

EPU 2011 - Résumés

PRESBYACOUSIE. 4ÈME AGE ET SURDITE

Epidémiologie. Incidences sociales, sociologiques et économiques du vieillissement et de la surdité.

Qui sont les seniors aujourd'hui ?

Eric HANS, Audioprothésiste, Montbéliard

Le fait de vieillir peut se résumer en un ensemble de modifications morphologiques, physiologiques et biochimiques, consécutives à l'action du temps.

La fréquence et la répartition dans les différentes classes d'âge de la déficience auditive amène à relever les incidences individuelles et collectives, avec des impacts socio-économiques non négligeables en faisant de la surdité un véritable enjeu de santé publique.

Entre 1998 et 2001, on estimait à 5,18 millions de personnes souffrent d'une déficience auditive, soit (8,7% de la population). Quatre déficients auditifs sur cinq déclarent une ou plusieurs autres déficiences.

Plus d'un sur quatre déclare se trouver en situation d'isolement relationnel.

Et ils sont 14 % des déficients auditifs (724 000 personnes) qui déclarent utiliser une ou deux aide(s) auditive(s).

En 2009 ils étaient 7,6 millions de Français qui déclaraient souffrir de déficience auditive, soit 12,7 % de la population, ce qui en fait un des handicaps les plus répandus en France. 1,6 millions d'entre eux (soit 29,8 % seulement), portent effectivement une aide auditive. Plus on utilise son appareil auditif, plus on en est satisfait, c'est un autre enseignement de l'étude. Les aides auditives ont un impact positif concernant l'amélioration de la qualité de vie : sur la communication, les activités sociales et les relations personnelles.

Les individus ne vieillissent pas tous de la même façon ni au même rythme, en revanche le vieillissement est progressif et universel.

Plusieurs causes peuvent être identifiées comme responsable du vieillissement :

des causes internes (génétique, état de santé préexistant), et des causes externes (environnement, entourage, hygiène de vie, niveau socio-économique, facilité d'accès aux soins, niveau de ressources).

Un certain nombre de pathologies sont plus fréquemment rencontrées chez les personnes âgées : les maladies ostéo-articulaires, cardiovasculaires, les maladies dégénératives du système nerveux (démences, Alzheimer), et les troubles psychiques et en particulier la dépression du troisième âge.

L'autonomie est la capacité d'une personne à choisir elle-même les règles de la conduite de ses actes et des risques qu'elle est prête à courir, la possibilité d'effectuer sans aide les principaux actes physiques, psychiques, sociaux, économiques de la vie courante, et à assurer sans aide la satisfaction des besoins fondamentaux. La dépendance apparaît les soins et actes courants deviennent impossibles. Tout handicap (cécité, surdité, mobilité réduite) risque d'enfermer la personne dans un isolement très préjudiciable et de précipiter les phénomènes de dépendance.

On a estimé en 2006 le coût à 170 milliards € pour l'Union Européenne, et il s'élève à 215 milliards € par an pour l'Europe.

Du vieillissement normal au vieillissement pathologique.

Dr Arache MADJLESSI, gériatre des hôpitaux, Paris

Nous allons partir du constat suivant : La population française vieillit, l'espérance de vie s'allonge. Il faut, par conséquent faire évoluer la réflexion autour du vieillissement et modifier notre vision de la gériatrie et des pathologies qui peuvent accompagner l'avancée en âge.

L'objectif de cet exposé est de parler de plusieurs notions sont essentielles, pour comprendre la philosophie gériatrique moderne, et pouvoir mieux appréhender le vieillissement, nous allons essayer de développer chacune d'entre elles :

1. Aux âges avancés, l'espérance de vie se prolonge, nous avons en moyenne près de 10 ans à vivre à 75 ans, et près de 5 ans à 85 ans en moyenne.

2. L'espérance de vie en soi, n'a pas d'intérêt, les gériatres, mettent plutôt en avant, les deux notions d'autonomie et de qualité de vie, et leur corolaire l'espérance de vie sans incapacité qui s'allonge également pour les hommes et les femmes.

3. Le vieillissement est hétérogène chez le même individu, d'un organe à l'autre mais aussi d'un individu à l'autre. L'oreille ne vieillit pas forcément comme un autre organe chez le même individu.

4. Ceci permet aussi d'introduire les deux notions d'âge physiologique et d'âge chronologique qui sont fondamentales pour comprendre les choses.

5. Les modèles de vieillissement théoriques mais que nous pouvons appliquer en pratique autour de nous :

a. Le vieillissement réussi ou considéré comme tel

- b. Le vieillissement « habituel » ou « usuel »
 - c. La fragilité : notion essentielle qu'il faut développer
 - d. Le vieillissement pathologique
6. Normal/pathologique ou plutôt normal/anormal et pathologique/physiologique ? Si nous nous référons aux modèles énoncés ci-dessus, le titre adapté de l'exposé devrait être du vieillissement réussi au vieillissement pathologique ou du vieillissement physiologique au vieillissement pathologique.
7. La prévention pour le bien vieillir, doit commencer dès le plus jeune âge pour améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes vieillissantes.

La terminologie utilisée est essentielle pour faire évoluer les mentalités et avancer dans la meilleure prise en charge des pathologies gériatriques par l'ensemble des professionnels de santé.

Etiologie et physiopathologie de la presbyacousie. Physiologie de l'oreille saine et pathologique par sénescence.

Pr Jean-Luc PUEL, Institut des Neurosciences de Montpellier

Dans les sociétés où l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, la presbyacousie est un véritable problème de santé publique puisqu'elle touche une personne sur deux de plus de 75 ans. La presbyacousie est une pathologie multifactorielle faisant intervenir une combinaison de facteurs individuels (prédisposition génétique) et environnementaux (exposition au bruit, toxicités médicamenteuses).

D'un point de vue physiopathologique, la presbyacousie se caractérise par une perte progressive des fréquences aiguës due à la dégénérescence des cellules ciliées externes de la base, on parle alors de presbyacousie **sensorielle**. Certaines cochlées présentent des pertes neurales beaucoup plus importantes que celles des cellules ciliées, amenant différents auteurs à parler de presbyacousie **neurale**. Enfin, 40% des pertes auditives sont dues à une strie vasculaire défectueuse, d'où le terme presbyacousie **striatale**. Malheureusement, il n'existe pas de traitement efficace.

Les souris SAMP8 (Senescence Accelerated Mice Prone8) est un modèle de vieillissement précoce du système nerveux. Nous montrerons que cette souris présente aussi un vieillissement auditif précoce récapitulant la presbyacousie humaine. Les mécanismes cellulaires et moléculaires de la dégénérescence des différentes structures cochléaires reposent sur un stress oxydant, un processus inflammatoire et un stress autophagique; mécanismes constituant autant de cibles thérapeutiques potentielles que nous testons sur ce modèle murins.

Aspects centraux et cognitifs de la surdité chez le senior et le patient du 4ème âge, sans pathologie associée. Cas particulier du patient Alzheimer malentendant.

Dr Xavier PERROT, Neuro-Physiologiste, Lyon

Université Claude Bernard Lyon 1, Hospices Civils de Lyon, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon

Le vieillissement auditif et la surdité du sujet âgé s'intègrent dans un processus plus général de vieillissement biologique, touchant à la fois l'organe sensoriel périphérique, le système auditif central et les processus cognitifs. La combinaison de ces trois niveaux d'atteinte, variable selon les individus, va entraîner des troubles perceptivo-cognitifs beaucoup plus complexes que le déficit audiométrique caractérisant classiquement la presbyacousie.

Dans cette communication, nous présenterons tout d'abord les différents modèles conceptuels qui sous-tendent les interactions entre audition, cognition et vieillissement.

Ensuite, en nous appuyant sur des études comportementales, électrophysiologiques et d'imagerie anatomique ou fonctionnelle, nous présenterons différents résultats expérimentaux concernant la perception auditive au cours du vieillissement. Nous nous intéresserons notamment aux modifications anatomo-physiologiques du système auditif central (aussi bien au niveau des voies auditives ascendantes qu'au niveau des voies de communication transcalleuses). Nous aborderons également l'altération des processus cognitifs impliqués dans la perception auditive (principalement : les processus attentionnels, les processus mnésiques et les processus automatiques).

Nous terminerons cet exposé en abordant la problématique des interactions entre troubles cognitifs et surdité du sujet âgé, notamment dans le cadre d'un processus démentiel tel que la maladie d'Alzheimer.

Enfin, nous nous interrogerons sur l'intérêt préventif et thérapeutique d'une prise en charge audioprothétique précoce du sujet âgé malentendant.

Bilan et prise en charge par l'O.R.L.

Dr Didier BOUCCARA, O.R.L., Paris

La presbyacousie est l'expression clinique du vieillissement normal du système auditif. Elle est caractéristique par sa lenteur d'installation, son diagnostic facile d'après les données cliniques et de l'audiométrie. Le rôle de l'ORL dans ce qui est donc une évolution attendue de l'audition, se situe principalement à trois niveaux :

Le diagnostic de presbyacousie.

L'évaluation réalisée par l'ORL comporte un bilan audiométrique (tonal et vocal). Celui-ci permet de confirmer la presbyacousie : surdité de perception bilatérale et symétrique prédominant sur les fréquences aiguës, d'en préciser l'importance et de décider des modalités thérapeutiques adaptées. Si les acouphènes sont le motif de consultation, un complément de bilan (tests auditifs, biologie, imagerie...) est parfois nécessaire. Une atteinte audiométrique atypique : asymétrie en audiométrie tonale, dégradation importante de l'intelligibilité de l'un des côtés en audiométrie vocale justifie de poursuivre l'enquête étiologique à la recherche d'une autre cause. La présence de vertiges et troubles de l'équilibre ne s'intègre pas dans le cadre de la presbyacousie

Ce bilan auditif est aussi en effet une façon d'évaluer les suppléances du patient ce qui peut conduire à réaliser un bilan et une rééducation orthophonique

Le suivi

Le suivi du patient presbyacousique est effectué conjointement par le médecin traitant, l'ORL et l'audioprothésiste, et a plusieurs objectifs : évaluer l'évolution de la perte auditive en audiométrie, apprécier le port des aides auditives, les difficultés rencontrées ; rechercher des obstacles à cette utilisation, décider d'une éventuelle rééducation orthophonique en fonction de l'évolution du déficit auditif et de son amélioration avec les aides auditives, et/ou d'un éventuel bilan en cas de troubles cognitifs ; informer régulièrement l'entourage proche du fonctionnement des appareils et de la nécessité d'un port régulier.

Les situations où le bénéfice de l'appareillage est limité

Ces situations nécessitent une analyse précise. Les facteurs de moins bon pronostic vis-à-vis du bénéfice audioprothétique liés à l'atteinte auditive sont : 1) la sévérité de celle-ci, qui se trouve parfois aux limites des possibilités des aides auditives conventionnelles les plus puissantes. L'indication d'un implant cochléaire peut alors se discuter, sans qu'il y ait de limite d'âge recommandée ; 2) la présence de « zones cochléaires mortes » en audiométrie ; 3) L'existence d'une atteinte centrale dont l'évaluation spécifique permet un diagnostic précis et un traitement adapté.

Prévention et information

La presbyacousie étant une atteinte auditive attendue pour chaque personne, le rôle de l'ORL est aussi d'en expliquer les caractéristiques à un stade débutant, et chez les plus jeunes de prévenir les facteurs d'aggravation potentiels : exposition au bruit, troubles métaboliques, suivi en cas d'exposition à des substances ototoxiques.

**Accueil du déficient auditif âgé et prise en charge :
Comment gagner sa confiance, le décider et le convaincre ?
Ses attentes et besoins et ceux de sa famille.
Eric BIZAGUET, Audioprothésiste, Paris**

Le déficient auditif est souvent un patient qui sous-estime son déficit, allant parfois jusqu'à le refuser. L'aspect insidieux de l'installation de la presbyacousie le conduit souvent à s'adapter progressivement en mettant en place des compensations permettant dans des conditions « idéales » de comprendre d'une façon qu'il juge suffisante.

Or, ces compensations mises en place par tout déficient auditif presbyacousique voient hélas leur efficacité se dégrader avec l'âge, aidées en cela par la poursuite d'une dégradation lente de l'audition.

Le presbyacousique est à son début un « jeune » qui va lutter pour conserver son image. Il vient donc souvent avec la notion que l'appareillage est un stigmate de cet âge, rendant difficile son acceptation. On constate d'ailleurs que l'une des priorités à l'arrivée est l'esthétique.

A nous de positiver pour que sa demande à la sortie du premier rendez-vous soit en direction d'une meilleure efficacité, d'une acceptation sans réserve, et ceci quel que soit son état moral. Qu'il soit convaincu, réticent, inquiet, etc..., doit être intégré dans notre prise en charge qui doit s'adapter à son profil et permettre de franchir les premières difficultés dans l'attente du résultat attendu.

Pourtant la route est longue et minimiser les difficultés initiales ne peut conduire qu'à une frustration et à moyen terme à un échec. L'audioprothésiste est ici un « coach » qui détient le savoir technique, mais qui ne doit pas oublier que le principal de son activité répond à la règle mathématique suivante :
20 % de technologie + 80 % de psychologie = 100 % de satisfaction

On sait cependant que le patient ne sera évidemment pas corrigé à 100 %, surtout que l'âge vient rajouter des difficultés cognitives et centrales ainsi que des bouleversements sociaux.

Notre rôle initial : positiver le port de l'appareil, valoriser l'implication du patient et lui promettre un futur où l'appareil est le moyen de rester jeune et actif.

Le but de cette conférence est de proposer une démarche permettant de gagner la confiance du patient et de sa famille et de favoriser une image positive de l'appareillage auditif.

**Définition et particularités de l'anamnèse
du déficient auditif du 3ème et 4ème âge.**

**Patrick ARTHAUD, Audioprothésiste, Montluçon
Bernard HUGON, Audioprothésiste, Paris**

L'anamnèse, étape incontournable de la prise en charge du malentendant (entre autres), sujet hybride et polymorphe. Il

existe, probablement, autant d'anamnèses que de couples audioprothésiste/malentendant, l'âge apportant ses spécificités. Si nous étudions la pyramide des âges dans nos fichiers, il est évident que cette population n'a rien d'exceptionnel dans nos laboratoires.

Sans avoir la prétention d'épuiser le sujet nous évoquerons ensemble un certain nombre d'items importants pour mener à bien ces entretiens un peu particuliers. Et nous essaierons d'en tirer quelques règles simples pour optimiser cet exercice.

Parmi nos patients, un certain nombre sont, ou ont été, musiciens ou mélomanes. Ils évoquent la perte du plaisir liée à la pratique ou à l'écoute de la musique.

Quelle anamnèse pour explorer l'impact de la presbyacousie et du vieillissement dans cette population ?

Quel est l'impact de la surdité sur la perception de la musique ?

Quelles sont les conséquences de la perte des capacités physiques sur la pratique instrumentale ?

Quelques pistes pour investiguer, rassurer et rétablir en partie le paradis perdu.

Psycho-acoustique du presbyacousique et applications prothétiques.

Kamel ADJOUT, Audioprothésiste, Lyon

La psycho-acoustique est l'étude des relations entre les caractéristiques physiques des sons et leurs caractéristiques sensorielles ou perceptives.

Ce champ d'étude scientifique permet par exemple de mieux comprendre pourquoi deux personnes malentendantes ayant le même audiogramme tonal et les mêmes performances vocales dans le silence peuvent, par ailleurs, éprouver des difficultés de compréhension en condition d'écoute bruyante (conversation à plusieurs locuteurs) très différentes.

En effet, la psycho-acoustique considère la perte d'audibilité comme un facteur important mais non suffisant à lui seul pour expliquer les troubles de la perception auditive chez les sujets presbyacousiques.

En plus de la perte de sensibilité auditive aux sons faibles, la psycho-acoustique s'intéresse à d'autres facteurs supraliminaires de la perception auditive altérée chez le malentendant comme : la diminution de la compression cochléaire, la perte partielle de la sélectivité fréquentielle fine et la diminution de la précision du codage temporel par le système auditif périphérique et/ou central.

C'est l'ensemble de ces déficits cochléaires qui impacte les capacités de compréhension de la parole, l'écoute dans le bruit, et la perception de la musique des malentendants presbyacousiques.

Dans cet exposé, nous présenterons un tour d'horizon des tests psycho-acoustiques les plus utilisés qui permettent d'objectiver chacun de ces déficits cochléaires, leurs conséquences sur la perception auditive et les applications prothétiques qui en découlent.

Bilan d'orientation prothétique tonal : liminaire et supraliminaire.

Jean-Baptiste DELANDE, Audioprothésiste, Annecy
Stéphane LAURENT, Audioprothésiste, Gourin

L'audiométrie tonale liminaire et supraliminaire reste la base de travail de la pratique de l'audioprothésiste. Choix du mode de correction, du type d'aide auditive, et bien d'autres éléments sont en grande partie basés sur ces examens presque gravés dans le marbre. Pratiqués la plupart du temps au casque, en dB HL, les seuils audiométriques soulèvent pourtant bien des questions à l'heure où la technologie est de plus en plus précise :

- Sont-ils représentatifs de la perte auditive réelle ?
- Quelles sont les incertitudes de mesures et peut-on les limiter ?
- Peut-on faire un bilan d'orientation prothétique tonal aujourd'hui avec les mêmes outils qu'hier ?

Afin de répondre à ses interrogations, nous ferons d'abord le constat des réalités acoustiques de l'audiogramme tonal au casque pour mieux décrire un mode opératoire alternatif, l'audiométrie aux inserts en dB SPL au tympan. Dans un second temps, nous nous arrêterons sur l'importance de la notion de champ dynamique résiduel avant de mettre le doigt sur ses pièges, ses dangers mais également son intérêt dans le bilan d'orientation prothétique. L'ensemble de ces notions fondamentales méritent elles aussi, une actualisation, dans une démarche d'amélioration constante du savoir-faire de l'audioprothésiste et de la qualité du bénéfice prothétique.

Eléments de phonétique et compensation centrale.

Arnaud COEZ, Audioprothésiste, Paris

La phonétique (du grec « *phônêtikos* », où « *phônê* » qui signifie la « voix », le « son ») est une branche de la [linguistique](#) qui étudie les sons utilisés dans la communication verbale. La [phonétique](#) étudie la façon dont les sons sont perçus et décodés par l'auditeur. Un EPU et un précis d'audioprothèse y ont été consacrés. Il s'agit dans cet EPU de découvrir les effets de la surdité sur la perception des consonnes et des voyelles mais aussi d'évaluer les effets de l'âge du sujet sur sa capacité à les percevoir et à les utiliser. Si les effets périphériques de la surdité sont évidents sur l'encodage des sons de la parole, des compensations existent. Ainsi, l'utilisation des indices acoustiques de type transitions de formants peuvent théoriquement aider à compenser la perte de perception de certaines consonnes, mais leur traitement central est souvent altéré par l'effet de l'âge. Effectivement, une ré-organisation des aires cérébrales tout au long de la vie rend moins efficace des compensations centrales d'analyses phonétiques dans le bruit ou des mécanismes centraux de suppléance multi-modale (notamment visuelle). La perte d'audition, pris isolément peut sembler un trouble perceptif mineur, mais cumulé à d'autres déficits sensoriels peut conduire à une altération de l'état général, surtout si une autre pathologie apparaît.

Pourtant, la vieillesse peut ne pas devenir un naufrage aussi brutal, si le sujet ne laisse pas s'installer des déficits sensoriels et qu'il accepte de s'entraîner. Il peut ainsi espérer optimiser ses capacités de compensations centrales. L'EPU 2012 permettra de faire plus spécifiquement la synthèse des apports de l'appareillage dans la conservation des compensations centrales.

Bilan d'orientation prothétique vocal dans le silence et dans le bruit. Cas particulier du 4ème âge.

Yves LASRY, Audioprothésiste, Nantes
Frank LEFEVRE, Audioprothésiste, Rennes

L'audiométrie vocale dans le silence permet d'objectiver et de préciser les difficultés ressenties par le patient en analysant sa compréhension à différents niveaux de parole. Toutefois, les conditions acoustiques qu'elle reproduit ne sont pas représentatives de la vie réelle dès que le bruit ambiant dépasse 40 dB. L'utilisation complémentaire de l'audiométrie vocale dans le bruit permet de préciser le bilan d'orientation prothétique tout en confirmant les éléments indiqués lors de l'anamnèse. Véritable outil d'analyse des fonctions cognitives ainsi que des stratégies de compensation mises en place pour les surdités anciennes, l'audiométrie vocale dans le bruit peut être réalisée pour quasiment toutes les typologies d'hypoacousie. Les éléments qu'elle apporte permettent aussi d'estimer la véritable gêne sociale ; celle qui est ressentie dans des conditions d'écoute plus difficiles telles que des réunions de famille, celle dont le retentissement psychologique est le plus important, celle qui conduit inexorablement vers l'isolement et vers l'abandon de toute vie sociale.

Bilan auditif central : son rôle dans l'approche prothétique. Reconnaître et explorer les troubles centraux de l'audition.

Dr Jean-Louis COLLETTE, O.R.L., Paris
Pierre-Edouard WATERLOT, Audioprothésiste, Paris

Il convient d'évoquer les troubles centraux de l'audition devant certains éléments pas très difficiles à mettre en évidence, à condition toutefois **de penser à les rechercher**.

D'abord une **gêne à la discrimination dans le bruit**, mais aussi **une difficulté à bien localiser et latéraliser une source sonore**, la reconnaissance des profils auditifs, les aspects temporels de l'audition ou les troubles comportementaux.

L'association de plusieurs de ces signes doit conduire à évoquer les troubles auditifs centraux. et à pratiquer les tests du Bilan Auditif Central (BAC) qui comprend :

l'Audiométrie Vocale dans le Bruit- Lafon 60 dans laquelle le bruit blanc est émis au même niveau que les listes de mots confrontant l'intelligibilité dans le silence et dans le bruit,

les Tests Dichotiques (émission dans chacune des deux oreilles de listes de mots différents) étudiant les capacités de fusion et de séparation du système auditif central,

le test de démasquage permettant d'avoir une idée du fonctionnement de la « boîte à outils » de la binauralité,

les tests de configuration enfin, pour identifier trois sons (bas/ hauts, ou longs/brefs).

Il est cependant impératif à la réalisation de ces tests,

- que les deux oreilles entendent sensiblement au même niveau,
- que le patient comprenne le français
- qu'il soit capable de répondre et de comprendre les instructions.

Bilan orthophonique : Pour qui ? En quoi consiste-t-il ? Comment l'intégrer dans l'acte prothétique.

Géraldine BESCOND, Orthophoniste, Rennes

Le recours à l'orthophoniste est méconnu et peu exploité en presbycousie particulièrement chez le 4ème âge.

Pourtant, des nombreuses recherches démontrent la capacité réorganisationnelle neuronale et l'influence d'une réhabilitation auditive. D'autres, comme l'étude menée pour le GRAP - Groupe de recherche Alzheimer Presbycousie, ont mis en évidence "*un risque relatif de développer des troubles cognitifs 2.48 fois plus chez le sujet atteint de surdité avec gêne social*". De plus, les recommandations de BIAP (Bureau International d'Audiophonologie) estimaient l'importance d'une éducation/rééducation auditive (Recommandation 17/4 - 21/5; Recommandation 28/2).

L'orthophoniste est habilité (Décret n° 2002-721 du mai 2002) dans la rééducation des pathologies ORL (Art. R. 4341-3/2c) et neurologiques (Art. R. 4341-3/3b,c). De ce fait, il apporte une expertise dans la prise en charge des presbycousiques de 4ème âge.

Le bilan est son premier acte: il pose le diagnostic orthophonique, préalable et indispensable à toute démarche thérapeutique. Celui-ci ne peut être effectué que sur prescription médicale et pratiqué exclusivement par l'orthophoniste.

Le bilan est un recueil d'informations quantitatives et qualitatives pour poser un diagnostic et orienter une éventuelle rééducation. Au delà de l'outil clinique de diagnostic, il permet également pronostic, dépistage, prévention et information. Il comprend un entretien, des tests quantitatifs et des évaluations qualitatives à appliquer, analyser et interpréter. Un compte-rendu écrit doit être obligatoirement adressé au médecin prescripteur.

Dans le domaine de la presbyacousie de 4ème âge, les tests ciblent les capacités fonctionnelles dans les 4 stades d'audition: détection, discrimination, identification et compréhension ainsi que dans les fonctions supérieures. Ils doivent établir et évaluer les compétences phonologiques, linguistiques, cognitives et mnésiques et dépister les troubles adjacents qui peuvent nuire à la compréhension.

A la fin du bilan, l'orthophoniste doit pouvoir indiquer les obstacles probables à anticiper, les objectifs à atteindre (à court et long terme) en rééducation, le nombre de séances à effectuer, la participation ou non de l'entourage, les examens complémentaires à proposer.

Dans le cadre spécifique de notre thématique "Presbyacousie 4ème âge et surdité", l'intégration de l'orthophonie dans l'acte prothétique semble primordial. Elle doit s'inscrire en amont, si besoin, pendant et/ou après l'appareillage auditif. Elle constitue une aide et un soutien dans l'optimisation fonctionnelle des réglages proposés. Par la proposition d'un cadre ordonné, elle peut maintenir les capacités cognitives et ainsi améliorer la qualité de vie de nos "ainés".

Que peut-on promettre au déficient auditif et à sa famille au regard des résultats ? Comment leurs présenter ?

Hervé BISCHOFF, Audioprothésiste, Paris
Jean-Jacques BLANCHET, Audioprothésiste, Tours

L'appareillage du patient presbyacousique âgé ou très âgé nécessite une prise en charge globale qui passe par différentes étapes.

Nous détaillerons l'étape qui suit l'anamnèse et les tests pré-prothétiques, lors de laquelle des explications essentielles au résultat futur doivent être transmises au patient et à ses proches afin de tenir compte des idées reçues, des espoirs inatteignables...

Tout d'abord nous verrons quelles peuvent être les demandes du patient, les informations à prendre en compte, la conduite à tenir en cas de troubles associés ou de grand âge. En fonction de ces éléments, les promesses qui peuvent être faites et les explications qui peuvent être données.

Puis toujours en gardant à l'esprit l'approche du patient, nous parlerons de l'implication nécessaire de la famille dans le processus d'appareillage. Quels conseils donner aux proches, au personnel soignant et comment leur présenter les bénéfices espérés mais aussi les limites de l'appareillage.

Les bases techniques du choix prothétique en fonction des besoins du patient, de ses capacités et du bilan prothétique.

Grégory GERBAUD, Audioprothésiste, Reims

Dans notre pratique, au quotidien, nous rencontrons des patients très différents, avec des motivations dont la variabilité interindividuelle nous oblige à une étude exhaustive fondée sur avec un large recueil de données.

Ces paramètres, associés au bilan d'orientation prothétique, nous permettront d'établir un choix prothétique des plus précis.

Les patients deviennent de plus en plus consommateurs de nouvelles technologies, téléphones portables, Internet, systèmes GPS...

Leurs attentes sont d'un niveau élevé et souvent très précises.

Nous devons convaincre et amener le patient progressivement et son entourage au choix que nous lui proposons. Aujourd'hui, ce choix est dès plus exhaustif en raison des évolutions technologiques, rendant les appareils plus discrets, plus efficaces dans les environnements bruyants, et même capables de se connecter aux systèmes Bluetooth.

Toutes ces innovations n'ont qu'un seul objectif : répondre encore mieux aux besoins du patient et à ses exigences.

MERCI DE NOTER

EPU 2012

L'Enseignement Post-Universitaire 2012 aura lieu les

Vendredi 7 et Samedi 8 Décembre 2012
au Centre des Congrès de la Villette
Cité des Sciences et de l'Industrie

30 Avenue Corentin Cariou – PARIS 19ème

sur le thème « **Presbycousie. 4ème âge et surdité** » (suite)
