


Surdité



Cet article ou cette section doit être recyclé.

Une réorganisation et une clarification du contenu sont nécessaires. Discutez des points à améliorer en page de discussion.

Surdité	
<i>Classification et ressources externes</i>	
Symbole international pour personnes sourdes et malentendantes	
CIM-10	H90 ^[1] - H91 ^[2]
MedlinePlus	003044 ^[3]
MeSH	D034381 ^[4]
 Mise en garde médicale	

La **surdité** est un état pathologique caractérisé par une perte du sens de l'ouïe (ou audition) de degré variable. Le terme **hypoacousie** est synonyme, bien que parfois réservé en cas de surdité partielle. Lorsque la surdité est totale, on parle de *cophose* ou parfois d'*anacousie*. On distingue la surdité uni- ou bilatérale selon le ou les côtés atteints, et la surdité de transmission ou de perception selon la partie correspondante de l'oreille atteinte.

Histoire de la surdité

Article détaillé : Histoire des sourds.

Au Moyen Âge, les sourds et leurs signes semblent bien acceptés.

Au XII^e siècle, le pape Innocent III autorise le mariage des sourds et muets, qui peuvent donner leur consentement par signes.

La classification des surdités

Surdité de transmission

La surdité est qualifiée de *transmission* quand l'oreille externe ou l'oreille moyenne est touchée, et que l'oreille interne est intacte. Parmi les principaux problèmes qui entraînent fréquemment des surdités de transmission, notons :

- le manque de mobilité du tympan (les causes sont multiples : otite séreuse ou séro-muqueuse, calcification, perforation, cholestéatome ...)
- un problème sur la chaîne ossiculaire (ankylose de l'étrier ou otospongiose, luxation d'un osselet, lyse ...)

Surdité mixte

La surdité est appelée mixte si elle relève d'un problème de transmission et de perception.

Surdité centrale

La surdité centrale se manifeste si les aires auditives du cerveau sont lésées.

- Surdité de perception, cette surdité atteint la cochlée ou les voies nerveuses post-cochléaires. L'oreille moyenne et externe est valide.
- Barotraumatisme, traumatismes sonores aigus (type explosion) ou chroniques (exposition professionnelle au bruit sur de longues durées sans protection)
- Maladie de Ménière
- Maladie auto-immune dans certains cas
- Neurinome, tumeur des voies nerveuses
- Presbycusie
- Prise de médicaments ototoxiques
- Syndrome de Waardenburg

Test auditif

Épreuve de Rinne

Cette section **ne cite pas suffisamment ses sources** (janvier 2014). Pour l'améliorer, ajouter en note des références vérifiables ou les modèles {{Référence nécessaire}} ou {{Référence souhaitée}} sur les passages nécessitant une source.

L'épreuve de Rinne permet de reconnaître le siège d'une lésion auditive. Afin de l'effectuer, le médecin se munit d'un diapason et le fait sonner près de l'oreille, puis fait sonner la queue de l'instrument entre les dents du patient.

Si l'audition par voie aérienne persiste et celle par voie osseuse a cessé, le teste de Rinne est positif, et la lésion a eu lieu dans l'oreille interne ou dans l'un des centres cérébraux de l'audition. Si, au contraire, l'audition par voie aérienne a cessé et que celle par voie osseuse persiste, le résultat est négatif, et la lésion se site dans l'oreille moyenne.

Détermination de la perception auditive

La perception auditive est mesurée en décibels, et correspond à l'atténuation entre le son réel atteignant l'oreille et le son perçu. Ainsi, il est impossible de déterminer un son d'un niveau inférieur l'atténuation de son oreille.

Pour déterminer le degré de surdité d'une personne, on se base sur les résultats de la meilleure oreille (celle qui a le moins de perte d'audition). Pour cette oreille, on fait alors la moyenne des pertes pour les fréquences de 500, 1000 et 2 000 Hz. En dessous de 20 dB de perte, l'audition est considérée comme normale. Pour le reste, on se reporte à la classification établie par le Bureau international d'audio-phonologie (BIAP), détaillée ci-après.

Dans le cas d'une perte de 20 dB à 40 dB, la surdité est considérée comme légère : 40 dB représente le volume sonore d'une conversation courante, ce qui implique que la parole normale est perçue mais certains éléments phonétiques échappent au patient. La voix faible n'est pas correctement perçue. Un enfant atteint de surdité légère peut présenter des signes de fatigabilité, d'inattention, un certain flou de compréhension, des difficultés articulatoires. Au-dessus de 30 dB de perte, si l'enfant est gêné à l'école, l'appareillage est possible.

Pour une perte de 40 dB à 70 dB, la surdité est moyenne. 60 dB représente le niveau sonore d'une conversation vive, ce qui implique qu'à ce niveau, la parole n'est perçue que si elle est forte. Chez l'enfant, les troubles du langage et de l'articulation sont importants, la compréhension est lacunaire. Entre 55 et 70 dB de perte, les enfants perçoivent la voix forte sans comprendre les paroles : l'appareillage et la rééducation sont alors nécessaires.

Pour une atténuation de 70 à 80 dB, la surdité est dite sévère, 80 dB représentant le niveau sonore d'une rue bruyante. Certains enfants atteints de surdité sévère entendent la voix à forte intensité mais ne comprennent pas les paroles. L'amplification des sons est insuffisante pour qu'il y ait élaboration spontanée de langage intelligible. Ces enfants procèdent par désignation de l'objet désiré : un appareillage, une rééducation et l'utilisation de la lecture labiale sont nécessaires.

Enfin, 100 dB représente le bruit d'un marteau-piqueur, et 120 dB celui d'un réacteur d'avion à 10 mètres. On parle donc de surdité profonde à partir de pertes supérieures à 90 dB. À cet état de surdité, l'enfant n'a aucune perception de la voix et aucune idée de la parole. Pour une surdité profonde, on recalcule une moyenne des seuils des fréquences 250, 500, 1000 et 2 000 Hz, ce qui permet de distinguer trois sous-catégories :

1. perte de 90 à 100 dB : surdité profonde du premier groupe
2. perte de 100 à 110 dB : surdité profonde du second groupe
3. perte de 110 à 120 dB : surdité profonde du troisième groupe

Pour des enfants atteints de surdité profonde, l'apprentissage de la langue des signes est prioritaire, puis un appareillage auditif, une rééducation et l'utilisation de la lecture labiale sont nécessaires quand l'âge de communiquer est atteint, ainsi qu'un suivi orthophonique.

Pour les pertes supérieures à 120 dB, on parle de surdité totale ou de cophose, il s'agit généralement d'une surdité de perception due à un dysfonctionnement de la cochlée, aucun son ne peut être perçu. L'appareillage classique (audioprothèse) permet d'entendre les sons, mais pas de comprendre la parole, seul l'implant cochléaire est efficace pour récupérer le maximum d'informations auditives.

À noter qu'en règle générale, plus la perte d'audition est forte, plus la récupération auditive par le biais de l'appareillage et de la rééducation est difficile, sauf pour les surdités post-linguales (survenues après la constitution d'une zone auditive et linguistique dans le cerveau).

Étiologie de la surdité

Congénitale

La surdité d'origine génétique atteint environ 1 à 3 enfants sur 1000^[5]. Beaucoup de ces surdités n'apparaissent qu'au bout de plusieurs années voire plusieurs dizaines d'années.

Les infections virales ou parasitaires au cours de la grossesse comme la toxoplasmose, la rubéole et la maladie des inclusions cytomégaliennes en sont souvent responsables. Cette dernière maladie est l'infection la plus fréquente chez la femme enceinte en Europe. Elle atteindrait jusqu'à 2 pour cent des femmes enceintes. La moitié des fœtus de ces femmes seront atteints par le virus et 10 % des fœtus développeront au bout de quelques années une surdité. Ce virus serait responsable d'un peu plus du cinquième des surdités congénitales^[6].

Les causes génétiques peuvent donner des surdités isolées (un peu moins de la moitié des cas étant dues à une mutation sur le gène *GJB2*^[7] ou dans le cadre de syndromes malformatifs (syndrome de Waardenburg ou de Pendred).

Parmi les enfants nés sourds, la proportion de gauchers est supérieure à la moyenne. Ainsi, d'après une étude, la proportion d'enfants sourds gauchers dépasse 20 % alors qu'elle est de 10 % chez les enfants ne présentant pas de surdité^[8].

Postnatale

Les maladies comme la méningite peuvent causer une surdité.

La surdité peut être causée par accident : blessure importante à l'oreille ou dégâts dus au souffle d'une explosion. Elle peut également être causée par une exposition à des sons trop intenses sans protections adéquates (barotraumatisme auditif).

Certaines personnes ne sont pas nées sourdes mais deviennent mal entendant petit à petit en vieillissant ; c'est ce qu'on appelle la presbycusie. La première cause étant la perte de fonctionnalité des cellules ciliées de la cochlée.

Surdité unilatérale brusque

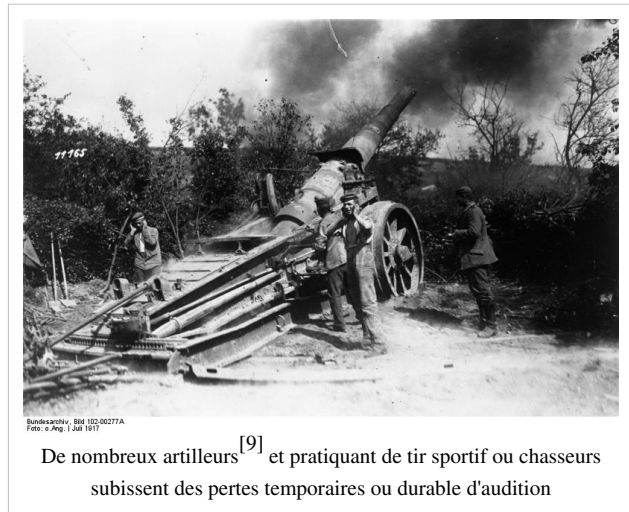
La surdité brutale est une vraie urgence nécessitant une prise en charge immédiate, dans les premières heures : Un traitement parentéral immédiat (corticoïdes, vasodilatateurs), éventuellement oxygénothérapie hyperbare ; Son efficacité est discutée, mais elle serait nulle après une semaine. La recherche nécessaire d'une cause la retrouve rarement. Le pronostic fonctionnel est péjoratif (50 % à 75 % ne récupèrent pas), surtout si la surdité est sévère ou profonde et si le traitement est retardé ou nul.

Par traumatisme sonore

Le bruit entraîne une surdité par destruction de l'oreille interne qui survient sous forme d'accident à la suite d'un son de très forte intensité, ou progressivement par exposition prolongée à des bruits trop intenses (avec une corrélation entre le temps d'exposition et le niveau sonore). Le mécanisme est la destruction progressive irréversible des cellules ciliées de l'organe de Corti dont les premières cellules touchées sont celles de la perception des sons de fréquence 4 000 Hz ce qui explique l'évolution clinique et la nécessité, prévue par la législation d'une surveillance régulière par audiogrammes des salariés exposés au bruit.

L'évolution passe généralement par 4 phases :

- un stade de fatigue auditive avec une perte auditive dans les 4 000 Hz transitoire qui apparaît à l'exposition et disparaît au repos ;
- puis ce déficit auditif devient permanent et définitif sous forme d'un scotome localisé sur la fréquence des 4 000 Hz sans que la personne ne puisse s'en rendre compte car les fréquences de la parole, dites "conversationnelles" sont de 500 à 2 000 Hz ;
- une troisième phase marque le début de la gêne avec des difficultés de compréhension quand le scotome s'étend et touche les 2 000 Hz ;
- l'évolution se poursuit par une aggravation de la perte auditive, sans que les fréquences les plus basses soient touchées^[10].



Bundesarchiv - Bild 102-00277A
Foto: o. Ang. 1. Juli 1917

De nombreux artilleurs^[9] et pratiquant de tir sportif ou chasseurs subissent des pertes temporaires ou durable d'audition

Ototoxicité médicamenteuse

De très nombreux médicaments peuvent provoquer des lésions souvent irréversibles au niveau des structures nerveuses de l'oreille entraînant une baisse, parfois sévère, des capacités auditives. Cette ototoxicité dépend de la dose et de la durée des traitements et elle est variable d'un sujet à l'autre ; elle est aggravée par une mauvaise élimination du produit incriminé (insuffisance rénale par exemple).

- Antibiotiques de la famille des aminosides. Cet effet ototoxique peut survenir après administration parentérale (intraveineuse ou intramusculaire), orale, locale ou par aérosols.
- Antibiotiques de la famille des macrolides (érythromycine) quand ils sont administrés par voie intraveineuse : perte d'audition habituellement réversible et fréquemment associée à des acouphènes.
- Vancomycine à fortes doses, elle est responsable d'une perte auditive généralement irréversible.
- Salicylés et autres anti-inflammatoires non stéroïdiens pris à forte dose et sur une longue durée : acide acétylsalicylique (aspirine), phénylbutazone et ses dérivés, diclofénac, ibuprofène, indométacine...
- Diurétiques (furosémide, acide éthacrinique, bumétanide) avec ototoxicité dose-dépendante, habituellement réversible à l'arrêt du traitement.
- Chimiothérapie : Cisplatine, vincristine, moutardes azotées, vinblastine, carboplatine, bléomycine ont une ototoxicité importante.
- Antipaludéens : quinine et chloroquine sont ototoxiques si la durée du traitement dépasse plusieurs mois.
- Autres médicaments *plus rarement* : antiarythmiques bêta-bloquants (propranolol, métoprolol), carbamazépine, acide valproïque, médicaments anti-ulcéreux (cimétidine, oméprazole), certains opiacés morphiniques, antidépresseurs tricycliques, IMAO, anxiolytiques (famille des benzodiazépines).

Maladie professionnelle

La surdité est dans de nombreux pays (dont en France) reconnue comme maladie professionnelle (en France au tableau n° 42 du régime général de la sécurité sociale et dans le tableau n° 46 du régime agricole, dans les deux cas assortie d'une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la surdité reconnue et d'un temps minimum d'exposition de 1 an (réduite à 30 jours pour l'exposition aux bruits violents dans la mise au point des propulseurs, réacteurs et moteurs thermiques). La déclaration et les mesures doivent être faites après 3 semaines de cessation de l'exposition au bruit professionnel et avant 1 an ;

La perte auditive doit être supérieure ou égale à 35 dB sur la meilleure oreille, déficit confirmé par une audiométrie tonale et vocale réalisée trois semaines à un an après la cessation de l'exposition aux bruits lésionnels (ce déficit audiométrique moyen de 35 dB est calculé en divisant par 10 la somme des déficits mesurés sur les fréquences 500, 1000, 2000 et 4 000 Hz, pondérés respectivement par les coefficients 2, 4, 3 et 1).



Protections dans l'exercice d'une profession très exposée

Épidémiologie

Alors que seulement environ 750 surdités professionnelles sont déclarées et reconnues chaque année en France, les enquêtes épidémiologiques pratiquées par les médecins du travail en Europe comme au Québec montrent une atteinte beaucoup plus importante : en France, l'enquête Summer donnait 27 % de salariés soumis à un bruit excessif et une autre enquête situe à 21,3 % soit 13,5 millions de salariés qui présentent un déficit auditif dû au bruit.

Le traumatisme sonore peut agir comme agent aggravant en cas de prise de médicaments potentiellement ototoxiques^[11] et peut être une cause d'accidents du travail, domestique et de la route.

Handicap mal exprimé

De nos jours, en France, il y a souvent des imprécisions sur le handicap avec *sourd* et *malentendant* : Un sourd peut être un ancien entendant et un malentendant, une personne âgée possédant un ou deux appareil(s) auditif(s). Pour un sourd oraliste, ce n'est pas toujours évident malgré sa parole orale qui fait croire que c'est un malentendant, soit un devenu-sourd que pourrait croire un entendant. C'est le même cas pour un malentendant. Sourd ou malentendant, quelle est la différence ? Ces catégories caractérisent toutes les deux une personne ayant une acuité auditive plus faible que la "normale".

Selon Bernard Mottez, la surdité n'est pas un handicap à proprement parler. Il y a un problème de communication à partir du moment où un sourd échange avec un entendant et inversement. Entre deux sourds, il n'y a aucune difficulté, de même qu'entre deux entendants. Mais alors la surdité serait un problème de langue ? Cependant bien que le problème de langue soit le principal problème que cause la surdité, la perception des bruits est aussi utile pour éviter un danger ou pour jouer à certains jeux ou sports.

Communication

Normalement, un sourd de naissance a sa propre langue, toutefois afin de communiquer avec des personnes ne connaissant pas cette langue spécifique, il est nécessaire d'opter pour d'autres possibilités. Ces possibilités ne sont pas exclusives. Un sourd peut s'exprimer par la langue des signes et/ou l'oral, savoir "lire sur les lèvres" et être équipé d'un appareil auditif en même temps. À bien savoir qu'un **sourd** et un **malentendant** ne se donnent pas du tout la même signification malgré ce que l'on croit encore de nos jours à cause des aides auditives. Un **sourd appareillé** n'est pas forcément un malentendant parce qu'il parle bien : il a du mal à comprendre parce qu'il lit sur les lèvres, surtout parce qu'il ne connaît pas tous les vocabulaires. Il peut très bien se fatiguer avec son ou ses interlocuteurs, qui lui parlent vite ou bougent tout le temps. Un **malentendant appareillé** n'est pas forcément non plus un « devenu sourd » à la suite d'un accident ou quoi que ce soit.

Les acouphènes sont des nuisances qui accompagnent souvent la surdité. Les acouphènes gênent souvent la communication allant même jusqu'à provoquer un repli de la personne. Les personnes souffrant d'acouphènes (ou assimilés : hyperacousie, hypersonie, sonophonie, etc.) se retrouvent souvent en situation d'évitement : cela veut dire que les personnes tentent d'organiser leur vie pour éviter d'avoir à subir des nuisances sonores qui risquent d'accentuer leurs acouphènes. C'est un cercle vicieux qui fait que les individus se retrouvent parfois isolés et ne peuvent souvent plus avoir une vie sociale normale. Cela est encore plus difficile quand il faut concilier vie personnelle, problèmes de santé et vie professionnelle.

À titre d'exemple personnel ayant eu "entre autres" à subir de l'hyperacousie avec des sons ayant parfois dix fois leur valeur normale, il est presque impossible de ne pas perdre la tête. Mais avec un "bon diagnostic", un traitement adapté et du temps il arrive que l'on puisse améliorer sa situation. Il est conseillé de contacter des associations qui sont souvent très compétentes pour aider dans les démarches.

- Acouphènes
- Hyperacousie

Langue

Les langues des signes sont des langues visuelles et gestuelles, et non sonores comme les autres langues. Ce ne sont pas des pantomimes ; elles emploient des signes et ont une grammaire élaborée qui leur est propre. Il est nécessaire que l'interlocuteur comprenne aussi la langue des signes pour que le sourd puisse communiquer avec lui. Certaines familles improvisent aussi des signes, mais ils ne font pas partie de la langue des signes. Contrairement à une idée très répandue, celle-ci n'est pas universelle. Toutefois, certains signes sont communs à plusieurs pays, et cela peut permettre à des sourds, pourtant originaires de pays très différents, de communiquer rapidement entre eux grâce des signes très iconisés. La langue des signes existe en France depuis plus de deux siècles. Il existe des interprètes en langue des signes. On considère que la langue des signes est la langue naturelle des sourds car elle est acquise par l'enfant de façon naturelle lorsque ses parents communiquent en langue des signes. Ceci n'est pas une appellation exclusive. De nos jours, l'adoption ou non de la langue des signes comme langue maternelle de l'enfant est fonction du choix d'éducation des parents et des professionnels de la surdité. Un sourd peut apprendre n'importe quelle langue à partir du moment où il en maîtrise au moins une, au même titre qu'un entendant.

Le français signé utilise les signes de la langue (LSF ou LSQ, lesquelles possèdent leur propre syntaxe) tout en conservant la syntaxe de la langue française. Ce sont surtout les sourds oralisés qui ont le français comme langue maternelle qui l'utilisent sans se référer à la culture sourde.

La lecture labiale permet au sourd de comprendre un interlocuteur oralisant, mais ne lui permet pas de percevoir l'intégralité du message. On estime que 30 % seulement du message est « lu » sur les lèvres, le reste étant interprété par la personne sourde suivant le contexte (suppléance mentale), ce qui donne souvent lieu à des malentendus. Par exemple, certains sons se ressemblent énormément sur les lèvres comme *baba*, *papa* et *mama*. Des phonèmes sont invisibles sur les lèvres comme le /r/ et le /k/ et sont donc difficiles à percevoir. Il existe même des blagues sourdes tirant parti de ces confusions comme *meilleurs veaux* pour « meilleurs vœux »...

Le langage parlé complété (LPC) est issu du *Cued Speech* américain, soit littéralement « parole codée ». Le LPC est un complément à la lecture labiale qui permet à l'enfant sourd une réception à 100 % du message oral. Il permet ainsi l'accès à la langue française dans des conditions comparables à celles d'un enfant entendant. C'est un outil très efficace pour l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, car il permet une totale autonomie du sourd face au support écrit. Le LPC est très facile à apprendre (une vingtaine d'heures pour acquérir l'ensemble des clefs); il demande ensuite une pratique régulière. Il est souhaitable de l'utiliser en famille (parents, fratrie, grands-parents, cousins...). Les choix familiaux peuvent être relayés dans le cadre scolaire, puisque des codeurs et codeuses professionnels en LPC sont autorisés — dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées — à intervenir en classe. Leur présence permet aux élèves sourds de bénéficier de l'intégralité du cours dispensé par le professeur, des interventions des élèves et de l'ambiance de classe : bruits divers, blagues, chahut... La vie de la classe est restituée dans son ensemble et permet donc l'intégration et la participation de l'élève sourd au sein du groupe. Le LPC existe en France depuis une trentaine d'années. L'association pour la promotion de la langue française parlée complétée (ALPC) dispense informations et formations pour les parents et les professionnels, notamment les orthophonistes (ou logopèdes) et les éducateurs spécialisés.

Technologie

L'appareillage (audioprothèse) permet aux malentendants de mieux entendre et aux sourds profonds d'avoir des repères sonores. Il est plus utilisé par les personnes qui deviennent sourdes en vieillissant. Beaucoup de parents entendants d'enfants sourds choisissent aussi cette option. Tous les sourds ne portent pas d'appareils, soit parce qu'ils ont une surdité trop profonde pour s'en servir efficacement, soit par choix personnel : on sait surtout que, pour les sourds et certains malentendants (nés sourds de naissance), l'appareillage n'est pas un miracle ; les repères sonores sont perçus d'une façon très différente de celle des entendants.

L'implant cochléaire est un appareil électronique composé d'un implant interne (une plaque métallique placée derrière l'oreille et des électrodes insérées dans la cochlée lors d'une opération chirurgicale) et d'un implant externe (un aimant qui est collé derrière l'oreille et un boîtier externe ou un contour d'oreille qui captent le son et le transmettent à l'implant interne). Il est utilisé pour les enfants sourds profonds et les devenus-sourds adultes sous certaines conditions (ancienneté de la surdité, état de la cochlée, appareils classiques non efficaces, etc.). L'implant cochléaire permet ainsi aux sourds profonds de retrouver une perception auditive, mais il ne remplace pas l'ouïe et nécessite une rééducation auditive importante.

Sous-titrage pour sourds et malentendants

Article détaillé : Sous-titrage pour sourds et malentendants.

On le désigne parfois sous le sigle de CC (*close captioning*)

- *Medias-soustitres.com*, le site militant des médias sous-titrés pour les personnes sourdes et malentendantes.
- [Cinécriture] Œuvre pour la promotion et le développement du sous-titrage au cinéma pour les personnes sourdes ou malentendantes.
- *www.universalsubtitles.org/fr/* est un projet communautaire développé par la *Participatory Culture Foundation* mettant à disposition un outil libre et gratuit pour l'ajout de sous-titres aux vidéos présentes sur la toile (Youtube, Vimeo, HTML5, et autres). Au delà du travail collaboratif de création et de traduction de sous-titres le site en est une plate-forme de diffusion et partage multilingue.

Éducation/Enseignement

Dans l'ensemble, on distingue deux grandes méthodes dans l'éducation des sourds :

Le bilinguisme qui consiste en l'apprentissage d'une langue des signes (par exemple la LSF, la LSQ, la LSFb ou l'ASL) et d'une langue orale dans sa forme écrite (par exemple le français écrit ou l'anglais écrit), afin de permettre à l'enfant sourd d'accéder à la langue nationale et à la culture majoritaire de son pays tout en faisant de la langue des signes sa langue maternelle et en lui permettant de développer une identité propre, liée à la communauté sourde et à la culture sourde.

La rééducation orale qui consiste à donner à l'enfant sourd la langue et la culture majoritaire de la société, généralement partagée par ses parents entendants, et donc à lui permettre de s'exprimer à l'oral, avec ou sans l'aide de mode communication d'appoint comme le langage parlé complété. Elle permet à l'enfant sourd qui peut évoluer dans un milieu entendant de s'intégrer dans la société, selon les normes de la culture majoritaire. Cette approche a davantage de pertinence pour les personnes sourdes qui possèdent un reste auditif, les malentendants, ou les personnes devenues sourdes qui ont déjà acquis la langue orale comme langue maternelle. Pour les personnes qui vivent avec une surdité profonde, la langue des signes reste prioritaire pour évoluer et s'intégrer dans la société.

Toutefois ces deux méthodes d'éducation ne sont pas forcément contradictoires, même si elles sont l'objet de conflits et de discussions interminables entre les partisans de chaque méthode pour savoir laquelle est la meilleure.

Normalement, les parents confrontés à ce choix peuvent choisir d'opter pour l'une ou l'autre des éducations dispensées aux enfants sourds bien que les moyens ne soient pas également répartis sur l'ensemble du territoire : on voit des familles déménager ou bien des transports assez longs pour les enfants sourds. Le choix se fait donc entre l'enseignement de la langue des signes et l'oral avec appareillage, ou la langue française parlée complétée (LPC) et l'oral avec appareillage. Il est également possible d'utiliser les trois au départ, puis de ne retenir ensuite que la formule qui réussit le mieux à l'enfant sourd.



Centre Auguste Jacoutot au Neuhof, au sud de Strasbourg

Relations sourds-entendants

Les relations sourds-entendants sont souvent tendues. Fondamentalement, c'est la vision de la surdité en tant que handicap qui heurte le plus les sourds. Il y a confrontation entre la vision de la surdité comme pathologie et la surdité comme identité et fondement de l'expérience commune dans une communauté. Regroupés entre eux, les sourds ne ressentent aucun manque, aucune déficience. Ils partagent des valeurs, des façons d'être et de comprendre le monde. En milieu entendant, la situation est différente, car on impose des normes "entendantes". On tente le plus souvent de réparer l'audition. Cette idéologie se retrouve dans toutes les sphères de la vie : famille, école, etc. Les sourds sont offensés que des décisions les concernant soient prises sans leur avis. C'est presque invariablement le cas dans le système scolaire. Les relations entre sourds et entendants sont principalement marquées par deux éléments : les difficultés de communication et l'acceptation de la surdité. Parfois ils se sentent psychologiquement « inférieurs ».

- **Famille**

Pour la grande majorité, les sourds sont minoritaires même dans leur propre famille. Voici à peine 20 ans, on déconseillait encore aux familles d'apprendre la langue des signes. Ici, ce sont les difficultés de communication qui caractérisent l'expérience de sourd dans sa famille. Dans la majorité des cas, les membres de la famille ignorent la langue des signes. Il y a souvent un sentiment d'isolement et parfois de rejet au sein même de la famille. Les échanges avec la mère sont généralement plus faciles. Mais il arrive que des frères ou des sœurs doivent interpréter entre le sourd et ses parents. Les contacts avec la famille élargie sont généralement lointains et superficiels.

- **Travail**

Les relations sociales ressemblent beaucoup au vécu familial. Le problème de communication est omniprésent. Au travail, les sourds sont souvent dans une situation complexe. En effet, les sourds oralistes (ou devenus sourds), qui représentent 90 % de la population ne percevant pas la parole, généralement vont "entendre" en lisant sur les lèvres tout en s'exprimant oralement comme tout un chacun. L'échange en face à face se fera assez facilement, a contrario ils vont rencontrer des difficultés en réunion et au téléphone. Les sourds signants, qui pratiquent la langue des signes pour s'exprimer, eux, auront en plus la difficulté des échanges en face à face. L'un des collègues entendants apprendra peut-être quelques signes et il sera appelé à aider la personne sourde à comprendre les autres. Il est rare que des amitiés solides se tissent dans le milieu du travail.

Néanmoins, avec l'adoption de la loi du 11 février 2005 *"pour l'égalité des droits et des chances, pour la participation et pour la citoyenneté des personnes handicapées"*, les employeurs ont pour obligation de rendre accessible l'intégralité de leurs services. Ainsi, bon nombre d'établissements ont mis en place des permanences de visio-transcription et visio-interprétation, c'est-à-dire une visioconférence avec un opérateur expert. Ce système permet aux personnes sourdes et malentendantes, de communiquer plus facilement, notamment à distance. La demande étant en perpétuelle augmentation, certaines solutions ont été développées par des entreprises du secteur privé pour rendre accessible les communications téléphoniques aux personnes sourdes et malentendantes.

Dans le milieu professionnel, existent les offres des centres-relais téléphoniques qui permettent aux salariés sourds d'émettre et de recevoir des appels, comme de participer à des réunions et suivre des formations professionnelles. Quel que soit le mode de communication choisi par la personne sourde ou malentendante (notamment transcription et LSF), les propos de la personne entendante sont transcrits ou interprétés par l'intermédiaire de l'opérateur. Ce système se fait entièrement à distance et garantit la retranscription intégrale des discours en toute transparence.

La loi handicap du 11 février 2005 s'applique aussi aux services publics et privés qui doivent se rendre accessibles aux personnes en situation de handicap en général et à celles atteintes de surdité en particulier. Partant du même principe que la solution citée pour les entreprises, les centres-relais téléphoniques permettent aux services publics de répondre à leurs obligations légales et de se rendre accessibles à leurs clients, usagers, bénéficiaires, ... sourds et/ou malentendants par téléphone.

- **Amitié**

Des difficultés de communications sont aussi présentes dans les amitiés entre sourds et entendants. En général, les sourds diront que leurs relations d'amitié avec les entendants sont différentes d'avec d'autres sourds. Comme pour le milieu familial ou le travail, c'est le degré d'acceptation de la surdité et la compréhension de l'identité sourde qui influencent la relation. Connaître la Langue des Signes n'est pas suffisant, il faut être capable de connaître les sourds, leurs valeurs et leurs comportements. Ils s'ennuient et se fatiguent souvent vite dans le milieu des entendants.

- **Relations sociales**

Les difficultés de communications entraînent parfois un sentiment d'isolement et de rejet. Cela apparaît comme un des facteurs qui encouragent les sourds à devenir gestuels et à intégrer la communauté sourde. Les contacts entre sourds et entendants sont marqués par les difficultés de communication mais tout autant par le degré d'acceptation de la surdité de la part de la personne entendante. En effet, accepter la surdité, c'est s'ouvrir à un autre mode de communication mais aussi un autre mode d'interaction.

Il y a des préjugés vis-à-vis des sourds mais aussi de la part des sourds à l'égard des entendants. Dans la société, on connaît très peu la réalité des sourds. Rares sont les personnes qui savent que la langue des signes est une langue spécifique (non universelle) et comparable au français, par exemple. Les sourds sont vus comme des handicapés et on doute souvent de leurs capacités intellectuelles.

En général, les sourds seront curieux, voire méfiants, vis-à-vis des entendants qui s'intéressent à la communauté : ils voudront connaître les motivations de ces personnes et chercheront à vérifier si elles comprennent bien la culture des sourds. Même si l'entendant s'exprime bien en langue des signes, une distance demeure entre le sourd et l'entendant.

Quelques sourds célèbres

Personnalités sourdes totalement ou partiellement

Classement par année de naissance

- Pinturicchio, peintre italien (1454-1513)
- Joseph Sauveur, acousticien français (1653-1716)
- Francisco Goya, peintre espagnol (1746-1829)
- Ludwig van Beethoven, compositeur allemand (1770-1827) - Devenu sourd
- Jean Massieu, répétiteur (1772-1846)
- Laurent Clerc, professeur (1775-1869)
- Ferdinand Berthier, écrivain français (1803-1886)
- Claudius Forestier, professeur (1810-1891)
- Bedřich Smetana, compositeur tchèque (1824 - 1884), sa surdité est due à la syphilis
- Gabriel Fauré, compositeur français (1845-1924) - Devenu sourd à partir de 1903
- La mère et la fiancée de Graham Bell, savant américain (1847-1922) Bell a de fait consacré sa vie à apprendre à parler aux sourds
- Elise Hall, (1853-1924), une saxophoniste et mécène américaine - sa surdité est due à la typhoïde
- Constantin Tsiolkovski, physicien russe (1857-1935), théoricien de l'aéronautique moderne - Devenu sourd pendant l'enfance
- Charles Maurras (1868-1952), journaliste et écrivain
- Helen Keller, institutrice privée, sourde et aveugle (1880-1968)
- Eugène Rubens-Alcais, fondateur de CSSMP, de la FSSF et de CISS (1884-1963)
- Ernest Hemingway, écrivain américain (1899-1961) - Devenu sourd

- Howard Hughes, (1905-1976), aviateur, constructeur aéronautique, homme d'affaires et producteur cinématographique américain - En partie seulement
- Oreste Carpi, peintre italien (1921-2008)
- Raymond Lévesque, auteur-compositeur québécois (1928)
- Emmanuelle Laborit, comédienne française (1971) - Sourde
- Deanne Bray, comédienne américaine (1971) - Sourde
- Marlee Matlin, comédienne américaine - Sourde
- Luis Buñuel, Cinéaste espagnol puis mexicain (1900-1983)- Sourde

Personnalités sourdes de fiction

- Kojirō Sasaki, bretteur japonais - Héros sourd du manga: Vagabond Tome 14 et 15.

Bibliographie

- Audrey Colleau-Attou (dir.), *Dépistage précoce de la surdité et prise en charge*, Fédération nationale des orthophonistes, Paris, 2009, 168 p. (numéro spécial de la revue *Rééducation orthophonique*, n^o 237, 2009)
- Nathalie Lachance, *Territoire, transmission et culture sourde : perspectives historiques et réalités contemporaines*, Presses de l'Université Laval, Québec, 2007, 292 p. (ISBN 978-2-7637-8393-2)
- Frédéric Pellion (dir.), *Surdité et souffrance psychique*, Ellipses, Paris, 2001, 127 p. (ISBN 2-7298-0643-1)
- Marc Renard, *Les sourds dans la ville : surdités et accessibilité*, les Éd. du Fox, Les Essarts-le-Roi, 2008 (3^e éd.), 574 p. (ISBN 978-2-9529348-2-4)
- Oliver Sacks, *Des yeux pour entendre : voyage au pays des sourds* (trad. de l'anglais par Christian Cler), Éd. du Seuil, Paris, 1990, 233 p. (ISBN 2-02-011584-0)
- Dominique Seban-Lefebvre et Christine Toffin, *L'enfant qui n'entend pas : la surdité, un handicap invisible*, Belin, Paris, 2008, 191 p. (ISBN 978-2-7011-4410-8)

Filmographie

- *Les Enfants du silence (Children of a Lesser God)*, film dramatique américain (1986) réalisé par Randa Haines d'après la pièce de théâtre de Mark Medoff, *Les Enfants du silence* (1980), interprétée en France en 1993 par Emmanuelle Laborit et Joël Chalude
- *La Parole muette de Yacine*, film documentaire par Alain Epelboin avec la collaboration de Yoro K. Fall, CNRS Audiovisuel, Meudon, 1987, 15' (VHS) (document tourné en juin 1986 à Malicka, faubourg de Dakar)
- *Le Pays des sourds*, documentaire de Nicolas Philibert, (avec la participation d'Emmanuelle Laborit), Éd. Montparnasse, Paris ; Buena Vista Home Entertainment, 2002 (1^{re} éd. 1993), 95' (DVD)
- *À chacun sa voix : entretiens avec des jeunes sourds profonds congénitaux*, documentaire réalisé par Emmanuel Forgue et Lucien Moatti, Ortho Édition, Isbergues, 1996, 28' (VHS)
- *Un enfant sourd dans votre classe*, documentaire réalisé par Laurent Lutaud, Centre régional de documentation pédagogique de Lyon, Lyon, 1999, 28' (VHS)
- *Sur mes lèvres*, film de fiction de Jacques Audiard avec Vincent Cassel et Emmanuelle Devos (2001)
- *Les patients du silence*, documentaire réalisé par Esther London, Hibou production, Paris, 2006, 52' (DVD)
- *Témoins sourds, témoins silencieux*, documentaire réalisé par Brigitte Lemaire et Stéphane Gatti, Les films du paradoxe, Bois-Colombes, 2006, 54' (DVD), (histoire des sourds juifs sous le nazisme)
- *Au collège avec la langue des signes française*, documentaire réalisé par Michel Beaudenon-Clauwaert, Françoise Duquesne-Belfais, Gérard Gautheron, et Thierry Poirier, INS HEA, Suresnes, 2007, 31' (DVD)
- *Sourds à l'image*, documentaire réalisé par Brigitte Lemaire et Jeanne Soral, CNRS Images, Meudon, 2007, 54' (DVD)

Notes et références

- [1] <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H90>
- [2] <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H91>
- [3] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003044.htm>
- [4] http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2012/MB_cgi?field=uid&term=D034381
- [5] National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Statistics about hearing disorders, ear infections, and deafness (<http://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/hearing.asp>)
- [6] Barbi M, Binda S, Caroppo S et Als. *A wider role for congenital cytomegalovirus infection in sensorineural hearing loss* (<http://www.pidj.org/pt/re/pidj/abstract.00006454-200301000-00012.htm>), *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:39-42
- [7] Papsin BC, Gordon KA, « Cochlear implants for children with severe-to-profound hearing loss » (<http://content.nejm.org/cgi/content/extract/357/23/2380>) *New Eng J Med.* 2007;357:2380-2387
- [8] Senol Dane, Kenan Gümüstekin « Handedness in deaf and normal children » *International Journal of Neuroscience* 2002;112(8):995-998. ou (<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a713740544~db=all>)
- [9] « *Aujourd'hui, il y a attaque générale sur tout le front, depuis ce matin c'est un enfer et on pourrait allumer sa pipe sur le canon de ma pièce tellement il est chaud, j'en suis sourd tellement le bruit est intense.* » Extrait de *Lettres de guerre d'un artilleur de 1914 à 1916* (http://books.google.fr/books?id=5iY_dWrsrHUC&pg=PA8&lpg=PA8&dq=surdit%C3%A9+artilleur&source=bl&ots=1quna3_mq3&sig=txUznrnpbyxNf-aSXRqPjm_91ko&hl=fr&sa=X&oi=book_result&resnum=2&ct=result) par Raoul Bouchet (artilleur lors de la Première Guerre mondiale)
- [10] du travail, description (<http://www.uvmt.org/sections.php?op=viewarticle&artid=568>) médecine
- [11] http://www.inrs.fr/htm/agents_ototoxiques_et_exposition_au_bruit.html document inrs

Sources et contributeurs de l'article

Surdité *Source*: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?oldid=101615893> *Contributeurs*: 307sw136, ANDRE Jean-François, Abamberg, Adrien Cornet, AndréMarchal, Anthere, Archiméa, Arria Belli, Audiopro, B-noa, Bapti, Bartok, Baztien, Binabik155, Bloubéri, Bnhk, Boeb's, Bogros, BonifaceFR, Bouchon, Bouchonneau, Bpierreb, Bradipus, CHEFALAIN, Caknuck, Cantons-de-l'Est, Cdang, Cestlogique, Chunshek, Clairette, Comcip, CommonsDelinker, Correjon, Coyote du 86, CuriousReader, Cœur, DameAureline, David Berardan, DavidJeloup, David60609, Dcbelanger, DocteurCosmos, Dromyolo, Durandal, Démocrite, Elminiq, Erasmus, Erasoft24, Escaladix, Fanwah, Fhennyx, Franz53sda, Ghz, Gronico, Grook Da Oger, Gérard, H4stings, Halyna Haiko, Hanoteau, Hashar, Hexasoft, Hémant, IAlex, Inocybe, Ivan.havlicek, Jborme, Jef-Infojef, Jeff Bailey, Jerome66, Ji-Elle, Jiefsourd, Jlancey, Jonathan1, Jules78120, K'm, Kezia1, Kfadelk, Khaalif, Kilith, Kindime, Klaire, Kley, Kokin, Kormin, Kowey, Kpinachyan, Kwak, Kyrielli, Lain, Lamardelmy, Lamiot, Like tears in rain, Litlok, Lowje, Marc Mongenet, Marcel.c, Marie Malino, Med, Meyabulle, Mirmillon, Montrealais, Mzelle Laure, Nanoxyde, Neoflex, Nguyenld, Nicnac25, NicoRay, NicoV, Nono ra, Nono64, Ofol, Oliv robin, Orikrin1998, Ork, Orthomaniaque, Os-max, Pabix, Pautard, Pcarbonnelle, Penjo, Pic-Sou, Pio, Plic, Pseudomoi, Remi146, Rosier, Rune Obash, Ryototo, RémiH, Salsero35, Sanao, Saroun, SergeLéonard, Skippy le Grand Gourou, Speculos, Symac, SyntaxTerror, Terresdumonde, Thielleux, Tibauty, Tieum, Titlutin, Treanna, Trimégiste, TwoWings, Utilisateur disparu, Virtual.particle, Vivarés, Vlaam, Voilivoila2012, Vroopster, Warinhari, Woombat, Xr, Yakafaucon, Yves.bertin, ZeroJanvier, Zetud, ~Pyb, Éric Messel, 179 modifications anonymes

Source des images, licences et contributeurs

Fichier:Recycle002.svg *Source*: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Recycle002.svg> *Licence*: GNU Free Documentation License *Contributeurs*: Marcelo Reis (image), bayo (svg conversion)

Image:Star_of_life_caution.svg *Source*: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Star_of_life_caution.svg *Licence*: GNU Lesser General Public License *Contributeurs*: Raster version by User:Mike.lifeguard Vector version by Lokal_Profil

Fichier:Bundesarchiv Bild 102-00277A, Frankreich, Schlacht an der Marne.jpg *Source*: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Bundesarchiv_Bild_102-00277A,_Frankreich,_Schlacht_an_der_Marne.jpg *Licence*: Creative Commons Attribution-Sharealike 3.0 Germany *Contributeurs*: Duch.seb, Kameraad Pjotr, Rcbutcher

Fichier:Colombia Jackhammer 01.jpg *Source*: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Colombia_Jackhammer_01.jpg *Licence*: Public Domain *Contributeurs*: Hk6rsf

Fichier:Centre Auguste Jacoutot-Strasbourg-Neuhof.JPG *Source*: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Centre_Auguste_Jacoutot-Strasbourg-Neuhof.JPG *Licence*: Creative Commons Attribution-Sharealike 3.0,2.5,2.0,1.0 *Contributeurs*: Ji-Elle

Licence

Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0
[//creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/)