

# Phonak Insight

## Qu'elle soit légère, ténue ou minime, une perte auditive n'est jamais négligeable.

Saviez-vous que la perte auditive de l'adulte est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la troisième cause de handicap, la perte légère étant la plus fréquente ? D'après les estimations de l'OMS publiées en 2012, dans des régions comme l'Amérique du Nord, l'Europe occidentale et l'Australasie, une personne de plus de 65 ans sur trois souffre d'une perte auditive légère. Si l'on rapproche cette estimation des prédictions de l'OMS, selon lesquelles le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans va tripler entre 2010 et 2050, il apparaît que la population âgée sera de plus en plus touchée par une perte auditive légère à l'avenir.

### Est-il courant de souffrir d'une perte auditive légère ?

Le taux de prévalence de la perte auditive légère dépend fortement de la façon dont on définit ce degré de perte auditive. Les statistiques de prévalence de l'OMS de 2012 définissaient la perte auditive légère comme un seuil de perte moyen entre 26 et 40 dB HL à 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz. Sur la base de ce critère, la prévalence de la perte auditive légère chez tous les adultes de 15 ans et plus était comprise entre 9 et 17 % selon les régions (Organisation Mondiale de la Santé, 2012). Dans une autre étude de l'OMS conduite en 2013 par le Global Burden of Disease Hearing Loss Expert, le taux de prévalence mondial était de 22,7 % chez les hommes et de 19 % chez les femmes de plus de 15 ans. Cette étude définissait la perte auditive légère par des seuils compris entre 20 et 34 dB HL (en moyenne à 0,5, 1, 2 et 4 kHz) et mettait en évidence une augmentation significative de la prévalence de la perte auditive légère chez les adultes de plus de 50 ans (Stevens et al., 2013).

L'effet que la définition et l'âge du groupe observé peuvent avoir sur les taux de prévalence ont également été documentés par une étude portant sur la population finlandaise en 1997. Uimonen, Mäki-Torkko, Jounio-Ervasti et Sorri (1997) ont constitué un échantillon de population composé d'adultes âgés de 55 à 75 ans et, en utilisant comme critère une perte auditive légère comprise entre 21 et 39 dB sur les quatre fréquences 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz (4FAHL, perte auditive sur 4 fréquences), ils ont enregistré un taux de prévalence de 29,5 %. Ce chiffre était largement supérieur à la prévalence de 10,1 % observée au sein du même groupe de population en appliquant une définition différente : une perte auditive de 26 à 40 dB HL sur les trois fréquences 500, 1 000 et 2 000 Hz (3FAHL, perte auditive sur 3 fréquences).

Ces observations sont conformes aux études portant sur la population australienne, dont l'étude Blue Mountains qui a utilisé la même définition 4FAHL, mais avec un seuil entre 25 et 40 dB HL, et a enregistré une prévalence de la perte auditive légère de 39,1 % chez les adultes de plus de 55 ans

(Sindhusake et al., 2001). Le tableau 1 présente les taux de prévalence et les définitions utilisées par plusieurs autres études européennes et australiennes. Toutes les études ont utilisé la perte auditive moyenne de la meilleure oreille (BEHL).

	Finlande		Suède		Royaume-Uni		Australie	
Âge (ans)	51-60	71-80	51-60	71-80	51-60	71-80	51-60	+ de 71
BEHL 21-39 dB HL à 0.5, 1, 2, 4 kHz	14,0 %	45,1 %	16,9 %	54,5 %	23,2 %	44,3 %		
BEHL 25-45 dB HL à 0.5, 1, 2, 4 kHz							14,3 %	41,4 %

## Quel est l'impact d'une perte auditive légère ?

La littérature confirme ce que de nombreux praticiens observent régulièrement dans leur clinique : pour certains patients, une perte auditive même légère ou marginale peut entraîner une diminution du sentiment d'autonomie et du bien-être émotionnel, ainsi qu'une impression de limitation (Bertoli, Bodmer, & Probst, 2010 ; Monzani, Galeazzi, Genovese, Marrara, & Martini, 2008 ; Scherer & Frisina, 1998 ; Suter, 1978 ; van Boxtel et al., 2000). D'autres patients présentant des résultats audiométriques similaires n'ont indiqué aucun problème ni aucune contrainte.

Certaines études suggèrent qu'il n'est peut-être pas valide de définir un seuil minimum moyen de son pur au-delà duquel la perte auditive est considérée comme handicapante (Bess, Lichtenstein, & Logan, 1991 ; Lutman, Brown, & Coles, 1987). Lutman et son groupe ont conclu que pour certaines personnes, une perte moyenne de 15 dB HL représentait un handicap important pour l'échange verbal au quotidien (Lutman et al., 1987). Dans la mesure où les seuils de son pur mesurent la sensibilité auditive et non la capacité de

communication, l'audiométrie vocale est souvent utilisée comme outil clinique pour évaluer l'intelligibilité de la parole chez un patient, à l'aide de supports et de niveaux de présentation qui reflètent mieux la parole quotidienne. Mais l'audiométrie vocale est-elle plus étroitement liée à la difficulté d'audition dans le cas de la perte auditive légère ?

Malheureusement, la réponse n'est pas claire. Plusieurs études se sont penchées sur la relation entre les seuils de son pur, divers résultats d'audiométrie vocale et les difficultés d'audition signalées spontanément par les patients. Nombre de ces études se rejoignent sur deux points :

1) les corrélations signalées sont souvent significatives, mais elles sont seulement légères à moyennes, et 2) la variabilité individuelle dans les scores vocaux est grande chez les patients souffrant d'une perte auditive légère (Dubno, Dirks, & Morgan, 1984 ; Duquesnoy, 1983 ; Helfer & Freyman, 2008 ; Matthews, Lee, Mills, & Schum, 1990 ; Smoorenburg, 1992 ; Tyler & Smith, 1983).

Globalement, il a été observé que les performances verbales ne pouvaient être prédites par les seuils de son pur, et que les résultats obtenus pour la parole dans le bruit ne pouvaient être prédits par les mesures effectuées dans un contexte calme. Par exemple, Duquesnoy (1983) a étudié l'intelligibilité de la parole chez 110 adultes âgés de 60 à 90 ans, présentant tous une 3FAHL inférieure à 50 dB HL, et plus particulièrement inférieure à 40 dB HL pour 88 % d'entre eux. Il a découvert que des participants ayant des scores vocaux similaires en milieu calme obtenaient des scores très variables lors des tests de parole dans le bruit, et a conclu que l'un ne pouvait être déduit de l'autre. Ceci met en évidence qu'il est pertinent de procéder à des tests dans le calme et dans le bruit, bien que l'étude de Duquesnoy ne tienne pas compte des effets du vieillissement attendus chez un échantillon d'adultes âgés. À la suite de son étude de 1987, Lutman (1991) a montré que des adultes âgés souffrant d'une perte auditive légère présentaient des performances de compréhension de la parole inférieures à celles d'adultes plus jeunes, mais signalaient moins de handicap. Une fois la moyenne faite des effets de l'âge et du degré de perte auditive, il n'y avait pas de corrélation entre les résultats obtenus pour la parole dans le bruit, ceux obtenus dans le calme et le handicap rapporté par le patient.

La possibilité d'effets liés à l'âge a également été prise en compte par Dubno et al. (1984) qui ont mesuré la reconnaissance vocale dans le calme et dans le bruit chez 72 adultes, jeunes et âgés, présentant une audition normale ou une perte auditive légère. Cette étude a montré que l'âge n'était pas un facteur contribuant lors de la mesure de la compréhension de la parole dans le calme, notamment dans le cas des phrases à faible prévisibilité où les participants souffrant d'une perte auditive légère présentaient des résultats très différents de ceux ayant une audition normale. Pour la compréhension de la parole dans le bruit, la perte auditive du participant, son âge, le support vocal utilisé et le niveau de présentation de la parole jouaient tous un rôle significatif. Divenyi et Haupt (1997) se sont également penchés sur la complexité de la relation entre l'âge et la perte auditive. Ils ont mis en évidence que la compréhension globale de la parole dans le brouhaha, mesurée par des tests tels que le SPIN, est plus affectée par la perte d'audition périphérique, tandis que les tâches impliquant un traitement spatial (localisation de la source) ou temporel (voix avec réverbération) sont plus fortement influencées par l'âge que par l'acuité auditive.

L'étude conclut à la complexité de la relation existant entre les résultats de l'audiométrie vocale et les difficultés

d'audition quotidiennes chez les individus plus âgés souffrant d'une perte auditive légère.

### **La puissance du signalement spontané**

Il apparaît de plus en plus clairement que les difficultés auditives quotidiennes ne peuvent être prédites par des tests audiométriques standard, et que la véritable mesure de la perte auditive réside dans le signalement du patient et dans l'expérience qu'il fait de son audition.

On retrouve fréquemment dans la littérature scientifique l'emploi de la mesure autonome HHIE (Inventaire du handicap auditif chez les personnes âgées), qui est considérée comme un indicateur valide et fiable des effets émotionnels et sociaux du handicap auditif (Ventry & Weinstein, 1982). Weinstein et Ventry (1983) ont conclu que le plus grand degré de variabilité parmi les scores rapportés par les participants concernait ceux présentant une 3FAHL de 26 à 40 dB HL au niveau de leur meilleure oreille : certains indiquaient un handicap conséquent, et d'autres absolument aucun. Ils ont également conclu que les scores de reconnaissance vocale dans le calme étaient responsables de moins de 20 % de la variance des scores HHIE, renforçant une fois encore l'idée que l'audiométrie vocale ne reflète pas véritablement les difficultés auditives quotidiennes. D'autres ont observé que les corrélations entre le score HHIE et les tests de parole dans le bruit étaient également faibles. Matthews et al. (1990) ont démontré que les résultats de parole dans le bruit (SPIN) n'étaient pas plus corrélés aux scores HHIE que, par exemple, les seuils de son pur à 1 000 et 2 000 Hz.

Le message à retenir de ces études est certainement qu'il n'y a pas de mesure unique du handicap auditif pour les patients souffrant d'une perte auditive légère, et qu'en tant que cliniciens, il nous appartient d'obtenir une image aussi complète que possible des difficultés d'audition de nos patients. Le meilleur indicateur de la façon dont nos patients vivent leur perte auditive ne provient pas forcément de tests cliniques standard mais plutôt de ce qu'ils nous disent de leurs activités et de leur degré de participation. Une vaste revue de la littérature examinant la demande d'aide dans le domaine de la perte auditive et les résultats des aides auditives, conduite par Knudsen, Oberg, Nielsen, Naylor et Kramer (2010), a conclu que la limitation, ou le handicap, rapportée par le patient était un facteur décisif dans tous les aspects de la rééducation auditive, plus encore que la perte d'audition mesurée.

---

## Sommes-nous à la hauteur du défi ?

Aujourd'hui, l'approche la plus courante de rééducation en cas de perte auditive acquise à l'âge adulte consiste à proposer des aides auditives. Toutefois, plusieurs études menées auprès de consommateurs suggèrent qu'entre autres obstacles, l'un des facteurs réduisant l'adoption des appareils auditifs chez les personnes souffrant d'une perte auditive légère pourrait être les praticiens eux-mêmes. La série de sondages MarkeTrak étudie les comportements et les tendances parmi les individus souffrant d'une perte auditive et au sein du marché des appareils auditifs aux États-Unis. L'enquête MarkeTrak de 2012 a montré que 29 % des individus signalant une perte auditive légère avait abordé la question de leurs problèmes auditifs avec un audioprothésiste. Il avait été conseillé à 43 % d'entre eux d'attendre et de repasser un test, et 26 % se sont vu répondre que les aides auditives ne pouvaient pas leur apporter quoi que ce soit (Kochkin, 2012). L'équivalent européen de l'enquête MarkeTrak est EuroTrak, qui porte sur six marchés européens, dont le Royaume-Uni. Les résultats de l'EuroTrak UK 2012 ont indiqué que 19 % des participants ayant indiqué un problème auditif sans être appareillés avaient discuté de leurs difficultés avec un spécialiste des aides auditives ou un audioprothésiste. 51 % d'entre eux avaient été découragés de recourir à une aide auditive (EHIMA, 2012).

Si ces études de consommateurs ne peuvent indiquer si les participants étaient effectivement de bons candidats pour une aide auditive, ou s'ils se souviennent correctement du conseil qui leur a été donné, le nombre de personnes indiquant que les aides auditives n'étaient pas (encore) recommandées est significatif. L'une des raisons expliquant ce phénomène pourrait être que les aides auditives sont considérées comme moins efficaces pour les personnes souffrant de perte auditive légère, bien que certaines études

montrent que ce n'est pas le cas (Davis, Smith, Ferguson, Stephens, & Gianopoulos, 2007 ; Dillon, 2006). Les résultats présentés dans l'étude de Davis et al. (2007) ont montré que les avantages d'une aide auditive n'étaient pas considérablement meilleurs pour les personnes ayant une 4FAHL de 30 à 39 dB HL dans leur mauvaise oreille que pour les pertes plus importantes, mais que le bénéfice pour les participants ayant une 4FAHL de 25 à 29 dB HL était considérablement moindre. Davis et al. (2007) ont effectivement montré que l'utilisation d'aides auditives augmentait avec le degré de perte auditive, mais ont pris soin de souligner que des dimensions telles que le bénéfice et la satisfaction n'étaient pas en corrélation claire avec les seuils moyens. Il est donc important de se rappeler que mesurer l'usage n'est pas la même chose que mesurer le bénéfice, et vice-versa.

En étudiant les résultats des aides auditives chez les patients souffrant d'une perte auditive légère, Dillon (2006) a conclu que le bénéfice composite (dimension incluant le bénéfice rapporté par le patient, l'utilisation, la satisfaction et la qualité de vie) n'était pas directement corrélé à la 4FAHL de la meilleure oreille, mais plutôt déterminé par le besoin d'aide auditive de la personne concernée. Comme Dillon (2006) l'a mis en évidence, la dimension du besoin peut être définie comme une difficulté d'audition sans aide et le souhait d'obtenir une aide auditive. Les difficultés d'audition rapportées spontanément et le comportement à l'égard des aides auditives, ainsi que le soutien du conjoint et le gain d'insertion des aides auditives sont également, comme l'ont montré Hickson et Meyer (publication soumise), des variables responsables de différences entre les utilisateurs satisfaits et insatisfaits.

---

## Pour une résolution positive de la perte auditive légère

Au final, on peut conclure qu'il existe un groupe important de personnes souffrant d'une perte auditive légère qui subissent une diminution de la compréhension de la parole dans des situations auditives quotidiennes. Certaines d'entre elles se rendent en clinique et abordent leurs difficultés auditives

avec des audioprothésistes. Si ces patients présentent une attitude positive vis-à-vis des aides auditives, il n'y a pas de raison de suggérer que le bénéfice d'une amplification sera moindre que chez les personnes souffrant d'une perte auditive plus importante.

## Références

- Bertoli, S., Bodmer, D., & Probst, R. (2010).** Survey on hearing aid outcome in Switzerland: associations with type of fitting (bilateral/unilateral), level of hearing aid signal processing, and hearing loss. *International Journal of Audiology*, 49(5), 333–346.
- Bess, F. H., Lichtenstein, M. J., & Logan, S. A. (1991).** Making hearing impairment functionally relevant: Linkages with hearing disability and handicap. *Acta Oto-Laryngologica*, 111(s476), 226–231.
- Davis, A., Smith, P., Ferguson, M., Stephens, D., & Gianopoulos, I. (2007).** Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. *Health Technology Assessment*, 11(42), 1–294.
- Dillon, H. (2006).** Hearing Loss: The Silent Epidemic. Paper presented at the 17th National Conference of the Audiological Society of Australia, Perth, Australia. <http://www.nal.gov.au/pdf/Libby%20Harricks%20Talk%20at%20Perth.pdf>
- Divenyi, P., & Haupt, K. (1997).** Audiological Correlates of Speech Understanding Deficits in Elderly Listeners with Mild-to-Moderate Hearing Loss. I. Age and Lateral Asymmetry. *Ear and Hearing*, 18(1), 42–61.
- Dubno, J. R., Dirks, D. D., & Morgan, D. E. (1984).** Effects of age and mild hearing loss on speech recognition in noise. *Journal of the Acoustical Society of America*, 76(1), 87–96.
- Duquesnoy, A. J. (1983).** The intelligibility of sentences in quiet and in noise in aged listeners. *Journal of the Acoustical Society of America*, 74(4).
- EHIMA. (2012).** EuroTrack 2012. Retrieved 23 February, 2013, from <http://www.ehima.com/ehima2/>
- Helfer, K. S., & Freyman, R. L. (2008).** Aging and speech-on-speech masking. *Ear and Hearing*, 29( 1), 87–98.
- Hickson, L., & Meyer, C. (submitted).** *International Journal of Audiology*.
- Knudsen, L. V., Oberg, M., Nielsen, C., Naylor, G., & Kramer, S. E. (2010).** Factors influencing help seeking, hearing aid uptake, hearing aid use and satisfaction with hearing aids: a review of the literature. *Trends in Amplification*, 14(3), 127–154.
- Kochkin, S. (2012).** MarkeTrak VIII: The Key Influencing Factors in Hearing Aid Purchase Intent *The Hearing Review*, 19(3), 12–25.
- Lutman, M. (1991).** Hearing disability in the elderly. *Acta Oto-Laryngologica*, 111(s476), 239–248.
- Lutman, M., Brown, E. J., & Coles, R. R. A. (1987).** Self-reported disability and handicap in the population in relation to pure-tone threshold, age, sex and type of hearing loss. *British Journal of Audiology*, 21(1), 45–58.
- Matthews, L. J., Lee, F.-S., Mills, J. H., & Schum, D. J. (1990).** Audiometric and subjective assessment of hearing handicap. *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 116(11), 1325–1330
- Monzani, D., Galeazzi, G. M., Genovese, E., Marrara, A., & Martini, A. (2008).** Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 28(2), 61–66.
- Scherer, M. J., & Frisina, R. (1998).** Characteristics associated with marginal hearing loss and subjective well-being among a sample of older adults. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 35, 420–426.
- Shield, B. (2006).** Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment: Hear-it.
- Sindhusake, D., Mitchell, P., Smith, W., Golding, M., Newall, P., Hartley, D., & Rubin, G. (2001).** Validation of self-reported hearing loss: the Blue Mountains Hearing Study. *International Journal of Epidemiology*, 30(6), 1371–1378.
- Smootenburg, G. F. (1992).** Speech reception in quiet and in noisy conditions by individuals with noise-induced hearing loss in relation to their tone audiogram. *Journal of the Acoustical Society of America*, 91(1), 421–437.
- Auteur : Barbra Timmer, MACAud ,MAudSA, MBA**
- Cet article a été publié pour la première fois en ligne dans *The Hearing Review*, le 9 avril 2014.
- Citation originale de cet article :** Timmer B. Qu'elle soit légère, ténue ou minime, une perte auditive n'est jamais négligeable. *Hearing Review*. 2014; 21(4):30-33. – Pour en savoir plus : <http://www.hearingreview.com/2014/04/may-mild-slight-minimal-insignificant/#sthash.cgpbQrfs.dpuf>