



**Exposé de position de
l'ACOA sur le dépistage
universel de la surdité
chez le nouveau-né au
Canada**

**Association canadienne des orthophonistes et audiologistes
1, rue Nicholas, bureau 1000, Ottawa (Ontario) K1N 7B7**

www.caslpa.ca

EXPOSÉ DE POSITION DE L'ACOA SUR LE DÉPISTAGE UNIVERSEL DE LA SURDITÉ CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Position :

L'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) appuie le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né en tant que stratégie permettant d'identifier les enfants avec une perte auditive congénitale permanente et d'introduire les services de prise en charge audiolinguistique et d'aide à la communication axés sur la famille. Aux fins du présent exposé, il est entendu que le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né constitue un élément fondamental de la détection précoce de la surdité et des services de développement de la communication.

Fondement :

L'importance de l'identification précoce des pertes auditives congénitales permanentes est bien documentée, tant au Canada qu'à l'échelle internationale (Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), 2007; Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants, 2005). La détection précoce vise à déceler les pertes auditives congénitales permanentes afin d'introduire la prise en charge audiolinguistique et l'aide à la communication, de façon que les capacités auditives et communicatives de l'enfant progressent en concordance avec l'ensemble de son développement. Ce type de perte auditive est considéré une « urgence neurologique » par certains auteurs (Madell & Flexer, 2008; Berlin & Weyand, 2003), car une longue période de privation auditive entraîne des répercussions importantes sur le développement global du cerveau et l'intégration sensorielle de l'enfant. La recherche démontre universellement qu'une perte auditive non prise en charge a pour résultat attendu des déficits dans le développement de la parole, du langage, de la cognition, des habiletés scolaires et des habiletés sociales/émotionnelles. La réduction de l'âge d'identification et l'introduction précoce de l'appui au développement de la communication donnent lieu à de bien meilleurs résultats pour l'enfant et sa famille (Yoshinago-Itano, 2004; Moeller, 2000; US Preventative Services Task Force (USPSTF), 2008).

Les registres d'enfants à risque de surdité ont traditionnellement été utilisés pour dépister et identifier les enfants avec une perte auditive congénitale permanente, mais ils ne permettent

pas de cerner efficacement les pertes auditives chez les bébés bien portants. Le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né détecte les bébés bien portants avec une perte auditive qui ne sont pas identifiés (ou pourraient ne pas l'être) lors d'une évaluation selon les facteurs de risque. Les études estiment que jusqu'à 50 % des enfants avec une perte auditive congénitale permanente ne sont pas recensés à l'aide des procédures de dépistage par facteurs de risque (Yoshinago-Itano, 2003).

Le dépistage chez le nouveau-né vise à prévenir les retards dans la détection des pertes auditives, mais le dépistage à lui seul n'est pas suffisant pour assurer l'identification et l'intervention précoces. Des ressources additionnelles sont requises lorsque les familles ne font pas le suivi approprié après le dépistage, soit parce qu'elles y accordent peu d'importance, ne comprennent pas l'importance des résultats du dépistage, ou en raison d'autres facteurs (p. ex., les déplacements dans les régions rurales). L'identification la plus précoce possible des pertes auditives est essentielle à la réussite des programmes de dépistage, mais il doit également y avoir des programmes d'appui adéquats en place pour permettre un suivi systématique des enfants à risque d'avoir une perte auditive progressive, tardive et acquise. De plus, la prise en charge de la perte auditive et les services d'aide à la communication sont des composantes essentielles d'un programme exhaustif d'intervention précoce axé sur la famille (Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants, 2005).

Recommandations :

L'ACOA appuie fortement l'établissement et le maintien d'un programme de dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né qui soit intégré, consistant et adapté aux différences culturelles, et ce, dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Ces programmes viseraient à identifier tous les enfants avec une perte auditive congénitale permanente et à leur offrir une intervention précoce, exhaustive et axée sur la famille.

Ces programmes devraient comprendre les éléments suivants :

- Un dépistage universel de la surdité (à l'aide de méthodes électrophysiologiques) pour tous les nouveau-nés.
- Des services appropriés et accessibles pour la prise de décision et la prestation de services d'audiologie et d'aide à la communication.

- Une transition continue pour les enfants et leur famille au long du processus, c'est-à-dire le dépistage de l'audition avant l'âge d'un mois, la confirmation de la perte auditive avant l'âge de trois mois, puis le début de l'intervention précoce avant l'âge de six mois (JCIH, 2007).
- Une surveillance continue des enfants à risque de développer une perte auditive tout au long de la petite enfance.
- Une sensibilisation des parents, des fournisseurs de soins primaires et des prestataires de soins de santé au sujet des jalons précoces du développement de l'audition, de la parole et du langage, ainsi que des facteurs de risque liés à la surdité.
- Des équipes interprofessionnelles travaillant étroitement avec les familles.
- Des occasions de formation continue pour permettre aux équipes interprofessionnelles de maintenir leur expertise du dépistage, de l'évaluation et des stratégies d'habilitation parent-nourrisson.
- Un registre provincial/territorial pour chaque programme. La gestion de données du système est un aspect essentielle d'un programme et permet d'évaluer et de gérer la qualité et l'efficacité des processus de dépistage, d'évaluation et d'intervention, ainsi que de faire en sorte que le programme soit stable et durable et qu'il respecte les normes et les indices de qualité établis (Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants, 2005).

En somme, l'ACOA continue d'appuyer la création d'un système intégré de dépistage et de prise en charge de la surdité chez le nouveau-né, une position établie préalablement en collaboration avec l'Académie canadienne d'audiologie (ACOA & ACA, 1999). L'ACOA appuie également les recommandations de l'Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists (ACSLPA, 2008), de l'American Joint Committee on Infant Hearing (JCIH, 2007), de l'American Academy of Pediatrics (1999) et des National Institutes of Health (NIH, 1993) pour l'établissement et le maintien de programmes de dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né qui permettent d'identifier les pertes auditives avant l'âge d'un mois, de confirmer la perte auditive avant l'âge de trois mois et d'introduire un programme d'intervention axé sur la famille avant l'âge de six mois. Ces jalons peuvent seulement être atteints grâce à

l'établissement de systèmes structurés et bien intégrés d'identification précoce et de gestion de cas pour les enfants avec une perte auditive. En outre, l'ACOA appuie la recherche continue sur le développement de méthodes plus efficaces, simples, fiables et exactes pour détecter et gérer les pertes auditives chez les nouveau-nés et les nourrissons.

Mise en contexte :

La perte auditive permanente est l'un des états congénitaux les plus communs et se présente plus souvent que tout autre état pathologique (p. ex., phénylcétonurie) pour lequel il existe déjà un programme de dépistage (Mehl & Thompson, 2002). La prévalence de la perte auditive chez les nouveau-nés et les nourrissons est de 1 à 3 naissances vivantes pour 1 000, selon le seuil de perte auditive permanente utilisé (Dalzell et al., 2000; Mehl & Thompson, 2002; Thompson et al., 2001), ce qui signifie de 1 100 à 1 200 nouveaux cas par année au Canada (Hyde, 2005). Chez les enfants avec des facteurs de risque comme la prématurité, l'admission à une unité de soins intensifs néonataux ou des anomalies craniofaciales congénitales, la prévalence des pertes auditives peut aller jusqu'à 10 naissances vivantes pour 1 000 (JCIH, 2007; Vohr et al., 2001).

La perte auditive entrave la capacité de l'enfant à comprendre et à utiliser le langage, ainsi que son développement cognitif, psychosocial et scolaire. On sait que les capacités de communication des enfants avec une perte auditive, peu importe le niveau, accusent un retard par rapport à la trajectoire développementale des enfants avec une audition normale. Or, la recherche publiée démontre universellement que l'identification précoce de la surdité permet de réduire grandement les conséquences négatives de cette perte auditive pour l'enfant, sa famille et la société (Kennedy et al., 2006; Moeller, 2000; Sininger, Grimes, & Christensen, 2010; Yoshinaga-Itano, Sedley, Coulter, & Mehl, 1998).

Les études sur la plasticité cognitive suggèrent que la stimulation auditive précoce est requise pour le développement du potentiel auditif de l'enfant (Gordon & Harrison, 2005; Sharma, Dorman, & Spahr, 2002). L'âge d'identification de la perte auditive est donc jugé comme étant un facteur critique du développement de la parole, du langage, de la cognition et des habilités psychosociales de l'enfant, et constitue donc le principe sous-tendant les initiatives de dépistage de la surdité chez le nouveau-né (Yoshinaga-Itano & Gravel, 2001). Sans dépistage

systématique, l'identification de la perte auditive est tardive (entre l'âge de 20 et 42 mois) pour 40 à 50 % des bébés avec une perte auditive qui n'avaient aucun facteur de risque (Durioux-Smith, Fitzpatrick, & Whittingham, 2008). En outre, sans dépistage des nouveau-nés, le facteur déterminant l'âge d'identification est alors la sévérité de la perte, et par conséquent, les enfants avec une perte auditive légère à modérée sont identifiés plus tard (Durioux-Smith, et al., 2008; Durioux-Smith & Whittingham, 2000). Des études ont démontré que le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né donne lieu à un âge médian d'identification entre 3 et 6 mois, peu importe la sévérité de la perte (Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants, 2005; Thompson, et al., 2001). Il existe un nombre croissant d'études qui documentent des relations positives entre le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né et le développement des habiletés de communication pendant la petite enfance et par la suite (Kennedy, et al., 2006; Siningher, et al., 2010; Yoshinaga-Itano, 2003). En combinaison avec les progrès technologiques dans le domaine des prothèses auditives et des implants cochléaires, le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né a amélioré le développement de la communication des enfants avec une perte auditive, peu importe le degré de cette perte. En plus de renforcer les capacités de parole et de langage, le dépistage permet également aux enfants d'accéder à des ressources qui appuient le développement optimal (Fitzpatrick, Graham, Durioux-Smith, Angus, & Coyle, 2007).

Les progrès technologiques relatifs aux techniques physiologiques de dépistage de la surdité, qui ont facilité et rentabilisé les processus d'identification, ainsi que les avantages démontrés de l'intervention précoce suite aux pertes auditives, ont contribué à rendre le dépistage universel chez le nouveau-né la norme des soins fournis dans de nombreux pays développés, y compris les États-Unis (Prieve & Stevens, 2000), le Royaume-Uni (Bamford, Uus, & Davis, 2005) et la majeure partie du Canada (Hyde, 2005). Au Canada, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont été les premiers, en 2002, à établir un dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né exigé par la province, et depuis, les programmes continuent de se multiplier. Toutefois, malgré cette croissance, le dépistage universel de la surdité n'est toujours pas offert à tous les enfants du Canada.

Plusieurs organismes clés, représentés par le Joint Committee on Infant Hearing aux États-Unis, ont recommandé le dépistage avant l'âge d'un mois, la confirmation de la perte auditive avant l'âge de 3 mois et l'introduction de l'intervention appropriée avant l'âge de six mois (Joint Committee on Infant Hearing, 2007). Le dépistage, en tant que méthode d'identification précoce, est la première étape à instaurer pour appuyer le développement des enfants avec une perte auditive, mais on reconnaît largement que son efficacité dépend de l'accès à des services appropriés de diagnostic et de réadaptation (Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants, 2005; Jerger, Roeser, & Tobey, 2001).

Références

- ACOA-ACA. Position Statement on Universal Newborn and Infant Hearing Screening in Canada (1999). *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 24(3) 139-141.
- Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists (2008). ACSLPA Statement on and endorsement of Universal Newborn Hearing Screening (UNHS) in Alberta. Accédé le 10 mars 2010 de http://www.acslpa.ab.ca/public/data/documents/UNHS_-_single_sided_&_electronic.pdf
- American Academy of Pediatrics (1999). Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention. *American Academy of Pediatrics Task Force on Newborn and Infant Hearing*. Accédé le 25 juillet 2007 de <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;103/2/527.pdf>.
- Bamford, J., Uus, K., & Davis, A. (2005). Screening for hearing loss in childhood: issues, evidence and current approaches in the UK. *Journal of Medical Screening*, 12, 119-124.
- Berlin, C.I., & Weyand, T.G. (2003). *The brain and sensory plasticity: Language acquisition and hearing*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Bess, F.H., & Penn, T.O. (2000). Issues and concerns associated with Universal Newborn Hearing Screening Programs. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 24(3) 119-129.
- Dalzell, L., Orlando, M., MacDonald, M., Berg, A., Bradley, M., Cacace, A., et al. (2000). The New York State Universal Newborn Hearing Screening Demonstration Project: Ages of hearing loss, identification, hearing aid fitting and enrollment in early intervention. *Ear & Hearing*, 21(2), 118-130.

- Durieux-Smith, A., Fitzpatrick, E., & Whittingham, J. (2008). Universal newborn hearing screening: A question of evidence. *International Journal of Audiology*, 47(1), 1-10.
- Durieux-Smith, A., & Whittingham, J. (2000). The rationale for neonatal hearing screening. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 24(2), 59-67.
- Finitzo, T., Albright, K., & O'Neal, J. (1998). The newborn with hearing loss: detection in the nursery. *Pediatrics*, 102 (6), 1452-1460.
- Fitzpatrick, E. (2010). A framework for research and practice in infant hearing. *Canadian Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 34(1), 25-32.
- Fitzpatrick, E., Graham, I. D., Durieux-Smith, A., Angus, D., & Coyle, D. (2007). Parents' perspectives on the impact of the early diagnosis of childhood hearing loss. *International Journal of Audiology*, 46(2), 97-106.
- Galambos, R., Wilson, M.J., Silva, P.D. (1994) Identifying hearing loss in the intensive care nursery: a 20 year summary, *Journal of the American Academy of Audiology*, 5 (3), 151-162.
- Gordon, K. A., & Harrison, R. V. (2005). Hearing research forum: Changes in human central auditory development caused by deafness in early childhood. *Hear say*, 17, 28-34.
- Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants (2005). Développement précoce de l'audition et de la communication : Document de référence du Groupe de travail canadien sur l'audition chez les enfants (GTCAE). Ottawa.
- Hyde, M. L. (2005). Newborn hearing screening programs: Overview. *Journal of Otolaryngology*, 34, S70-S78.
- Hyde, M.L., & Riko, K. (2000) Design and evaluation issues in Universal Newborn Hearing Screening Programs. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 24(3), 102-118.
- Jerger, J., Roeser, R. J., & Tobey, E. A. (2001). Management of hearing loss in infants: the UTD/Callier Center position statement. *Journal of the American Academy of Audiology*, 12, 329-336.
- Joint Committee on Infant Hearing. (2007). Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention. Retrieved from www.asha.org/policy on January 20, 2009.
- Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, and Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. (2007). Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention

programs. *American Academy of Pediatrics*, 120, 898-921. Accédé le 15 juin 2010 de <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/extract/120/4/898>

Kennedy, C. R., McCann, D. C., Campbell, M. J., Law, C. M., Mullee, M. A., Petrou, S., et al. (2006). Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. *New England Journal of Medicine*, 354, 2131-2141.

Madell, J.R., & Flexer, C. (2008). Why is hearing important in children? In Madell, J.R., & Flexer, C. (Eds.), *Pediatric audiology diagnosis, technology, and management*, pp.xix-xxii. New York: Thieme Medical Publishers, Inc.

Mehl, A. L., & Thompson, V. (2002). The Colorado newborn hearing screening project 1992-1999; On the threshold of effective population-based universal newborn hearing screening. *Pediatrics*, 109(1), 1-8.

Moeller, M.P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106, 1-9.

National Institutes of Health. (1993). Early identification of hearing impairment in infants and young children. *NIH Consensus Statement*, 11, 1-24. Accédé le 24 juillet 2007 de <http://consensus.nih.gov/1993/1993HearingInfantsChildren092html.htm>

Prieve, B. A., & Stevens, F. (2000). The New York State Universal Newborn Hearing Screening Demonstration Projects: Introduction and overview. *Ear & Hearing*, 21, 85-91.

Sharma, A., Dorman, M. F., & Spahr, A. J. (2002). A sensitive period for the development of the central auditory system in children with cochlear implants: Implications for age of implantation. *Ear and Hearing*, 23(6), 532-539.

Sininger, Y. S., Grimes, A., & Christensen, E. (2010). Auditory development in early amplified children: Factors influencing auditory-based communication outcomes in children with hearing loss. *Ear and Hearing*, 31, 1-20.

Thompson, D. C., McPhillips, H., Davis, R. L., Lieu, T. L., Homer, C. J., & Helfand, M. (2001). Universal newborn hearing screening: Summary of evidence *Journal of the American Medical Association*, 286, 2000-2010.

US Preventative Services Task Force (2008). Universal Screening for Hearing Loss in Newborns: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 122 (1), 143-148. Accédé le 8 septembre 2010 de <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/newbornhear/newbhearrs.pdf>

Vohr, B. R., Oh, W., Stewart, E. J., Bentkover, J. D., Babbard, S., Lemons, J., et al. (2001). Comparison of costs and referral rates of 3 universal newborn hearing screening protocols. *The Journal Of Pediatrics*, 139(2), 238-244.

Yoshinaga-Itano, C. (2003). From screening to early identification and intervention: Discovering predictors to successful outcomes for children with significant hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*(8), 11-30.

Yoshinaga-Itano, C. (2003). Universal newborn hearing screening programs and developmental outcomes. *Audiological Medicine*, 1(3), 199-206.

Yoshinaga-Itano, C. (2004). Levels of evidence: Universal newborn hearing screening (UNHS) and early hearing detection and intervention systems (EHDI). *Journal of Communication Disorders*, 37, 451-465. Accédé le 26 juillet 2007 de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T85-4CDJGWK-2&_user=10&_coverDate=10%2F31%2F2004&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=92d50e01ce0f02ecffe21f70f0449a88

Yoshinaga-Itano, C., & Gravel, J. S. (2001). The evidence for universal newborn hearing screening. *American Journal of Audiology*, 10, 62-64.

Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A.L., Culter, D.K., & Mehl, A.L. (1998). Language of early and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics*, 102, 1161-1171.

Le Comité tient à souligner la contribution de l' Alberta College of Speech Language Pathologists and Audiologists (ACSLPA) et sa publication, *ACSLPA Statement And Endorsement of Universal Newborn Hearing Screening (UNHS) in Alberta*. L' ACOA souhaite remercier l' ACSLPA d' avoir permis au Comité d' adapter ses recommandations professionnelles pour l' établissement de son propre exposé de position.

Membres du Comité :

1. Elizabeth Fitzpatrick (audiologiste, ON), coprésidente
2. Vickie Hlady-MacDonald (orthophoniste et thérapeute auditivo-verbale, ON)
3. Sharen Ritterman (audiologiste, MB)
4. Christine Santilli (audiologiste, N.-É.), coprésidente
5. Rita Vis Dubé (orthophoniste, AB)
6. Brenda Ward (personnel de soutien, C.-B.)

Personnel d' appui de l' ACOA : Chantal Kealey, Directrice de l' audiologie et du personnel de soutien

*Un exposé de position représente l' orientation adoptée par l' ACOA concernant un sujet particulier ou fournit des lignes directrices visant un aspect quelconque de la pratique. Les exposés ont une durée limitée et représentent le raisonnement d' un moment précis. *

© 2011, ACOA

C'est l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes qui détient le droit d'auteur. Il est interdit de réimprimer, reproduire, mettre en mémoire pour extraction, transcrire de quelque façon que ce soit (électroniquement, mécaniquement, par photocopie ou autrement) une partie quelconque de cette publication sans l'autorisation écrite de l'ACOA. Contacter pubs@caslpa.ca