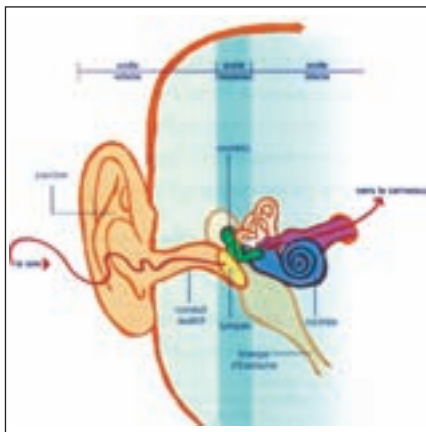


# LA SURDITE chez L'ENFANT

## L'AUDITION

L'audition est une fonction sensorielle qui permet de capter les sons par l'oreille et de les transmettre, par le nerf cochléaire, au cerveau, où ils sont reçus et analysés.

## CLASSIFICATION AUDIOMETRIQUE DES DEFICIENCES AUDITIVES



Les déficiences auditives sont dans la très grande généralité liées à une perte de la perception des sons. Nous en présentons la classification audiométrique suivante:

### I. Audition normale ou subnormale:

La perte tonale moyenne ne dépasse pas 20 dB. Il s'agit éventuellement d'une atteinte tonale légère sans incidence sociale.

### II. Déficience auditive légère:

La perte tonale moyenne est comprise entre 21 dB et 40 dB.

La parole est perçue à voix normale, elle est difficilement perçue à voix basse ou lointaine. L'incidence sur la compréhension verbale est déjà notable : confusion de mots proches, gêne à la compréhension lorsqu'il existe un



**Dorine Saliba**

Orthophoniste

E-mail: [dorinesaliba@hotmail.com](mailto:dorinesaliba@hotmail.com)  
[dorinesaliba@yahoo.com](mailto:dorinesaliba@yahoo.com)

Pareille à d'autres problèmes sanitaires et sociaux, la surdité vient s'ajouter à la liste des termes scientifiques que portent les professionnels quotidiennement à la main.

En effet, l'Audition constitue, à la fois dans ses aspects normaux et pathologiques, un centre d'intérêt tout à fait particulier pour l'orthophoniste ; elle permet le contrôle de la voix par l'intermédiaire de la boucle audiophonatoire, mais aussi l'intégration du langage oral, et contribue à la mise en place de la fonction de communication orale.

bruit ambiant.

La plupart des bruits familiaux sont perçus.

### III. Déficience auditive moyenne:

**Premier degré:** la perte tonale moyenne est comprise entre 41 et 55 dB.

**Deuxième degré:** la perte tonale moyenne est comprise entre 56 et 70 dB.

La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler. Quelques bruits familiaux sont encore perçus.

### IV. Déficience auditive sévère:

**Premier degré:** la perte tonale moyenne est comprise entre 71 et 80 dB.

**Deuxième degré:** la perte tonale moyenne est comprise entre 81 et 90 dB.

La parole est perçue à voix forte près de l'oreille.

Les bruits forts sont perçus.

Les conséquences sur le langage oral sont néanmoins majeures.

### V. Déficience auditive profonde:

**Premier degré:** la perte tonale moyenne est comprise entre 91 et 100 dB.

**Deuxième degré:** la perte tonale moyenne est comprise entre 101 et 110 dB.

**Troisième degré:** la perte tonale moyenne est comprise entre 111 et 119 dB.

Les restes auditifs ne permettent pas de percevoir la parole, parfois même malgré l'aide d'une prothèse auditive dont le rendement peut être inférieur à 20 dB. Seuls les bruits très puissants sont perçus.

L'accès au langage oral est donc compromis et son appropriation comme mode unique de communication n'est pas envisageable.

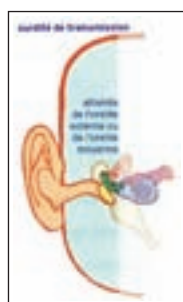
## VI. Déficience auditive totale – Cophose:

La perte moyenne est de 120 dB.

Rien n'est perçu.

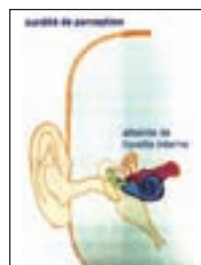


## LES DIFFERENTS TYPES DE SURDITES



### La surdité de transmission:

Elle est liée à un obstacle à la transmission de la vibration sonore au niveau du conduit auditif externe, du tympan ou de la chaîne ossiculaire. La cochlée est saine.



### La surdité de perception:

Elle est liée à une atteinte de l'appareil de perception: cochlée, nerf auditif ou voies auditives centrales.

### La surdité mixte

Elle associe une atteinte de l'appareil de transmission et de l'appareil de perception.

### La surdité centrale

C'est le cas où le message sonore n'est pas interprété comme tel au niveau des centres de l'audition.

Elle est exceptionnelle chez l'enfant.

### La surdité non organique

Certains enfants se comportent comme des enfants sourds par réaction à un stress ou par identification à un proche sourd.

## DEPISTAGE PRECOCE DE LA SURDITE

« Dans 75% des cas de surdité de l'enfant, les parents ont été les premiers à avoir un doute sur l'audition de leur enfant ».

Le doute des parents est donc un des plus importants signes de surdité et il devra sans réserve attirer l'attention du praticien.

Le retentissement de la surdité sur le comportement de l'enfant est d'autant plus important et plus précoce que celle-ci est profonde.

Alors, les signes d'alerte, indirects, de la surdité doivent être recherchés par les médecins entourant l'enfant ainsi que par la famille :

### Dans les premiers mois :

- absence de réaction aux bruits.
- sommeil très calme.
- réactions très positives aux vibrations et au toucher.

### De 3 à 12 mois :

- sons émis non mélodiques, mélodies monotones, essais vocaux rares.
- absence d'articulation.
- installation d'une communication gestuelle de désignation.

### De 12 à 24 mois :

- absence de paroles articulées.
- émissions vocales incontrôlées.
- enfant inattentif pour tout ce qui n'est pas dans son champ visuel.

### De 24 à 36 mois :

- retard de parole.
- troubles du comportement relationnel (au maximum comportement pseudoautistique).
- difficultés motrices de situation (enfant gauche).

### Dans la surdité acquise

- régression de l'expression vocale.
- détérioration de la parole articulée.
- modifications du comportement : agressivité et frayeurs, surtout la nuit.

*Une surdité profonde est dépistée entre 0 et 18 mois, une surdité sévère entre 18 et 24 mois, une surdité moyenne à l'âge de 3 ans, et une surdité légère à l'âge de 6 ans.*

**Le diagnostic de la surdité doit donc déboucher rapidement sur une prise en charge afin d'éviter un arrêt de la maturation auditive.**

## TRAITEMENTS DE LA SURDITE :

Il existe :

- un traitement médical
- un traitement chirurgical
- un appareillage auditif

## APPAREILLAGE AUDITIF ET IMPLANT COCHLEAIRE

- Le premier acte de la démarche prothétique est effectué par le médecin O.R.L. lors de l'indication de l'appareillage et aussi pour la décision d'intervention chirurgicale d'implantation cochléaire.
- Une équipe pluridisciplinaire sera chargée du suivi pré et post - intervention (appareillage ou implantation cochléaire).
- L'audioprothésiste est chargé du choix de l'appareillage adéquat, et du suivi de la personne déficiente auditive. En effet :

«L'appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé».

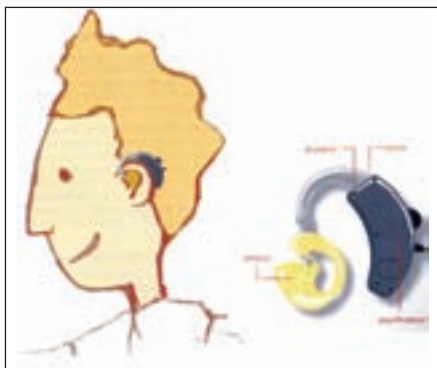
L'appareillage précoce est l'élément clé de la maturation centrale auditive d'un déficient auditif.  
Le port régulier est également indispensable.

\*\*\* Il est très intéressant que l'orthophoniste voit l'enfant avant l'acte prothétique.  
L'éducation auditive a pour but de développer l'appétence de l'enfant envers le monde sonore de façon à mettre en place la fonction auditive.

- L'audioprothésiste est et reste un conseiller après concertation de l'équipe pluridisciplinaire: médecin O.R.L, orthophoniste, psychologue, éducateurs spécialisés, assistante sociale, psychomotricienne, ...

\* Les prothèses auditives fonctionnent sur la base de l'amplification de la vibration

(prothèse analogique ou digitale).



Il existe des appareils auditifs intra auriculaires qui sont mis dans le conduit auditif.

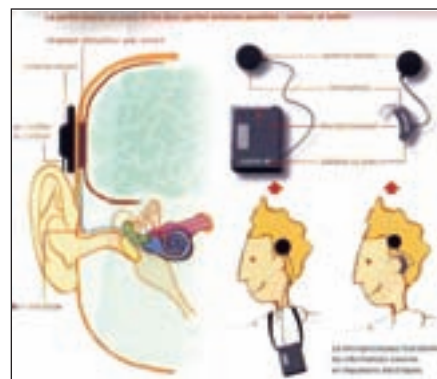


\* L'implant cochléaire fonctionne sur la base de la transformation des sons environnants en signaux

électriques adaptés et adressés directement au nerf auditif.

L'enfant présentant une déficience auditive qu'il soit appareillé ou implanté

(l'implant cochléaire étant une prothèse) doit être accompagné et ses parents par l'équipe pluridisciplinaire.



## INDICATION DE L'IMPLANT COCHLEAIRE

La pose de l'implant cochléaire pour une surdité profonde ou sévère est indiquée lorsque le gain prothétique est inférieur à 30% (discrimination sans l'aide de la lecture labiale).

L'orthophoniste sera chargé de l'éducation ou de la rééducation du langage et de l'audition et à lui de faire les bilans de contrôle pour les réglages.

## CONCLUSION

- La surdité de l'enfant n'est pas exceptionnelle et a toujours ses conséquences sur l'acquisition du langage.
- Les progrès techniques réalisés au cours de ces dernières années permettent d'effectuer un diagnostic de surdité fiable dès le plus jeune âge.
- La mise en place, actuellement en cours, d'un dépistage systématique des surdités néonatales doit abaisser l'âge du diagnostic et faciliter la construction d'une communication efficace, grâce à une prise en charge précoce de l'enfant et à un accompagnement adapté de la famille. C'est en effet au sein de sa famille que l'enfant est éduqué et fait ses premiers pas vers un avenir d'adulte autonome.
- La nécessité de l'appareillage et/ou de l'implant cochléaire va en concomitance avec la rééducation orthophonique.
- L'équipe pluridisciplinaire est présente pour accompagner les parents dans le suivi de leur enfant.

A noter que, statistiquement, le taux de surdité sévère à profonde dans les pays du tiers-Monde est de 3 ‰ à la naissance et 1 ‰ dans les pays industrialisés...