il faut généralement attendre trois mois pour observer les premières améliorations.

²⁹ E. Bizaguet, interview de D. Dufournet, in La Revue France Acouphènes n 63, mars 2009. [15]

³⁰ B. Frachet, cité dans le dossier de presse Amplifon du 6 novembre 2007. [17]

■ Appareiller le plus tôt possible

La plasticité de réhabilitation diminue au fur et à mesure que la durée de la privation d'audition s'allonge. Ainsi, rappelle E. Bizaguet³¹, le « *cerveau ne recevant plus certains sons perd progressivement, du fait du manque d'entraînement, ses capacités à traiter ces informations. Il faudra du temps pour que les traitements centraux se remettent en place, temps d'autant plus long que la surdité est ancienne.* »

De ce fait, plus un patient recule la date de son premier appareillage, plus il réduit ses facilités d'adaptation et le bénéfice de ses aides auditives. De plus, avec l'âge, des difficultés supplémentaires peuvent venir entraver le processus de réhabilitation : réduction de l'habileté manuelle rendant délicat le positionnement de l'appareil, fatigabilité accrue réduisant les capacités d'entraînement auditif, ou encore troubles de l'attention et de l'agilité mentale rendant difficile le décodage des sons avec l'aide auditive...

Tous ces obstacles peuvent perturber le patient qui ne comprend toujours pas bien les conversations malgré l'acquisition de ses appareils. Par ailleurs, il peut avoir du mal à exprimer son ressenti : il dira alors à l'audioprothésiste qu'il ne supporte pas ses aides auditives ou qu'elles ne fonctionnent pas.

En définitive, même si l'audioprothésiste s'efforce d'adapter et de régler au mieux les aides auditives du patient afin de lui procurer la meilleure qualité de compréhension possible, il peut rencontrer divers obstacles (ancienneté de la perte, manque d'implication, troubles de la mémoire et de l'attention...). Une prise en charge pluridisciplinaire permettra alors d'accroître ses capacités mnésiques, de lui enseigner des techniques de compensation et de lui apporter un soutien privilégié lorsqu'il s'agit d'une personne fragilisée.

³¹ Interview d'E. Bizaguet par D. Dufournet, article « Appareillage et acouphènes », in La revue de France acouphènes n°63, mars 2009. [15]

3.4.2. L'intérêt d'une réadaptation pluridisciplinaire

■ Aider le patient à s'habituer à son appareillage

Comme le soulignent B. Meyer³² et ses co-auteurs, « *l'appareillage à lui seul n'apporte pas à tous les adultes devenus sourds les résultats escomptés* » : certains s'habituent difficilement à leurs aides auditives et ont besoin d'un soutien pour progresser.

Ainsi, relate J. Goust³³, suite à un appareillage, « *la personne malentendante (...) va réagir de diverses manières : soit son cerveau accepte ce changement et l'acceptation se fait sans trop de problèmes, soit son cerveau peine à maîtriser cette nouvelle donne et la personne a l'impression que c'est encore pire que sans appareils. (...) La plupart du temps, il pourrait faire mieux si on le faisait travailler méthodiquement dans le bon sens.* »

Un programme de rééducation/réadaptation spécifique permettra alors au patient de développer ses capacités attentionnelles et mnésiques, d'utiliser au mieux les stratégies de compensation et d'adopter une attitude positive. En effet, l'efficacité de l'appareillage dépend aussi de la volonté du malentendant et de son désir de maintenir sa vie sociale. Un soutien psychologique peut alors aider les patients qui se sentent abandonnés (« on me laisse me débrouiller tout seul ») à reprendre confiance et à fournir des efforts.

■ Accompagner les patients presbyacousiques

Selon L. Vergnon³⁴, « *les suppléances instrumentales n'apportant pas une compensation parfaite [de l'audition qui vieillit], il reste un important travail d'adaptation à proposer au presbyacousique.* »

³² B. Meyer, C. Morisseau, C. Toffin et al., « Education auditive : de la parole à la musique », in Les Monographies Amplifon, n°38, , édition 2005. [8]

³³ J. Goust, « Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds », coll. Néret, éd. Liaisons, 2009. [10]

³⁴ L. Vergnon et al., « L'audition dans le chaos », éd. Masson, 2008. [18]

En effet, la presbyacousie se traduit en premier lieu par la diminution du nombre de cellules ciliées internes et externes au niveau de la cochlée. Or, ces cellules jouent un rôle important en matière de perception et de compréhension des sons.

Ainsi, les cellules ciliées externes permettent la sélectivité fréquentielle, c'est-à-dire la capacité à distinguer simultanément deux sons de fréquences différentes, donc la capacité à distinguer la parole du bruit. Lorsque leur nombre se réduit, cette aptitude à séparer les sons diminue : c'est la raison pour laquelle les patients presbyacousiques déclarent souvent entendre, mais ne pas comprendre.

Les cellules ciliées internes, pour leur part, sont réparties sur la cochlée de manière à distinguer les différentes fréquences, depuis les sons les plus aigus à la base de la cochlée, jusqu'aux sons les plus graves à l'autre extrémité (apex). Dans le cas d'une presbyacousie, ce sont les cellules permettant de distinguer les sons aigus qui sont les premières touchées. Ainsi, les consonnes F, CH, S (d'une fréquence très aiguë, autour de 4000 Hz) ne sont plus perçues par les patients presbyacousiques, tandis que les voyelles, situées dans des fréquences graves à moyennes (300-500 Hz) sont perçues plus longtemps. Or, ce sont les consonnes, sons aigus et brefs, qui apportent la signification du message. De ce fait, on estime que la presbyacousie entraîne une perte de 60% d'éléments concourant à l'intelligibilité de la parole.

Par ailleurs, la presbyacousie peut se traduire par une baisse du nombre de neurones dans le cortex auditif, par une diminution des connexions synaptiques et par la dégénérescence des voies influençant l'attention, la localisation spatiale et la mémorisation. Le traitement de l'information est ralenti, les zones permettant de distinguer les aigus s'organisent différemment.

C'est ce qu'explique le Docteur Deslandres³⁵ : « *Si les sons aigus ne sont plus entendus, les cellules se mobilisent pour aller étudier la dernière fréquence entendue. (...). Heureusement, les cellules corticales peuvent retrouver leur fonctionnalité si une information leur parvient à nouveau, surtout dans les fréquences qu'elles n'étaient plus capables d'analyser. C'est grâce à la stimulation auditive qu'on va arriver à améliorer la perception du signal. (...) Les cellules restantes vont reprendre le travail (...), les connexions vont se rétablir et l'influx pourra passer de cellule en cellule jusqu'aux centres corticaux ; là les cellules vont se redifférencier sur le plan fréquentiel.* »

La rééducation va donc consister à stimuler l'audition pour favoriser le rétablissement des connexions neuronales et des cellules ciliées internes mais aussi à faire travailler la mémoire auditive du patient afin de faire coïncider ses références auditives antérieures à la surdité avec les nouvelles informations perçues.

Un entraînement aux conditions d'écoute les plus difficiles (milieu bruyant, téléphone...) permettra au patient d'aborder ces situations avec plus de sérénité. De plus, le travail avec l'orthophoniste enrichira le vocabulaire du malentendant, potentiellement appauvri en cas de troubles de la mémoire, ce qui facilitera le recours à la suppléance mentale en donnant la possibilité de puiser dans un stock de mots élargi. Enfin, les différents exercices pratiqués lors des séances de rééducation amélioreront la capacité de concentration du patient et réduiront sa sensation de fatigue.

Les principes de la réadaptation auditive pluridisciplinaire étant exposés, voyons leur application concrète à travers des exemples de parcours de patients accueillis au CERTA d'Angers.

³⁵ Intervention du Dr Deslandres, ORL, association Surdi 13, http://www.surdi13.org/reeducation_auditive.htm. [19]

IV. Parcours de patients au sein du CERTA

Depuis son ouverture en septembre 2009, le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers a accueilli de nombreux patients. Voici quelques exemples de parcours de personnes au sein de ce centre.

4.1. Cas de Madame G., 76 ans

Madame G. présente une surdité bilatérale profonde, avec des antécédents de tympanoplastie droite. Elle est appareillée uniquement du côté droit. Sur son audiogramme tonal, les courbes osseuses montrent de bons restes cochléaires. Le gain prothétique est excellent : 60 dB sur 100 Hz. L'audiogramme vocal indique une intelligibilité maximale de 80% à 75 dB.

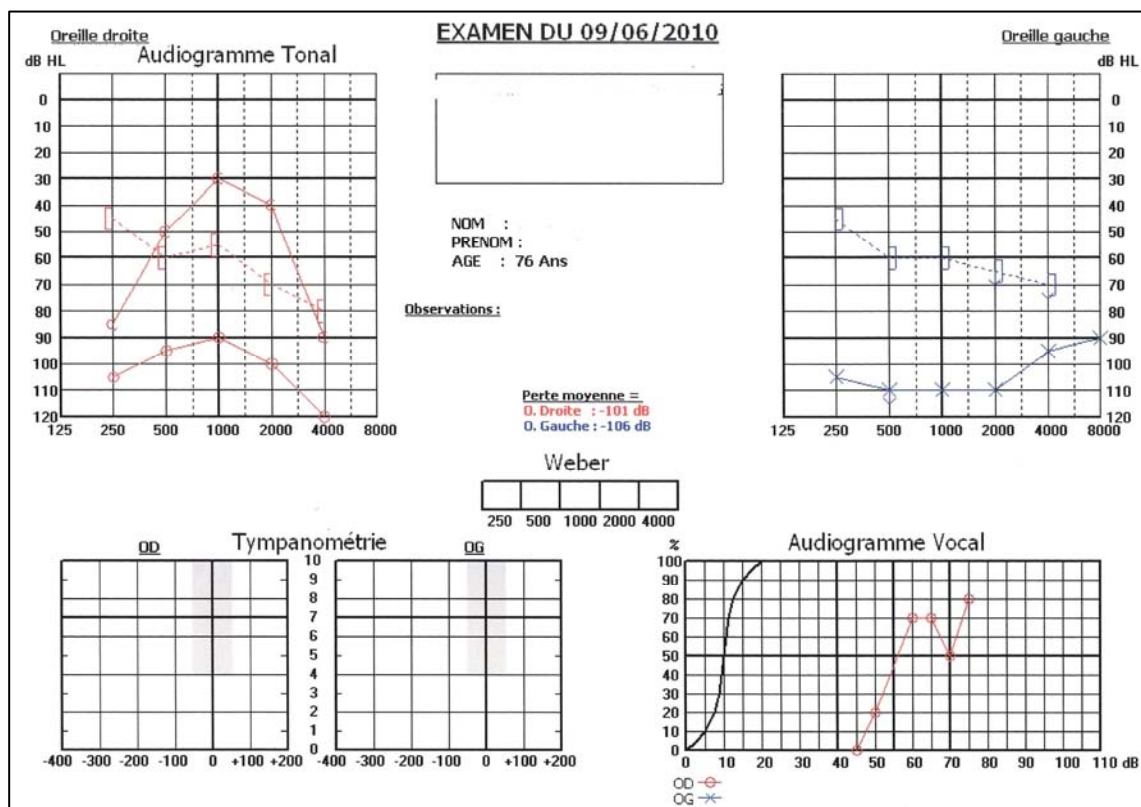


Fig. 2. Audiogramme de Madame G.

Mme G. rencontre d'importantes difficultés de communication et de compréhension qui entraînent un isolement progressif et retentissent sur son moral. Elle dit souvent qu'elle n'entend pas, n'étant plus dans une dynamique auditive. Pourtant, l'audiogramme montre que l'intelligibilité obtenue grâce à l'aide auditive n'est pas nulle.

4.1.1. Bilan audiométrique

Sur le plan de l'appareillage, le CERTA recommande à Madame. G de renouveler son aide auditive droite afin d'en acquérir une plus puissante. Un essai d'appareillage de l'oreille gauche est également conseillé.

4.1.2. Bilan orthophonique

Sur le plan orthophonique, il apparaît que Madame G. emploie peu la lecture labiale et que sa fatigabilité l'empêche d'utiliser au mieux la suppléance mentale.

Le CERTA propose donc à la patiente de participer à des séances d'orthophonie afin de l'informer sur les attitudes à adopter pour améliorer sa communication, de l'initier à la lecture labiale et de l'aider à s'adapter à son futur nouvel appareillage. Un entraînement auditif est aussi préconisé afin d'améliorer sa compréhension en milieux calmes et bruyants.

4.1.3. Bilan aides techniques

Lorsqu'elle se trouve à son domicile, Madame G. ne peut pas entendre les personnes qui frappent à la porte ou entrent dans la maison, ce qui l'inquiète. Elle n'utilise plus le téléphone, ce qui la prive des relations avec sa famille, installée dans une autre région. Par ailleurs, elle regarde la télévision sans comprendre les paroles qui y sont prononcées.

Pour résoudre cette triple difficulté, le CERTA propose à Madame G. de tester chez elle un système d'alerte à flashes lumineux lui permettant d'être prévenue en cas de présence

à sa porte. Il lui est également proposé d'essayer un téléphone amplifié et un matériel destiné à améliorer la compréhension de la télévision.

4.1.4. Bilan psychologique

L'entretien avec la psychologue fait apparaître que Mme G. a du mal à parler des difficultés qu'elle rencontre du fait de ses problèmes auditifs. Un soutien psychologique lui est proposé afin de l'aider sur le plan du moral.

4.1.5. Bilan social

L'entretien avec l'assistante de service social révèle que Mme G. désire bénéficier de la réadaptation et du soutien offerts par le CERTA mais qu'elle demeure très fatigable. Un accompagnement social lui est proposé afin de répondre à l'ensemble de ses questions et à celles de sa fille, aidant familial, sur les différentes modalités d'aides : constitution d'un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), démarches à effectuer en vue de l'obtention d'une carte d'invalidité, possibilités d'aide à domicile offertes par le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), actions des réseaux associatifs...

4.1.6. Conclusion

A l'heure actuelle, Madame G. poursuit son parcours au sein du CERTA. Il faudra attendre le rendez-vous de bilan avec la psychologue et la synthèse finale avec le médecin ORL pour mesurer l'apport du programme de réadaptation du point de vue de la patiente et du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire.

4.2. Cas de Monsieur B., 61 ans

Monsieur B. éprouve des difficultés auditives liées à une surdité bilatérale et à des acouphènes au niveau de l'oreille gauche, pour lesquels il a consulté un médecin ORL il y a une dizaine d'années. A l'époque, les examens avaient mis en évidence un neurinome de l'acoustique au niveau de l'oreille droite, traité par irradiation avec des rayons Gama à Marseille. La situation est stabilisée depuis et Monsieur B. a bénéficié d'une surveillance IRM jusqu'en 2006.

Monsieur B. est appareillé à droite, ce qui lui permet d'avoir un effet de masquage sur les acouphènes qu'il arrive à tolérer. Sa difficulté principale réside dans la mauvaise compréhension en milieu bruyant.

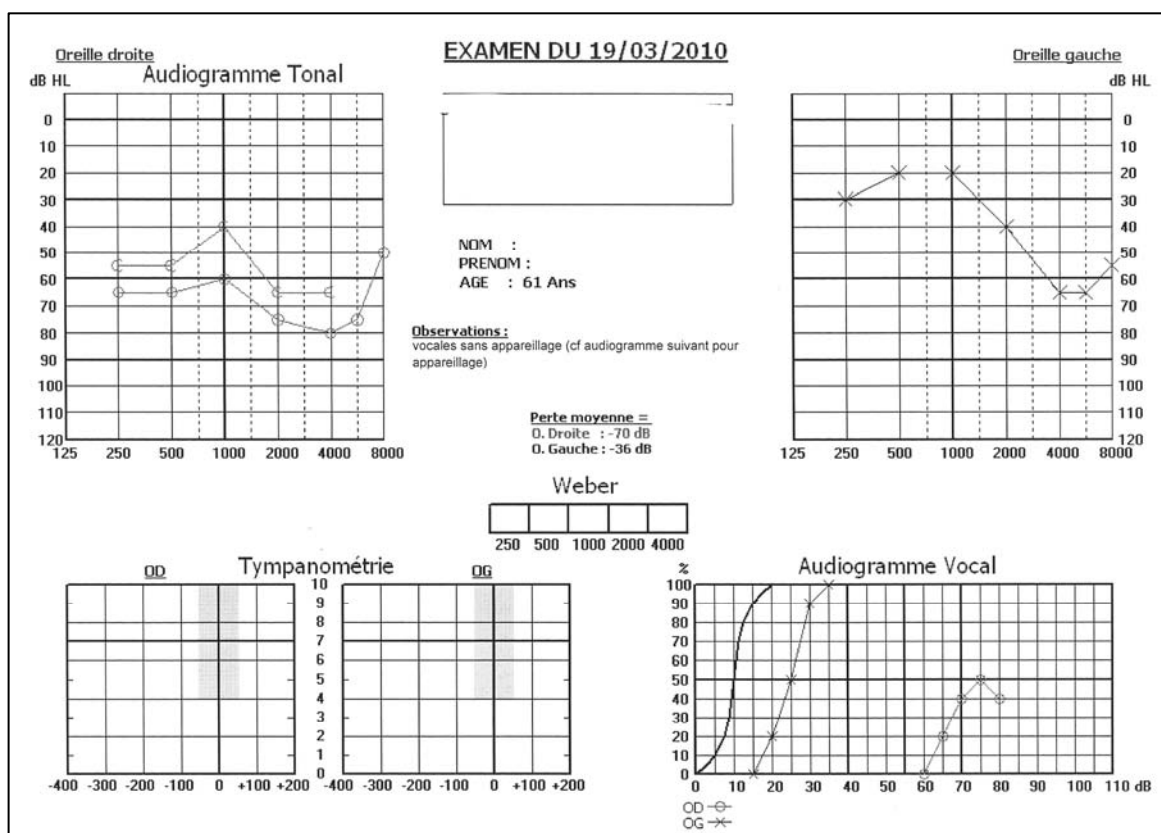


Fig. 3. Audiogramme de Monsieur B.

4.2.1. Bilan audiométrique

L'audiogramme tonal fait apparaître, pour l'oreille droite, une perte moyenne de 70 dB sur l'ensemble des fréquences. Le gain prothétique est de 20 dB sur 1000 Hz et de 10 à 15 dB sur les autres fréquences. A gauche, on constate une perte moyenne de 36 dB, notamment une chute à partir de 2000 Hz.

L'audiogramme vocal indique une mauvaise intelligibilité de l'oreille droite, avec un maximum de 50% à 75 dB. On constate une très bonne intelligibilité de l'oreille gauche, malgré la perte sur les fréquences aiguës.

Le CERTA propose à Monsieur B. d'effectuer un essai d'appareillage de l'oreille gauche. Un rendez-vous avec l'assistante de service social permettra d'examiner les possibilités d'aides au financement de cet appareillage.

4.2.2. Bilan ORL

Compte tenu des antécédents de Monsieur B., le médecin ORL du CERTA préconise qu'une IRM soit réalisée afin de contrôler l'évolution du neurinome, dans la mesure où le patient ne bénéficie plus de surveillance concernant ce point depuis 2006.

4.2.3. Bilan orthophonique

L'entretien avec l'orthophoniste révèle que Monsieur B. présente, malgré sa perte auditive, une bonne compréhension lorsque les conditions sont favorables. Les difficultés qu'il rencontre au quotidien ne sont pas forcément liées à des problèmes objectifs de réception du message et de compréhension.

Le CERTA propose à Monsieur B. une information sur les conditions favorables à la communication, cinq séances de lecture labiale dont au moins deux avec un proche (pour un partage de connaissances sur l'utilisation de ce moyen de compensation), ainsi que cinq séances d'entraînement auditif, notamment pour améliorer la compréhension dans le bruit.

4.2.4. Bilan aides techniques

Au cours du rendez-vous avec l'ergothérapeute, le patient bénéficie d'une information sur les générateurs de sons relaxants. Il essaye par ailleurs des téléphones amplifiés, qui semblent lui apporter une légère amélioration du confort d'écoute. Toutefois, étant donné que Monsieur B. connaît déjà relativement bien l'offre existante en matière d'aides techniques, il ne paraît pas nécessaire de fixer des séances d'initiation à l'utilisation de nouveaux matériels.

4.2.5. Bilan psychologique

Sur le plan psychologique, Monsieur B. ne semble pas éprouver de besoin particulier en ce qui concerne ses acouphènes, qu'il parvient à tolérer. Mais il a la possibilité de prendre rendez-vous avec la psychologue s'il le souhaite.

4.2.6. Bilan social

L'assistante de service social propose à Monsieur B. de programmer des rendez-vous pour faire le point sur les possibilités d'aides et lui indique qu'il peut, s'il le souhaite, participer à un groupe de discussion afin d'échanger avec d'autres patients acouphéniques.

4.2.7. Conclusion

A l'heure actuelle, Monsieur B. poursuit son parcours au sein du CERTA. Il faudra attendre la synthèse finale avec le médecin ORL pour mesurer l'apport du programme de réadaptation du point de vue du patient et du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire.

4.3. Cas de Monsieur P., 76 ans

Monsieur P. présente une presbyacousie appareillée, avec une surdité moyenne bilatérale, ainsi que des acouphènes et une hyperacousie associée. Il souhaite une amélioration de la prise en charge de ces deux derniers points.

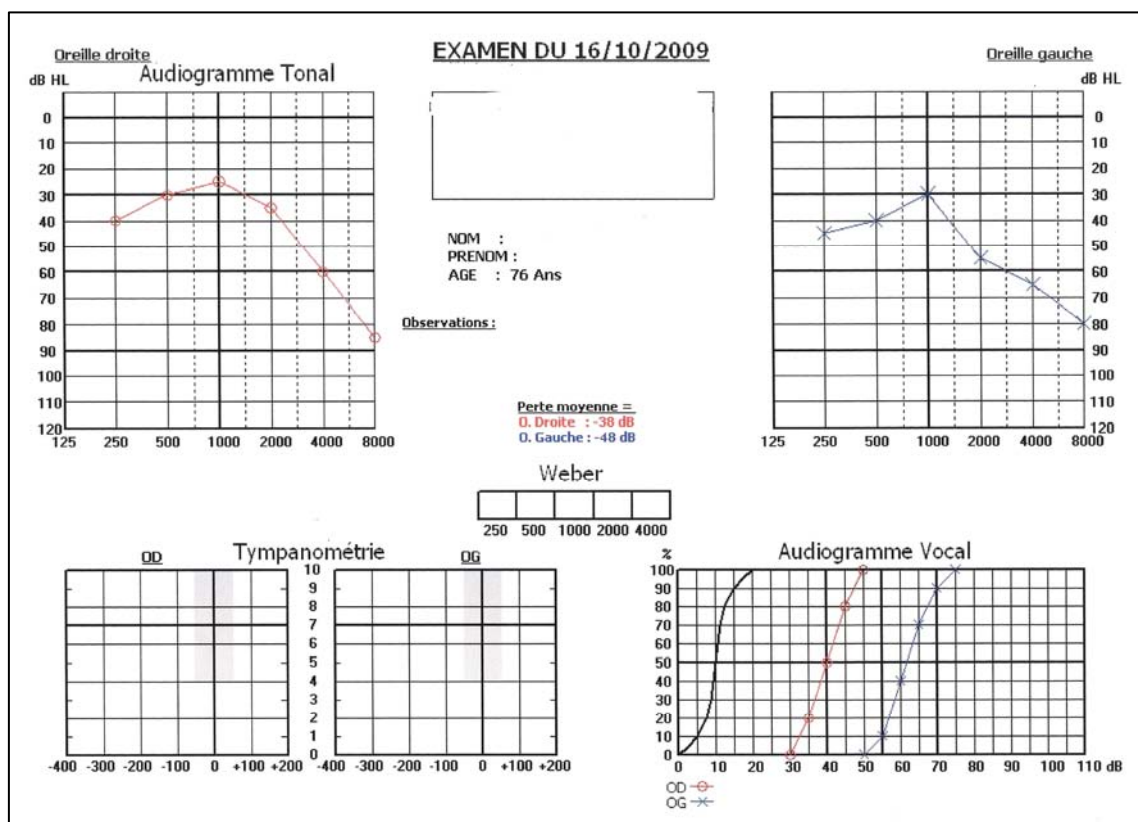


Fig. 4. Audiogramme de Monsieur P.

L'audiogramme tonal fait apparaître une perte moyenne à droite de 38 dB HL et à gauche de 48 dB HL. On constate une chute bilatérale sur les fréquences aiguës. Ces résultats sont cohérents avec l'audiométrie vocale, qui montre une intelligibilité de l'oreille droite de 100% à 50 dB et de 100% à 75 dB pour l'oreille gauche.

4.3.1. Bilan orthophonique

L'entretien avec l'orthophoniste révèle que Monsieur P. comprend la parole en complétant les informations auditives reçues par un recours important à la lecture labiale et à la suppléance mentale. En combinant ces méthodes, Monsieur P. parvient à recueillir suffisamment d'informations pour comprendre son interlocuteur aussi bien qu'un entendant.

Cependant, les efforts qu'il fournit le fatiguent et malgré une bonne mémoire auditive, il peut se trouver en difficulté lorsque les phrases prononcées sont trop longues. En effet, l'attention mobilisée pour compenser la réception imparfaite du message réduit l'énergie disponible pour la mémorisation.

Le CERTA propose à Monsieur P. des séances de lecture labiale afin d'accroître son aisance avec cette technique. Des séances d'entraînement auditif sont également proposées pour la gestion de l'hyperacousie.

4.3.2. Bilan aides techniques

Lors du rendez-vous avec l'ergothérapeute, Monsieur P. a testé un système d'alerte par flashes lumineux et vibreur, qui pourrait être intéressant pour la sonnette de sa porte d'entrée, son téléphone et son réveil. Par ailleurs, il se montre satisfait de son casque TV, de son téléphone portable et de son téléphone sans fil.

L'utilisation de la position T de ses aides auditives lui permettrait de tester d'autres aides techniques pour la téléphonie et la télévision et surtout d'améliorer sa compréhension des conversations en milieu bruyant et des spectacles.

4.3.3. Bilan psychologique

Malgré de multiples démarches, Monsieur P. n'a jamais bénéficié d'un espace de parole privilégié où il puisse parler de ses acouphènes et se sentir écouté. Pour répondre à ses attentes, le CERTA lui propose donc de rencontrer la psychologue une fois par semaine pendant trois mois. Une participation à un groupe de paroles est également envisageable, pour permettre à Monsieur P. d'échanger avec d'autres patients acouphéniques.

4.3.4. Bilan social

L'assistante de service social a indiqué à Monsieur P. qu'il avait la possibilité de la rencontrer pour répondre à d'éventuelles questions. Elle propose de faire le point au terme des séances programmées au sein du CERTA.

4.3.5. Conclusion

Lors de la synthèse finale avec le médecin ORL, Monsieur P. s'est montré très satisfait de son parcours au CERTA. Il a déclaré avoir apprécié les qualités d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des membres de l'équipe.

Grâce aux séances avec l'orthophoniste, il a pu expliquer à ses proches les bonnes attitudes à adopter pour faciliter la communication. Il a amélioré la complémentarité entre audition et lecture labiale mais doit continuer à s'exercer. Pour cela, il a acquis une méthode, présentée par le CERTA, qui lui permettra de travailler la lecture labiale à domicile.

Les séances d'entraînement auditif ont permis à Monsieur P. de développer sa capacité d'écoute de deux sons simultanés. Pour poursuivre cet entraînement à domicile, il pourra s'appuyer sur des enregistrements sonores remis par le CERTA.

4.4. Cas de Madame R., 76 ans

Madame R. a été adressée au CERTA après l'échec de l'implantation de son oreille droite. Elle présente une cophose du côté droit et une surdité profonde du côté gauche. Elle est déçue d'avoir perdu ses restes auditifs droits du fait de l'implantation et se sent abandonnée. Elle souhaiterait une prise en charge et un soutien de la part du CERTA.

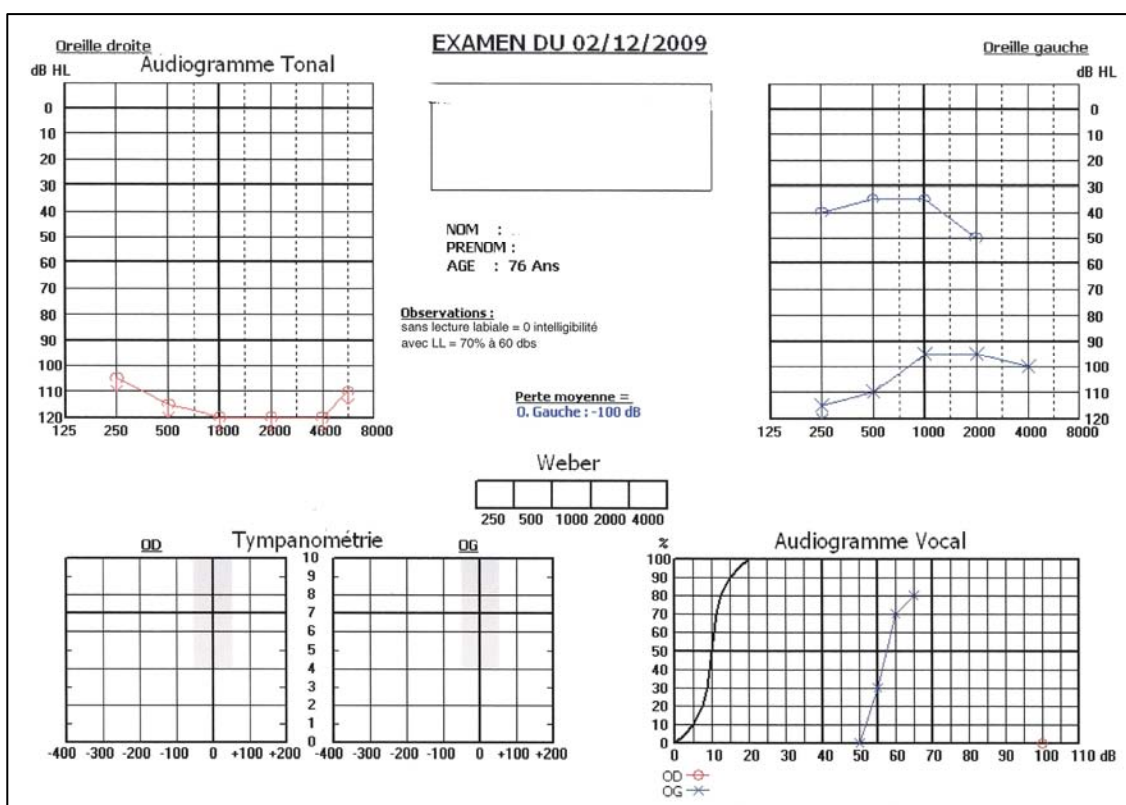


Fig. 5. Audiogramme de Madame R.

4.4.1. Bilan audiométrique

L'audiogramme tonal fait apparaître une perte sur l'oreille gauche de 100 dB en moyenne, avec une aggravation sur les fréquences graves. L'audiogramme vocal indique une intelligibilité maximale de 80% à 65 dB.

Le CERTA conseille à Madame R. de renouveler son aide auditive gauche car l'appareillage actuel n'est plus adapté.

4.4.2. Bilan orthophonique

L'entretien avec l'orthophoniste révèle que Madame R. a déjà bénéficié de séances d'initiation à la lecture labiale avec un orthophoniste libéral, mais ces séances n'ont pas pu se poursuivre pour des raisons financières. Le CERTA conseille à Madame R. de continuer cet apprentissage de la lecture labiale, une fois que la question financière sera réglée avec l'aide de l'assistante de service social. Un entraînement auditif pourra également être proposé après le renouvellement de l'appareillage.

4.4.3. Bilan aides techniques

Lors du rendez-vous avec l'ergothérapeute, Madame R. a pu essayer un système d'alerte par flashes lumineux et vibreur, susceptible de l'intéresser pour la détection de la sonnette de la porte d'entrée et de la sonnerie du téléphone. Elle préfère les flashes au vibreur qui la surprend trop. Le CERTA lui propose d'effectuer une nouvelle séance en présence d'un proche afin de découvrir les différentes modalités d'utilisation des systèmes de flashes.

Madame R. a également essayé des téléphones amplifiés. Ils lui apportent un confort d'écoute supérieur à celui de son propre téléphone mais la compréhension reste limitée. Un casque TV a aussi été testé mais l'apport est insuffisant. Le CERTA conseille à la patiente de procéder à de nouveaux essais après le renouvellement de son aide auditive.

Compte tenu de sa situation financière, Madame R. ne souhaite pas acquérir d'aides techniques sans un soutien au financement. Le CERTA lui préconise donc d'étudier les solutions envisageables avec l'assistante de service social avant de poursuivre les séances d'éducation aux aides techniques.

4.4.4. Bilan psychologique

L'entretien avec la psychologue révèle que Madame R. rencontre de grandes difficultés du fait de sa surdité. La patiente souhaite que le CERTA lui apporte une aide pour limiter les répercussions de la déficience auditive sur sa vie quotidienne, notamment sur le plan social. Pour répondre à cette attente, un accompagnement psychologique lui est donc proposé.

4.4.5. Bilan social

Au cours de ses différents entretiens avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire, Madame R. a fait part des difficultés financières rencontrées pour le renouvellement de son aide auditive, l'acquisition d'aides techniques et la poursuite de séances d'orthophonie.

L'assistante de service social a donc adressé une demande de financement exceptionnel auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Quant à l'attribution d'une aide par la Maison départementale des personnes handicapées, elle n'est pas envisageable dans la mesure où Madame R. ne remplit pas les conditions d'âge requises.

4.4.6. Conclusion

A l'heure actuelle, Madame R. poursuit son parcours au sein du CERTA. Il faudra attendre le rendez-vous de bilan avec la psychologue et la synthèse finale avec le médecin ORL pour mesurer l'apport du programme de réadaptation du point de vue de la patiente et du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire.

4.5. Cas de Monsieur L., 39 ans

Monsieur L. présentait en 2003 une surdité mixte du côté droit. Des résultats normaux ont été obtenus à l'exploration par potentiels évoqués auditifs (PEA) et à l'IRM. Mais cette surdité s'est aggravée, l'année suivante, sur les fréquences graves. Le spécialiste ORL chargé du suivi du patient a alors émis l'hypothèse que Monsieur L. pouvait être atteint de la maladie de Menière.

En 2008, une nouvelle aggravation de la surdité a été constatée sur les fréquences graves. Un bilan a alors été effectué en médecine interne (ophtalmologie, immunologie) mais il n'a rien donné. Puis, en janvier 2010, l'audition de Monsieur L. s'est détériorée du côté gauche, ce qui a conduit à la prescription d'un traitement par corticothérapie. Toutefois, le médecin chargé du suivi du patient a estimé qu'un nouveau bilan n'était pas nécessaire.

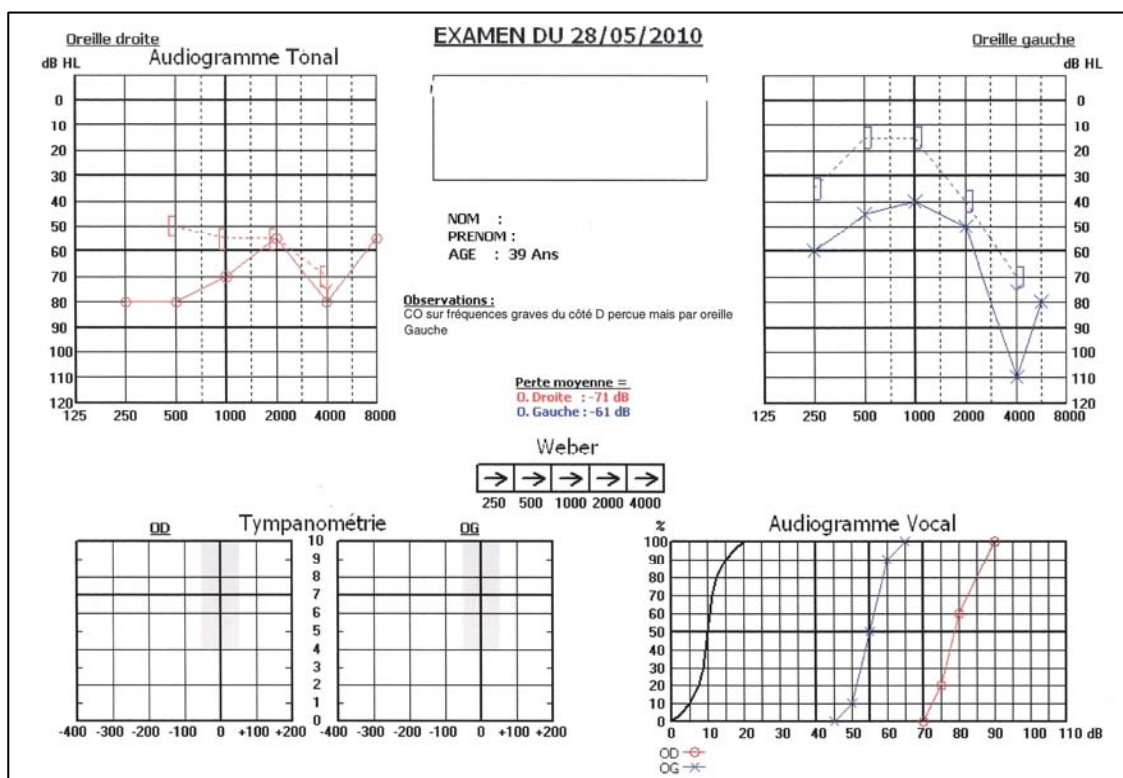


Fig. 6. Audiogramme de Monsieur L.

4.5.1. Bilan audiométrique

L'audiogramme réalisé au CERTA fait apparaître une surdité mixte bilatérale avec un scotome sur 4000 Hz. Le test de Weber indique une latéralisation de l'ensemble des fréquences testées vers l'oreille gauche.

Compte tenu des seuils d'intelligibilité (score de 100% atteint à 65 dB à gauche et à 90 dB à droite), le CERTA préconise un appareillage stéréophonique. Jusqu'à présent, cet appareillage n'avait pas été proposé, du fait du comportement dépressif du patient qui vivait mal sa surdité évolutive. L'arrivée de Monsieur L. au CERTA lui a permis de prendre du recul, facilitant ainsi les propositions d'appareillage. Par ailleurs, l'éventualité d'une implantation cochléaire a été évoquée en cas d'aggravation de la situation, offrant ainsi un espoir de maintien du lien avec le monde sonore.

4.5.2. Bilan orthophonique

L'entretien avec l'orthophoniste révèle que Monsieur L. rencontre d'importantes difficultés de communication, compte tenu de son degré de surdité et de son absence d'appareillage. L'apprentissage de la lecture labiale l'aiderait à mieux comprendre ses interlocuteurs, d'autant plus que sa surdité est évolutive.

Le CERTA propose donc à Monsieur L. de suivre six séances d'initiation à la lecture labiale, dont deux en présence d'un proche. Il est conseillé au patient de poursuivre cet apprentissage avec un orthophoniste libéral, une fois son parcours au CERTA achevé.

Un entraînement auditif après appareillage est également proposé, pour travailler la compréhension et la reconnaissance des phonèmes avec l'aide auditive, ainsi que la localisation spatiale et la discrimination fréquentielle.

4.5.3. Bilan aides techniques

Lors du rendez-vous avec l'ergothérapeute, Monsieur L. et son épouse se sont montrés en réelle attente d'informations concernant les aides techniques, notamment pour la détection des alertes domestiques (sonnette de porte d'entrée, sonnerie du téléphone, réveil.). Le CERTA propose donc à Monsieur L. de tester à domicile un système d'alerte par vibreur, un téléphone sans fil amplifié et un casque TV.

4.5.4. Bilan psychologique

Lors de l'entretien avec la psychologue, Monsieur L. a fait part des difficultés rencontrées du fait de sa surdité, dans sa vie personnelle et professionnelle. Le CERTA lui a donc indiqué qu'il pouvait, s'il le souhaitait, bénéficier d'un accompagnement psychologique.

4.5.5. Bilan social

Lors de son rendez-vous avec l'assistante de service social, Monsieur L. a indiqué qu'il souhaitait bénéficier d'un soutien. Le CERTA lui a donc proposé un accompagnement social afin de répondre à l'ensemble de ses questions sur différentes modalités d'aides : constitution d'un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), démarches à effectuer en vue de l'obtention d'une carte d'invalidité, actions menées par les réseaux associatifs...

4.5.6. Conclusion

A l'heure actuelle, Monsieur L. poursuit son parcours au sein du CERTA. Il faudra attendre le rendez-vous de bilan avec la psychologue et la synthèse finale avec le médecin ORL pour mesurer l'apport du programme de réadaptation du point de vue du patient et du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire.

4.6. Cas de Monsieur A., 72 ans

Monsieur A. présente des acouphènes et une hyperacousie depuis une cinquantaine d'années. Il a exercé son premier métier dans un milieu bruyant puis s'est reconverti dans une autre profession. Son principal problème est l'hyperacousie.

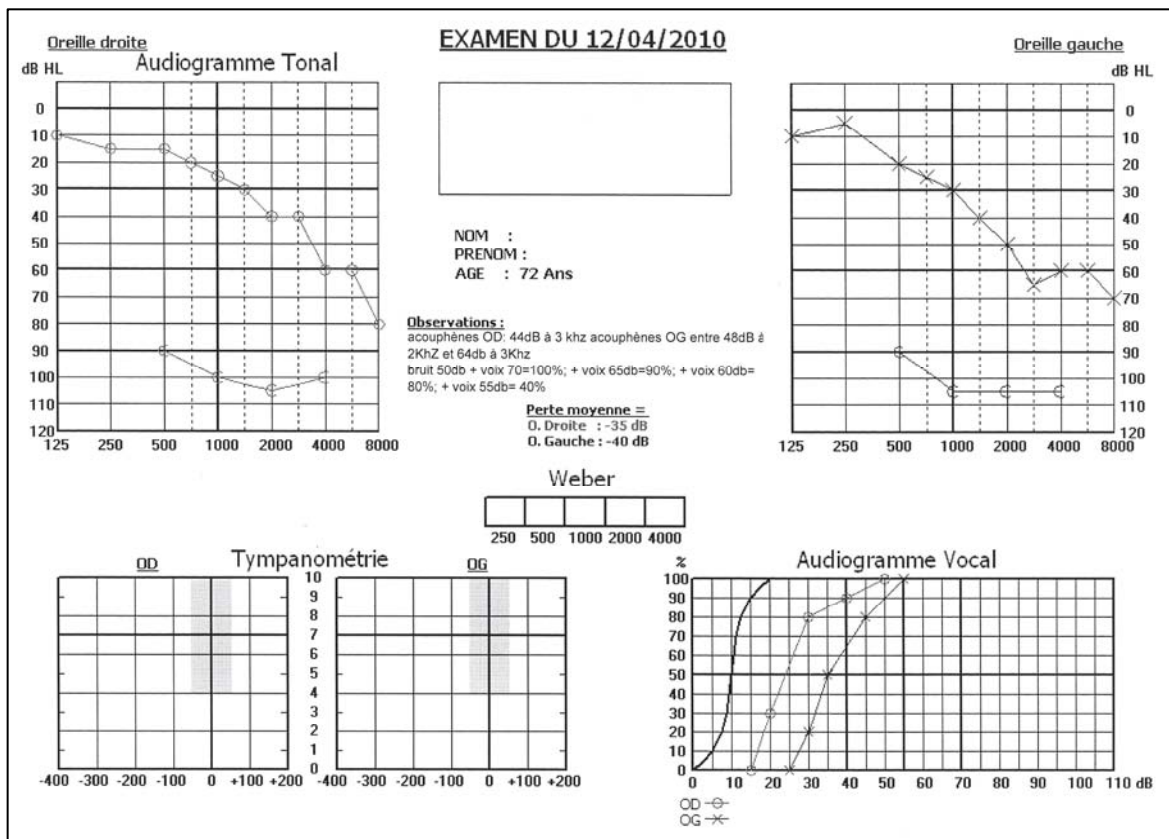


Fig. 7. Audiogramme de Monsieur A.

L'audiogramme tonal fait apparaître une perte moyenne de 35 dB HL sur l'oreille droite et de 40 dB HL sur l'oreille gauche, avec une chute bilatérale sur les fréquences aiguës.

L'audiogramme vocal indique une intelligibilité pour l'oreille droite de 100% à 50 dB et pour l'oreille gauche de 100% à 55 dB.

4.6.1. Bilan acouphénométrique

Le bilan acouphénométrique réalisé par l'audioprothésiste révèle que Monsieur A. comprend bien ses interlocuteurs. La perte d'audition n'est pas sa priorité, sauf s'il y a moyen de mieux entendre la voix sans les bruits de la vie courante.

Le patient semble beaucoup plus affecté par son hyperacousie que par ses acouphènes : ses questions portent essentiellement sur l'utilisation de bouchons anti-bruit et autres accessoires permettant de vivre dans le silence.

Le CERTA propose à Monsieur A. d'essayer un appareillage stéréophonique et progressif de manière à améliorer sa compréhension tout en prenant en compte son hyperacousie.

4.6.2. Bilan orthophonique

L'entretien avec l'orthophoniste confirme le fait que Monsieur A. est principalement gêné par son hyperacousie. Il en souffre depuis l'âge de 18 ans mais il a réussi à s'adapter (calme, repos, pièce insonorisée, travail de nuit...). Il est parfaitement intelligible.

La quantité d'informations qu'il reçoit lui assure une compréhension identique à celle d'un entendant, lorsque les conditions de communication sont favorables (environnement calme, nombre restreint d'interlocuteurs, visibilité du locuteur, courtes pauses pour lui donner le temps de la mémorisation et de la suppléance mentale).

Le CERTA propose à Monsieur A. des séances de lecture labiale pour améliorer la réception du discours en milieu bruyant, ainsi qu'un entraînement auditif après appareillage pour l'aider à redécouvrir le monde sonore.

4.6.3. Bilan aides techniques

Lors du rendez-vous avec l'ergothérapeute, aucun essai de système d'amplification n'a été effectué, dans la mesure où Monsieur A. fuit toute forme de bruit.

Par contre, Monsieur A. a pu essayer un système d'alerte par flashes lumineux. Ce système pourrait être installé dans sa cuisine, son séjour, son sous-sol et à l'extérieur de sa maison de manière à le prévenir silencieusement de la sonnerie du téléphone et de la porte d'entrée. Le CERTA propose à Monsieur A. de tester à domicile ce système d'alerte.

4.6.4. Bilan psychologique

Lors de l'entretien avec la psychologue, Monsieur A. n'a pas exprimé de besoin particulier d'accompagnement. Toutefois, il a la possibilité de prendre rendez-vous par la suite avec la psychologue s'il le souhaite.

4.6.5. Bilan social

Lors de l'entretien avec Monsieur A., l'assistante de service social lui a indiqué qu'il avait la possibilité de convenir de rendez-vous afin de répondre à d'éventuelles questions sur les aides existantes : constitution d'un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), démarches à effectuer en vue de l'obtention d'une carte d'invalidité, actions menées par les réseaux associatifs...

4.6.6. Conclusion

A l'heure actuelle, Monsieur A. poursuit son parcours au sein du CERTA. Il faudra attendre le rendez-vous de bilan avec la psychologue et la synthèse finale avec le médecin ORL pour mesurer l'apport du programme de réadaptation du point de vue du patient et du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire.

V. Le CERTA : enjeux, retombées, perspectives

Compte tenu du caractère novateur du Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers, il semble utile de s'interroger sur ce qu'implique sa création. Ce dernier chapitre sera donc consacré à l'analyse des enjeux et des retombées liés au développement des pratiques de rééducation/réadaptation pluridisciplinaires et des perspectives ouvertes par le fonctionnement de ce type de structures.

Ma réflexion sera construite autour des apports de la littérature spécialisée et des résultats d'une enquête que j'ai menée auprès des audioprothésistes travaillant sur le territoire d'intervention du CERTA d'Angers.

5.1. La rééducation pluridisciplinaire en questions

Christine Toffin s'est penchée sur la question de la prise en charge pluridisciplinaire de l'adulte déficient auditif en France. Son analyse m'a semblé pertinente pour éclairer les enjeux et retombées du CERTA d'Angers et les hypothèses d'explications qu'elle émet m'ont paru intéressantes à tester dans le cadre de mon enquête auprès des audioprothésistes des régions d'Angers et de Nantes.

5.1.1. Pistes de réflexion suggérées par C. Toffin

Selon Christine Toffin³⁶, « *alors qu'il est acquis que la prise en charge de l'enfant sourd est pluridisciplinaire, pour l'adulte devenu sourd et a fortiori la personne âgée, la prise en charge orthophonique associée à l'appareillage n'en est encore qu'à ses balbutiements.* »

³⁶ C. Toffin, « Rééducation auditive du sujet âgé », in Le Journal ORL Amplifon n°8, mai 2008. [20]

Ce constat peut s'étendre à la prise en charge d'adultes dans le cadre d'établissements de réadaptation comme le CERTA d'Angers, qui fait encore figure d'exception en France, contrairement à ce qui se pratique au Canada.

Pour expliquer la faible prescription de prise en charge pluridisciplinaire des adultes déficients auditifs, Christine Toffin émet différentes hypothèses : les spécialistes ORL ne voient peut-être pas l'intérêt d'une telle intervention dans le cas d'un patient adulte ? Ou peut-être manquent-ils d'informations ?

Les hypothèses suivantes semblent plus particulièrement intéressantes. Elles concernent non seulement le point de vue des spécialistes ORL (« prescripteurs » au sens médical du terme) mais aussi celui des audioprothésistes (« prescripteurs » dans la mesure où ils peuvent conseiller à leurs patients de suivre une réadaptation pluridisciplinaire.).

Selon l'auteur, ces deux professions peuvent se montrer réticentes à orienter leurs patients en difficulté vers une prise en charge pluridisciplinaire dans la mesure où elles ont « *l'impression de sur-handicaper le patient, qui peut se sentir pénalisé d'avoir besoin de séances d'orthophonie* ». Qu'il s'agisse de proposition de soutien orthophonique ou psychologique, le patient peut, en effet, se sentir vexé d'être considéré comme « un cas social ». J'ai moi-même entendu cette réflexion de la part de patients à qui l'on proposait une orientation vers le CERTA d'Angers.

Par ailleurs, C. Toffin souligne que « *l'audioprothésiste peut vivre comme un échec le fait que le patient ait besoin d'une autre prise en charge et que ses conseils ne suffisent pas* ». Cette autre hypothèse semble également plausible et intéressante à tester, dans la mesure où les audioprothésistes effectuent un important travail d'adaptation prothétique afin de satisfaire au mieux les attentes de leurs patients.

En effet, selon l'article L4361-1 du Code de la santé publique, « *est considéré comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et de l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé.* »

Cette mission de « contrôle d'efficacité » dont l'audioprothésiste est investi par la Loi peut laisser supposer que si un patient rencontre des difficultés de compréhension, cela signifie que son aide auditive est inefficace, donc que l'audioprothésiste a mal travaillé. Ce raisonnement simpliste occulte le fait que « *l'adaptation [du patient] et le succès de son appareillage ne dépendront pas que du savoir-faire de l'audioprothésiste³⁷* » mais il peut susciter des réactions de méfiance et des comportements défensifs de la part des professionnels de l'audioprothèse.

En définitive, pour évaluer les enjeux et retombées du CERTA d'Angers, et plus particulièrement du point de vue des audioprothésistes, j'ai décidé de tester plusieurs des hypothèses émises par C. Toffin : l'existence d'un intérêt pour le CERTA ; les éventuelles réticences à orienter les patients en difficulté vers cette structure par crainte du sur-handicap ; et le ressenti des audioprothésistes par rapport à la notion d'échec de l'appareillage.

5.1.2. Enquête : le CERTA vu par les audioprothésistes

Bien que la prescription de séances de réadaptation au CERTA relève de la compétence des spécialistes ORL, j'ai choisi de mener mon enquête auprès des audioprothésistes parce qu'il s'agit d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'audioprothésiste.

³⁷ P. Bouaziz, S. Cals, C. Essebag, J.-C. Simon, « Prise en charge de l'adulte devenu-sourd par l'audioprothésiste », in Les Monographies Amplifon, n°38, « Education auditive : de la parole à la musique », par B. Meyer, C. Morisseau, C. Toffin, édition 2005. [8]

■ **Méthodologie d'enquête**

Dans la mesure où l'objectif de l'étude était d'évaluer l'intérêt des audioprothésistes pour le CERTA et leur prédisposition à guider les patients vers ce centre (freins, motivations), j'ai choisi de mener une enquête de type qualitatif. Cette catégorie d'étude, réalisée sur un échantillon de petite taille (généralement, 10 à 30 personnes) convient mieux à la nature des informations recherchées qu'une enquête de type quantitatif car elle laisse à l'interviewé la possibilité de développer ses réponses.

Mon enquête s'est déroulée sous la forme d'entretiens individuels en face à face, auprès d'une trentaine d'audioprothésistes. J'ai rencontré des professionnels dans le secteur d'implantation du CERTA, en Maine-et-Loire (ils représentent la moitié des personnes interrogées), et étendu la zone d'enquête à l'agglomération nantaise, dans la mesure où le CERTA a une vocation régionale.

J'ai contacté principalement des audioprothésistes qui avaient déjà une première approche du CERTA, par le biais d'un courrier d'invitation à une réunion de présentation de l'établissement et, pour certains, par leur présence à cette réunion.

Au cours de mes entretiens, j'ai posé un certain nombre de questions tout en laissant à mes interlocuteurs la liberté de détailler leurs réponses aussi longuement qu'ils le souhaitent, comme il est d'usage dans une enquête qualitative. J'ai ainsi pu leur demander s'ils étaient prêts à orienter des patients vers le CERTA, s'ils trouvaient un intérêt à ce type de structure, quelles étaient selon eux les conditions de réussite de la réadaptation pluridisciplinaire et comment ils concevaient leur relation avec un centre comme le CERTA.

■ Une large majorité d'audioprothésistes favorables au CERTA

L'analyse des réponses indique que les audioprothésistes ont majoritairement une bonne perception du CERTA et de l'intérêt qu'il peut présenter pour les déficients auditifs en difficulté. Ainsi, 80% des personnes interrogées se déclarent prêtes à orienter des patients vers cet établissement.

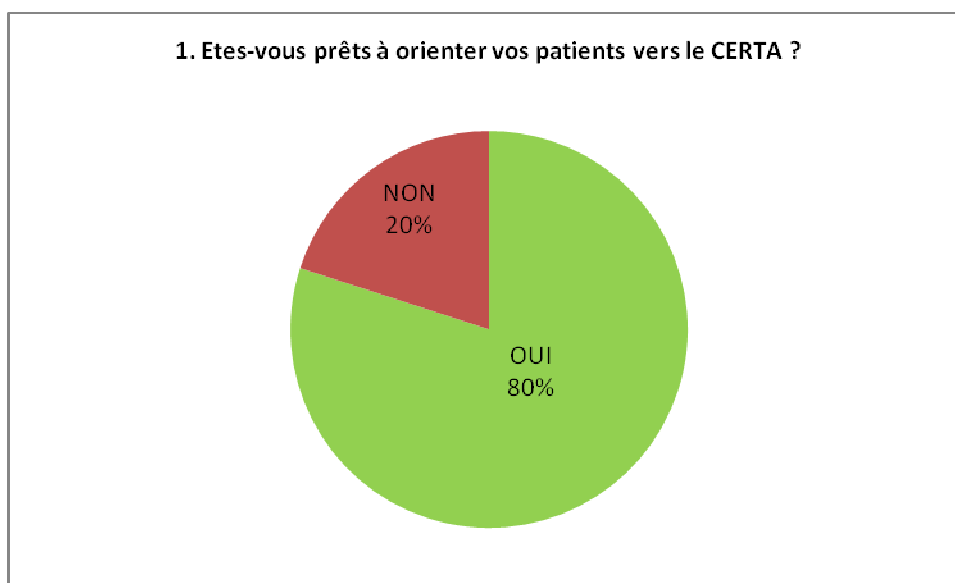


Fig. 8. Nombre d'audioprothésistes prêts à guider leurs patients vers le CERTA.

Parmi ces 80% de personnes disposées à guider des patients vers le centre se trouvent 100% des audioprothésistes du Maine-et-Loire. Ce résultat s'explique vraisemblablement par le fait que la proximité géographique favorise une meilleure connaissance de l'équipe du CERTA et, par conséquent, une plus grande confiance dans l'équipe pluridisciplinaire. C'est ce que confirme l'examen des témoignages.

Les quelques audioprothésistes ayant déclaré ne pas être prêts à orienter des patients vers le CERTA exercent tous en Loire-Atlantique et, pour les trois quarts d'entre eux, n'ont pas participé à la réunion d'informations, ce qui peut expliquer leurs réticences.

Les justifications de ces réponses varient. Certains ont déjà l'habitude de guider les patients en difficulté vers un réseau associatif et ne jugent pas utile d'entamer une seconde collaboration avec un autre organisme ; d'autres affirment être habitués à prendre en charge eux-mêmes les patients rencontrant des difficultés de compréhension et ne voient pas ce que le CERTA peut apporter de plus. Quant aux derniers, ils déclarent ne pas vouloir orienter les patients vers un centre géré par la Mutualité Française.

■ Intérêt du CERTA selon les sondés

En ce qui concerne l'apport concret du CERTA, certains mettent en avant « un **meilleur suivi** pour le patient » ou « l'efficacité d'une **prise en charge globale** » et d'autres, le fait que cette équipe soit « **complémentaire** au travail de l'audioprothésiste » ; plusieurs personnes estiment « utile pour le patient que toute une **équipe soit à son écoute** » et qu'il est « plus pratique pour le déficient auditif de rencontrer une équipe que de multiplier les démarches auprès de professionnels isolés. »

Les avis sont partagés quant aux types de patients susceptibles d'avoir besoin d'une prise en charge par le CERTA. La grande majorité des sondés convient de l'intérêt d'un tel service pour les patients **acouphéniques** ; certains y adjoignent les « **cas difficiles** comme les patients atteints de pathologies de type Ménière ou Alzheimer », « les **surdités compliquées** » et « les patients qui rencontrent des **difficultés de compréhension.** »

Mais quelques-uns déclarent « **ne pas voir l'intérêt** » d'une telle structure et s'estiment capables d'assurer une prise en charge optimale des patients en difficulté au sein de leur laboratoire d'audioprothèse. Beaucoup se montrent réticents à l'idée de confier leurs patients à un audioprothésiste **concurrent** (travaillant pour le groupe Audition Mutualiste) au sein du CERTA, par crainte de perdre une partie de leur clientèle ; cependant, malgré cette crainte, les sondés se disent prêts à guider des patients vers le centre (sauf exceptions).

Par ailleurs, plusieurs professionnels de Loire-Atlantique ont l'habitude d'orienter leurs patients âgés vers le réseau associatif « Bien entendre après 60 ans » (association favorisant la coordination entre plusieurs professions libérales : orthophonistes, psychologues) et ne semblent pas prêts à adopter de nouvelles pratiques, estimant que la **distance** séparant Nantes d'Angers est « trop grande pour les patients qui ont des difficultés à se déplacer. »

Quelques audioprothésistes du Maine-et-Loire, qui ont dirigé des patients vers le CERTA, se plaignent de ne **pas avoir de retour** de la part de ce centre sur l'avancée du parcours de ces patients. On peut supposer que les patients en question n'ont pas encore achevé leur parcours ; toutefois, les audioprothésistes apprécieraient sans doute que le CERTA leur adresse un courrier « point d'étape » pour leur préciser que les patients sont sur le point de débiter leur programme de réadaptation ou pour les informer de la date approximative à laquelle une synthèse du parcours leur sera envoyée.

Enfin, un audioprothésiste m'a confié : « la majorité des patients à qui j'ai conseillé de s'orienter vers le CERTA ont rejeté ma proposition, car ils estiment **ne pas être aussi dépendants** » : cette remarque va dans le sens de la réflexion de C. Toffin sur le « sur-handicap ».

■ **Conditions d'efficacité d'une action pluridisciplinaire selon les sondés**

Pour les sondés, l'efficacité de la réadaptation pluridisciplinaire dépend de qualités propres à l'équipe, d'attitudes du patient, de la relation équipe/patient et du lieu.

En ce qui concerne les qualités propres à l'équipe, l'un des critères d'efficacité d'une réadaptation pluridisciplinaire les plus cités par les personnes interrogées est sans surprise la **communication entre les membres de l'équipe**. Ainsi, les sondés ont évoqué « la nécessité d'organiser des réunions », la rédaction de « comptes-rendus », « la cohésion entre les

intervenants », « le dialogue », « l'échange, sinon chacun travaille de son côté et c'est moins intéressant. » ; il est aussi question de la composition de l'équipe (« Il faut que l'équipe soit la plus diverse possible »), de la définition des rôles (« Il faut que les rôles soient bien déterminés ») et des compétences (« Il y a au CERTA de très bons professionnels, ce sont des personnes de qualité »).

En ce qui concerne **l'unité de lieu**, certains ont souligné l'aspect **pratique pour le patient**, qui n'a pas besoin de multiplier les démarches (« C'est une équipe qui travaille au même endroit : les patients n'ont pas besoin d'aller aux quatre coins de la ville »), d'autres, l'efficacité de cette unité de lieu en termes d'**organisation** (« Comme ça, il n'y a pas de retard de transmission de dossiers ») ou en termes de relations (« Comme les professionnels sont dans le même bâtiment, il s'instaure une certaine **confiance** »).

Sur le plan des relations entre le patient et les professionnels, les personnes interviewées ont souligné l'importance de la pédagogie : « Il faut donner des **explications** » ; « Il faut **faire comprendre** aux patients les limites de la réhabilitation » ; « Une fois que le patient a accepté que la réhabilitation n'est pas une chose facile, on a un meilleur résultat. »

Enfin, pour ce qui est de l'attitude des patients, les sondés ont insisté sur la **motivation** (« Il faut que la personne soit motivée » ; « Si le patient n'est pas motivé, ça ne marchera pas, même avec la meilleure équipe du monde »). C'est effectivement une condition que l'on retrouve fréquemment citée par les principaux auteurs de la littérature scientifique.

■ **Conception des relations avec un centre de type CERTA**

Lorsque j'ai demandé aux audioprothésistes de m'expliquer la manière dont ils conçoivent leurs relations avec une structure comme le CERTA, beaucoup ont insisté sur l'idée de complémentarité, de soutien pour la prise en charge des cas complexes.

Ainsi, plusieurs réponses vont dans le sens de l'expression « l'union fait la force » : « Face à une perte auditive supérieure à 60%, **on a besoin d'être nombreux pour trouver une solution** » ; « Les cas trop lourds, l'audioprothésiste ne peut pas les gérer seul » ; « Face à des cas trop lourds, avec d'autres problèmes que la surdité, que va pouvoir faire l'audioprothésiste tout seul ? » ; « Quand on est audioprothésiste, on est seul : on a besoin de s'appuyer sur une équipe comme celle du CERTA ».

En effet, pour les cas complexes, les audioprothésistes se heurtent à deux limites : le **manque de temps** et la nécessité de faire appel à **d'autres types de compétences** : « On n'a pas toujours le temps ni les moyens » ; « On n'a pas le temps de s'occuper des cas difficiles » ; « On n'a pas le temps ni les compétences pour faire une psychothérapie pour un patient acouphénique » ; « Pour les patients acouphéniques, l'approche psychologique est importante et notre métier ne permet pas de faire le maximum ».

La pluridisciplinarité du CERTA offre alors des solutions : « Le patient sait qu'il sera **bien entouré** par les différents intervenants » ; « Au CERTA, chaque intervenant est un spécialiste de sa discipline » ; « Le rôle de l'assistante sociale est important car ce n'est pas à l'audioprothésiste d'expliquer les démarches administratives, même si on le fait pour aider les patients » ; « Le psychologue sait trouver les mots justes ». Et pour certains sondés, le CERTA permet de débloquent des impasses (en levant des freins psychologiques, en améliorant l'attention et la mémoire, en enseignant la lecture labiale) : « **Après, on peut mieux travailler** ».

Pourtant, le CERTA peut conduire des audioprothésistes à **s'interroger** sur leur propre travail : « Quand on envoie un patient au CERTA, on se demande : est-ce que j'ai bien tout fait ? ». Certains, sur la défensive, se sentent obligés de se justifier : « Je ne pense pas que le CERTA puisse faire mieux que nous, car on met tout en œuvre pour satisfaire les patients. »

De plus, certains sondés ont **peur de laisser un confrère** prendre en charge leurs patients (« Pourquoi c'est un autre audioprothésiste qui suit le patient ? »). Ils craignent que la **qualité de leur travail** soit **remise en cause** (« Est-ce que l'audioprothésiste du CERTA va tout reprendre à zéro ? ») et que le patient, une fois sorti du CERTA, **délaisse son audioprothésiste habituel** et effectue les visites de contrôle ou de renouvellement de ses aides auditives auprès du professionnel rencontré au CERTA (« Le patient va perdre ses relations avec son soignant habituel »).

D'autres réflexions concernent la **liberté de choix du patient** (« Il ne faut pas que le patient soit obligé d'aller au CERTA s'il n'en a pas envie » ; « Au CERTA, les patients n'ont pas le choix de leurs professionnels alors qu'ils choisissent leur laboratoire d'audioprothèse ») ou traduisent des **inquiétudes** quant au caractère **impénétrable et secret** de l'établissement (« Je suis opposé à une prise en charge en centre fermé, même pour les enfants » ; « On devrait nous inviter au centre pour discuter avec les autres lors des réunions pluridisciplinaires »).

■ Conclusion de l'enquête

En définitive, cette enquête a montré que le CERTA était globalement bien perçu par les audioprothésistes, puisque 80% des sondés sont prêts à guider leurs patients vers cette structure (en sachant que l'admissibilité est conditionnée par une prescription médicale), et ce, même lorsqu'ils s'inquiètent de certains aspects du centre (en particulier, la gestion par la Mutualité Française).

Les motivations sont multiples. Il s'agit d'abord d'œuvrer pour le bien-être du patient : lui permettre d'être entouré par une équipe de spécialistes aux diverses compétences, l'orienter vers des interlocuteurs qui prennent le temps de l'écouter, faciliter ses démarches grâce à un lieu unique (limitant les déplacements dans la ville) et à une coordination des

efforts (un meilleur partage de l'information assurant une plus grande complémentarité et un meilleur suivi). Ensuite, cette collaboration soulage l'audioprothésiste qui ne peut à lui seul trouver une solution aux « cas difficiles », par manque de temps et de moyens. L'union des compétences et des efforts permet alors d'élargir le champ du possible. Ainsi, l'audioprothésiste a l'espoir de voir les impasses se débloquent (grâce à la gestion des troubles psychologiques par exemple) pour lui permettre de reprendre les étapes de l'adaptation prothétique interrompue (« Après, on peut mieux travailler »).

Toutefois, il reste encore des freins à lever. Ainsi, les trois hypothèses émises par C. Toffin sur les réticences potentielles à la réadaptation pluridisciplinaire ont été vérifiées : la question de l'intérêt d'une telle prise en charge (« Je ne vais pas conseiller à mes patients d'aller au CERTA car je ne vois pas ce que ça va leur apporter ») ; la crainte de vexer le patient et de le sur-handicaper (« La majorité des patients à qui j'ai conseillé de s'orienter vers le CERTA ont rejeté ma proposition, estimant ne pas être aussi dépendants ») ; et surtout, la peur que ce « transfert » de patient soit perçu comme un échec, un aveu d'impuissance.

Cette peur de l'échec est très forte. Les audioprothésistes dont les patients sont admis au CERTA éprouvent un sentiment de culpabilité (peut-être n'ai-je pas vraiment fait tout ce qui était en mon pouvoir ?). D'autres ont l'impression que si leur patient a besoin du CERTA, c'est qu'ils ont mal travaillé ou que l'on va penser qu'ils ont mal fait leur travail. La peur du jugement suscite un sentiment de méfiance vis-à-vis du CERTA (c'est un centre fermé, secret, on ne sait pas ce qui s'y passe et s'y dit ; l'audioprothésiste du CERTA va tout reprendre à zéro et ruiner mes efforts ; mon patient n'aura plus confiance en moi et va partir ailleurs). Ces inquiétudes sont tantôt clairement formulées, tantôt décelables derrière une critique ou une justification du type : « Je mets tout en œuvre pour satisfaire mes patients, donc je ne vois pas ce que le CERTA peut apporter de plus que moi. »

D'autres remarques se situent davantage du point de vue des patients, qu'ils s'agissent des conditions d'acceptabilité du CERTA (ne pas imposer, tenir compte de leur avis) ou d'objections (pour les Nantais : l'éloignement du centre par rapport au domicile des patients). Toutefois, ces freins pourraient sans doute être levés par l'apport d'informations complémentaires sur le fonctionnement du CERTA. Ainsi, la question de la distance a été anticipée puisque le projet d'établissement prévoit la possibilité de suivre le parcours de réadaptation auprès de professionnels de proximité, en lien avec le spécialiste ORL coordinateur ; quant à l'avis du patient, il conditionne le démarrage ou l'annulation du parcours au sein du CERTA.

Enfin, les audioprothésistes dont les patients ont été admis au CERTA font remonter un besoin d'informations complémentaires sur l'avancée du parcours. Ce désir de suivi paraît tout à fait naturel et témoigne de l'intérêt de ces professionnels pour leurs patients. Il semblerait donc judicieux d'ajouter quelques étapes intermédiaires au plan de communication interprofessionnel pour faciliter ce suivi et ne pas décourager les « guides ».

■ **Enjeux pour le CERTA**

Au terme de cette analyse, il semble que les enjeux pour le CERTA soient surtout communicationnels. En effet, il s'agit d'une part, de répondre à la demande des audioprothésistes qui souhaitent avoir un retour sur l'avancée du parcours de leurs patients, en effectuant des points d'étapes plus réguliers ; et d'autre part, d'apaiser les inquiétudes concernant le respect du libre arbitre du patient et de sa fidélité à son audioprothésiste, la notion d'échec et de jugement, l'ouverture du centre sur l'extérieur, etc. Les efforts d'information déjà entrepris par le CERTA gagneraient à être poursuivis et accentués de manière à lever les freins des professionnels susceptibles d'orienter les patients vers cette structure.

5.2. La pluridisciplinarité : une solution d'avenir ?

5.2.1. Audioprothésistes et pluridisciplinarité

Nous l'avons vu à travers la réflexion de C. Toffin et au terme de l'enquête menée à propos du CERTA : les audioprothésistes éprouvent parfois des réticences à passer le relais à une équipe pluridisciplinaire lorsqu'ils rencontrent des patients en grandes difficultés.

En effet, investis par la Loi d'une mission de « *contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive*³⁸ », les professionnels de l'appareillage s'efforcent de satisfaire au mieux les attentes des patients. Ils prennent le temps de cerner leur personnalité, de comprendre leurs besoins et leurs lacunes. Ils assurent « *l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé*³⁷ » (c'est-à-dire, selon la définition donnée par X. Renard et E. Bizaguet, « *la mise en place de l'aide auditive et son acceptation progressive*³⁹ ») en usant de patience et de psychologie. Enfin, ils s'efforcent de trouver le réglage optimal.

Pour mener à bien toutes ces missions, l'audioprothésiste doit faire preuve de nombreuses qualités humaines et de compétences techniques. Il est donc naturel qu'il lui soit difficile d'admettre que dans certains cas, ses atouts et ses efforts ne suffisent pas à apporter au patient une satisfaction optimale. Mais, estime E. Bizaguet, il faut aussi savoir faire appel à d'autres professions complémentaires : « *Nous avons une nécessité de service rendu (...) mais nous avons aussi des limites. Quand elles sont atteintes, il faut pouvoir en discuter au sein d'une équipe pluridisciplinaire*⁴⁰. »

³⁸ Article L4361-1 du Code de la santé publique. [21]

³⁹ X. Renard, D. Dodele, E. Bizaguet et al., Précis d'audioprothèse, tome II, « L'appareillage de l'adulte, le contrôle de l'efficacité prothétique », Paris, CNA 2006. [22]

⁴⁰ E. Bizaguet, « Définir les limites d'indications des nouvelles technologies / Plaidoyer pour l'interdisciplinarité », in *Audiology infos* n°13, juillet-août 2010. [23]

Ce « plaidoyer pour l'interdisciplinarité » correspond d'ailleurs à ce que préconise le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) dans une recommandation de 1993 : « *Les multiples problèmes suscités par la réhabilitation prothétique des personnes atteintes de déficience auditive appellent nécessairement une collaboration interdisciplinaire avec d'autres instances compétentes. (...) L'audioprothésiste (...) fera également appel, en cas de besoin, aux organismes, associations ou groupements spécialisés dans l'aide à la réadaptation et à la réinsertion sociale des handicapés auditifs*⁴¹. »

La dernière phrase, en particulier, en mentionnant le recours aux « organismes spécialisés dans l'aide à la réadaptation des handicapés auditifs » paraît tout à fait conseiller aux audioprothésistes de s'appuyer sur des structures comme le CERTA d'Angers pour venir en aide aux patients en grande difficulté. La réadaptation pluridisciplinaire semble donc répondre à des attentes de longue date.

5.2.2. Réadaptation pluridisciplinaire : une longue attente

Recommandée par le BIAP depuis 1993, la réadaptation pluridisciplinaire correspondait à une réelle attente des associations de sourds et malentendants.

Ainsi, en octobre 2000, le Bureau de coordination des associations de devenus-sourds et malentendants (BUCODES) publiait la revendication suivante : « *Le constat primordial est l'absence d'accompagnement de la surdit e acquise en termes d'information, de psychologie et de r ehabilitation de la communication. (...) La d emarche de coordination et d'accompagnement existe d ej a pour les personnes qui reçoivent un implant cochl eaire. Il convient qu'elle soit  etendue  a tous les devenus sourds et malentendants*⁴². »

⁴¹ BIAP, Recommandation 06/5, « Accompagnement et suivi des d eficients auditifs », 1993. [24]

⁴² BUCODES, « Extrait de la plateforme de revendication des devenus-sourds et malentendants sur les appareils auditifs », octobre 2000. [25]

Quatre ans plus tard, un rapport rédigé par le Professeur Thoumie⁴³ pour le compte des ministères en charge de la santé et de la recherche préconisait également la création de centres pluridisciplinaires pour les cas difficiles : « *L'intrusion de l'informatique dans les prothèses auditives permet la création de multiples programmes de traitement de la parole. Or, on sait qu'une partie de ces prothèses n'est pas portée, pour de multiples raisons, en particulier l'absence d'accompagnement sous la forme d'une rééducation auditive qui est pratiquée pour développer la plasticité cérébrale pour les prothèses onéreuses telles que les implants cochléaires. (...) Il conviendrait de créer des centres d'appareillage pour les cas difficiles, regroupant les services de l'audioprothésiste, de l'orthophoniste, de l'ORL... »*

Au final, cinq ans après le rapport du Professeur Thoumie, neuf ans après la plateforme de revendication du BUCODES et seize ans après la recommandation du BIAP, un centre de réadaptation pluridisciplinaire pour adultes déficients auditifs a ouvert ses portes à Angers. L'appel des scientifiques, des professionnels de la santé, et des associations de déficients auditifs semble avoir été entendu.

Même s'il est encore tôt pour évaluer les retombées concrètes du CERTA, puisque le centre ne fonctionne que depuis septembre 2009, l'on peut imaginer que ce type de structures est amené à se développer sur l'ensemble du territoire français. Car, au-delà du fait que ce genre de centres répond à des attentes de longue date, on constate un intérêt croissant pour la réadaptation pluridisciplinaire : au vu des bons résultats obtenus avec les enfants, au vu de l'expérience avec les patients implantés et depuis quelques années, avec les patients acouphéniques, nombre de professionnels se déclarent aujourd'hui favorables à un

⁴³ Pr. Philippe Thoumie, « Recherche technologique et diffusion de l'innovation au service du handicap », rapport pour le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le Ministère jeunesse, éducation et recherche, janvier 2004. [26]

élargissement de cette pratique. Aussi, les publications, conférences et colloques sur le sujet se multiplient : conférence internationale sur la rééducation auditive des adultes en Floride (mars 2009), congrès de l'Union Nationale des Syndicats d'Audioprothésistes Français (UNSAF) sur l'optimisation de la réhabilitation auditive (mars 2010), Enseignement Post Universitaire (EPU) sur la prise en charge pluridisciplinaire des acouphènes (novembre 2010)...

Tout ceci va dans le sens de la prise en charge globale du handicap et de la recherche de la meilleure intégration possible de la personne déficiente dans la société, en vue de son mieux-être. C'est l'objectif de la loi sur le handicap du 11 février 2005, qui vise « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », à laquelle est venu s'ajouter récemment le Plan sourds 2010-2012, destiné à mieux accompagner les personnes sourdes ou malentendantes.

Conclusion

Au terme de cette réflexion, l'on peut dire que la réadaptation des troubles de l'audition représente un enjeu de santé publique pour la France, compte tenu du nombre de Français souffrant de déficience auditive ou d'acouphènes, et des conséquences de ces troubles auditifs sur leur qualité de vie. En effet, ces troubles privent les personnes qui en souffrent des plaisirs sonores (chants d'oiseaux, rires, musique...), mettent en jeu leur sécurité (en neutralisant les fonctions d'alerte et de localisation spatiale de l'oreille), favorisent le repli sur soi et l'isolement du patient (en entravant la fonction de communication), et sont sources de mal-être et de dépression. C'est pour venir en aide à ces personnes qu'a été créé le Centre d'évaluation et de réadaptation des troubles de l'audition d'Angers.

Novateur pour la France, inspiré des modèles canadiens, le CERTA propose pour la première fois une rééducation/réadaptation pluridisciplinaire pour les adultes en situation de handicap auditif en accueil de jour. Son but est de favoriser l'autonomie des patients et d'améliorer leur qualité de vie grâce à un soutien psychologique et social, à l'amélioration de leurs capacités auditives et mnésiques, à l'apprentissage de moyens de compensation (lecture labiale, suppléance mentale) et à l'utilisation d'aides techniques.

Globalement, le CERTA est bien perçu par les audioprothésistes de son territoire, qui se disent majoritairement prêts à guider leurs patients vers cette structure. Ils apprécient les compétences de l'équipe pluridisciplinaire, sa qualité d'écoute, sa réunion en un même lieu et estiment que le CERTA contribue au bien-être des patients. Toutefois, il reste certains freins à lever : peur du jugement et de la concurrence, besoin d'informations et de transparence...

L'enjeu pour le CERTA sera donc de poursuivre et d'accentuer ses efforts de communication afin de rassurer les audioprothésistes et de conforter leurs motivations.

S'il est encore trop tôt pour tirer un bilan des retombées de ce centre (il ne fonctionne que depuis un an), l'on peut toutefois estimer que ce type de structure a vocation à se développer, compte tenu des attentes en la matière (BIAP, BUCODES, rapport Thoumie), des bons résultats obtenus auprès des enfants et de l'intérêt croissant pour la rééducation/réadaptation pluridisciplinaire (pour les implants et les acouphènes ; dans les congrès, les colloques, la littérature scientifique...).

Par ailleurs, le CERTA s'inscrit dans la tendance actuelle de recherche d'insertion optimale de la personne handicapée dans la société, formalisée par l'Etat français avec la loi Handicap du 11 février 2005 et plus récemment avec le Plan sourds 2010-2012.

En définitive, l'exemple du CERTA et de la réadaptation pluridisciplinaire permet de conclure, avec France Désilets⁴⁴, que « *Mieux vivre avec sa surdité, c'est disposer de plusieurs outils : un bon appareillage auditif, des aides de suppléance à l'audition, de bonnes stratégies de communication, une meilleure lecture labiale et une certaine aisance avec cette différence.* »

⁴⁴ F. Désilets, « La surdité acquise chez l'adulte : et s'il y avait quelque chose à faire ? », in *Le médecin du Québec*, vol. 36, octobre 2001.
[12]

Table des illustrations

Fig. 1.	Classification des surdités selon leur degré de gravité (BIAP).....	- 5 -
Fig. 2.	Audiogramme de Madame G.	- 41 -
Fig. 3.	Audiogramme de Monsieur B.	- 44 -
Fig. 4.	Audiogramme de Monsieur P.	- 47 -
Fig. 5.	Audiogramme de Madame R.	- 50 -
Fig. 6.	Audiogramme de Monsieur L.	- 53 -
Fig. 7.	Audiogramme de Monsieur A.....	- 56 -
Fig. 8.	Nombre d'audioprothésistes prêts à guider leurs patients vers le CERTA	- 63 -

Bibliographie

Auteurs cités dans ce mémoire

- [1] C. Hamonet, Lexique des termes usuels de la médecine de rééducation et de l'handicapologie, <http://claud.hamonet.free.fr>.
- [2] J. Grobois et M. Le Pellec, *Surdités, acouphènes et troubles de l'audition, Tome 1 : Maladies et traitements*, éditions Option Santé, 2004.
- [3] Enquête *Handicaps, incapacités, dépendance*, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 1998-1999, <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er589/er589.pdf>.
- [4] E. Ambert-Dahan, *Place de la rééducation dans la réhabilitation auditive de l'adulte*, Association des implantés de l'hôpital Beaujon, http://aichb.fr/articles_rubrique_medicale/aichb.fr2darticle01.html.
- [5] Rapport *La sécurité des personnes en situation de handicap visuel ou auditif*, par le groupe de travail présidé par E. Couty, Institut national de la consommation, vers 2008-2009, http://www.conso.net/galerie/files/Documents%20divers/AcVc_securite_handicapes.pdf.
- [6] C. Hamonet, *La subjectivité : la dimension cachée du handicap et de la réadaptation*, http://claud.hamonet.free.fr/fr/art_subjectivite.htm.
- [7] C. Hamonet, *La réadaptation, origines et devenir*, http://claud.hamonet.free.fr/fr/art_readapt.htm.
- [8] B. Meyer, C. Morisseau, C. Toffin et al., *Education auditive : de la parole à la musique*, Les Monographies Amplifon n°38, édition 2005.
- [9] E. Ernst, *Quelle est la place de l'orthophoniste dans la rééducation auditive ?* in La revue du praticien, vol. 59, mai 2009.
- [10] J. Goust, *Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds*, collection Néret, éditions Liaisons, 2009.
- [11] E. Ernst, *Rééducation auditive, optimisez votre résultat*, in La Caravelle n°176, septembre 2006.
- [12] F. Désilets, *La surdité acquise chez l'adulte : et s'il y avait quelque chose à faire ?* in Le médecin du Québec, vol. 36, n°10, octobre 2001.
- [13] M. Ohresser, *Comment constituer et faire vivre une équipe pluridisciplinaire ?* in Audio Infos n°149, juillet 2010.

- [14] Dr. M. Ohresser, *Les thérapies permettant de mieux vivre son acouphène*, in La revue France acouphènes n°65, septembre 2009.
- [15] Interview d'E. Bizaguet par D. Dufournet, article *Appareillage et acouphènes*, in La revue France acouphènes n°63, mars 2009.
- [16] G. Montguillot, *Réhabilitation auditive d'un implanté cochléaire*, in La Caravelle n°169, décembre 2004.
- [17] B. Frachet, cité dans le dossier de presse Amplifon du 6 novembre 2007.
- [18] L. Vergnon et al., *L'audition dans le chaos*, éditions Masson, 2008.
- [19] D. Deslandres, intervention pour l'association Surdi 13, www.surdi13.org/reeducation_auditive.htm.
- [20] C. Toffin, *Rééducation auditive du sujet âgé*, in Le Journal ORL Amplifon n°8, mai 2008.
- [21] Code de la Santé publique, art. L4361-1, www.legifrance.gouv.fr.
- [22] X. Renard, D. Dodele, E. Bizaguet et al. *Précis d'audioprothèse, Tome II : L'appareillage de l'adulte, le contrôle de l'efficacité prothétique*, Paris, CNA 2006.
- [23] Intervention d'E. Bizaguet, article *Définir les limites d'indications des nouvelles technologies*, in Audiology Infos n°13, juillet-août 2010.
- [24] Recommandations 06/5, *Accompagnement et suivi des déficients auditifs appareillés*, par le Bureau international d'audiophonologie (BIAP), 1993, <http://www.biap.org/recom06-5.htm>.
- [25] *Extrait de la plateforme de revendication des devenus-sourds et malentendants sur les appareils auditifs*, par le Bureau de coordination des associations de devenus-sourds et de malentendants (BUCODES), octobre 2000, http://www.surdi13.org/audioprothese_fichiers/extrait_plate_forme_Bucodes_ACA.pdf.
- [26] Rapport *Recherche technologique et diffusion de l'innovation au service du handicap*, par P. Thoumie, pour le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le Ministère jeunesse, éducation et recherche, janvier 2004, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000064/0000.pdf>.

Autres sources ayant nourri la réflexion

- R. H. Hull, *Aural rehabilitation, serving children and adults*, 4th edition, Singular, Thomson learning, 2001.
- Pr. E. Bigand, *Perception auditive et mémoire*, in Connaissances surdités n°11, mars 2005.
- E. Bizaguet, *Intérêts et limites de la vocale*, in SFA News n°5, avril 2007.

Annexes

Annexe 1 – Principaux établissements pour déficients auditifs

Annexe 2 – Organigramme du CERTA d'Angers

Annexe 3 – Plaquette de présentation du CERTA

Annexe 4 – Livret d'accueil du CERTA

Annexe 1 - Principaux établissements d'accueil pour déficients auditifs (source : www.fisaf.asso.fr)

Institut de Jeunes Sourds SAFEP-SSEFIS-SEES-SPFP
5, rue du Lycée 01001 BOURG-en-BRESSE
Web : www.multimania.com/ijsbourgenbresse

IRS de PROVENCE
73, traverse des Fabres 13011 MARSEILLE
Tél : 04.91.18.82.70 Fax : 04.91.27.10.03

Centre Jacques Cartier
20, rue du Vau-Méno BP : 7069 22030 SAINT BRIEUC CEDEX
Web : www.jacquescartier22.com

Institut Médico-Educatif La Providence
La providence 26190 SAINT-LAURENT-en-ROYANS
Tél : 04.75.48.15.15 Fax : 04.75.48.15.20

Institut André Beulé
1 bis rue Mauté Lelasseux 28400 NOGENT LE ROTROU
Web : www.andrebeule.com

Institut Pierre Ronsard ADIES Association Finistérienne des Déficients Auditifs
12, rue de Cherbourg BP 33127 29231 BREST CEDEX 3
Tél : 02.98.45.32.27 Fax : 02.98.05.99.40

CROP - Institution Paul Bouvier Centre de rééducation de l'Ouïe et de la Parole
Route d'Alès BP 7 30170 SAINT HIPPOLYTE du FORT
Web : www.crop.asso.fr

CESDA Paulin ANDRIEU Centre d'éducation spécialisée pour Déficients Auditifs
25, rue des 36 Ponts 31400 TOULOUSE
Web : ecole.wanadoo.fr/cesd

CESDA Richard Chapon - IRSA Centre d'Education Spécialisée pour Déficients Auditifs
61, rue de Marseille 33000 BORDEAUX
Web : www.irsa.fr

CAL Centre de l'Audition et du Langage
133, Avenue Bon Air 33700 MERIGNAC
Tél : 05.56.47.15.94 Fax : 05.56.12.42.66

SPPS - IRSA Service de la Promotion Professionnelle des Sourds
154 Boulevard Président Wilson 33000 BORDEAUX
Web : www.irsa.fr

CESDA Centre d'éducation spécialisée pour déficients auditifs
14, rue Saint-Vincent de Paul 34090 MONTPELLIER
Web : www.cesda34.com

SEFIS Institut Paul Cézanne
8 rue Anne Boivent BP 90177 35301 FOUGERES CEDEX
Tél : 02.99.94.86.70 Fax : 02.99.94.39.90

Institut Jeunes Sourds PLEIN VENT
40, rue Franklin 42000 SAINT-ETIENNE
Tél : 04.77.43.23.23 Fax : 04.77.43.23.29

Institut Marie Rivier
26 avenue d'ours Mons 43000 LE PUY EN VELAY
Tél : 04.71.04.58.58 Fax : 04.71.04.58.59

IPJSM LA PERSAGOTIERE Institut départemental de jeunes sourds
30, rue du Frère Louis 44062 NANTES Cedex 02
Web : www.la-persagotiere.fr

IRESDA Institut Régional pour sourds et déficients auditifs
26 rue Abbé de l'Epée BP 94221 45144 ST JEAN DE LA RUELLE
Tél : 09 60 43 61 81 Fax : 02 38 53 81 73

Centre Charlotte BLOUIN
4, rue Abbé Frémond 49100 ANGERS
Tél : 02.41.36.85.85 Fax : 02.41.36.85.88

Etablissement Gabriel Deshayes
Brec'h BP : 30247 56402 AURAY CEDEX
Web : www.deshayes.asso.fr

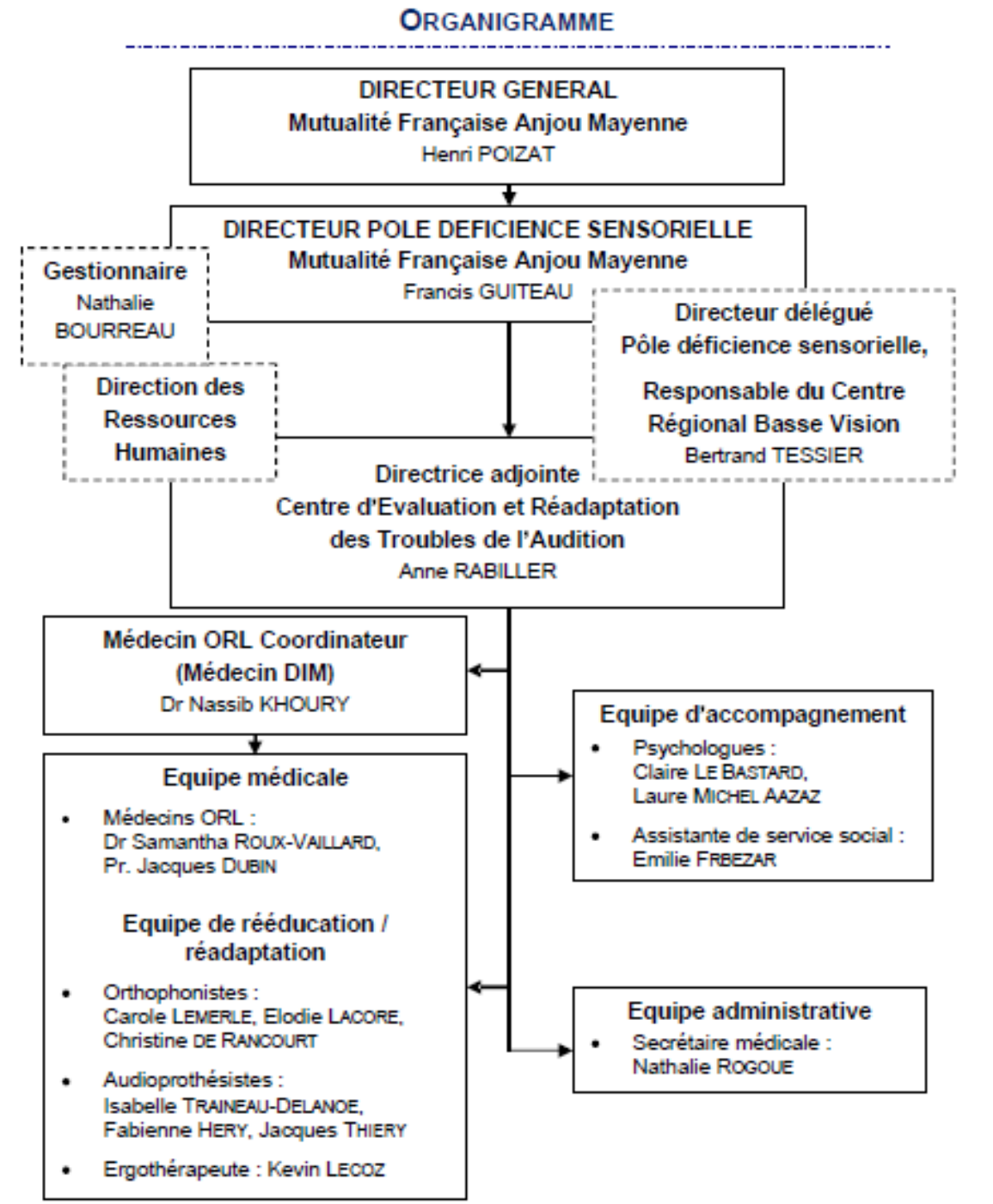
CEJS Centre d'Education pour Jeunes Sourds
10, rue des Augustines BP1009 62008 ARRAS Cedex
Tél : 03.21.22.36.37 Fax : 03.21.22.75.40

SSEFIS ST OMER
12 rue le Sergent 62500 ST OMER
Tél : 03 21 22 36 37 Fax : 03 21 22 75 40

Institut protestant pour enfants Déficients Auditifs LE BRUCKHOF
7, rue de Soultz 67100 STRASBOURG
Web : www.bruckhof.org

CESDA ALBI Centre Spécialisé pour Déficients Auditifs
1, rue Lavazière 81025 ALBI CEDEX 9
Tél : 05.63.48.48.11 Fax : 05.63.48.54.44

Annexe 2 – Organigramme du CERTA d’Angers (source : CERTA)



Annexe 3 – Plaque de présentation du CERTA (source : CERTA)



Des problèmes d'audition ?

Pour préserver votre autonomie et retrouver une meilleure qualité de vie, l'équipe du Centre d'Évaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition est là pour vous accompagner...

N'attendez pas...

CERTA
Centre d'Évaluation et Réadaptation des Troubles de l'Audition
4, rue l'Abbé Frémond - 49100 ANGERS
(derrière le CHU - Parking à disposition)

Accès par le bus de la gare SNCF et routière
Lignes : 5, 8 et 9 arrêt «Hôpital» (boulevard Daviers)

Accès par le bus de la place du Ralliement
Ligne : 15 arrêt «Sainte-Marie» (rue du Margat)




Vous avez plus de 20 ans, vous avez des troubles de l'audition :

une perte d'audition liée à l'âge, à un traumatisme ou à une pathologie,

des acouphènes,

des troubles de l'audition entraînant des difficultés de communication majeures.

→ **Une équipe de professionnels**

- **Médecins ORL**
(Coordonnent l'évaluation et le projet de rééducation)
- **Orthophonistes**
(Évaluent et rééduquent l'audition fonctionnelle et la communication)
- **Audioprothésiste/Ergothérapeute**
(Évaluent et déterminent les aides techniques adaptées)
- **Psychologues**
(Réalisent un entretien d'accueil et accompagnent le patient et sa famille)
- **Assistante de Service Social**
(Écoute, informe et accompagne le patient dans les démarches administratives)
- **Secrétaire**
(Accueille et renseigne)

→ **Accompagne le patient pour**

- Réaliser un bilan des capacités auditives fonctionnelles et des capacités de communication.
- Construire un projet individualisé de réadaptation permettant de préserver l'autonomie, la sécurité et la qualité de vie.

L'admission au centre est possible après constitution d'un dossier complété par le patient, son médecin traitant, son ORL et après appareillage par son audioprothésiste (l'appareillage n'est pas une condition exigible pour les personnes qui présentent des acouphènes).

→ **Collabore avec des professionnels de santé partenaires**

- ORL
- Médecin gériatologue
- Orthophoniste
- Audioprothésiste

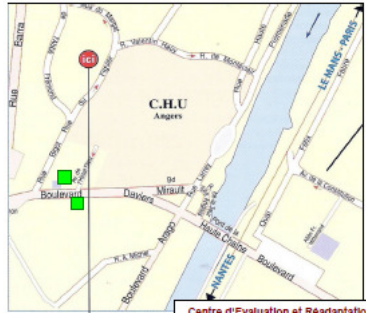
L'accueil est assuré du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h

02 41 36 36 16
Fax : 02 41 36 85 99
accueil-certa@mfam-certa.fr


Prestations prises en charge par l'Assurance Maladie




Annexe 4 – Livret d'accueil du patient (source : CERTA)





Centre d'Évaluation et Réadaptation des Troubles de l'Audition
(derrière le CHU - Parking à disposition)
4, rue de l'Abbé Frémond - 49100


Accès par le Bus :
De la gare :  Ligne 5, 8 et 9 Arrêt « Hôpital », situé boulevard Daviers

Pour plus d'information, contactez-nous :
Tél : 02 41 36 36 16
Fax : 02 41 36 85 99
Email : accueil-certa@mfam-certa.fr



LIVRET D'ACCUEIL DU PATIENT



Centre d'Évaluation et Réadaptation des Troubles de l'Audition

4 rue de l'Abbé Frémond - 49100 ANGERS

Tél : 02 41 36 36 16 Fax : 02 41 36 85 99

Email : accueil-certa@mfam-certa.fr

Livret d'accueil du patient CERTA

SOMMAIRE

L'organisme gestionnaire	1
Présentation de l'établissement	2
1. Son activité	2
2. Plan de l'établissement	2
Votre parcours au Centre	3
1. L'admission	3
2. Votre prise en charge au Centre	3
2.1. Un bilan personnalisé de vos capacités fonctionnelles	4
2.2. La rééducation / réadaptation au Centre	5
2.3. La possibilité d'un accompagnement personnalisé	5
L'équipe du Certa	6
1. Le médecin ORL	6
2. L'orthophoniste	6
3. L'audioprothésiste	7
4. L'ergothérapeute	7
5. Le psychologue	8
6. L'assistant(e) de service social	8
Informations pratiques	9
Vos droits et devoirs	10
Annexes	
Charte de la personne hospitalisée	
Organigramme	
Plaintes et Réclamations	
Associations susceptibles de vous intéresser	

ASSOCIATIONS SUSCEPTIBLES DE VOUS INTERESSER

- Surdi 49 : Anjou Association des Malentendants et Devenus Sourds
22, rue du Maine Bat A, 49100 Angers
E-mail : contact@surdi49.fr
Site : <http://surdi49.fr>
- BUCODES : Bureau de Coordination des associations de devenus sourds et malentendants
73 rue Riquet, 75018 Paris
E-mail : bucodes@free.fr
Site : <http://bucodes.free.fr>
- UNISDA : Union Nationale pour l'Insertion Sociale Devenus Sourds et Malentendants

Amir Alexis Sarraf-Moayeri

Mémoire : « Le centre d'évaluation et de réadaptation des troubles de l'audition d'Angers : enjeux, retombées, perspectives »

En septembre 2009, un nouvel établissement a ouvert ses portes à Angers : le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition (CERTA). Il s'agit du premier établissement en France à proposer une aide personnalisée à des patients de plus de 20 ans, qui rencontrent d'importantes difficultés au quotidien du fait de troubles de l'audition, grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire : ORL, audioprothésiste, orthophoniste, psychologue, ergothérapeute et assistante de service social.

Le mémoire a pour objectif d'analyser le processus de rééducation/réadaptation mis en place par le Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers et de mesurer les répercussions d'un tel centre.

La première partie du mémoire dresse un état des lieux des troubles de l'audition en France, en expliquant leurs conséquences pour la qualité de vie des patients. La deuxième partie est consacrée à la présentation du Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition d'Angers. La troisième partie porte sur la rééducation auditive pluridisciplinaire et de son intérêt pour les personnes souffrant de troubles de l'audition. La quatrième partie présente des exemples de parcours de patients au sein du CERTA. La cinquième partie du mémoire présente les résultats d'une enquête qualitative menée auprès des audioprothésistes exerçant dans le territoire d'intervention du CERTA d'Angers.

Mots clés : pluridisciplinaire, rééducation, réadaptation, troubles de l'audition, CERTA, Angers.