

QCM – Enseignement Post-Universitaire 2007

« L'APPAREILLAGE DE L'ENFANT »

Les auteurs des communications données au cours de l'EPU 2006 avaient formulé quelques questions sur le thème « Mesures et correction auditive de la perception de la parole ». Ces questions avaient été publiées sous forme d'un QCM dans les CAHIERS DE L'AUDITION N°2 – VOL.20 – Mars/Avril 2007 et les réponses dans le N° 3 – VOL. 20 – Mai/Juin 2007.

Ces différentes questions et leurs réponses figurent également sur le site INTERNET du Collège : www.college-nat-audio.fr

Suite à l'EPU 2007 intitulé « l'appareillage de l'enfant », les orateurs ont établi les questions suivantes que je vous invite à découvrir.

Les réponses à ces questions seront publiées dans le prochain numéro des CAHIERS DE L'AUDITION.

Bonne lecture et bonne réflexion.

Eric BIZAGUET

Président du COLLEGE NATIONAL D'AUDIOPROTHESE

A - POURQUOI L'APPAREILLAGE EST-IL INDISPENSABLE POUR LE DEVELOPPEMENT NEURO-ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE ET LINGUISTIQUE DE L'ENFANT DEFICIENT AUDITIF ?

Pr B. GODEY, Oto-Rhino-Laryngologiste, Rennes

B - COMMENT L'AUDIOPROTHESISTE INTERPRETE ET EXPLOITE LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC MEDICAL ?

- Situation du dépistage
- Conditions du diagnostic
- Eléments du bilan ORL
- Bilans complémentaires
- Bilans étiologique et génétique

E. BIZAGUET, Audioprothésiste, Paris

1 - Le choix le plus cohérent d'une amplification chez l'enfant de 9 mois peut se faire en fonction :

- a) de l'audiométrie clinique et prothétique – des PEA – des Oto-émissions
- b) de l'interrogatoire des parents, - des PEA, - des Oto-émissions
- c) des PEA – des Oto-émissions – de l'impédancemétrie

2 - L'absence de réponses aux PEA :

- a) doit être confirmée par des oto-émissions positives pour diagnostiquer une neuropathie auditive
- b) indique que la surdité est totale
- c) indique forcément une surdité de perception

3 - L'interrogatoire des parents :

- a) doit être cohérent avec le reste des éléments du bilan audiométrique pour justifier l'appareillage
- b) doit être analysé avec prudence en cas de discordance avec la clinique
- c) est inutile car seuls comptent les éléments en provenance du bilan médical

C- QUELLE PLACE POUR L'AUDIOPROTHESISTE DANS L'EQUIPE PLURI-DISCIPLINAIRE ?

- L'équipe pluri-disciplinaire
- Information, éducation prothétique
- Le rôle de l'audioprothésiste

C. RENARD, Audioprothésiste, Lille

1 - La composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès de l'enfant sourd :

- a) Est toujours la même en ce qui concerne la nature des professionnels
- b) Varie selon la situation particulière de chaque enfant et de sa famille
- c) Est fixée dès le dépistage de la surdité de l'enfant en fonction de l'importance de sa surdité

2 - Le référent professionnel se détermine comme étant :

- a) Celui qui a été vu le premier par l'enfant et sa famille
- b) Celui qui va être le coordinateur de l'action des différents professionnels, ce sera logiquement le médecin ORL ou l'Audiophonologiste
- c) Celui qui est choisi par la famille

3 - Le rôle de l'audioprothésiste dans la guidance parentale intervient :

- a) Dès les premiers contacts avec la famille
- b) Dès les premiers tests audiométriques
- c) Dès que l'appareillage a été adapté à l'enfant

4 - La recommandation 25/01 du BIAP (Guidance des parents d'enfants présentant une déficience auditive) contient en annexe des fiches de guidance parentale :

- a) Qui indiquent une guidance globale sans détailler l'action par discipline
- b) Dont une est consacrée exclusivement à l'audioprothésiste
- c) Dont aucune n'évoque le rôle de l'audioprothésiste

5 - L'audioprothésiste doit envoyer un compte rendu d'appareillage de l'enfant :

- a) Systématiquement à toute l'équipe interdisciplinaire
- b) Systématiquement mais uniquement au médecin ORL et à l'orthophoniste
- c) Uniquement pour les cas difficiles

D - COMMENT L'AUDIOPROTHESISTE PREND EN CHARGE L'ENFANT ET SA FAMILLE LORS DU BILAN D'ORIENTATION PROTHETIQUE ? (1^{ère} partie)

- Le premier rendez-vous...
- Ecoute de la famille, recueil des informations
- Quelles réponses aux questions des parents ?

P. ESTOPPEY, Audioprothésiste, Lausanne

1 - La capacité à surmonter son traumatisme c'est :

- a) le deuil
- b) la résilience
- c) l'affliction

2 - Dans un processus de prise en charge, la prise d'information s'appelle :

- a) L'anamnèse
- b) L'interrogatoire
- c) La discussion

3 - Dans la prise de conscience des parents, le véritable problème de leur enfant malentendant, c'est :

- a) La surdi-mutité
- b) Le manque d'accès à la communication
- c) La surdité

4 - Devant la résilience :

- a) Nous ne sommes pas tous biologiquement égaux
- b) Nous sommes tous égaux et capable du même chemin
- c) Chaque personne vit ses drames et ses blessures de manière identique

5 - Les étapes du deuil selon les travaux d'Elisabeth K bler-Ross sont au nombre de

- a) 4
- b) 5
- c) 6

6 - La résilience est un concept cher à :

- a) Jean PIAGET
- b) Elisabeth K BLER-ROSS
- c) Boris CYRULNIK

7 - Que faut-il rechercher, lors du 1^{er} rendez-vous, avec les parents, l'enfant et l'entourage :

- a) Une alliance
- b) Une adaptation prothétique rapide
- c) Un profil psychologique précis de l'enfant

8 - Un audioprothésiste qui s'occupe d'enfant (les autres aussi !) doit en particulier être

- a) Conscient de ses limites
- b) Particulièrement commerçant
- c) Patient

E - COMMENT L'AUDIOPROTHESISTE PREND EN CHARGE L'ENFANT ET SA FAMILLE LORS DU BILAN D'ORIENTATION PROTHETIQUE ? (2 me partie)

- Le bilan audiométrique d'orientation :
- Les conditions matérielles et les compétences

T. RENGLLET, Audioprothésiste, Bruxelles

A. VINET, Audioprothésiste, Paris

F. LEFEVRE, Audioprothésiste, Rennes

1 - On peut réaliser un appareillage chez un enfant de 6 mois uniquement sur base des résultats du PEA :

- a) C'est vrai
- b) C'est faux
- c) C'est plus sûr

2 - La présence d'OEAP permet de conclure à une audition normale

- a) C'est vrai
- b) C'est faux
- c) C'est une épreuve fonctionnelle qui doit être complétée par un PEA

3 - Le casque TDH 39 est calibré :

- a) au 2cc
- b) au 6 cc
- c) au 9 cc

4 - Les écouteurs "insert" permettent d'obtenir par rapport au TDH 39 :

- a) un seuil meilleur
- b) un seuil moins bon
- c) un seuil équivalent

5 - Dans le conduit auditif, la cavité résiduelle d'un nourrisson est en moyenne de :

- a) 0,5 cc
- b) 2 cc
- c) 1,4 cc

6 - Le réflexe cochléo-palpébral apparaît:

- a) Dès les premiers jours
- b) à l'âge de 2 mois
- c) à l'âge de 4 mois

7 - Les tests en conduction osseuse peuvent être pratiqués :

- a) dès le 1er mois
- b) Avec l'apparition du réflexe d'orientation investigation.
- d) Lorsque que le conditionnement volontaire est possible

8 - L'utilisation des écouteurs inserts permet de faire des tests oreille séparée :

- a) uniquement en mode R.O.I.
- b) uniquement en mode R.O.C
- c) dans les différents modes de conditionnement

9 - Que signifie R.O.I. ?

- a) Réflexe Oral Immédiat ?
- b) Réflexe Orientation Investigation ?
- c) Répétition Orale Instantanée ?

10 - Le R.O.I. peut être pratiqué à partir de quel âge chez l'enfant sourd ?

- a) 5 mois
- b) 18 mois
- c) 3 ans

11 - A partir de quel âge peut-on faire répéter des mots à un enfant en audiométrie vocale ?

- a) 3 ans
- b) 5 ans
- c) 7 ans

F - COMMENT L'AUDIOPROTHESISTE DEFINIT SA PRISE EN CHARGE ET DECIDE DE SON CHOIX PROTHETIQUE ?

- Les éléments pour faire ce choix
- Les spécificités du champ auditif de l'enfant
- La stratégie d'amplification
- La prise d'empreinte

B. AZEMA, Audioprothésiste, Paris

1 - L'enjeu premier de la prise en charge du bébé sourd est :

- a) Qu'il parle
- b) Qu'il entende
- c) Qu'il communique

2 - L'élément indispensable du bilan audiolinguistique du bébé sourd est :

- a) Le bilan objectif
- b) Le bilan subjectif
- c) La cohérence

3 - Le lien est repéré par quel élément fondateur :

- a) La parole
- b) Le regard
- c) La communication
- d) Le toucher
- e) L'odorat

4 - La fiabilité de l'observation des réactions du bébé aux stimulations sonores est basée sur :

- a) Le conditionnement
- b) La reproductibilité de la réponse
- c) Le type de stimuli utilisés
- d) La participation des parents

5 - La stratégie d'amplification de la surdité de l'enfant est fonction de :

- a) De son âge
- b) Du temps de privation sensorielle
- c) Du degré de la perte auditive

6 - Dans la stratégie d'amplification chez l'enfant sourd, le gain délivré peu à peu est :

- a) Contraire à la notion d'innocuité
- b) Favorable à la notion d'efficacité
- c) Préconisé dans toutes les méthodes

G - QUAND ET COMMENT ADAPTER LES APPAREILS?

- Les conditions de la délivrance
- Les tests de contrôle immédiat
- La nécessaire cohérence clinique

E. HANS, Audioprothésiste, Montbéliard

F. LE HER, Audioprothésiste, Rouen

1 - Dans l'audiométrie comportementale, que signifie le réflexe d'orientation-investigation ?

- a) un réflexe cochléo-musculaire
- b) un réflexe céphalique acoustique
- c) une recherche de la source sonore avec mouvements d'intérêt

2 - Dans la mesure de l'efficacité prothétique tonale, le champ auditif résiduel est la différence entre :

- a) les seuils prothétiques et les seuils oreilles nues
- b) les seuils prothétiques et les seuils d'inconfort

- c) les seuils prothétiques et la médiane théorique de la parole

3 - Dans la mesure de l'efficacité prothétique vocale chez l'enfant, le relevé d'un niveau global de perception se fait par :

- a) répétition de mots du lexique personnel
- b) réponses à des questions simples
- c) répétition de phonèmes isolés

4 - Dans la mesure de la tolérance prothétique chez l'enfant, quelle est la différence entre l'inconfort et l'intolérance aux fortes intensités ?

- a) mimiques anormales
- b) pleurs
- c) réflexe cochléo-palpébral

5 - Quelle est la signification du terme R.E.C.D. ?

- a) Real Ear Compare deafness
- b) Real Ear to 2cc Coupler Difference
- c) Real Ear Compression Difference

6 - Comment mesurer le R.E.C.D. et quelle est sa valeur ?

- a) En mesurant le rapport des dynamiques entre les champs auditifs du sujet malentendant et du sujet normal selon la formule : $[\text{Inconfort (malentendant)} - \text{Seuil (Malentendant)}] / [\text{Inconfort (malentendant)} - \text{Seuil (Malentendant)}]$
- b) En comparant la différence de perte auditive mesurée en in vivo et à l'audiométrie tonale : $\text{Seuil in vivo} - \text{Seuil en tonale}$ (pour chaque fréquence)
- c) En mesurant les différences de niveau de pression acoustique dans la cavité résiduelle et dans le coupleur 2cc selon la formule : $\text{Niveau de pression acoustique mesuré dans le coupleur} - \text{Niveau de pression acoustique mesuré in vivo}$

7 - Quelle est l'intensité de signal de fréquence 2000 Hz contenue dans un bruit blanc filtré de fréquence 4000 Hz émis à 80 dB si la pente du filtre est de 20 dB par Octave ?

- a) 60 dB
- b) 40 dB
- c) 20 dB

8 - Quelle est l'intensité de signal de fréquence 2000 Hz contenue dans un son vobulé de fréquence 4000 Hz émis à 80 dB dont le pourcentage de vobulation est de 10 % ?

- a) 60 dB
- b) 0 dB
- c) 40 dB

H - QUEL SUIVI PROTHETIQUE EN FONCTION DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE ?

- Les règles du suivi
- Les tests du contrôle permanent
- Les informations de la famille et de l'équipe
- L'interprétation des résultats en fonction de la surdité
- L'évolution de l'appareillage en fonction de ces données

F. LEFEVRE, Audioprothésiste, Rennes

E. BIZAGUET, Audioprothésiste, Paris

1 - Chez l'enfant sourd appareillé, une absence de différence de comportement auditif avec audioprothèses optimisées et sans dans la vie courante fait penser à :

- a) Une indication d'implantation cochléaire
- b) La présence d'une surdité moyenne groupe II

- c) La présence d'une surdité sévère groupe II

2 - Chez l'enfant sourd appareillé, une régression du comportement auditif évoque en priorité :

- a) Un comportement d'opposition
- b) Une amélioration de son état auditif
- c) Une dégradation de son état auditif

3 - Le contrôle prothétique permanent :

- a) se fait 2 fois par an chez l'enfant de moins de 2 ans
- b) se fait 20 fois par an chez l'enfant de moins de 2 ans
- c) se fait au moins 6 fois par an chez l'enfant de moins de 2 ans

4 - Le contrôle d'efficacité permanent :

- a) correspond à un simple contrôle des appareils
- b) permet d'adapter les réglages des aides auditives en fonction de l'évolution de l'enfant
- c) ne prend pas en compte les données de l'équipe pluridisciplinaire

5 - Le renouvellement des appareils :

- a) se fait obligatoirement tous les deux ans
- b) peut être décidé en cas de modification des seuils auditifs
- c) doit entraîner forcément une amélioration vocale immédiate

I - QUELLE CONDUITE A TENIR EN FONCTION DE L'EVOLUTION DE L'ENFANT APPAREILLE ?

- Les aides complémentaires (HF...)
- Les limites de l'appareillage
- L'indication de l'implant cochléaire

F. VIGNAULT, Audioprothésiste, Toulouse

J-F. VESSON, Audioprothésiste, Lyon

1 - Le temps de réverbération dans les classes est compris, en moyenne, entre :

- a) 0.2 / 0.4 sec
- b) 0.4 / 0.6 sec
- c) 0.8 / 1.2 sec
- d) 1.2 / 1.4 sec

2 - Le taux de réverbération (TR) pour que l'intelligibilité de la parole ne soit pas diminuée est inférieur ou égal à :

- a) 0.0 sec
- b) 0.2 sec
- c) 0.4 sec
- d) 0.6 sec

3 - Les systèmes FM peuvent améliorer le rapport Signal / Bruit de :

- a) 5/10 dB
- b) 10/20 dB
- c) 20/30 dB
- d) 30/40 dB

4 - L'Indice RASTI utilisé par Leavitt et Flexer dans une classe est :

- a) L'indice acoustique d'une salle
- b) La mesure du pourcentage d'intelligibilité dans le bruit
- c) La mesure de l'intégrité d'un signal propagé à travers un environnement physique déterminé

5 - Niveau sonore dans les salles de classe : Ecole / Collège / Lycée

- a) 55 dB
- b) 60 dB
- c) 65 dB
- d) 70 dB

6 - Quel est le test d'audiométrie déterminant pour établir une évaluation de la surdité d'un enfant ?

- a) les PEAP
- b) l'audiométrie comportementale
- c) les otoémissions spontanées

7 - A partir de quel âge pouvons-nous proposer une indication d'implant cochléaire ?

- a) 2 ans
- b) dès que nous sommes sûrs que l'appareillage conventionnel ne pourra pas apporter le gain nécessaire
- c) quand les Parents le désirent pour leur enfant

8 - Un appareillage conventionnel sera obligatoire avant une implantation cochléaire ?

- a) non si l'ORL le décide de lui-même
- b) oui, c'est la loi
- c) il faut tout essayer