



Ordre des orthophonistes
et audiologistes du Québec

PROGRAMME AGIR TÔT



Janvier 2022

Recommandation de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ) pour les services en audiologie

Table des matières

Introduction	3
1. Ajout d'audiologistes aux équipes multidisciplinaires du programme Agir tôt.....	3
2. Éliminer la nécessité d'une référence médicale pour l'évaluation audiolgique	4
3. Priorisation des enfants qui doivent être référés en audiologie à l'aide de l'ABCdaire 18mois+ et du dépistage	4
4. Inclure les indices de surdité autres que les difficultés de langage dans la formation des responsables cliniques au dépistage	7
En résumé, voici les recommandations de l'OAAQ :	8
Remerciements	8
Bibliographie	9



Introduction

La déficience auditive est le 2^e trouble le plus fréquent chez les enfants de moins de 5 ans après le trouble visuel. Ceci représente 24 enfants sur 1000 qui ont un trouble auditif (GRDDC, 2018) comparativement à 1 nouveau-né sur 1000 (Butcher et al., 2019). En effet, 4% à 6% des déficiences auditives se développent après la naissance et avant l'âge de 6 ans (NIDCD, 2010). Les principales causes de perte auditive chez les enfants sont les otites de l'oreille moyenne (57·1%) et les anomalies congénitales (21·1%) (GRDDC, 2018). Malgré le dépistage précoce de la déficience auditive à la naissance, plus des deux tiers des enfants qui développeront une perte auditive ultérieurement seront identifiés à la suite de préoccupations parentales et du dépistage auditif en milieu scolaire. Il est donc primordial d'évaluer l'audition des jeunes enfants qui présentent des facteurs de risque de surdité.

Voici donc les recommandations de l'OAOQ afin de faciliter l'accès et la priorisation aux services d'évaluation en audiologie dans le cadre du programme Agir tôt.

1. Ajout d'audiologistes aux équipes multidisciplinaires du programme Agir tôt

Afin de répondre au besoin d'évaluer l'audition des jeunes enfants qui présentent des facteurs de risque de surdité, il est essentiel que ces enfants aient accès à une évaluation de leur audition par des audiologistes. Le réseau de santé ne peut pas répondre à la demande sans l'ajout de ressources spécifiques en audiologie pour le programme Agir tôt. Actuellement, les délais d'attente pour une évaluation audiologique peuvent être de plus d'un an dans plusieurs hôpitaux du Québec.

Il est à prévoir que les délais augmenteront significativement avec le déploiement de la plateforme si aucune ressource supplémentaire n'est dédiée au programme Agir tôt. Ces délais d'attente pour une évaluation en audiologie vont à l'encontre de l'objectif du programme qui vise la détection rapide des enfants susceptibles de présenter des vulnérabilités développementales et ainsi prévenir l'apparition de difficultés plus importantes et diminuer leur l'impact sur le fonctionnement et l'adaptation.

L'identification et l'intervention précoce des enfants qui présentent une surdité, qu'elle soit temporaire ou permanente, contribue à réduire, voire éliminer ses impacts sur le développement. La déficience auditive peut avoir plusieurs impacts sur le développement des enfants (ASHA) :



- ») Acquisition du langage;
- ») Apprentissages scolaires;
- ») Compétences sociales;
- ») Estime de soi.

2. Éliminer la nécessité d'une référence médicale pour l'évaluation audiolgique

Les audiologistes travaillent de manière autonome. Ils ne sont pas tenus d'exercer leurs activités réservées sous ordonnance médicale. L'exigence d'une référence médicale pour une évaluation audiolgique alourdit le continuum des services en santé et multiplie les démarches et les rendez-vous pour les parents. Dans le programme Agir tôt, la référence pour une évaluation audiolgique étant faite par une infirmière, un infirmier ou une ou un responsable clinique selon des critères bien établis minimise déjà les références non essentielles.

3. Priorisation des enfants qui doivent être référés en audiolgic à l'aide de l'ABCdaire 18mois+ et du dépistage

Afin d'améliorer la priorisation des enfants qui doivent être référés en audiolgic, voici les recommandations de l'OOAQ :

3.1. Dans l'algorithme d'accès à la plateforme de dépistage, utiliser des facteurs de risques spécifiques pour une référence immédiate en audiolgic au moment de compléter l'ABCdaire 18 mois+. Voici ces facteurs de risque :

- 3.1.1. Doute parental sur l'audition;
- 3.1.2. Difficultés dans deux dimensions du développement ou plus;
- 3.1.3. Présence de facteurs de risque associés à la surdité évolutive ou d'apparition tardive et l'enfant n'a pas eu de suivi audiolgic de surveillance dans le cadre du Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN).

Dans l'ABCdaire 18 mois+, le **doute parental sur l'audition** peut être identifié par les questions suivantes :

- ») Section Préoccupations parentales :
Est-ce que vous pensez que votre enfant entend normalement?

- ») Section Surveillance du développement 18 mois :

Se retourne lorsqu'on l'appelle par son prénom ou son surnom.

La présence de **difficultés dans deux dimensions du développement** ou plus signifie qu'il y a un jalon ou plus non atteint dans au moins deux dimensions parmi celles-ci :

- ») Cognitif;
- ») Physique et moteur;
- ») Langagier;
- ») Social et affectif;
- ») Signes d'appel.

Les **facteurs de risque associés à la surdité évolutive ou d'apparition tardive** sont les suivants (MSSS, 2019) :

- Malformation crâniofaciale visible : fente palatine, séquence Pierre Robin;
- Troubles respiratoires : oxygénation extracorporelle (ECMO);
- Antécédents de surdité familiale : surdité congénitale ou acquise en bas âge, unilatérale ou bilatérale, tous degrés confondus, présente chez un parent ou au sein de la fratrie;
- Infection congénitale TORCH (infection suspectée ou confirmée) : CMV, toxoplasmose, rubéole, syphilis;
- Syndrome avec surdité associée (connu ou suspecté à la naissance);
- Hyperbilirubinémie : bilirubine non conjuguée à un taux $\geq 400 \mu\text{mol/L}$ ou taux nécessitant une transfusion d'échange (exsanguino);
- Très faible poids à la naissance : poids $< 1500 \text{ g}$;
- Naissance prématurée : naissance $< 29 \text{ SG}$;
- Troubles respiratoires : ventilation mécanique prolongée (> 5 jours), inhalation d'oxyde nitrique, oxygénation haute fréquence, ventilation à JET (pas de durée minimale), hernie diaphragmatique congénitale;
- Troubles neurologiques : hémorragie intraventriculaire (grades III et IV), encéphalopathie hypoxique ischémique modérée à sévère (Sarnat II ou III), traitement par refroidissement (cooling).

- ✓ L'infirmière ou l'infirmier qui complète l'ABCdaire 18 mois+ avec le parent devrait être sensibilisée ou sensibilisé à ces facteurs de risque de surdité évolutive ou d'apparition tardive et avoir accès à la liste (par exemple, en annexe de l'ABCdaire).
- ✓ Les enfants qui ont déjà eu une évaluation audiolinguistique de surveillance à 8 ou 10 mois dans le cadre du PQDSN ne devraient pas être référés à nouveau pour une évaluation audiolinguistique à 18 mois en raison de ces facteurs de risque. Cependant, ils devraient l'être dès l'âge de 24 mois si des difficultés de langage sont confirmées. L'évaluation audiolinguistique de surveillance fait d'ailleurs partie

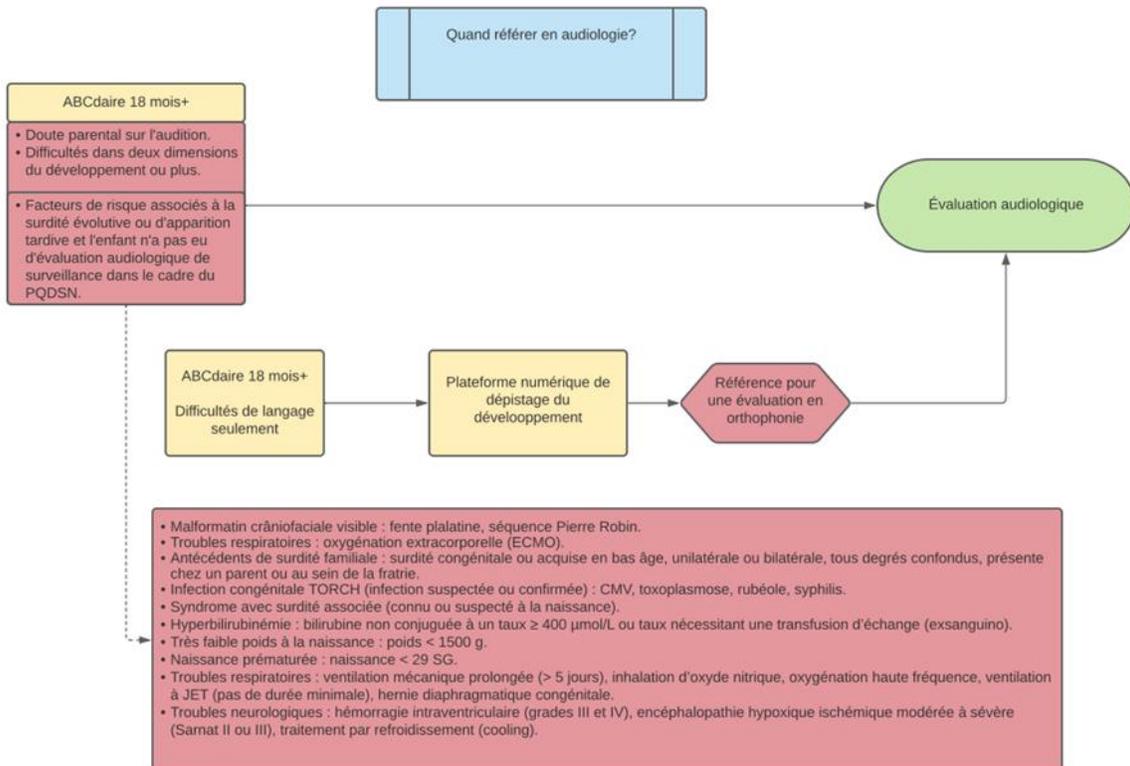
des éléments questionnés dans la section Données de base de l'ABCdaire 18 mois + :

Test de dépistage auditif à la naissance : Fait — normal Fait — anormal, suivi effectué: _____ Non fait Ne sait pas

3.2. Faire une référence en audiologie lorsqu'une référence est faite en orthophonie à la suite du volet du dépistage du développement sur la plateforme numérique.

Lors du volet de surveillance à l'aide de l'ABCdaire 18 mois+, les enfants qui présentent uniquement des difficultés de langage sans autres facteurs de risque ne devraient pas être référés en audiologie à cette étape. La référence en audiologie devrait être effectuée à l'étape suivante au moment où une référence en orthophonie est jugée nécessaire à la suite du dépistage du développement sur la plateforme numérique. En d'autres termes, les références pour une évaluation orthophonique et audiolgogique sont indissociables lorsque le dépistage confirme la présence de difficultés langagières chez les jeunes enfants. Ceci évitera des références en audiologie qui ne sont pas absolument nécessaires pour des enfants qui présentent de légères difficultés de langage à 18 mois. En effet, certains enfants rattraperont leur retard entre le moment de la surveillance par l'ABCdaire 18 mois+ et le dépistage du développement.

Voici un organigramme qui résume la priorisation des références en audiologie :





Un projet pilote de priorisation par dépistage auditif à l'aide de la tympanométrie et des émissions otoacoustiques à l'étape du dépistage du programme Agir tôt est en cours au CUSM. Ce dépistage auditif vise à contribuer à la priorisation des enfants qui ont besoin d'une évaluation audiolinguistique. Un autre projet pilote similaire sera aussi mis en place au CIUSSS de la Capitale-Nationale au cours des prochaines semaines. Nous attendons les conclusions de ces projets pilotes afin de pouvoir émettre des recommandations à ce sujet. Rappelons que le dépistage auditif est un outil de priorisation et ne peut pas constituer une finalité en soi lorsque la présence de difficultés de langage est confirmée.

4. Inclure les indices de surdité autres que les difficultés de langage dans la formation des responsables cliniques au dépistage

Cette dernière recommandation permettrait aux responsables cliniques du volet dépistage d'identifier les enfants qui devraient bénéficier d'une évaluation audiolinguistique malgré un développement langagier typique. Certains enfants peuvent avoir un degré ou configuration de perte auditive qui n'entraîne pas de difficultés de langage, mais qui pourraient ultérieurement nuire au développement comme aux apprentissages scolaires.

Exemples d'indices de surdité autres que les difficultés de langage (OOAQ, 2020) :

- ») Ne réagit pas toujours à l'appel de son prénom;
- ») Demande qu'on augmente le volume des appareils électroniques;
- ») A de la difficulté à comprendre la parole sans voir le visage de l'interlocuteur;
- ») Demande de répéter fréquemment;
- ») Ne réagit pas ou a des difficultés à localiser la source du son lorsque :
 - On l'appelle d'une autre pièce;
 - On lui parle doucement derrière elle ou lui;
 - On chuchote dans une ou l'autre de ses oreilles.
- ») Difficultés à faire la différence entre deux mots semblables (ex. : pain et main).



En résumé, voici les recommandations de l'OOAQ :

- 1 Ajout d'audiologistes aux équipes multidisciplinaires du programme Agir tôt
- 2 Éliminer la nécessité d'une référence médicale pour l'évaluation audiolgogique
- 3 Priorisation des enfants qui doivent être référés en audiologie à l'aide de l'ABCdaire 18mois+ et du dépistage
- 4 Inclure les indices de surdité autres que les difficultés de langage dans la formation des responsables cliniques au dépistage

Remerciements

L'Ordre tient à remercier Marie-Josée Palardy, Marie-Pier Champagne, Nadine Tougas et Nathalie Neveu, audiologistes et membres du groupe de travail en audiologie pédiatrique ainsi qu'Emmanuelle Roy, orthophoniste et agente de planification, de programmation et de recherche à l'équipe soutien au déploiement provincial du programme Agir tôt du CIUSSS du Centre-Sud-de-l' le-de-Montréal. Leur contribution à a permis la production de ces recommandations pour le programme Agir tôt.

Bibliographie

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (s.d.). Effects of Hearing Loss on Development. <https://www.asha.org/public/hearing/effects-of-hearing-loss-on-development/>

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (s.d.). Hearing Loss - Beyond Early Childhood. <https://www2.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935335§ion=Incidence and Prevalence>

Butcher E, Dezateux C, Cortina-Borja M, Knowles RL (2019) Prevalence of permanent childhood hearing loss detected at the universal newborn hearing screen: Systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 14(7): e021960

Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (GRDDC). (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Global Health. 6: e1100–21. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (Janvier 2019). Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés - Cadre de référence. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000483/>

Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ). (2020). Développement de la communication chez l'enfant de 0 à 6 ans. <https://www.ooaq.qc.ca/consulter/developpement-communication-enfant/>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). Surdité et d ficiency auditive. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>