



21^{ème} Colloque ACFOS

13 et 14 novembre 2025

Espace Charenton Paris 12 - Présentiel et distanciel

ABSTRACTS



21^{ème} Colloque ACFOS 2025

La surdité en 2025 : Quelles avancées pratiques pour le quotidien ?

Recherches, prises en charge, accompagnements,
nouvelles technologies, ...

13 et 14 Novembre 2025 - Espace Charenton, Paris 12



action connaissance formation pour la surdité • 49 Bd Pasteur 75015 PARIS
Tél. 06 20 78 10 96 • Courriel contact@acfos.org • www.acfos.org

Association régie par la loi de 1901, créée le 04 janvier 1988 .SIRET 403 452 014 00042 .APE 8899B

N° de déclaration d'existence à la DRIEETS : 117525392 75

Compte Bancaire : Société Générale 75009 Paris Trinité 30003 03080 00037265044 05



JOURNEE 1 - Jeudi 13 novembre 2025

Quel bilan pour l'école inclusive pour les jeunes sourds 20 ans après la loi sur l'égalité des droits et des chances ?

Jérémie BOROY, Président du CNCPPH

--

Quelles avancées dans le domaine de la thérapie génique ?

Dr Ghizlene LAHLOU, ORL-PHU, Pitié-Salpêtrière, Paris

--

La thérapie génique en pratique

Pr Natalie LOUNDON, ORL, Hôpital Necker-Enfants malades APHP, Paris

Contexte général

Les surdités génétiques représentent environ 50-60% des surdités congénitales, avec plus de 150 gènes identifiés. La thérapie génique vise à corriger le défaut génétique responsable de la surdité pour restaurer une fonction auditive naturelle, contrairement aux solutions prothétiques comme l'implant cochléaire qui contournent le problème sans le résoudre.

Situation actuelle en 2025

La thérapie génique des surdités n'est pas encore un traitement disponible en pratique courante. La recherche reste essentiellement au stade préclinique avec des expérimentations animales prometteuses, notamment sur les gènes OTOF (otoferline), TMC1, MYO7A et GJB2. Les premiers essais cliniques humains de phase I/II ont débuté récemment, principalement pour la mutation OTOF responsable de neuropathie auditive, avec des résultats préliminaires encourageants montrant une amélioration



auditive de 10-40 dB chez quelques patients traités. L'accès reste donc limité à des protocoles de recherche dans des centres ultra-spécialisés, avec des critères de sélection très stricts.

Défis techniques majeurs

Plusieurs obstacles limitent actuellement le développement de ces thérapies. L'accès à la cochlée est complexe et nécessite généralement une injection chirurgicale intra-cochléaire risquant d'endommager les structures auditives fragiles. Les vecteurs viraux utilisés (principalement AAV) ont une capacité limitée pour transporter des gènes volumineux et peinent à cibler spécifiquement les cellules ciliées ou neurones auditifs concernés. La fenêtre thérapeutique est critique car le traitement doit intervenir avant la dégénérescence irréversible des cellules, ce qui nécessite un diagnostic génétique extrêmement précoce, parfois difficile à obtenir avant que les dommages ne soient installés.

Indications les plus prometteuses

Les mutations du gène OTOF constituent la cible prioritaire car elles provoquent une neuropathie auditive avec préservation des cellules ciliées, offrant un terrain favorable à la thérapie génique. Les surdités syndromiques progressives comme le syndrome d'Usher présentent également un intérêt car leur évolution lente offre une fenêtre thérapeutique plus large. Les formes avec audition résiduelle permettent en outre d'évaluer objectivement l'amélioration apportée par le traitement.

Perspectives et place dans l'arsenal thérapeutique

À court terme, on peut s'attendre à une extension des essais cliniques et possiblement à une approbation pour certaines indications très ciblées dans les 2-5 prochaines années, mais plusieurs défis subsistent incluant le coût extrêmement élevé, la nécessité d'un dépistage génétique universel et les questions éthiques d'accès équitable. **L'implant cochléaire reste aujourd'hui le traitement de référence des surdités profondes.** La thérapie génique viendra probablement le compléter plutôt que le remplacer, en s'adressant à des formes génétiques spécifiques diagnostiquées précocement ou à des surdités progressives pour en prévenir l'aggravation. Le diagnostic génétique systématique et précoce devient donc crucial pour identifier dès maintenant les candidats potentiels aux futures thérapies géniques.



La Langue française Parlée Complétée (LfPC) vue par les sciences: nouveau tour d'horizon

Jérôme SCHULTZ, Parent d'enfant sourd, administrateur AfLPC (38)

Jean-Pierre ORENGE, Président de l'AfLPC

La Langue française Parlée Complétée (LfPC) ou Cued Speech pour sa version originale américaines, est née de l'aboutissement d'un raisonnement qui a intégré la problématique de l'acquisition de la langue orale pour les enfants sourds et qui a fait la synthèse des études précédentes pour dépasser les tentatives infructueuses du passé. Si l'implant cochléaire a révolutionné la réhabilitation auditive des enfants sourds, son seul recours reste imparfait dans de nombreux cas. Or, les dernières publications soulignent les bénéfices amenés par la LfPC, pour dépasser les limitations de l'implant seul.

En effet, de nombreuses études scientifiques se sont intéressées à la LfPC pour en démontrer les apports directs et les bénéfices associés, avec ou sans IC. Nous aimerions faire un récapitulatif, non exhaustif, de ces publications et partager les perspectives offertes par la LfPC.

<https://alpc.asso.fr/lfpc-regardee-par-les-sciences/>

Analyse du traitement cortical de la parole en MEG, résultats en cas de gêne dans le bruit

Pr Maxime NIESEN, ORL PHU, H.U.B Hôpital Erasme, Bruxelles

¹HUB Hôpital Erasme – Bruxelles.

²Laboratoire de Neuroanatomie et neuroimagerie translationnelles (LN2T) – Université Libre de Bruxelles.



En raison de sa nature sociale, l'être humain se retrouve fréquemment confronté à la nécessité de communiquer dans des environnements bruyants, que ce soit lors de réunions, dans la cour de récréation ou encore au restaurant. Dans de telles situations, il doit être capable de cibler la voix de la personne qu'il souhaite écouter et de la distinguer du brouhaha ambiant afin de comprendre son discours. Cette tâche implique des processus neurophysiologiques complexes qui mobilisent le système auditif, le cerveau, ainsi que diverses fonctions cognitives telles que l'attention, le traitement de la syntaxe, la perception de la prosodie (« la mélodie de la voix ») ou encore la mémoire de travail. Malgré la complexité de ces mécanismes, un adulte en bonne santé parvient généralement à communiquer dans ces environnements difficiles de manière fluide, sans nécessiter un effort mental excessif. Cependant, cet exercice peut devenir particulièrement difficile pour certaines populations, en particulier pour les enfants. En effet, leur cerveau et leurs capacités cognitives sont encore en pleine maturation, alors même qu'ils évoluent quotidiennement dans des environnements bruyants pouvant avoir un impact négatif sur leur apprentissage.

À l'aide de la magnétoencéphalographie, une technologie de neuro-imagerie hautement sophistiquée permettant d'enregistrer et d'analyser avec une grande précision l'activité cérébrale, notre équipe a démontré que, dans des environnements bruyants, le cerveau des adultes parvient à extraire la voix de leur interlocuteur en se basant sur deux rythmes principaux. Le premier rythme, plutôt lent, correspond aux phrases et à la prosodie (incluant l'intonation et les pauses), tandis que le second rythme, plus rapide, concerne le rythme des syllabes. En revanche, chez les enfants, le suivi de la voix d'intérêt par leur cerveau est moins résistant en présence de bruits de fond intenses, et se limite principalement au rythme de la prosodie et des phrases, avec très peu d'implication du rythme syllabique.

Au cours de cette présentation, nous reviendrons sur les différentes études réalisées par notre équipe afin d'étudier les mécanismes impliqués dans la perception de la parole dans le bruit et de comprendre pourquoi certaines populations de patients rencontrent plus de difficultés que d'autres (par exemple les enfants sains, les enfants



dyslexiques, les patients présentant des troubles auditifs centraux ou ayant été exposées à des traumatismes sonores).

Références :

- Bourguignon, M., De Tiège, X., de Beeck, M. O., Ligot, N., Paquier, P., Van Bogaert, P., Goldman, S., Hari, R., & Jousmäki, V. (2013). The pace of prosodic phrasing couples the listener's cortex to the reader's voice. *Human Brain Mapping*, 34(2), 314–326.
- Vander Ghinst, M., Bourguignon, M., Op de Beeck, M., Wens, V., Marty, B., Hassid, S., Choufani, G., Jousmäki, V., Hari, R., Van Bogaert, P., Goldman, S., & De Tiège, X. (2016). Left Superior Temporal Gyrus Is Coupled to Attended Speech in a Cocktail-Party Auditory Scene. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 36(5), 1596–1606.
- Bourguignon, M., Baart, M., Kapnola, E. C., & Molinaro, N. (2019). Lip-reading enables the brain to synthesize auditory features of unknown silent speech. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1101-19.2019>
- Vander Ghinst M, Bourguignon M, Niesen M, Wens V, Hassid S, Choufani G, Jousmäki V, Hari R, Goldman S, De Tiège X. Cortical Tracking of Speech-in-Noise Develops from Childhood to Adulthood. *J Neurosci*. 2019 Apr 10;39(15):2938-2950.
- Niesen M, Vander Ghinst M, Bourguignon M, Wens V, Bertels J, Goldman S, Choufani G, Hassid S, De Tiège X. Tracking the Effects of Top-Down Attention on Word Discrimination Using Frequency-tagged Neuromagnetic Responses. *J Cogn Neurosci*. 2020 May;32(5):877-888.
- Destoky F, Bertels J, Niesen M, Wens V, Vander Ghinst M, Leybaert J, Lallier M, Ince RAA, Gross J, De Tiège X, Bourguignon M. Cortical tracking of speech in noise accounts for reading strategies in children. *PLoS Biol*. 2020 Aug 26;18(8):e3000840



- *Vander Ghinst M, Bourguignon M, Wens V, Naeije G, Ducene C, Niesen M, Hassid S, Choufani G, Goldman S, De Tiège X. Inaccurate cortical tracking of speech in adults with impaired speech perception in noise. Brain Communications. 2021;3(3):fcab186.*
- *Destoky F, Bertels J, Niesen M, Wens V, Vander Ghinst M, Rovai A, Trotta N, Lallier M, De Tiège X, Bourguignon M. The role of reading experience in atypical cortical tracking of speech and speech-in-noise in dyslexia. Neurolmage. 2022 Jun 1;253:119061.*
- *Niesen M, Bertels J*, Destoky F, Coolen T, Vander Ghinst M, Wens V, Rovai A, Trotta N, Baart M, Molinaro N, De Tiège X, Bourguignon M. Neurodevelopmental oscillatory basis of speech processing in noise. Developmental Cognitive Neuroscience. 2023.*
- *Niesen M, Bourguignon M, Bertels J, Vander Ghinst M, Wens V, Goldman S, De Tiege X. Cortical tracking of lexical speech units in a multi-talker background is immature in school-aged children. Neurolmage. 2023.*
- *TedX Pr Mathieu Bourguignon : <https://www.youtube.com/watch?v=R2WXmVwi-7c>*

Réalité virtuelle : de l'exploration à la réhabilitation des atteintes audio- vestibulaires

Dr Aurélie COUDERT, ORL, Hôpital Femme Mère Enfant, Hospices Civiles de Lyon

Dr Salma JBYEH, ORL, Hôpital Robert Debré APHP, CNRS UMR 8002, Paris



La localisation spatiale est une capacité auditive primitive permettant à l'Homme de s'orienter dans l'environnement qui l'entoure de manière innée. Cette capacité s'avère également d'une grande aide pour comprendre son interlocuteur en milieu bruyant. En cas de surdité, et malgré une réhabilitation par prothèse auditive ou implant cochléaire, les capacités de localisation spatiale des patients sourds s'avèrent déficitaires et conduisent à des difficultés plus ou moins marquées au quotidien : situations dangereuses dans la rue, difficultés de compréhension en milieux bruyants. Aujourd'hui, la réalité virtuelle a permis de mieux caractériser ces difficultés auditives et offrent de nouvelles possibilités de rééducation, à la fois immersive en 3D et ludique, pour l'adulte et l'enfant. Les premiers essais cliniques chez l'Homme sont prometteurs et inscrivent cette nouvelle technologie comme une offre de soin innovante à proposer à tous les patients porteurs de surdité.

Ressources infos :

- **Articles:**

- <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.u-paris.fr/articles/PMC8694251/>
- https://journals-lww-com.ezproxy.u-paris.fr/ear-hearing/fulltext/2023/01000/intensive_training_of_spatial_hearing_promotes.7.aspx
- <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.u-paris.fr/articles/PMC9587935/>
- <https://link-springer-com.ezproxy.u-paris.fr/article/10.1007/s00405-023-07846-9>
- <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.u-paris.fr/articles/PMC10313844/>

- **Liens podcasts:**

- <https://www.inserm.fr/podcast/chasser-les-dragons-pour-reeducuer-son-audition/>
- <https://www.rts.ch/audio-podcast/2025/audio/une-chasse-aux-dragons-pour-ameliorer-l-audition-des-enfants-atteints-de-surdite-28787545.html>

Le diagnostic génétique en 2025



Dr Margaux SEREY-GAUT, Généticienne, Hôpital Necker-Enfants malades APHP, Paris

Nouvelles indications d'implant cochléaire chez l'enfant : précoce bilatéral, unilatéral et acouphènes, EAS : quels résultats espérer ?

Dr Marie-Noëlle CALMELS, ORL, CHU de Toulouse

Pr Natalie LOUNDON, ORL, Hôpital Necker-Enfants malades APHP, Paris

Implantation ultra-précoce

L'implantation cochléaire ultra-précoce (avant 12 mois, idéalement avant 6 mois) représente une avancée majeure dans la prise en charge de la surdité profonde congénitale. Cette approche tire parti de la période critique de plasticité cérébrale maximale pour le développement auditif et du langage.

Particularités :

- Nécessite un diagnostic néonatal fiable et rapide via le dépistage systématique
- Bilan pré-implantation adapté (imagerie, évaluations électrophysiologiques)
- Défis techniques liés à la petite taille de l'anatomie pédiatrique
- Importance cruciale de l'accompagnement parental et orthophonique précoce

Résultats attendus : Les enfants implantés avant 12 mois, et particulièrement avant 6 mois, montrent des performances nettement supérieures : développement du langage oral proche de celui des enfants normo-entendants, meilleure intelligibilité de la parole, et capacités de communication facilitant l'intégration scolaire en milieu ordinaire. Plus l'implantation est précoce, plus les résultats sur le développement linguistique sont favorables.

Surdité unilatérale complète (SSD - Single Sided Deafness)



L'implantation cochléaire dans les surdités unilatérales chez l'enfant est une indication relativement récente, longtemps controversée mais aujourd'hui de plus en plus reconnue.

Particularités :

- Auparavant non prise en charge, car l'oreille controlatérale compense partiellement
- Période sensible critique : l'implantation doit idéalement intervenir avant 3-5 ans pour éviter une privation auditive prolongée de l'oreille sourde
- Indication validée pour prévenir les difficultés de localisation spatiale des sons et de compréhension dans le bruit
- Prévention des retards de langage et des difficultés d'apprentissage

Résultats attendus : L'implantation précoce permet une restauration de l'audition binaurale avec amélioration significative de la localisation spatiale des sons, meilleure compréhension en environnement bruyant (notamment en milieu scolaire), et prévention des troubles du développement du langage. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'implantation est précoce, avant que la privation auditive n'entraîne une réorganisation corticale irréversible.

EAS (Stimulation Électro-Acoustique)

L'EAS combine l'implant cochléaire pour les fréquences aiguës et l'amplification acoustique conventionnelle pour les fréquences graves préservées, dans la même oreille.

Particularités :

- Indication pour les surdités partielles avec audition résiduelle en basses fréquences
- Nécessite une technique chirurgicale atraumatique pour préserver les structures cochléaires résiduelles
- Utilisation d'électrodes plus courtes et flexibles
- Nécessite une audioprothèse spécifique combinant les deux modes de stimulation
- Réglages plus complexes nécessitant une expertise technique spécialisée



Résultats attendus : L'EAS offre des performances remarquables, notamment une meilleure perception de la musique grâce à la préservation de l'audition naturelle dans les graves, une qualité sonore plus naturelle, et d'excellents résultats en reconnaissance vocale, souvent supérieurs à l'implant cochléaire seul. La perception des voix et la compréhension dans le bruit sont particulièrement améliorées. Le principal enjeu reste la préservation à long terme de l'audition résiduelle.

Conclusion

Ces trois indications illustrent l'évolution des pratiques en implantation cochléaire pédiatrique vers une prise en charge plus précoce et plus nuancée, adaptée à différents profils de surdité. Le succès de ces approches repose sur un diagnostic précoce, une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée, et un accompagnement orthophonique intensif des enfants et de leur famille.

**Comment mieux évaluer les retentissements de la surdité aujourd'hui :
qualité de vie, efforts d'écoute, fatigabilité...**

Dr Marie-Noëlle CALMELS, ORL, CHU de Toulouse

Dr Stéphane GARGULA, ORL, Hôpital de la Conception, Marseille

L'évaluation du seuil auditif d'un enfant repose sur la multiplication des tests comportementaux, audiométries tonales et vocales quand elles sont possibles, réalisés par des équipes aguerries associée aux différents tests objectifs performants disponibles sur le marché. La détermination de ce seuil indispensable au diagnostic est cependant insuffisante pour évaluer le retentissement global et complexe de la perte auditive sur l'enfant et son environnement : développement du langage, fonctions cognitives, comportement et intégration sociale, scolarisation et résultats académiques, qualité de vie globale. Une approche multidimensionnelle est indispensable à une prise en charge optimale et repose sur le travail et la coordination d'une équipe multidisciplinaire intégrant professionnels médicaux et para-médicaux mais aussi l'enfant, la famille et l'équipe enseignante.



L'amélioration de l'évaluation qualitative auditive repose principalement sur la réalisation de tests de compréhension dans différentes conditions d'écoute adaptés à l'âge et aux capacités de l'enfant.

L'association à une évaluation vestibulaire et du développement moteur plus systématique permet également d'adapter les prises en charge tout en nuancant les attentes de l'enfant et ses parents à cette dernière.

L'évaluation de l'environnement familial et le recueil des constations des parents dans la vie quotidienne qu'ils partagent avec leur enfant est primordiale. De nombreux questionnaires adaptés sont disponibles dans la littérature mais principalement en anglais. Récemment le Speech, Spatial and Qualities of Hearing scale pour les parents (SSQ-P) et pour les enfants (SSQ-Ch) ont été traduits et évalués en français et sont de très bons outils d'évaluation subjective du retentissement de la surdité. De la même manière le score de PEACH validé en français peut être utilisé. Ces questionnaires permettent d'intégrer des mesures de résultats standardisées et validées pour quantifier la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial de l'enfant sourd.

La connaissance des conditions d'apprentissage (environnement scolaire, conditions de scolarisation et d'études) est indispensable à la compréhension de difficultés potentielles et aux aménagements à trouver. Des entretiens détaillés et des groupes de discussion avec les enfants, les parents et les enseignants doivent être proposés.

Enfin une évaluation du retentissement psychologique et un suivi éventuel doivent être proposés.

Cette approche multidimensionnelle constitue la meilleure pratique actuelle d'évaluation et offre une voie prometteuse pour atténuer les impacts complexes de la surdité chez les enfants.

2 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) destinés aux jeunes porteurs d'une surdité précoce



***Pr Sandrine MARLIN, Généticienne, Hôpital Necker APHP, Institut
Imagine, Présidente d'ACFOS
Marion CROIZIER-de BERGH, Orthophoniste, AP-HP.Sorbonne
Université, GHU Pitié-Salpêtrière - DMU CHIR***

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une approche centrée sur le patient visant à l'aider à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux sa maladie chronique. Elle s'inscrit dans une perspective de soin global, continue et personnalisé, en complément des traitements médicaux. Elle favorise l'autonomie, l'adhésion au traitement, la qualité de vie, ainsi qu'une meilleure collaboration entre patients et professionnels de santé. Intégrée dans le parcours de soins. En renforçant le pouvoir d'agir des personnes vivant avec une maladie chronique, l'ETP constitue un levier essentiel pour une prise en charge plus humaine, efficace et durable.

L'ETP repose sur une démarche structurée comprenant une évaluation des besoins, l'élaboration d'un programme éducatif, la mise en œuvre d'ateliers pluridisciplinaire ou d'entretiens individuels, et une évaluation des acquis. L'implication de patients partenaires dans l'élaboration et la mise en place des programmes est de plus en plus fréquente.

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est particulièrement indiquée pour les maladies chroniques, car elle aide les patients à mieux vivre avec leur condition sur le long terme. Proposés au départ pour des maladies fréquente tel que : Diabète, Allergie, Insuffisance rénale, VIH, troubles psychiques ... ; les programmes d'ETP pour les maladies rares ce sont multipliés ces dernières années.

Nous coordonnons, 2 programmes d'ETP en lien avec la surdité précoce :

- Agrandir avec ma surdité, programme centré sur la période de transition enfant adulte, proposé depuis 2 ans aux jeunes sourds accompagnés dans les services d'ORL de l'hôpital Necker et Pitié Salpêtrière.



- Syndrome de Usher ; programme en cours d'élaboration, qui sera proposé à des jeunes atteints par ces syndromes résidant en France.

Nous détaillerons ces 2 programmes, leurs objectifs et leurs limites.

Les aplasies en pratique : réhabilitation esthétique et audioprothétique (bilan, calendrier, remboursement)

Dr Hélène BROUCQSAULT, ORL PH, CHU de Lille

***Dr Charlotte CELERIER, ORL PH, Hôpital Necker Enfants Malades,
Centre de référence des maladies rares tête et cou, spécialisée en
otologie et dans la prise en charge des malformations d'oreilles.***

L'aplasie d'oreille, mineure ou majeure, est une malformation congénitale uni ou bilatérale qui touche à la fois partie externe et moyenne de l'oreille. Elle entraîne chez l'enfant une double problématique liée à la surdité et à l'éventuelle prise en charge esthétique du pavillon de l'oreille. Les dépistage et suivi auditif jusqu'au développement du langage sont essentiels, et des solutions auditives, si elle sont proposées, doivent être adaptées à la forme de la petite oreille. Dans cette présentation, les bilans à réaliser ainsi que leurs chronologies vont être exposés. Les solutions auditives et esthétiques seront détaillées, ainsi que leurs prises en charge financières en France.

Liens utiles :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/synthese_mg_aplasie_majeure_d_oreille.pdf

<https://www.tete-cou.fr/pathologies/malformations-ork-et-cervico-faciales/aplasie-d-oreille>

<https://www.linkedin.com/company/france-microtie>



Les surdités dites « psychogènes » : quelles pistes pour améliorer la prise en soins ?

Juliette FOUQUET, Psychologue clinicienne, Hôpital Necker APHP, Paris

La surdité psychogène, aussi appelée surdité fonctionnelle, ou encore surdité non organique, porte des noms multiples qui annoncent déjà la complexité du sujet et la multitude des cadres de référence qu'elle appelle.

Un large champ est encore à découvrir concernant les pathologies fonctionnelles, qui ont suscité une grande fascination à la fin du XIXe siècle, puis qui ont été progressivement laissées de côté et moins étudiées à partir de la moitié du XXe. Elles connaissent une nouvelle vague des recherches et de questionnements, remettant à jour les théories médicales, psychologiques, psychiatriques, neurologiques, afin de mieux les comprendre, mieux les expliquer, pour mieux les accompagner.

Mais en attendant les découvertes à venir, 1 à 3% des enfants et adolescents qui se présentent en consultation d'audiophonologie, ont une plainte auditive correspondant aux critères diagnostique d'une surdité psychogène.

Se posent alors les questions, une fois le diagnostic suspecté, de :

- Comment l'aborder avec la famille
- Comment en échanger avec l'enfant ou l'adolescent
- Que proposer
- Et comment l'accompagner.

Nous aborderons dans cette présentation les critères diagnostique d'après les classifications actuelles avant de détailler les profils des enfants et adolescents rencontrés, pour enfin aborder les pistes d'accompagnement, face à cette pathologie souvent laissée de côté.



JOURNEE 2 – Vendredi 14 novembre 2025

Évolution de l'accompagnement parental du point de vue sociologique

Nicolas LAURIOT DIT PREVOST, Sociologue

Les relations qu'entretiennent l'État, les institutions éducatives et sanitaires ainsi que les professionnel-le-s avec l'enfant et ses parents sont au cœur de l'histoire de la famille contemporaine. Ces rapports et leur articulation conditionnent les pratiques pédagogiques vis-à-vis des enfants mais façonnent aussi les attendus normatifs en matière d'attitudes éducatives et de relations affectives que les familles se devraient de tenir à l'égard de leurs propres enfants.

Ainsi, que nous dit l'expression actuellement en vogue « accompagner son enfant » ?
À quels types de rapports entre familles et institutions renvoie l'accompagnement à la parentalité ?

La coopération entre familles et professionnel-le-s, qui suppose de passer de la confrontation des savoirs à leur articulation, est-elle possible ?

Et que veut dire « mettre l'enfant au centre » notamment quand cet enfant est sourd ?

Lien vers un article :

Lauriot dit Prévost, N. (2020). Les métiers du couple et de la famille : des tensions professionnelles révélatrices des rapports contemporains entre familles et institutions. *Dialogue*, 227(1), 21-37. <https://doi.org/10.3917/dia.227.0021>.

Évolution de l'accompagnement orthophonique : recommandations actuelles, consensus international de 2024

Clara LEGENDRE, Orthophoniste, Hôpital Necker-Enfants malades APHP, Paris



--

Nouveautés pour l'éducation auditive : audition complexe, travail avec les parents, télésoin, utilisation de l'IA...

Aude de LAMAZE, Orthophoniste, ASEI, Toulouse

En orthophonie, l'éducation auditive de l'enfant sourd dépasse aujourd'hui l'acquisition de la perception dans le silence pour s'inscrire dans le développement de compétences dites d'audition complexe, essentielles à la communication et à la vie sociale.

Dès son entrée en collectivité à la crèche ou à la maternelle, un enfant sourd évolue et tente de comprendre son interlocuteur dans un bruit ambiant de 65/70dB, pouvant atteindre les 80/90dB quand son copain crie, pleure ou exprime son mécontentement.

Le développement de l'identification et de la compréhension dans le bruit, de la discrimination fine, de la localisation et de l'attention auditive sont des enjeux et des objectifs de travail en orthophonie avec l'enfant sourd et sa famille dès son plus jeune âge. Nous savons que ces capacités d'audition centrale peuvent évoluer jusqu'à l'adolescence.

Si les appareillages d'aujourd'hui (implants cochléaires et prothèses auditives) constituent des outils puissants et de plus en plus fonctionnels, leur efficacité dépend également d'un entraînement auditif précis et de bonne qualité, en orthophonie mais également tout au long de sa journée.

Les enjeux sont considérables : accéder à un niveau de langage élaboré, développer l'attention et la mémoire auditives, soutenir la cognition et favoriser son autonomie au quotidien.

Les évolutions récentes de pratique de soin ouvrent de nouvelles perspectives.

Le télésoin permet aujourd'hui d'assurer une continuité du travail au-delà des séances en présentiel, en impliquant les familles dans les apprentissages auditifs quotidiens et en abordant un travail plus spécifique comme l'écoute au téléphone. L'Intelligence



Artificielle nous offre des outils innovants permettant d'individualiser les exercices à faire avec l'enfant.

L'orthophoniste vise également à rendre l'enfant et sa famille acteurs d'une perception de qualité. Apprendre à repérer les situations dans lesquelles l'enfant est en difficulté pour percevoir et savoir s'adapter en conséquence permet d'améliorer la qualité de vie, l'autonomie et la confiance des enfants. Cette éducation thérapeutique du patient lui permet d'accéder à une compréhension de qualité en se servant de tous les outils qu'il a à sa portée.

Cette communication tentera de présenter de façon pratique les stratégies d'intervention orthophonique permettant d'optimiser le traitement de l'audition complexe ainsi que les nouvelles dynamiques offertes par les évolutions récentes de pratique de soin.

Quelles sont les attentes en 2025 de l'implantation cochléaire précoce : à 6 mois, à 1 an, à 2 ans. Quand s'alerter et quoi faire ?
Théodora de BOLLARDIERE, Orthophoniste, Hôpital Necker-APHP, Paris

L'évolution des recommandations internationales a accéléré le parcours des enfants sourds, passant du repère 1-3-6 / 3-6-12 mois (dépistage, diagnostic, appareillage) au schéma 1-2-3 / 1-3-6 mois. En cas de surdité profonde bilatérale congénitale, l'implantation cochléaire est désormais proposée avant 12 mois.

Ces avancées redéfinissent les attentes cliniques et la prise en soin orthophonique. Que peut-on espérer d'un enfant implanté très précocement avant un an ? Quels sont les attendus perceptifs et langagiers à 6 mois, 1 an et 2 ans post-implantation ? Quand faut-il s'alerter et adapter le suivi orthophonique ?



Seront abordés :

- les bénéfices attendus sur le développement perceptif et langagier avant l'entrée à l'école,
- les ajustements nécessaires dans le suivi orthophonique des enfants implantés précocement.
- des repères cliniques pour identifier les signaux d'alerte et soutenir la décision pluridisciplinaire.

L'objectif est de clarifier les attentes réalistes en 2025 et d'outiller les orthophonistes dans leur pratique clinique pour accompagner au mieux ces parcours précoces.

Repérage et prises en soins précoces des troubles du neuro-développement.

Dr Salomé AKRICH, Pédopsychiatre, UTES, Paris

Caroline REBICHON, Psychologue, Hôpital Necker-Enfants malades APHP, Paris

Les troubles neuro-développementaux peuvent venir compliquer certains types de surdités infantiles et leur prise en charge. Or, la connaissance scientifique et clinique des troubles du neuro-développement, en pleine évolution ces dernières années, offre aujourd'hui de pouvoir mieux repérer, de façon fine et très précoce, les signes précurseurs de l'installation d'un TND également chez les nourrissons sourds. Ce dépistage permet dès lors de proposer, dès les tous premiers mois de vie de l'enfant, une prise en soins spécifique et complémentaire aux soins classiques. L'objectif est ainsi d'empêcher l'installation d'un TND ou d'en diminuer son impact sur le développement cognitif et socio-affectif de l'enfant. La présentation visera alors à exposer le partenariat actif entre les équipes du service ORL de l'hôpital Necker et de



l'UTES, au profit d'un dépistage précoce des signes de TND dès la connaissance de la surdité, et jusqu'à la prise en soins spécifique, complémentaire et pluridisciplinaire de ses nourrissons sourds à risque. Parce que le parent est également placé en position de co-thérapeute dans la prise en soins, cette présentation donnera aussi la parole à l'un d'entre eux.

Quoi de neuf du point de vue des explorations vestibulaires en pratique ?

Dr Audrey MAUDOUX, ORL PH, Hôpital Robert Debré, APHP, Paris

--

Rééducation vestibulaire : que proposer concrètement ?

Cécile BECAUD, Kinésithérapeute vestibulaire, Neuvéglise sur Truyère

Il s'avère aujourd'hui primordial de pouvoir accompagner en rééducation les enfants présentant des atteintes vestibulaires, qu'elles soient congénitales ou acquises, isolées, associées à un déficit auditif ou éléments d'une pathologie syndromique. Compte tenu des impacts possibles d'une atteinte vestibulaire, la prise en charge précoce apparaît essentielle pour aider l'enfant à mettre en place les différentes stratégies de compensation par l'adaptation et/ou la substitution. Après un bilan vestibulaire et postural minutieux, adapté selon l'âge de l'enfant, le kinésithérapeute proposera des exercices ciblés, actifs, personnalisés, évolutifs et écologiques, répondant aux principes de la rééducation vestibulaire, pour que l'enfant puisse construire et élaborer ses modèles internes lui permettant un développement posturo-moteur le plus efficient possible.

Cécile BECAUD

Kinésithérapeute (Neuvéglise sur Truyère-15)



DIU « Explorations et rééducation des vertiges et des troubles de l'équilibre » Université
Claude Bernard – Lyon 1

Références articles :

- Vestibular rééducation for children ; 2018

Rose Marie Rine

- Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery (SFORL) for vestibular rehabilitation in children with vestibular dysfunction. A systematic review; 2024

[Pierre Reynard José Ortega-Solís Sophie Tronche Vincent Darrouzet Hung Thai-Van](#)

Démarches administratives en 2025 : trucs et astuces

**Marielle KOUBAR, Assistante sociale, Hôpital Necker-Enfants malades
APHP, Paris**

**Dr Isabelle ROUILLON, ORL PH, Hôpital Necker-Enfants malades APHP,
Paris**

--

De l'indication à l'adaptation prothétique, Quiz et cas cliniques

**Anne KEROUEDAN, Audioprothésiste pédiatrique, Hôpital Necker-
APHP, Paris**

**Muriel RENARD Audioprothésiste pédiatrique, Laboratoires Renard,
Lille**

David TRAN, Audioprothésiste, Hôpital Necker Enfants-Malades, Paris

--

Connaître les outils numériques du quotidien pour le jeune public



sourd/malentendant

Emmanuelle CHANZY, Chargée de mission, INFOSENS, Paris

--

Interview : surdité et réseaux sociaux/Internet

Rose PAYNEL, Conférencière handicap invisible, autrice

--

Quels tests pour aider aux réglages d'implants ?

- **eSRT, PEA corticaux**

Sabrina BOUZOID, Audioprothésiste pédiatrique, Hôpital Necker-APHP, Paris

- **Le BEPPI en pédiatrie**

Jérôme ANDRE, Orthophoniste, Laboratoires Renard, Lille

Amandine FAURE, Audioprothésiste pédiatrique, Hôpital Necker-APHP, Paris

--

Implants cochléaires : les innovations constructeurs

- **Binauralit  et connectivité**

Laurie FERMON, ADVANCED BIONICS, Orthophoniste

- **Prise en charge à distance des patients implantés cochléaires**

Xavier ERISMANN, COCHLEAR France, Connected Care Implementation Manager,

- **Tonotopie cochléaire**



Michel BELIAEFF, MED-EL, Directeur, Paris

--

Nouveaux tests audiométriques

- **Audiométrie BCI automatisée par potentiels évoqués auditifs corticaux (PEA corticaux- RAPID-CAEP)**

Timothée GUYONNET HENCKE, Senior Data Scientist / R&D Engineer

MINDAFFECT

- **Audiométrie Automatisée**

Nicolas WALLAERT, Directeur IAUDIOGRAM, Reims

--