

Apport de l'Orthophonie chez la personne presbycusique:

Indication, Intérêts et prise en charge

Nicole Denni-Krichel

Orthophoniste

La déficience auditive a pour conséquence un handicap social bien plus important qu'on ne l'imagine habituellement. Ce handicap provient de la perte ou de la dégradation des fonctions primordiales de l'audition : l'alerte et la communication audio-verbale. Il en résulte un isolement qui est la conséquence de ces deux sortes de privations sensorielles.

- Privé d'ambiance sonore, la personne malentendante ne participe que par intermittence à la cascade d'événements qui se produisent à faible niveau sonore, dans son environnement proche. Ce processus constitue un facteur supplémentaire de risque par annulation de la fonction d'alerte. De plus, la privation sensorielle tend à couper le malentendant du monde extérieur, lui donnant ainsi une attitude et un comportement atypique pouvant susciter la curiosité ou le rejet.

David Lodge, dans son dernier livre « La vie en sourdine », dit bien que « les gens qui vous connaissent pas ignorent que vous êtes sourd jusqu'au moment où ils essaient de communiquer avec vous pendant un certain temps mais sans y parvenir, et alors ils éprouvent de l'irritation plutôt que de la compassion ».

- Partiellement privé de communication audio-verbale, la personne malentendante a tendance à se retirer de toute participation à la vie sociale. Cette attitude est certes liée à la diminution des capacités de communication, mais aussi à des freins d'ordre psychologique : refus de l'état de malentendance, minimalisation du handicap, crainte d'une moquerie.

Chez les sujets atteints de presbycusie évolutive, le cheminement est progressif et, sans une aide extérieure, le refus s'aggrave avec le temps. Ces personnes sortent ainsi peu à peu de la communication.

Nous pouvons dire qu'avec l'âge, la baisse de l'audition est donc inéluctable, mais que le handicap peut être limité.

L'appareillage doit permettre d'améliorer la communication. Le port d'aides auditives sans être trop précoce, doit cependant être décidé assez tôt ; en effet il faut éviter l'isolement par manque de communication et il est d'autre part nécessaire que les capacités d'adaptation du sujet soient intactes.

Il est actuellement reconnu que le seul port d'aides auditives ne suffit pas. Que sans rééducation orthophonique, ces prothèses atterrissent souvent dans le tiroir d'une table de chevet. Et que du coup elles ne servent à rien.

La rééducation orthophonique : un complément pour une meilleure prise en charge de la personne hypoacusique

La rééducation orthophonique s'appuie sur les capacités auditives restantes liées à l'état organique auditif, mais également sur la qualité du traitement de l'information auditive. Elle tient compte aussi bien des interactions des autres sens que de l'état moteur et cognitif du patient. C'est dans ce sens qu'elle prend en compte la personne dans sa globalité, en fonction de ses habitudes de vie, afin de diminuer les situations de handicap. Elle implique un travail

interdisciplinaire, sur le champ de l'appareillage, de l'entraînement à l'utilisation de l'audition fonctionnelle, du développement de nouvelles postures de communication.

Qui est l'orthophoniste?

L'orthophoniste est le professionnel de santé dont la mission est de prévenir, de repérer et de dépister, d'évaluer par le bilan orthophonique et de prendre en charge, aussi précocement que possible, les pathologies de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit et de et les troubles de la communication, quelle que soit leur origine, chez l'enfant ou chez l'adulte.

Il est habilité à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. La rééducation orthophonique étant accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient (décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste).

Quelles pathologies prend-il en charge ?

- Les troubles de l'articulation, de la parole, du langage oral
- Le bégaiement
- Les troubles de la communication
- Les troubles spécifiques du langage écrit : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie
- **La surdité**
- Les troubles liés aux fentes vélo-palatines
- Les troubles d'origine neurologique y compris dégénératifs et traumatiques
- Les troubles d'origine génétique
- Les troubles de la voix, de la déglutition...

Qui prescrit et comment prescrire des séances de rééducation orthophonique?

L'orthophoniste est un auxiliaire médical qui travaille sur prescription médicale. Dans le cadre de cette prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Il existe trois types de prescription :

1 - le bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire : à l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'entente préalable.

2 - le bilan de renouvellement : à la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur. Si à l'issue des 50 premières séances pour les rééducations individuelles cotées de 5 à 12,1 ou de groupe, des 100 premières séances pour les actes cotés 13 à 15, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

3 - le bilan orthophonique d'investigation : à l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. L'orthophoniste établit une demande d'entente préalable.

Différents examens sont réalisés par l'orthophoniste et donnent lieu à un compte-rendu écrit au prescripteur: bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles, bilan de la phonation, bilan du langage oral et/ou bilan des aptitudes à l'acquisition du langage écrit, bilan du langage écrit, bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique, bilan des troubles d'origine neurologique, bilan du bégaiement, bilan du langage dans le cadres des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus la surdité).

Qu'est ce qu'un bilan orthophonique?

Depuis l'avenant conventionnel du 13 mars 2002, le bilan orthophonique doit être l'outil de la coordination entre prescripteurs et orthophonistes. Il est l'outil indispensable à la pose du diagnostic orthophonique, à la décision thérapeutique et à la conduite du traitement ; il en est le fondement. Il s'agit d'un outil de dépistage, de prévention et d'évaluation. Il permet de déterminer la nature des troubles, les capacités et fonctions altérées du patient, ses aptitudes, le diagnostic orthophonique et le projet thérapeutique orthophonique.

Le bilan permet de proposer une thérapeutique adaptée : un suivi du patient à intervalles réguliers pour des bilans d'évolution, un accompagnement de l'entourage familial, professionnel ou institutionnel, une proposition d'examen et/ou de consultations complémentaires : ORL, gériatrique, psychiatrique, neurologique, psychologique..., une prise en charge orthophonique

Grâce à son bilan, l'orthophoniste va

- retracer l'histoire de la surdité : date et mode de survenue, date d'appareillage...
- déterminer la plainte du patient et sa demande.
- recenser les modalités de communication utilisées par le patient (lecture labiale, langage gestuel personnel, écriture, etc ...)
- évaluer le niveau d'intégration auditive dans plusieurs configurations :
 - audition seule
 - prothèse(s) auditive(s) seule(s)
 - audition/prothèse(s) et lecture labiale
 - lecture labiale seule
- évaluer les difficultés de compréhension dans la vie quotidienne : milieu bruyant, réunions, conférences, téléphone, TV, etc...
- analyser le contrôle vocal (intensité, timbre et débit) et l'intelligibilité de la parole.
- observer les processus d'attention et de mémorisation +/- bilan neuropsychologique.
- évaluer le niveau de langage oral
 - sur le versant expression (lexique, syntaxe et pragmatique).
 - sur le versant réception c'est-à-dire les capacités de compréhension.
- définir le contexte socio-professionnel et les répercussions de la surdité sur le statut social.
- déterminer le niveau socio-culturel, les centres d'intérêt et l'appétence du sujet pour les activités linguistiques (lecture, écriture, jeux de langage, apprentissage de langues étrangères, etc ...).

La prise en charge orthophonique visera le maintien de la communication et l'apprentissage de la

lecture labiale avec un travail portant sur :

- les images labiales : explication du système vocalique et consonantique, prise de conscience et identification des images labiales sur soi et sur l'interlocuteur.
- la reconnaissance des sons verbaux : reconnaissance des formes labiales, reconnaissance de mots mono, dissyllabiques en liste fermée puis ouverte, compréhension de phrases en liste fermée puis ouverte.
- les capacités d'attention, d'anticipation
- le raisonnement logique et de l'accès à l'implicite.
- la pragmatique du langage, c'est-à-dire son utilisation dans les situations concrètes de la vie quotidienne
- la communication
- le contrôle vocal
- l'intelligibilité de la parole

Elle se fera à raison d'une ou plusieurs séances par semaine, en présence ou non du conjoint, l'entourage étant régulièrement rencontré, informé et conseillé. L'orthophoniste apportera en effet à l'entourage familial ou institutionnel une information sur la surdité et ses effets dans la vie quotidienne, une reprise de l'information sur les aides auditives, un ensemble de conseils... L'objectif est de changer le regard des personnes entourant la personne malentendante en les aidant à mieux comprendre l'impact de la déficience auditive dans la vie de tous les jours et par conséquent mieux savoir ce qu'il faut faire et ne pas faire en sa présence. Le maintien de la communication étant toujours au cœur de cette prise en charge.

Parallèlement à la prise en charge du patient malentendant, l'orthophoniste

- adresse au médecin prescripteur un compte-rendu du bilan réalisé
- entre en contact avec les autres professionnels qui s'occupent du patient (audioprothésiste, auxiliaire de vie, infirmière, neurologue, kiné, ORL, psychologue...)
- peut être amené à l'issue du bilan ou lors du traitement à demander des examens complémentaires.

et trouve ainsi pleinement sa place dans l'équipe interdisciplinaire autour du patient malentendant. Il contribue par là même au mieux être de la personne presbycusique.

A l'heure où travail en réseaux, interprofessionnalité sont de plus en plus mentionnés pour améliorer la qualité de soins, il nous semble indispensable de parfaire le partenariat ORL, audioprothésiste et orthophoniste. Si ce partenariat est de fait pour la prise en charge de l'enfant sourd ou de la personne implantée, elle n'est pas encore suffisamment développée autour de la personne adulte malentendante.