

Quelle est la place de l'orthophonie dans la rééducation auditive ?

Émilie Ernst *

« **J'**entends mais je ne comprends pas ! » Une enquête de l'INSEE menée entre 1998 et 2001 montre que sur les 14 % de déficients auditifs porteurs d'aides auditives, seulement 40 % s'en disent satisfaits. Le rôle de l'orthophoniste est de les aider à dépasser les difficultés pour que les appareils ne restent plus au fond du tiroir.

Quels sont les patients concernés ?

La rééducation auditive doit être proposée à toute personne qui dit « entendre » mais se plaint de mal « comprendre » et de communiquer difficilement, car l'audition ne garantit pas, à elle seule, la communication. Une perte neurosensorielle n'atténue pas simplement les sons. Elle provoque aussi des distorsions de l'intensité, de la discrimination fréquentielle et de la résolution temporelle ; 60 % de l'intelligibilité de la parole est fondée sur les 5 % de l'énergie située dans les fréquences aiguës, qui sont souvent touchées les premières par la déficience auditive. Pour récupérer une compréhension satisfaisante, un travail de remobilisation neurologique est nécessaire. En effet, la personne reçoit des informations linguistiques qu'elle ne parvient plus à décoder, en particulier en environnement bruyant.

* Service ORL implants cochléaires, hôpital Avicenne, 93009 Bobigny Cedex. emilie.ernst@orange.fr

L'indication de prescription est évidente pour un patient dont la perte auditive tonale est importante ou chez qui a été récemment posé un implant cochléaire. Elle doit aussi l'être pour des patients :

- portant des prothèses classiques lorsque les audiométries tonale et vocale sont discordantes ;
- ayant trop attendu pour se faire appareiller ;
- devenus sourds brutalement ;
- ayant une altération de la compréhension dans le bruit.

PRESCRIRE L'ORTHOPHONIE

L'orthophoniste est un professionnel paramédical qui intervient auprès d'adultes devenus sourds, en milieu hospitalier comme en libéral. Il intervient sur prescription médicale (« bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire »), et la nomenclature prévoit soit 30 AMO 12 (renouvelables par 20) pour « apprentissage de la lecture labiale », soit 50 AMO 15 (renouvelables par 50) pour « maintien de la communication dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire ». Les séances sont remboursées à 60 % par la Sécurité sociale, à 100 % si le patient a une mutuelle.

En quoi consiste le suivi orthophonique ?

Les travaux récents sur l'implant cochléaire ont permis de mieux comprendre les phénomènes mis en jeu dans le réveil des aires auditives. En fait, le travail orthophonique chez les patients implantés ou appareillés a pour but de stimuler la « plasticité de réhabilitation » et d'éviter un réinvestissement des aires du cortex auditif primaire par d'autres fonctions sensorielles.¹ Le bilan orthophonique, dont le compte rendu obligatoire est adressé au prescripteur, évalue la nature des troubles, de la simple gêne au handicap. Il cherche les fonctions altérées côté réception et expression du langage, les compensations mises en place et les troubles cognitivo-linguistiques associés. En effet, mal entendre, c'est aussi perdre au fil du temps la capacité de concentration et d'attention que requiert tout échange, entraînant des troubles de la mémoire et de l'agilité mentale. Le risque de développer une maladie d'Alzheimer est 2,48 fois plus élevé chez le sujet atteint de surdité avec gêne sociale.² Quand le bilan débouche sur une rééducation, l'orthophoniste intervient sur trois axes.

Premier axe : le canal auditif comme vecteur de compréhension

Il s'agit du travail de « remobilisation » de la compréhension. Le but est de faire coïncider les références auditives du patient antérieures à la surdité avec les nouvelles informations perçues

AIDER LE PATIENT MALENTENDANT À VOUS COMPRENDRE

Quand vous recevez en consultation un patient déficient auditif, voici quelques repères qui l'aideront considérablement à comprendre ce que vous dites :

- favorisez une bonne condition d'écoute, évitez les bruits de fond (fenêtre ouverte sur la rue), parlez à voix posée mais ne criez pas, il existe souvent une intolérance au bruit, surtout en cas de presbyacousie ;
- favorisez la lecture labiale, ne vous mettez pas à contre-jour (dos à la fenêtre), ne parlez pas en gardant la tête baissée pendant que vous rédigez une ordonnance, ne parlez pas avec un masque devant la bouche ;
- écrivez les éléments médicaux essentiels ;
- signalez aux autres soignants la déficience auditive de votre patient.

car, contrairement au sourd prélingual, le sourd post-lingual possède une mémoire auditive. La rééducation est conçue comme une « reprogrammation » adaptée aux besoins de chaque patient :

- perception et identification des sons de l'environnement, des unités de la langue (de la syllabe à la phrase) ;
- accélération de la vitesse de décodage ;
- stimulation de la mémoire de travail auditive ;

– entraînement aux situations difficiles et redoutées, milieu bruyant, téléphone, radio, musique, etc. Cette rééducation est suffisante dans plus de 80 % des cas.

Deuxième axe : la lecture labiale

L'intérêt de l'entraînement à la lecture labiale n'est plus à démontrer en complément de l'éducation auditive.³

Troisième axe : la voix et la parole

Il s'agit d'éviter que la voix et la parole ne s'altèrent du fait de la perte du contrôle par retour auditif.

Des résultats notables

Après un entraînement orthophonique individuel ou en groupe,⁴ le patient devenu sourd améliore ses aptitudes de communication pour les raisons suivantes :

- il utilise de meilleures stratégies d'écoute et de communication, améliore sa compréhension, en particulier dans le bruit ; l'effet de l'entraînement auditif et en lecture labiale est durable et généralisable et est visible par imagerie cérébrale ;⁵
- il porte davantage ses appareils, condition cruciale pour la réussite de l'appareillage. Le taux de retour des aides auditives n'est que de 3 % pour les patients ayant une rééducation contre 9 % pour ceux qui n'en ont pas. Dans tous les cas, une élévation des indices de qualité de vie et une baisse de prescription des

antidépresseurs sont classiquement observées. Les répercussions sur la vie sociale et professionnelle se traduisent par la baisse de l'isolement et des arrêts de travail.

Conclusion

Pour comprendre les bénéfices de l'éducation auditive, il est donc essentiel de considérer la situation de communication dans son ensemble. Le médecin généraliste a, ce faisant, un rôle clé dans le dispositif d'aide à la récupération de la communication chez son patient. Il l'encourage dans sa démarche vers l'oto-rhino-laryngologiste. Associée à la prescription d'une aide auditive, la prescription d'un bilan orthophonique complet permet d'offrir un suivi cohérent et de qualité.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Cordes M, Wszolek ZK. Deafness and Cerebral Plasticity. J Nucl Med 2003;44:1440-2.
2. Pouchain D, Dupuy C, San Jullian M, et al. La presbyacousie est-elle un facteur de risque de démence ? Étude AcouDem. Rev Geriatr 2007;32:439-45.
3. Rouger J, Lagleyre B, Fraysse B, Deneve S, Deguine O, Barone P. Evidence that cochlear implanted deaf patients are better multisensory integrators. Proc Natl Acad Sci USA 2007;104:7295-300.
4. Sweetow R, Palmer CV. Efficacy of individual auditory training in adults: a systematic review of the evidence. J Am Acad Audiol 2005;16:494-504.
5. Tremblay K, Piskosz M, Souza P. Auditory training induces asymmetrical changes in cortical neural activity. J Speech Hear Res 2003;45:564-72.