

Surdités passagères et pathologies langagières

Orthophoniste dans une région où sévissent des rhinopharyngites à répétition, Christian Calbour ne pouvait qu'être attentif aux répercussions sur le langage et la scolarité de ces pathologies banales chez l'enfant.

PAR CHRISTIAN CALBOUR

Les pathologies inflammatoires ou infectieuses de l'oreille moyenne sont reconnues comme des facteurs pouvant, à court terme, gêner l'acquisition du langage oral. Ces effets négatifs ne durant que ce que durent ces atteintes, il est admis que les répercussions de ces surdités, dites passagères, sont rapidement compensées, sans conséquences notables sur la communication et les apprentissages scolaires. En fait notre pratique orthophonique nous montre qu'elles peuvent affecter le développement du langage oral et écrit d'un grand nombre d'enfants. Leurs conséquences seront aggravées par la répétition des épisodes de surdité et par des éléments externes tels que le bruit de fond, le comportement langagier parental...

Des études portant sur les corrélations entre otites moyennes précoces et troubles associés ont-elles été réalisées ?

V. Couloigner (Service d'ORL pédiatrique - Hôpital Robert Debré)* a récemment réalisé une synthèse des principales études étrangères sur les conséquences langagières, scolaires, comportementales des otites moyennes. Il remarque d'emblée que "si le retentissement négatif à court terme de l'otite séro-muqueuse sur l'acquisition du langage fait l'objet d'un relatif consensus, ses effets à long terme sur le langage, le comportement, les capacités d'apprentissage et les résultats scolaires restent controversés. (...) Cependant, du fait de l'extrême fréquence de la pathologie otitique chez l'enfant, même de minimes effets à long terme peuvent avoir un retentissement significatif à l'échelle d'une nation, soulignant l'in-

térêt du diagnostic et du traitement systématique de l'otite séro-muqueuse bilatérale avec surdité".

D'après votre pratique orthophonique, quelles sont les répercussions de ces "surdités passagères" ?

Pour le langage oral le signe d'alerte se concrétise par une désonorisation de l'articulation des consonnes sonores. Celle-ci est plus ou moins pathogène pour le langage oral selon la fréquence, la durée, l'âge de l'atteinte par rapport à la chronologie du développement du langage. Les consonnes sonores se différencient des consonnes sourdes par le déclenchement d'une vibration laryngée (voisement) au moment de l'articulation de la "sonore" alors que le larynx n'est pas sollicité (non-voisement) pendant l'articulation de la "sourde". La désonorisation provoque la confusion entre consonnes de même articulation et de même image faciale, la "sonore" étant réalisée comme la "sourde" correspondante.

Cette opposition "consonne voisée/consonne non-voisée" qui concerne les paires de consonnes orales [p]/[b], [t]/[d], [k]/[g], [f]/[v], [s]/[z], doit être construite par l'enfant lorsqu'il structure le système phonologique. De plus les éléments de ces paires sont des sosies labiaux, leur image articulatoire faciale étant identique. La vision ne peut donc pas venir au secours de l'audition pour distinguer les consonnes sourdes des consonnes sonores. Seule l'oreille peut entendre la présence ou l'absence du voisement et différencier perceptivement la "sonore" de la "sourde". Une baisse de l'acuité auditive de 20 dB à 30 dB, même temporaire, si elle survient au moment de la structuration de l'outil phonologique provoque une construction floue et instable, donc peu fonctionnelle pour l'opposition "auditive" sourde/sonore. Dans le domaine du langage écrit les séquelles de surdité passagère affectent l'orthographe phonétique, à par-

tir du CE1 lorsque l'enfant doit s'appuyer sur le phonétique pour écrire un mot dont l'écriture n'a pas été retenue visuellement. On voit alors apparaître des confusions entre les consonnes sourdes et les consonnes sonores d'une même paire, la sonore étant remplacée par la sourde correspondante. Cette "dysorthographe" spécifique se produit le plus souvent sans troubles d'acquisition de la lecture ou indépendamment des autres troubles dysorthographiques dont la cause n'est pas "auditive".

L'anamnèse des enfants présentant cette désonorisation écrite des consonnes, révèle un passé de rhinopharyngites ou d'otites à répétition. Toutes les paires "consonne sourde/consonne sonore" ne sont pas confondues, le nombre et la nature de ces confusions étant spécifiques à un enfant particulier. De plus, le déclenchement de cette confusion dans un texte écrit n'est pas obligatoire, cette confusion pouvant dépendre de la coarticulation de la consonne sonore avec un autre phonème et/ou du contexte phonétique de sa réalisation.

Y a-t-il des facteurs aggravants ?

D'abord des *facteurs épidémiologiques*. La mise en nourrice ou à la crèche précoce, la scolarisation maternelle dès deux ans et demi favorisent la diffusion par contamination des maladies de l'oreille moyenne. De plus, le recours à une antibiothérapie trop précoce ou à une antibiothérapie de couverture pour traiter les rhinopharyngites d'adaptation favorise leur répétition, leur prolongation jusqu'à un âge avancé, et la multiplication des risques des épisodes de surdités passagères.

L'immersion dans un bruit de fond permanent est nuisible pour l'acquisition du langage, même pour les enfants entendants. Ainsi nous avons observé récemment que des enfants entendants scolarisés dans une classe intégrant des enfants sourds pratiquaient inconsciemment une lecture faciale de la parole presque aussi efficace que

celle des malentendants. On peut interpréter cette nouvelle compétence, peu utilisée auparavant par les enfants entendants, comme la conséquence du bruit de fond continu dans lequel ils vivent et communiquent.

Le bruit de fond surajouté à la parole est d'autant plus nocif pour les enfants atteints de surdité passagère qu'il augmente sensiblement l'intensité du déficit auditif réel et qu'il réduit d'autant l'intelligibilité perceptive de la parole. Le recours à la suppléance mentale leur est pratiquement impossible du fait de l'absence d'une expérience linguistique qui leur permettrait de compenser les lacunes perceptives par le sens.

Des facteurs sociaux et des changements de mode de vie fragilisent le *modèle langagier familial* qui est la référence essentielle de l'acquisition de la langue maternelle : précarité de la cellule familiale, charges socioprofessionnelles accrues des mères, instabilité comportementale des enfants. Une articulation de la parole de moins en moins précise, un rythme élocutoire de plus en plus rapide, la raréfaction des moments de face à face qui permettent à l'enfant de compléter l'écoute par le regard et l'omniprésence des écrans médiatiques accentuent la perte d'intelligibilité du modèle langagier de référence.

Les méthodes d'acquisition de la lecture ont-elles aussi une influence ?

Qu'elles soient globales, mixtes, idéo-visuelles, idéographiques, les méthodes de lecture les plus utilisées actuellement peuvent non seulement échouer dans cette tâche, mais accentuer les troubles phonologiques des enfants ayant présenté des épisodes de surdité passagère. En effet en ne proposant aucune construction robuste et aucune automatisation d'un déchiffrement précis, elles entretiennent et renforcent le "flou" phonologique initial. C'est ainsi que naissent et se développent les "dyslexies-dysorthographies", maladies attribuées à l'enfant alors qu'elles résultent souvent d'une inadéquation du mode d'apprentissage en regard des séquelles phonologiques des surdités passa-

gères.

A l'inverse, une méthode syllabique construisant un outil de lecture précis et automatisé offre à l'apprenti lecteur une réactualisation de son articulation par une lecture à haute voix précise. Par un balayage complet des syllabes, elle permet aussi la restructuration et la mémorisation en mémoire procédurale d'un système phonologique fonctionnel quel que soit le contexte de lecture ou d'écriture.

Quelles réponses peut apporter l'orthophoniste face aux séquelles langagières des surdités passagères ?

L'altération des fonctions d'aération, de drainage, de protection de l'oreille moyenne, assurée par la trompe d'Eustache, peut dégrader la transmission du son du tympan à la cochlée et entraîner des épisodes de surdité passagère de l'ordre de 20 dB à 30 dB selon les causes à l'origine du dysfonctionnement tubaire. La *rééducation tubaire* est une méthode de rééducation fonctionnelle, à la fois préventive et thérapeutique ayant pour but de restituer aux trompes d'Eustache une bonne perméabilité en les rendant fonctionnelles.

La rééducation d'un trouble de l'articulation d'une consonne sonore réalisée comme la consonne sourde correspondante débute par une phase *d'éducation perceptive*. Celle-ci construit chez l'enfant une "culture" vibratoire à travers la perception corporelle et auditive du matériau phonique qu'est une vibration. Ensuite, l'enfant est sensibilisé à la perception auditive et digitale de la vibration laryngée qu'il émet ou qui est émise par d'autres personnes.

Une fois l'ensemble des consonnes sourdes stabilisées au niveau de leur articulation, l'orthophoniste et l'enfant travaillent la vibration laryngée à partir de voyelles isolées et de modulations sur la consonne nasale "m" réalisée les lèvres serrées. Cette modulation est appliquée aux consonnes sourdes qui vont être ainsi progressivement sonorisées. Ensuite les modes articulatoires des consonnes sonores sont stabilisés individuellement et renforcés par leur structuration pho-

nologique systématique.

A partir de 5 ans, pour structurer l'opposition consonnes sourdes/consonnes sonores, il peut être associé un stimulus visuel au stimulus auditif à travers l'apprentissage précoce de la lecture des syllabes contenant les consonnes confondues. La rééducation spécifique des dysorthographies par confusion des consonnes sourdes et des consonnes sonores à la suite d'épisodes de surdité passagère précoce, comporte une rééducation perceptive audiovisuelle et une rééducation phonologique avec une sensibilisation particulière à la structure phonologique.

Tous les acquis doivent être automatisés afin d'être implantés en mémoire procédurale et d'être fonctionnels dans la pratique courante de la parole ou de l'écrit.

Quels sont vos "souhaits" d'orthophoniste face à la méconnaissance des répercussions réelles des surdités passagères ?

Aucune enquête épidémiologique longitudinale à grande échelle, portant sur les effets réels à court et long terme des surdités passagères, n'a été réalisée en France. L'absence d'informations fiables, portant sur les déficits auditifs précoces et de leurs répercussions langagières minimise leur pathogénie, réduit l'efficacité de leur prise en charge, n'induit pas la nécessaire politique de prévention de leurs causes et de leurs conséquences. En particulier des actions orthophoniques de guidance auprès de parents d'enfants à risque, actions fondées sur de l'information et l'apprentissage de comportements langagiers spécifiques, réduiraient la nocivité à court et long terme des surdités passagères. ♦

Orthophoniste, vice-président de l'Association Handitec, membre associé de la Société française de phoniatrie. Il exerce à Moulins (Allier), co-auteur de Voir la parole, Masson, 2002 (voir C.S. N°2)

Email : ortho.calbour@wanadoo.fr

** Couloigner V.- Otite séro-muqueuse, langage et résultats scolaires. Entretiens d'orthophonie 2002. Expansion Scientifique Française, Paris 2002.*