

Intérêt d'une prise en charge précoce de la surdité – La notion de surdité « très légère » et les conséquences neurologiques du retard d'appareillage auditif

Extraits de la thèse de doctorat de Séverine LEUSIE

Une récente thèse de doctorat en neurosciences soutenue par Séverine LEUSIE (Leusie, 2015) cherche à établir le degré de corrélation entre les résultats de l'acoumétrie (évaluation de la fonction auditive par des tests à divers niveaux de voix nue) et la perte auditive mesurée de façon clinique (audiométrie tonale). Les sujets testés vivent en institution.

Madame LEUSIE explore l'intérêt d'une reclassification des surdités dans l'optique d'une prise en charge plus précoce de la surdité qui s'avère idéale sur le plan de la conservation des capacités neuro-psychologiques et de ses coûts pour la société.

Reclassification des surdités

Lors de la validation des tests d'acoumétrie à voix faible, il est apparu qu'une partie des sujets testés avaient des difficultés d'intelligibilité à voix basse alors qu'ils n'étaient pas considérés comme présentant une surdité selon la classification du BIAP (Bureau International d'Audiophonologie) :

Classification du BIAP																		
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
Pas de surdité				Surdité légère				Surdité modérée						Surdité sévère				

En effet, selon cet organisme, il n'existe « pas de surdité » en dessous de 20dB HL de perte auditive moyenne.

Or, selon Mme LEUSIE, une majorités de sujets testés présentant une surdité « débutante » ou « très légère » (de 15 à moins de 25dB HL) ont des difficultés de perception de la voix faible. Ceci est en accord avec la classification des surdités réalisée par le GRAP-santé (Groupe de recherche Alzheimer) :

Classification du GRAPsanté																				
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90		
Pas de surdité			Surdité très légère			Surdité Légère			Surdité modérée						Surdité Sévère					
Voix chuchotée			Voix basse			Voix normale			Voix forte						Voix criée					

Impacts de la prise en charge précoce

La définition d'une surdité très légère, si elle correspond à une gêne minime, mais réelle, permet surtout de définir une « période d'entrée dans la presbyacousie » : « Cette période d'entrée dans la presbyacousie est particulièrement intéressante car elle offre les meilleures possibilités de récupération avant toute dégradation psycho-neurologique (Tuley et al., 1990 ;Perrot, 2012,)

Cette précocité prévient les complications, facilite le travail personnel du presbyacousique, place le rééducateur devant un patient qui dispose encore de toutes ses facultés, limite les domaines d'action au minimum, réduit le temps nécessaire au retour à une audition très proche de la normale, permet aux aides auditives d'être pleinement actives dans un champ auditif encore très large... ». (p123-124)

« Pourquoi dépister le plus tôt possible ? Pour prévenir les complications telles que les troubles de la communication, l'isolement, les troubles du caractère, la dépression (résistante aux antidépresseurs) et les troubles cognitifs. Comme l'a montré le GRAPsanté en 2007 (Pouchain et al., 2007) puis Lin en 2011 et 2013 (Lin, 2011 ; Lin, 2013), le fait de mal entendre, pourrait entraîner une désafférentation des centres, conduisant à des troubles cognitifs de type Alzheimer. Déjà Uhlmann et al. en 1989 (Uhlmann & al., 1989) posaient le problème, Lindengerger et Baltes en 1994 (Lindengerger & Baltes, 1994) et bien d'autres d'ailleurs mais rien n'avait été entrepris jusqu'à ces dernières années.

De surcroît, l'aggravation inéluctable de l'hypoacousie accentue les difficultés liées à la surdité et rend la réhabilitation de plus en plus difficile. Prendre l'habitude de reconstruire des formes sonores est en effet beaucoup plus facile pour le patient lorsque les déformations sont minimales : plus il aura commencé tôt, plus les automatismes rendront le travail aisé plus tard (lorsque la perte sera plus importante ou encore lorsqu'il faudra changer les appareils) (Prével et al., 2003). Mais pour cela, encore faut-il avoir dépisté la presbyacousie.

En réalité, ce dépistage précoce n'est qu'une exception aujourd'hui. » (p243)

Conséquences d'un appareillage précoce

« Nous proposons que la surdité très légère soit celle de la décision de proposer l'appareillage et la suppléance fonctionnelle, là où elle semble avoir le plus de

possibilités d'être efficiente. » (p125)

« ... d'après les résultats de l'étude AcouDem (Pouchain et al., 2007), le risque de développer des troubles cognitifs serait multiplié par 2,48 chez les patients atteints de troubles auditifs avec gêne sociale.

Ces données justifient la nécessité de proposer le port précoce de deux aides auditives qui constitue le seul traitement efficace à l'heure actuelle (DGS, 2007). »(p19)

« ... on suppose qu'en prévenant les conséquences délétères de la désafférentation auditive, grâce à un dépistage et une réhabilitation précoce, on pourrait éviter des dépenses importantes en matière de santé publique (Arlinger, 2003). Par exemple, en permettant aux presbycousiques d'entendre et de retrouver une communication satisfaisante, on pourrait retarder l'âge d'entrée en maison de retraite et réduire les dépenses faites pour les soins de patients âgés malentendants dépendants, dont certains souffrent de troubles cognitifs associés (Petitot et al., 2007). » (p20-21)

« Pour conclure, le fait d'appareiller convenablement et précocement les presbycousiques et de les prendre en charge dans un circuit du GRAPSanté par exemple, semble le meilleur traitement préventif et curatif de cette dépression qui les guette. » (p32)

Références

- Arlinger S. Negative consequences of uncorrected hearing loss - a review. *Int J Audiol* 2003;42:2S17-20.
- Direction Générale de la Santé, Direction générale de l'Action Sociale & Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2007, p.18-21.
- Lin FR, Yaffe K, Xia J, et al. Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Intern Med* 2013;173(4):293-299.
- Lindenberger U, Baltes PB. Sensory functioning and intelligence in old age: a strong connection. *Psychol Aging*. 1994;9(3):339-355.
- Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol* 2011;68(2):214-220.
- Perrot, X., 2012. Déficit neuro-sensoriel chez le sujet âgé - Troubles auditifs. *Rev. Prat.* 62, 1311- 1319.
- Petitot C, Perrot X, Collet L, Bonnefoy M [Alzheimer's disease, hearing impairment and hearing- aids: a review] *Maladie d'Alzheimer, troubles de l'audition et appareillage auditif: une revue des données actuelles. Psycho! Neuropsychiatr, Vieil.* 2007;5(2): 121-125.
- Pouchain D, Dupuy C, San Jullian M, et al. La presbycousie est-elle un facteur de risque de démence ? Étude AcouDem. *La Revue de gériatrie* 2007;32(6):439-445.

- Prevel M, Dhouib S, Aubel D, Vergnon L. Évolution de l'audition au cours de la vie. La Revue de Gériatrie. 2003 ; 9:735-740.
- Tuley MR, Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE. Predictors of hearing aid success. Clin Res. 1990;38:79A.
- Uhlmann RF, Larson EB, Rees TS, Koepsell TD, Duckert LG. Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in older adults. JAMA. 1989;261(13):1916-1919.

Synthèse (non exhaustive et personnelle) réalisée par Xavier DELERCE à la demande de l'UNSAFen juin 2015. Modifiée en septembre 2015.