

# LES IMPLANTS COCHLÉAIRES

## Dépistage néonatal de la surdité

### Contexte

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), en 2005, 278 millions de personnes dans le monde souffraient d'une perte auditive modérée ou profonde bilatérale<sup>1</sup>. Notons aussi que les incidences d'une déficience auditive sur la parole, le langage, l'éducation et l'intégration sociale d'un enfant par exemple, dépendent du niveau et du type de l'altération de la fonction auditive, ainsi que de l'âge auquel elle apparaît, spécialement si elle apparaît avant l'âge normal de l'acquisition du langage.

Le 21 novembre 2006, la ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse, Catherine Fonck lançait un programme de dépistage systématique de la surdité en Communauté française.

Cette campagne a provoqué un véritable raz-de marée de réactions, voire de vives protestations dans certains milieux associatifs liés à la surdité.

La question qui se pose ici avec acuité est de savoir s'il est nécessaire de mettre un implant cochléaire suite à un dépistage néonatal de la surdité ?

Sans tomber dans le travers d'une stigmatisation, il serait intéressant de penser cette question sous les angles socio-politiques, économiques et éthiques, afin de mettre en place les stratégies adéquates dans le cadre de la surdité.

---

<sup>1</sup> OMS, aide-mémoire n° 300, mars 2006

## Développement

### Généralités et définitions

Selon l'OMS, le terme général de déficience auditive désigne une perte auditive unilatérale ou bilatérale. Il existe, en effet, différents niveaux de déficience.

Par **déficience auditive**, on désigne la perte complète ou partielle de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles. L'altération peut être légère, modérée, sévère ou profonde.

Il existe une **déficience auditive de transmission** ; cette dernière est liée à une atteinte de l'oreille externe ou moyenne. Pathologie otologique<sup>2</sup> souvent curable médicalement ou chirurgicalement, à condition que les services nécessaires soient accessibles.

Il existe aussi une **déficience auditive neurosensorielle** qui, généralement, est liée à une atteinte de l'oreille interne et parfois du nerf auditif qui relie l'oreille moyenne au cerveau. Ce type d'altération de la fonction auditive est d'ordinaire permanent et nécessite une rééducation moyennant une prothèse auditive.

Par **surdité**, on désigne la perte complète de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles. C'est un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe et le terme renvoie le plus souvent à une abolition complète de l'audition.

Les surdités de perception sont souvent en relation avec ce qui s'appelle les acouphènes (sifflements plus ou moins intenses, de gênants à très invalidants, apparaissant à tous moments de la journée).

### Types de surdité et appareils

La surdité de perception<sup>3</sup> est due à des « lésions nerveuses » alors que **la surdité de transmission** est liée à des lésions osseuses (mauvaise transmission des sons « provenant de l'extérieur » jusqu'à l'oreille interne). Elle touche le conduit auditif, le tympan ainsi que les osselets, elle est caractérisée par une perte des sons graves. Si aujourd'hui la surdité de transmission se compense assez couramment et assez aisément (réparation par stapédecotomie<sup>4</sup>,

---

<sup>2</sup> Otologie : branche de la médecine spécialisée dans le diagnostic et le traitement des troubles de l'oreille.

<sup>3</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Surdit%C3%A9\\_de\\_perception](http://fr.wikipedia.org/wiki/Surdit%C3%A9_de_perception)

<sup>4</sup> La stapédecotomie (du latin stapia et du grec ektomê) consiste en l'ablation de l'étrier le plus souvent pour remédier à la surdité par otospongiose. La stapédecotomie est suivie du remplacement de l'étrier par une prothèse..

contournement par BAHA<sup>5</sup>, compensation par une autre audioprothèse), **la surdité de perception** (oreille interne et système nerveux) ne se « répare pas » ou mal avec une opération, voire une greffe, car il y a des nerfs et qu'il s'agit de systèmes très complexes. C'est la plus fréquente des surdités et elle se soigne.

Il existe une surdité post-linguale (surdité survenue après l'acquisition du langage) et une surdité pré-linguale (surdité avant l'acquisition du langage).

**L'audioprothèse** est un appareil auditif qui amplifie les sons, elle aide les personnes qui souffrent d'une mauvaise transmission des sons vers l'oreille interne et a pour objectif de compenser une perte auditive par un appareillage adéquat.

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. La délivrance de chaque appareil est soumise à une prescription médicale.

**L'implant cochléaire** est un appareillage qui vise à restaurer un certain niveau d'audition pour certaines personnes sourdes (surdités endocochléaires profondes), en stimulant directement les terminaisons nerveuses de l'audition situées dans la cochlée<sup>6</sup>, au moyen d'électrodes implantées chirurgicalement.

C'est une aide auditive pour les personnes dont le seuil d'audition est supérieur à 80 décibels selon le Pr Naïma Deggouj <sup>7</sup>

Pour Wikipédia<sup>8</sup>, on parle déjà de surdité sévère pour une perte de 70 à 90dB : *« 80 dB représente le volume sonore d'une rue bruyante. Certains enfants 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. Pour ces enfants, un appareillage, une rééducation et l'utilisation de la lecture labiale sont nécessaires »*<sup>9</sup>

---

<sup>5</sup> BAHA : Bone Anchored Hearing Aid, type d'audioprothèse basé sur la conduction osseuse.

<sup>6</sup> Cochlée : organe d'audition aussi appelée limaçon, est un canal de forme spirale, situé dans l'oreille interne. Long cône enroulé et divisé en trois parties dans l'axe de sa longueur.

<sup>7</sup> La lettre des Cliniques universitaires Saint-Luc, un regard sur l'actualité- N° 17-22 novembre 2002

<sup>8</sup> Encyclopédie multilingue basée sur un serveur Web

<sup>9</sup> <http://fr.wikipedia.org/wiki/surdité>

## Classification des pertes auditives

Niveau	Perte moyenne	Perception de la parole
Audition normale	20 db (décibels)	
Déficiência auditive légère	De 20 à 40 db	Bruits familiers perçus
Déficiência auditive moyenne 1 <sup>er</sup> degré	De 41 à 55 db	Quelques bruits familiers encore perçus
2 <sup>e</sup> degré	De 56 à 70 db	
Déficiência auditive sévère 1 <sup>er</sup> degré	De 71 à 80 db	Bruits forts sont perçus
2 <sup>e</sup> degré	De 81 à 90	
Déficiência auditive profonde 1 <sup>er</sup> degré	De 91 à 100 db	Aucune perception de la parole, seuls bruits très puissants sont perçus
2 <sup>e</sup> degré	De 101 à 110 db	
3 <sup>e</sup> degré	De 111 à 119 db	
Déficiência auditive totale	120 db	Rien n'est perçu

La différence entre un appareil auditif classique et un implant cochléaire réside dans le fait que l'appareil classique est un amplificateur de son, tandis que pour un patient atteint de surdité profonde, il est nécessaire de recourir à un appareil plus performant, en l'occurrence l'implant cochléaire.

Ce dernier véhicule des informations sonores reçues par un appareil installé derrière le pavillon, qui sont à leur tour traitées par un microprocesseur inclus dans l'appareil.

Mais il s'avère aussi, qu'au début de l'utilisation de l'implant, les sensations sonores perçues par le sujet peuvent ne pas correspondre aux sensations de l'audition normale, ni à celles de l'audition appareillée de façon externe. Il est donc nécessaire de procéder à une éducation auditive spécifique par le biais d'un orthophoniste pour une bonne intégration de la personne appareillée.

L'implant cochléaire pourrait être utilisé chez l'enfant sourd profond congénital chez qui après une période d'essai d'au moins plusieurs mois, il s'avère qu'aucun appareillage auditif n'apporte de bénéfice. Au préalable, il n'y aurait pas d'âge limite pour ce type de prothèse, mais des altérations sont possibles chez les sourds congénitaux et les grands adolescents, dus à la perte de capacité d'adaptation du système nerveux.

Chez l'adulte, il pourrait être destiné aux personnes devenues sourdes suite à une maladie ou un accident.

Il est primordial de donner aux parents, une information pluridisciplinaire poussée et complète avec une étude de faisabilité, mais aussi à l'enfant en fonction de son degré de compréhension tout en maintenant une distance critique par rapport aux résultats éventuels mais en tenant aussi compte dans la mesure du possible, de la volonté et de la liberté de choix.

Dans tout ce débat, une question à relever est aussi celle relayée par bon nombre d'associations ou de personnes issues de la communauté sourde, à savoir la question de la langue et la manière dont chacun se situe par rapport au groupe familial, social ou professionnel

S'il est vrai que le dépistage néonatal avant l'acquisition du langage permettra de faire des avancées au niveau de la prise en charge tant médicale que sociale, il ne faut en aucun cas ignorer la dualité qui se pose au niveau de la communication, surtout lorsqu'un enfant sourd se retrouve dans une famille d'entendants, ce qui constitue la majorité des cas.

En filigrane apparaît en dualité, la question de la surdité comme pathologie d'une part et d'autre part comme identité d'un groupe.

Derrière cela se profile une culture liée à la langue des signes qu'il faut appréhender et dont il faut aussi tenir compte. Celle-ci permet de profiter et de participer aux activités éducatives, récréatives et sociales, elle permet un développement intellectuel et une meilleure structuration de la personnalité. Notons toutefois qu'on peut aussi prôner le bilinguisme. Celui-ci consiste donc en l'apprentissage d'une langue des signes et d'une langue orale dans sa forme écrite pour permettre à la personne sourde d'accéder à la culture majoritaire de l'endroit où elle se trouve, tout en gardant une identité liée à la langue et à la culture sourde ce qui aura pour corollaire peut-être l'isolement voire le rejet et/ou des contacts superficiels et favorisera les interactions sociales.

La communauté sourde ne voit pas forcément d'un bon œil, l'obligation pour un enfant sourd d'acquérir la langue orale. La communication peut se faire par lecture labiale, bien que cette dernière n'apporte pas forcément à la personne sourde, la totalité des informations véhiculées, elle est alors complétée par une technique LPC (langage parlé complété).<sup>10</sup>

Pour l'enfant sourd, le langage gestuel se fait de manière naturelle et spontanée, il peut d'ailleurs être considéré comme sa première langue. Le langage non-verbal y joue un rôle prépondérant.

En fonction du type de surdité, les manifestations et les solutions ne sont pas identiques. Il serait donc très difficile d'ériger en norme ou de trancher pour une solution radicale pour ou contre un type d'appareillage, pour le langage verbal ou non-verbal. Une personne dont la surdité est survenue après l'acquisition du langage n'aura pas le même parcours qu'une autre dont la surdité est congénitale. Dans le cas de surdité post-linguale, la personne peut avoir recours à sa mémoire auditive en cas d'utilisation de l'implant.

---

<sup>10</sup> LPC ou cued speech: technique mise au point en 1966 par le docteur Orin Cornett, elle permet de compléter la lecture labiale afin de la rendre intelligible. Les mouvements effectués par la main complètent l'information que procure la lecture labiale.

En revanche, chez un sourd pré-lingual, il faudrait plusieurs années de logopédie et des contacts avec des entendants.

## **Coût de l'implant cochléaire**

L'implant cochléaire en Belgique coûte environ 20.400 €. Il est totalement pris en charge par l'INAMI sous réserve de l'accord du Collège de ses Médecins-directeurs (groupe de travail national regroupant plusieurs Médecins-directeurs de différentes mutuelles) basé sur un dossier transmis par le médecin-conseil de la mutuelle à laquelle le patient est affilié.

Le remboursement s'obtient en justifiant au préalable par l'envoi d'un dossier comprenant un rapport audio-prothétique, logopédique et psychologique.

## **L'OMS et la surdité**

La stratégie de lutte contre les déficiences auditives et la surdité est intégrée dans le cadre général OMS de prévention des maladies chroniques et de lutte contre ces maladies. A cet égard, de nombreux objectifs rentrent en ligne de compte notamment :

- Sensibilisation à la promotion de la santé et prévention des maladies chroniques
- Promotion de la santé
- Ralentissement et inversion des facteurs de risques
- Prévention des décès prématurés et incapacités évitables dus aux maladies chroniques

## Conclusion

La surdité, handicap invisible, reste malgré tout difficile à vivre. Les nouvelles technologies et l'évolution de la médecine essaient d'y pallier en mettant au point des techniques, comme l'implant cochléaire.

Mais force est de constater que si pour les uns, l'implant cochléaire est un nouvel espoir d'échapper à la surdité, il n'en demeure pas moins vrai aussi qu'il suscite une polémique entre les personnes sourdes et le monde médical. La question de l'implant va de pair avec une réflexion d'ordre éthique et dans tous les cas, un accompagnement psychologique s'avère indispensable avant toute prise de décision. Lorsque l'on parle d'outils, ils ont à être au service de l'humain et de son intégration. Ils ne sont pas un but en soi, encore moins un moyen de non intégration. Or l'intégration a comme objectif la société tout entière.

Si la langue des signes est pour bon nombre de personnes sourdes, un moyen précieux de communication, elle ne doit pas pour autant être un frein face aux possibilités qu'offre un implant cochléaire, pour les personnes chez qui cet appareillage s'avère utile. Les initiatives favorisant la prévention et le dépistage à la surdité sont à multiplier, sans que ne soit préconisée systématiquement la primauté de l'implant cochléaire ou le rejet de celui-ci en faveur exclusivement de la langue des signes, afin que dans un cas comme dans l'autre, le respect de l'identité de la personne sourde et son bien-être avant tout soient privilégiés.

Chargée de l'Analyse : **Rose EBOKO**  
Animatrice

Responsable de l'Analyse : **Gisèle Marlière**  
Secrétaire Nationale de l'ASPH

Date : 17 août 2007