



Malentendance, mode d'emploi

Conseils pratiques pour le malentendant

et ses proches

Rédigé par le Dr Pierre Liard, médecin ORL, Président de l'AGM
avec la collaboration M. Charaf Abdessemed. Juin2016 © AGM

www.agdm.ch

Avant-Propos

Devenir malentendant, voir même totalement sourd, peut survenir à tout âge. Ce handicap, dont le début est souvent insidieux et invisible est aussi difficile à comprendre pour les bien entendants qu'à exprimer pour les malentendants. Le but du présent fascicule est donc d'apporter des réponses simples aux questions principales que toute personne touchée de près ou de loin par la malentendance, (mécanismes de l'audition, dépistage, causes de perte, moyens auxiliaires etc.,) peut être amenée à se poser.

TABLE DES MATIERES

A. Comprendre :

- | | |
|---|----|
| 1) Fonctionnement de l'oreille | 5 |
| 2) Pourquoi et quand devient-on malentendant | 7 |
| 3) Dépistage de la de surdité chez le nouveau-né, prise en charge de l'enfant sourd | 8 |
| 4) Contrôles chez l'ORL, examens et tests | 10 |

B. Agir :

- | | |
|---|----|
| 1) Moyens à disposition pour améliorer notre audition | 11 |
| 2) Rôle de l'appareil acoustique, de l'implant cochléaire | 12 |
| 3) Les différents types de prothèses auditives et leurs indications | 14 |
| 4) Conseils de soins pour nos oreilles | 20 |
| 5) Entretien de la prothèse auditive | 21 |

C. S'adapter :

- | | |
|---|----|
| 1) Vivre avec des appareils auditifs | 22 |
| 2) Prise en charge des frais. Quand faut-il changer | 23 |

ses appareils auditifs ?

- | | |
|--|----|
| 3) Entendre en milieu bruyant : une gageure pour le malentendant
un effort à faire pour les proches | 25 |
| 4) Entendre avec les yeux, c'est possible... | 26 |

D. Prévenir :

- | | |
|-------------------------------------|----|
| 1) Prévention des troubles auditifs | 27 |
| 2) Acouphènes | 29 |

E. S'informer :

- | | |
|--|----|
| 1) Bienvenue à l'Association Genevoise des Malentendants (AGM) | 31 |
| 2) A qui s'adresser pour les questions complémentaires | 33 |

PARTIE A : COMPRENDRE

Comment fonctionnent nos oreilles ? Pour quelles raisons devient-on malentendant ? Comment découvre-t-on une déficience auditive ? Quel est le rôle de l'ORL ? Petit tour des secrets de notre appareil auditif.

A 1. Comment fonctionne notre oreille ?

L'Oreille est un organe qui comprend deux fonctions neuro-sensorielles, indispensable à la communication et à notre position dans l'espace : l'audition et l'équilibre.

Elle est divisée en 3 parties : **externe, moyenne et interne.**

Externe : pavillon (collection, amplification et localisation des sources sonores) et **Conduit Auditif Externe**, en abrégé **CAE**.

Moyenne = caisse du tympan ; membrane tympanique et osselets (marteau, enclume et étrier) transmettent les sons à l'oreille interne.

Interne : la cochlée transforme les sons en impulsions qui passent dans le nerf auditif, pour aboutir au cerveau. Le vestibule et les canaux semi-circulaires sont quant à eux le siège de l'équilibre.

Oreille interne est un organe très fragile ! Chacune de nos oreilles comprend un peu plus de 15.000 cellules nerveuses, qui ne se renouvellent pas lorsqu'elles sont détruites. Un seul traumatisme acoustique peut donc en détruire un certain nombre, avec, pour conséquence une surdité gênante définitive, souvent accompagnée d'acouphènes. Par comparaison, notre œil comprend plus de 120 millions de cellules nerveuses !

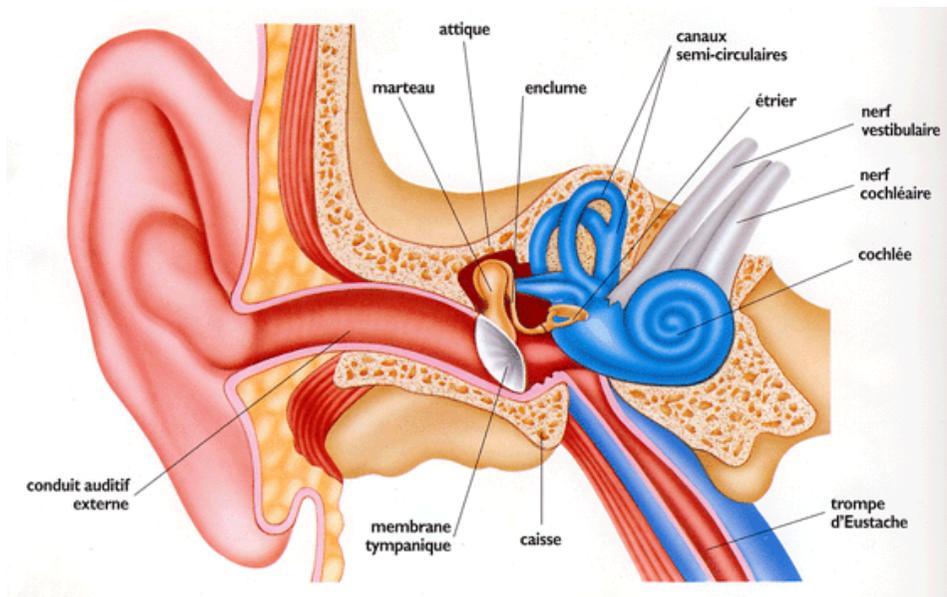


Figure 1 schéma de l'oreille : en rouge l'oreille externe et l'oreille moyenne, en orange les osselets, en bleu l'oreille interne. La cochlée (et le nerf cochléaire) est l'organe auditif, les canaux semi-circulaires (et le nerf vestibulaire) sont l'organe de l'équilibre.

A 2. Pourquoi et quand devient-on malentendant ?

Dans de nombreux cas la malentendance de nombreux cas la malentendance est d'origine multiple et la cause n'est pas forcément unique.

La surdité peut survenir à tout âge. Elle peut être congénitale : présente dès la naissance, unilatérale ou bilatérale, partielle ou totale, le plus souvent de cause indéterminée, parfois liée à une malformation de l'appareil auditif.

La surdité peut également être acquise, apparaissant dans le courant de la vie : maladies infectieuses, traumatismes, acoustiques, accidents avec fracture du crâne, maladies dégénératives en sont les causes les plus fréquentes. La diminution progressive de l'acuité auditive liée à l'âge s'appelle presbyacousie.

Enfin on peut classer la surdité selon les organes touchés :

On parle de surdité de transmission en cas de pathologie obstructive du CAE ou d'une atteinte de la membrane tympanique et de l'oreille moyenne causée le plus souvent par une otite moyenne chronique, avec perforation de la membrane tympanique et infection des osselets.

On parle de surdité de perception en cas d'atteinte de l'oreille interne (surdité endocochléaire) et/ou du nerf auditif (surdité rétro-cochléaire).

En outre une surdité peut être mixte, liée à la fois à une atteinte de l'oreille moyenne (surdité de transmission) et à une atteinte de l'oreille interne (surdité de perception).

Lorsque la surdité s'installe dans les fréquences aiguës, elle engendre une perte de la compréhension des consonnes, rendant le message incompréhensible : « Le chat boit du lait » devient « .e ..a. .oi. .u .ai. » en supprimant les consonnes.

A 3. Dépistage de la surdité chez le nouveau-né, prise en charge de l'enfant sourd

Depuis le début des années 2000, à Genève, presque tous les nouveau-nés sont dépistés, quelle que soit la maternité où ils naissent, dès le deuxième jour de vie si possible. Pour l'ensemble de la Suisse, 95% des nouveau-nés bénéficient ainsi de ce dépistage.

Son principe est simple : il s'agit de stimuler l'oreille interne avec des sons brefs, et d'enregistrer sa réponse, précisément celle des cellules ciliées externes, responsables de la discrimination auditive qui permet la distinction entre consonnes et voyelles. On peut stimuler une ou les deux oreilles.

S'il n'y a aucune réponse, on refait le même test quelques jours plus tard. Si celui-ci est toujours négatif, on pratiquera un test plus sophistiqué, appelé enregistrement des potentiels évoqués auditifs. Après stimulation de l'oreille interne avec des sons, on recueille, au moyen d'électrodes placées au niveau de la tête, l'information reflétant le fonctionnement de l'oreille interne, plus précisément au niveau des cellules ciliées internes, qui transforment l'information acoustique en un signal électrique.

Dans le cas où la surdité du nouveau-né est confirmée, une prise en charge rapide est indispensable. Des prothèses acoustiques seront adaptées en cas de surdité partielle. Le plus tôt possible des aides complémentaires, par exemple sous forme de langage parlé complété (LPC), pourront également être mises en place.

En cas de surdité profonde ou totale, c'est l'option d'un implant cochléaire qui sera évaluée. Grâce à une telle prothèse, l'enfant sourd profond pourra construire un langage oral, même si un accompagnement logopédique sera indispensable pour lui apprendre à entendre et à structurer ce que l'implant lui transmet. Au début une à deux séances de logopédie par semaine (écoute / acquisition du langage) seront nécessaires. La présence des parents est vivement souhaitée. Après quelques années, le langage est suffisamment développé pour que les séances de logopédie s'espacent, voire s'arrêtent. L'enfant pourra alors suivre une scolarité ordinaire, mais parfois en bénéficiant d'appuis supplémentaires. La langue des signes (LSF : langue des signes française) peut aussi être enseignée aux enfants porteurs d'un implant cochléaire lorsque l'apprentissage du langage est trop lent, voire insuffisant.

A 4. Contrôles chez l'ORL, examens et tests

Le médecin ORL est le spécialiste pour vos oreilles. Les examens qu'il pratique sont multiples : examen local, nettoyage du CAE si nécessaire, tests auditifs spécialisés comprenant une épreuve au diapason permettant de différencier surdité de transmission (oreille externe-oreille moyenne) et surdité de perception (dès l'oreille interne), audiogramme tonal (avec des sons), audiogramme vocal (avec des mots). En fonction des situations, des tests complémentaires y compris l'organisation d'examens radiologiques tel un scanner, voire une IRM permettront de différencier une surdité de l'oreille interne de celle liée à une atteinte du nerf auditif, voire même du cerveau.

PARTIE B : AGIR

B 1. Moyens à disposition pour améliorer notre audition

Lorsque la surdité est liée à une atteinte de l'oreille moyenne (la membrane tympanique et/ou les osselets), et **qu'elle gêne la compréhension**, une opération chirurgicale peut être indiquée et permettre la restauration de l'audition dans un bon nombre de cas. Si une intervention chirurgicale n'est pas possible, ou si son résultat n'est pas satisfaisant, une prothèse acoustique sera indiquée.

Lorsque la surdité est liée à une atteinte de l'oreille interne, restituer l'audition par une intervention n'est pas possible, et seule une prothèse acoustique permettra de la restaurer.

Lorsqu'une seule oreille est atteinte, quel que soit le type de surdité, on peut adapter un appareil CROS: le son capté par la prothèse acoustique de l'oreille sourde est transmis dans la bonne oreille. Si la meilleure oreille est aussi déficiente, une adaptation bi-CROSS donnera le meilleur résultat: on adapte deux prothèses auditives et les sons sont transmis uniquement dans la meilleure oreille.

En cas de surdité sévère ou totale, une prothèse conventionnelle ne peut plus être adaptée, puisqu'il n'y a plus de compréhension possible. On doit alors avoir recours à un implant cochléaire, qui est une prothèse implantée chirurgicalement dans l'oreille interne.

Lorsque la surdité est liée à une atteinte au-delà de l'oreille interne, par exemple du nerf auditif (surdité dite rétro-cochléaire), il n'y a aucune possibilité de restaurer l'audition, en dehors d'une implantation d'électrodes au niveau de la partie basse du cerveau. Très sophistiqués cette technique n'est envisageable que dans de très rares cas.

B 2. Rôles de l'appareil acoustique, de l'implant cochléaire

Le but de l'appareil auditif, appelé également prothèse acoustique est de suppléer l'audition déficiente.

En cas de surdité de transmission (oreille moyenne) le résultat sera très bon dans la grande majorité des cas. Exemple : si vous vous bouchez les oreilles (surdité de transmission), vous serez capable d'entendre la personne en face de vous, dès lors qu'elle élèvera suffisamment la voix. C'est exactement ce que va réaliser la prothèse acoustique, en amplifiant les sons.

Il en va tout autrement des surdités de perception, liées à un problème de l'oreille interne. Lorsque toutes les fréquences sont modérément atteintes, le gain de l'amplification à l'aide d'une prothèse restera bon. Malheureusement, lorsqu'il y a une atteinte essentiellement au niveau des fréquences aiguës, l'amplification des sons ne restaurera qu'insuffisamment la compréhension des consonnes, hélas indispensables pour comprendre une conversation. La prothèse acoustique devra alors comporter des caractéristiques particulières permettant de déplacer des sons peu ou pas audibles vers une région où l'audition est mieux conservée : c'est ce qu'on appelle la transposition fréquentielle, qui permettra une nette amélioration de la compréhension de la parole, pour autant que la conversation se déroule dans une ambiance calme.

Dans tous les cas une prothèse acoustique conventionnelle n'est jamais capable de créer l'audition, mais d'amplifier les sons. Dans le cas où l'audition est absente il faudra recourir à un implant cochléaire, dont le principe est de transformer les informations auditives en signaux électriques qui stimuleront le nerf auditif, ce qui permettra au cerveau de comprendre la parole.

B 3. Les différents types de prothèses auditives et leurs indications.

Il existe plusieurs types de prothèses auditives :

a. Le contour d'oreille classique ou rétro-auriculaire



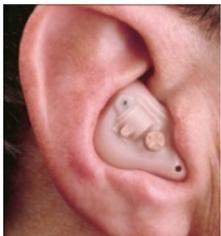
Le contour d'oreille est utilisé surtout pour les surdités sévères. La manipulation est aisée, particulièrement pour les personnes âgées, avec des troubles de la sensibilité des doigts. Les piles sont à grande capacité. Cet appareillage est en revanche peu esthétique : le microphone qui capte les sons, l'amplificateur, l'écouteur qui restitue les sons amplifiés et la source électrique (la pile), sont en effet situés dans un boîtier placé en arrière du pavillon de l'oreille. Les sons amplifiés sont amenés à l'embout situé à l'entrée du conduit auditif externe par un tube flexible.

b. **Le contour d'oreille avec écouteur déporté :**



Doté d'une meilleure esthétique que le modèle précédent, cet appareil est muni d'un boîtier plus petit et l'écouteur est placé directement dans le conduit auditif externe; l'embout peut être ouvert, supprimant les effets d'occlusion du conduit auditif externe, avec un très bon rendement lorsque les fréquences graves sont bien conservées. Il convient aux surdités légères à moyennes, avec perte progressive de l'audition dans les fréquences aiguës.

c. **Prothèse intra-conque :**



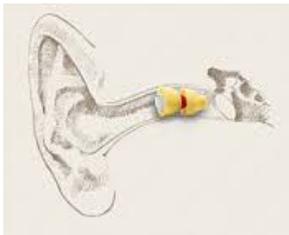
Les différentes pièces de l'appareil se situent dans un boîtier placé dans la cavité du pavillon de l'oreille à l'entrée du conduit auditif externe, appelée conque. Les performances sont celles d'un contour d'oreille.

d. Prothèse intra-canal/conduit :



Efficace dans les surdités légères à moyennes, cette prothèse est beaucoup plus petite que la prothèse intra-conque, mais elle est souvent choisie pour sa grande discrétion, en dépit Inconvénients parfois observés : sensation d'occlusion, bruits parasites aux mouvements de la mâchoire.

e. Prothèse intra-canal/semi-profonde :



Encore plus discrète que la précédente, mais très fragile, elle se loge dans le conduit auditif externe. Elle est efficace pour les surdités légères à moyenne, avec une restitution du son très proche de celui donné naturellement à la membrane tympanique. Sa mise en place demande du personnel qualifié et son prix est très élevé. En outre, elle ne peut pas être posée lorsque le CAE est étroit ou tortueux.

f. Lunettes auditives :



Elles conviennent particulièrement en cas de surdité de transmission (oreille moyenne), ou de surdité mixte (oreille moyenne + interne). Leur principal inconvénient est le couplage vue-audition : lorsqu'on les enlève, on perd l'audition !! Un autre inconvénient est le contact relativement important de la branche des lunettes sur la peau et l'os.

g. La prothèse à encrage osseux :



Le boîtier de cette prothèse est amarré à une « vis » implantée dans l'os temporal du crâne. Les sons captés sont transformés en vibrations permettant la stimulation des cellules nerveuses de l'oreille interne. Son principal inconvénient est le risque d'infections répétitives autour de la « vis », qui est en outre peu esthétique. Comme l'amplification qu'elle permet est importante, elle est utilisée pour la prise en charge des surdités de transmission ou des surdités mixtes sévères, ainsi que dans les cas de surdité totale sur une oreille (cophose). Le son capté du côté sourd est transmis par l'intermédiaire des os du crâne à la bonne oreille. Elle représente également un bon recours en cas de malformation sévère, voire d'absence congénitale du conduit auditif externe, ou encore dans les cas où il est impossible avec une prothèse conventionnelle, quand par exemple une opération chirurgie n'a pas permis de restaurer l'anatomie qui aurait permis l'adaptation d'une prothèse conventionnelle.

h. Implant cochléaire :



Les sons captés (1) sont transmis à un processeur (mini-ordinateur) qui les transforme en signaux électriques. Une antenne (2) transmet ces signaux électriques à la partie implantée (3), jusqu'au faisceau d'électrodes placé dans l'oreille interne (cochlée). Les impulsions électriques générées stimulent les fibres du nerf auditif (4). L'implant cochléaire permet très souvent une bonne compréhension de la

conversation, surtout dans une ambiance calme, par contre l'écoute de la musique est en général peu satisfaisante (d'après S. Lenglet, CRIC, 2010).

Les indications de l'implant cochléaire sont la surdité totale bilatérale congénitale ou acquise, ou les surdités sévères ne permettant pas l'adaptation de prothèses conventionnelles. Les enfants naissant avec une surdité congénitale très sévère ou totale, peuvent bénéficier très rapidement, dans les premiers mois de leur vie, d'un implant cochléaire qui leur permettra de développer le langage. En effet, pour parler, il faut commencer par entendre !

B 4. Comment prendre soin de ses oreilles

Le cérumen (la cire) qui se forme à l'entrée du conduit auditif externe a tendance à s'extérioriser spontanément. Le système est dit auto-nettoyant. Le nettoyage du conduit auditif externe avec un coton-tige est donc inutile, voire même nuisible car il risque de pousser la cire au fond du conduit, d'où elle ne pourra plus sortir d'elle-même. Ainsi le nettoyage du pavillon et de l'entrée du conduit avec un « Kleenex » est suffisant dans la plupart des cas. Si on suspecte un bouchon de cérumen, mieux vaut consulter un médecin ORL, car, un lavage brutal du conduit externe à l'eau, au moyen d'une seringue, peut provoquer une rupture de la membrane tympanique.

B 5. Entretien de la prothèse auditive

L'entretien d'une prothèse auditive est indispensable pour lui assurer une durée de vie optimale. Le nettoyage doit être journalier, sans solvant ni tout autre produit de nettoyage, qui pourrait altérer la matière de l'embout, voire l'électronique de l'appareil. Tout comme il faut éviter l'application de laque à cheveux en portant la prothèse auditive.

Il faut en outre remplacer régulièrement les cônes anti-cérumen, et contrôler l'état de la pile, bien que pour les aides auditives modernes, un signal indique quand la pile doit être changée.

Les appareils doivent de préférence être retirés la nuit, tout en évitant de les oublier dans la salle de bains, l'humidité pouvant oxyder les contacts. Il faut également les enlever pour prendre une douche ou un bain. Si l'appareil émet un sifflement permanent lorsqu'il est en place dans le CAE, malgré un nettoyage consciencieux, il faut prendre contact avec le médecin ORL, pour un examen de l'oreille, un bouchon de cérumen pourrait en être la cause.

Au-delà de l'entretien quotidien de la prothèse, au moins une consultation annuelle est recommandée chez l'acousticien, le plus souvent pour s'assurer que les paramètres de l'appareil restent valables par rapport à l'audition qui a tendance à diminuer avec le temps.

PARTIE C : S'ADAPTER

Comment vivre au quotidien avec son trouble auditif ? Qui prend en charge les coûts liés à l'appareillage auditif ? Y a-t-il d'autres moyens de limiter au quotidien les conséquences d'une surdité ?

C 1. Vivre avec des appareils auditifs

Il n'est pas évident de s'adapter rapidement à un appareillage auditif, d'autant plus si l'audition a baissé progressivement, car on n'a plus le souvenir de ce que l'on entendait lorsque l'audition était normale. Une évidence s'impose : il faut porter ses appareils le plus souvent possible, du matin au soir, afin de créer une habitude. Un seul conseil : mettre ses appareils dès la toilette finie, ne les enlever que le soir, au coucher, en même temps que les lunettes si on en porte !

Pour le premier appareillage, les appareils ne sont pas réglés d'emblée au maximum de leur possibilité, car l'amplification ne serait que très mal supportée. En accord avec l'acousticien, les réglages ultérieurs seront plus aisés, dès lors que les appareils auront été portés régulièrement.

C 2. Prise en charge des frais. Quand faut-il changer ses appareils ?

En fonction de votre surdité le médecin ORL vous adressera à un acousticien pour adapter une prothèse acoustique. Si la surdité répond aux critères en vigueur, soit, en âge AI, une perte auditive totale d'au minimum 20%, ou en âge AVS d'au minimum 35%, une participation financière de l'AI/AVS sera envisageable, pour autant que vous en fassiez la demande.

En âge AI, soit avant 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes, un montant forfaitaire de CHF 840.- pour un appareil et CHF 1650.- pour deux appareils est accordé. Le forfait pour les piles est de 40.- par an et par côté. Un renouvellement est envisageable après six ans. Ce droit reste acquis après le passage en âge AVS (droit acquis dans l'AI). La prise en charge des appareils des enfants et des jeunes jusqu'à 18 ans est sujette à une réglementation particulière et doit passer par un médecin ORL agréé.

Si le premier appareillage est réalisé en âge AVS, le forfait est de CHF 630.-- pour un appareillage monaural. Depuis le 1^{er} juillet 2018, l'AVS accorde un montant de CHF 1'237.50 pour appareillage binaural. Le renouvellement peut être envisagé après cinq ans. Les bénéficiaires de prestation complémentaires peuvent obtenir une participation équivalant au tiers de la contribution de l'AVS soit CHF 210.-- pour un appareil et CHF 412.40 pour deux appareils.

Des assurances perte/vol peuvent aussi être contractées et sont conseillées au vu du prix des appareils auditifs, particulièrement pour les enfants, puisque leurs appareils restent propriété de l'AI.

Il y a encore d'autres situations dans lesquelles peuvent intervenir des assurances complémentaires, la LAMal, l'assurance ménage, etc.

Le double suivi, médecin ORL et acousticien, va renseigner sur l'évolution de l'audition. C'est un des facteurs pour envisager le changement des appareils. Il faut aussi tenir compte de l'usure prématurée de l'appareillage, souvent en fonction de facteurs locaux (transpiration excessive), et/ou professionnels.

Une prise en charge de renouvellement anticipé peut être envisagée en âge AI si l'aggravation de la perte auditive est d'au minimum 15 points, déterminés par les tests réalisés par le médecin ORL, ou 10 points, si la perte calculée lors de l'expertise précédente, excède 60%.

Enfin il faut savoir que dans des cas exceptionnels le remboursement AI peut être plus élevé que celui prévu par le forfait : il s'agit des cas de rigueur qui sont évalués par une expertise audiolinguistique dans le service d'audiologie d'une clinique ORL, à Genève, aux HUG. Votre médecin ORL, même s'il est reconnu comme médecin expert par l'AI, n'est pas habilité de se prononcer.

C 3. Entendre en milieu bruyant : une gageure pour le malentendant, un effort à faire pour les proches

Le bruit est le principal ennemi du malentendant. La perte auditive touchant essentiellement les fréquences aiguës est accompagnée d'une perte de la discrimination, c'est-à-dire l'impossibilité de faire la différence entre des consonnes et des voyelles. Dans un milieu calme, dans une conversation à deux, un appareillage auditif muni d'un programme de compression fréquentielle, permet en règle générale une assez bonne écoute, dépendant de l'intensité et du timbre de la voix de l'interlocuteur-trice.

Dans un milieu bruyant en revanche, surtout lorsque plusieurs personnes parlent en même temps, le message devient rapidement incompréhensible, que le malentendant soit appareillé ou non, y compris avec des prothèses auditives très sophistiquées.

Les proches doivent donc souvent tenir compte de cette situation particulière et consentir quelques efforts pour que le malentendant les comprenne ; ils doivent lui parler normalement, de face, afin qu'il puisse réaliser une lecture sur les lèvres, souvent spontanée. Car si peu de malentendants ont suivi des cours de lecture labiale, la plupart d'entre eux parviennent à mieux comprendre le message en voyant bouger les lèvres du vis-à-vis. Il ne sert à rien de parler fort, ni de crier vis-à-vis d'un malentendant. En effet la voix criée augmente les phénomènes de distorsion de la compréhension et plus vous allez crier, plus grande sera la difficulté de compréhension par le malentendant. Il est également inutile d'exagérer les mouvements des lèvres, en détachant et en appuyant sur chaque syllabe.

C 4. Entendre avec les yeux c'est possible...

Pour le malentendant, apprendre à lire sur les lèvres est un complément indispensable. La lecture labiale améliore la vie sociale, l'autonomie ainsi que la confiance en soi. Pour une raison simple : les prothèses auditives améliorent l'audition, mais elles restent peu efficaces dans certaines situations. La lecture labiale est donc une aide supplémentaire bienvenue et utile et son apprentissage est donc recommandé. Elle rendra la vie du malentendant plus acceptable, l'aidera dans son environnement professionnel et social. Un effort lui sera demandé mais le résultat sera encourageant, lui donnera de l'assurance pour comprendre les conversations et son entourage.

Après une interruption, l'Association Genevoise des Malentendants a le plaisir d'annoncer la reprise des cours en lecture labiale. Ces cours sont dispensés par des enseignantes, sous forme de sessions de 10 cours de 2 heures hebdomadaires. Pour tous renseignements (inscriptions, horaires), veuillez prendre contact avec les enseignantes de l'ARELL (Association Romande des Enseignantes en Lecture Labiale) pour Genève :

- Mme Valérie Studemann pour le niveau débutant-moyen, tél. 079 632 19 54
e-mail : valerie.studemann@bluewin.ch
- Mme Marialuisa Bonvin pour le niveau avancé, tél. 022 348 97 89
e-mail : mlbonvin@yahoo.it
liresurleslevres@gmail.com

Les cours ont lieu dans les locaux de l'AGM, 27, bd. Helvétique à Genève, 6^e étage, Tel 022 735 54 90.

Ils sont subventionnés par l'OFAS, toutefois, une contribution de frs 120.- est demandée pour chaque session.

PARTIE D : PREVENIR

D 1 : Prévention des troubles auditifs

Certains troubles auditifs, comme ceux liés au vieillissement, ceux liés à la maladie, à l'infection ne peuvent pas être prévenus. En revanche, il est possible et c'est impératif, de se protéger des conséquences du bruit, par le port de protections auditives lorsque l'on est exposé à des bruits importants ou répétitifs, qu'ils soient d'origine industrielle ou liés aux loisirs.

Les traumatismes sonores répétitifs sont en effet directement responsables d'une destruction progressive des cellules nerveuses de l'oreille indispensables à la compréhension, les cellules ciliées externes, qui permettent la distinction entre les consonnes et les voyelles. Il est donc impératif de se protéger contre le bruit, en tenant néanmoins compte du fait qu'il est pratiquement impossible de se protéger contre un traumatisme sonore aigu, comme par exemple une explosion, qui va se manifester immédiatement par une perte auditive, une sensation de plénitude de l'oreille, des acouphènes. Dans un tel cas il est impératif de consulter le plus rapidement possible un médecin ORL. En effet, parmi les conséquences, plutôt rares, d'un traumatisme sonore violent il y aura non seulement une destruction des cellules de l'oreille interne, mais on pourra aussi constater une déchirure de la membrane tympanique, ainsi qu'un déplacement des osselets de l'oreille moyenne dans l'oreille interne, avec des vertiges en plus de la surdité.

Quelques chiffres	
L'intensité des sons se mesure en décibels (dB) :	
Voix chuchotée	= 30 dB
Voix parlée normalement	= 70 dB
Voix criée	= 90 dB.
Dans l'industrie l'intensité du bruit pour une durée d'exposition de 8 heures de travail par jour (40 h/semaine) est d'au maximum 85 dB . Pour chaque augmentation de 3 dB , la durée d'exposition doit être diminuée par 2 : pour 88 dB , durée d'exposition de 4 heures , pour 91 dB , durée d'exposition de 2 heures ,...	
Lorsqu'un son augmente de 10 dB sa perception est 2 fois plus forte	

Enfin certains traitements médicaux peuvent affecter l'audition, et surtout si celle-ci a déjà un peu diminué, il conviendra d'évoquer cette question avec son médecin, particulièrement si le traitement envisagé est susceptible d'aggraver la perte auditive, par exemple lors de la prise de certains antibiotiques ou de médicaments anti-cancéreux.

D 2. Acouphènes

Deux types d'acouphène :

1. Les acouphènes **objectifs**. Ils sont perçus par l'entourage, spontanément ou au moyen d'un stéthoscope. Ils sont le plus souvent liés à des troubles circulatoires ou des contractions musculaires involontaires.
2. Les acouphènes **subjectifs**, que seule la personne concernée entend et qu'elle peut quantifier ou qualifier. Il n'y a aucun moyen objectif de les mettre en évidence.

Dans une grande majorité de cas les acouphènes sont liés à une perte auditive. Ils sont d'autant plus gênants qu'ils apparaissent brusquement, par exemple en cas de traumatisme acoustique sévère, avec une perte auditive, ou lors d'une surdité brusque, c'est-à-dire une installation très rapide d'une perte de l'audition, sans aucune cause décelable. Si l'audition est restituée, l'acouphène peut disparaître. Dans le cas où il persiste, et quelle qu'en soit la cause, il n'y aura aucun traitement permettant de le faire disparaître.

L'acouphène peut également s'installer lors d'une période de stress intense, mais aussi au cours d'une maladie neurologique, ou lors de la prise de médicaments toxiques pour l'oreille interne (anti-inflammatoires, Aspirine, certains antibiotiques, certains médicaments anti-cancéreux, des médicaments contenant de la Quinine, etc).

Si les acouphènes s'installent dans une seule oreille, un contrôle ORL s'impose, pour en rechercher la cause. Un tel symptôme pourrait être lié à une petite tumeur bénigne sur le nerf auditif. Un examen radiologique sous forme d'une IRM, peut alors être indiqué.

Une consultation chez son dentiste pourra aussi être requise, à la recherche d'un trouble de l'occlusion dentaire. Mais souvent, et à tort, on incrimine toutes sortes de pathologies responsables des acouphènes, le plus souvent un trouble circulatoire. Dès lors c'est l'escalade des médicaments à visée cardio-circulatoire, qu'il faut éviter absolument, car ceux-ci n'apporteront aucune solution.

S'il n'y a aucun traitement, certaines personnes voient leur état amélioré se trouvent améliorées par des soutiens psychologiques, par différentes techniques de relaxation comme la sophrologie, ou d'autres thérapies, comme le Tinnitus Retraining Therapy (TRT) ou thérapie de réhabilitation qui se fait au moyen d'une prothèse auditive délivrant des bruits de chuintement ou « blancs », avec une prise en charge psychologique et des exercices de relaxation. C'est donc une thérapie relativement lourde.

Le but de toutes ces thérapies n'est pas la guérison, mais d'apprendre à vivre le mieux possible avec ses acouphènes.

PARTIE D : S'INFORMER

D 1 : Bienvenue à l'Association Genevoise des Malentendants (AGM)

L'AGM est sans but lucratif, apolitique et sans distinction confessionnelle.

Elle s'efforce d'éliminer toute forme d'exclusion, de discrimination sociale, économique et culturelle en défendant la cause des malentendants.

Elle a comme principe fondamental le respect de la liberté individuelle des malentendants en prenant en compte leurs choix et leurs valeurs socio-culturelles.

Nos buts :

- Défendre les droits et les intérêts des personnes présentant une atteinte auditive.
- Mener des actions d'information et de sensibilisation.
- Agir pour l'intégration et la réhabilitation.
- Informer au travers de sa newsletter.
- Conseiller, aider et soutenir les personnes malentendantes, leurs proches et les professionnels.
- Dispenser des conseils et contrôles des appareils auditifs dans les EMS.

Accueil : du lundi au jeudi de 09h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

Contact : info@agdm.ch

Tel : 022 735 54 90

SERVICE SOCIAL

Le service social s'adresse à toute personne, de la naissance à la retraite, malentendante, devenue sourde ou sourde de naissance ainsi qu'à leur entourage. Il répond aux questions des services et administrations concernés par un problème en lien avec la surdité. Il accompagne les parents d'enfants présentant une perte auditive quel que soit le mode de communication et/ou de réhabilitation privilégié.

Il traite les questions relatives à la surdité, aux droits des personnes en matière d'assurances sociales, aux moyens auxiliaires et à leur financement.

Le service social propose un soutien aux personnes devant faire face à des questions d'ordre familial, financier, social telles que celles liées à la gestion administrative, la scolarité, l'intégration professionnelle, à l'isolement et aux loisirs.

Le service social reçoit sur rendez-vous.

Permanence : Tous les jeudis permanence sociale avec interprète LSF et sans rendez-vous de 13h00 à 16h00

Tel : 022 735 56 42 - Fax : 022 735 57 14

www.agdm.ch

D 2 : A qui s'adresser pour les questions complémentaires

1. Votre médecin ORL est à même de répondre à toutes vos questions, pour autant qu'il soit médecin-expert reconnu par l'AI pour les appareils auditifs.
2. Réglementation AI-AVS sur le site de l'Office fédéral des assurances sociales, domaine Assurance-invalidité, où tous les règlements peuvent être consultés : www.bsv.admin.ch/?lang=fr

Vous pouvez télécharger sur Internet les formulaires AI ou AVS.

En âge AI : formulaire 001.002, demande de prestations AI pour adulte : moyens auxiliaires, à l'adresse suivante :

<https://www.ahv-iv.ch/p/001.002.f>

En âge AVS : formulaire 009.001, demande : moyens auxiliaires de l'AVS, à l'adresse suivante :

<https://www.ahv-iv.ch/p/009.001.f>

En cas de difficultés vous pouvez demander à l'acousticien de vous aider à faire les démarches.

Vous pouvez aussi consulter, sur le même site, les mémentos suivants qui vous donneront tous les renseignements nécessaires :

4.08.f Prestations de l'AI : Appareils auditifs de l'AI,

3.07.f Prestations de l'AVS : Appareils auditifs de l'AVS

3. Service social de l'Association Genevoise des Malentendants, Boulevard Helvétique 27, 1207 Genève, tél. 022 735 56 42, www.agdm.ch
4. Forom Ecoute, Fondation Romande des Malentendants, Avenue des Jordils 5, 1006 Lausanne, tél. 021 614 60 50, www.ecoute.ch et info@ecoute.ch
5. Fédération suisse des sourds (FSS), www.sgb-fss.ch
6. Association suisse de parents d'enfants déficients auditifs (ASPEDA), www.aspeda.ch
7. Association romande des enseigantes en lecture labiale (ARELL) www.arell.ch
8. Association suisse des Codeuses/codeurs-interprètes en Langage Parlé Complété www.asci-ipc.ch
9. Fondation A CAPELLA pour l'intégration des sourds et malentendants www.a-capella.ch