



Association loi de 1901
Reconnue d'Intérêt Général

Siège social :
Hôpital Simone VEIL
1 rue Jean Moulin
95160 MONTMORENCY

« They did not know it was impossible, so they did it* » Mark TWAIN

*Des innocents ne savaient pas que la chose était impossible, alors ils la firent



Sommaire :

- Le billet du mois
- Faire évoluer nos conceptions sur la presbycousie (2)

Le Billet du mois

par Mireille SAN JULLIAN

Si nous continuons à refuser d'intégrer la complexité dans la résolution des difficultés des presbycousiques, nous continuerons « à bricoler » l'adaptation des aides auditives sans jamais répondre à leur besoins. Répétons-le, puisque notre message n'est pas entendu : les besoins des presbycousiques ne correspondront jamais aux besoins de ceux qui les soignent. Adaptons nous à eux...

Faire évoluer nos conceptions sur la presbycousie (2) « Éviter la descente aux enfers »

par Béatrice MADERO, Laurent DROUIN, David AUBEL, Séverine LEUSIE



Il faut que l'on apprenne à se servir de nos sens pour en recevoir les fruits. Ajoutons que travailler ses sens est une obligation de tous les jours qui devient vite un grand bonheur dès qu'on en profite à plein. Ce sont les sens qui sont les portes d'entrée de la cognition. Et il est curieux qu'on mette tant de temps pour comprendre qu'il y a un lien entre l'audition et la cognition alors que ce lien est de naissance. C'est une évidence qui a fait perdre des années de recherches inutiles. Nous venons d'enfoncer une porte ouverte.

En dehors de notre génétique, rien n'est donné dans la vie et nous devons tout construire par nous-mêmes. Par ailleurs, qui prendrait un apprenti sans lui apprendre des notions de base et surtout comment se servir des outils dont il a besoin. Il est indispensable de redresser la barre en enseignant ce que sont et ce que font nos sens car ce sont les outils dont nous avons besoin pour acquérir le langage et la cognition. Mais nous ne faisons rien et inévitablement, les problèmes arrivent. Ils sont évidemment beaucoup plus ennuyeux pour l'oreille pour laquelle absolument rien n'a été fait. L'œil est bien mieux utilisé que l'oreille. Cette ignorance de ce qu'est l'audition coûte très cher aux presbycousiques.

En reprenant tout sous un jour nouveau, nous étendons nos possibilités d'aider le presbycousique en l'initiant en même temps que ses soignants au « modèle bio-psycho-social », préconisé par G. Engel¹.

Demande toujours le maximum et fais avec ce que tu as.

Faire évoluer notre conception de la presbycousique (2) « éviter la descente aux enfers » (suite), par Béatrice MADERO et al.

Cette approche nous paraît pertinente dans la situation **complexe** dans laquelle le presbycousique se trouve plongé du fait des retentissements cognitifs de tous ordres qui en résultent. Cette méthode va permettre d'approcher ces patients qui **souffrent** profondément avec des moyens appropriés. Voici ce qu'écrivait Engel à propos de son travail : (...) « *Modèle qui s'est éloigné des paradigmes psychologiques ou biologiques, considérés comme réductionnistes avec leur causalité linéaire, leur dualisme et leur analyse factorielle, au profit d'une approche holistique, probabiliste et analogique associant notamment, dans l'approche étiologique, la neurobiologie, la neuropsychologie et l'environnement (...)* »¹.

Ce modèle permet de gérer en complexité beaucoup des problèmes que pose la presbycousie et n'est nullement incompatible avec l'analyse basée sur les faits que nous proposons par ailleurs. Ainsi nous nous approchons petit à petit d'une conception de la maladie 'presbycousie' que, sans cela, nous rencontrons tous les jours sans la comprendre. Que voyons-nous ? Des malentendants qui n'y croient pas, refusent de se traiter, présentent des troubles de plus en plus importants de la communication et du comportement, deviennent invivables et rendent l'entourage agressif. Ils finissent par s'isoler et présentent à des degrés divers, un état dépressif et des troubles cognitifs plus ou moins patents. Cet état de *souffrance* ne peut pas être ignoré et résoudre le problème avec l'équation « Presbycousie = 2 aides auditives » ne règle que provisoirement et incomplètement la difficulté.

C'est ce que nous rencontrons malheureusement trop souvent aujourd'hui vis-à-vis des quelques personnes qui disposent d'aides auditives. Tout ceci est dû au fait que nous négligeons l'évolution pensant que tout s'arrête le jour où le patient entend avec ses aides auditives. C'est évidemment absurde et plus on vivra vieux, plus les aides auditives deviendront inutiles quand les cellules ciliées externes seront toutes mortes. Après plusieurs années durant lesquelles il entend très bien avec ses aides auditives, le patient redevient sourd et cette fois-ci, c'est terminé. Nous n'avons plus rien pour l'aider. Ceci est insensé car il aura besoin, *rééduqué*, de ses aides auditives jusqu'à la fin de sa vie.

Rappelons que la maladie presbycousique dure plus de 30 ans, commençant avant 60 ans, elle s'aggrave irrémédiablement pour aboutir à toutes les complications que nous venons de présenter plus haut. L'évolution n'est jamais prise en compte, les aides auditives ne traitent la maladie que durant la période intermédiaire dite clinique entre celle de l'installation dite préclinique ou muette et celle des complications où les patients sont abandonnés et finissent très souvent en EHPAD car la presbycousie gâche la vie mais ne tue pas. « *Pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S'il n'y a pas de question, il ne peut pas y avoir connaissance scientifique. Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit.* » écrit Gaston Bachelard². Or personne ne se questionne sur la presbycousie. L'équation « Presbycousie = 2 aides auditives » nous suffit. Sans doute, mais elle ne suffit certainement pas au presbycousique.

C'est la raison pour laquelle le GRAPsanté depuis une quinzaine d'années se pose des questions et tente d'y répondre. Et la première réponse qui nous vient à l'esprit est qu'il nous faut changer complètement notre pratique avec ces patients. Notre comportement n'est pas le bon et nous devons en imaginer un autre. Nous n'avons pas le choix car cette maladie leur fait vivre une véritable maltraitance qui leur gâche le tiers final de leur vie.³ À suivre...

Références :

1. Engel GL. « *The clinical application of the biopsychosocial model* », Am J Psychiatry, n° 137, 1980, p. 535-44 ().
2. Bachelard G, Les obstacles épistémologiques. Extrait de: Gaston Bachelard, La formation de l'esprit scientifique. Paris, Librairie philosophique Vrin, 1999 (1ère édition : 1938), chapitre 1.
3. Berquin A, *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie* [« *The biopsychosocial model: much more than additional empathy* »]. *Rev Med Suisse*, vol. 6, n° 258, 2010, p.1511-3.

* * *
Bonne Année
* * *

Pour le DVD gt, écrivez à : lvergnon@grapsante.org



T

L'équipe de la rédaction**Rédactrice en chef :**

Séverine LEUSIE (sleusie@grapsante.org)

Rédacteurs : David AUBEL, Samir DHOUIB, Laurent DROUIN, Bruno GALLET, Jean-Paul LECHIEN, Béatrice MADERO, Nicole RIBETTE-MILONAS, Régis RIBETTE, Mireille SAN JULLIAN, Gérard TUTOUX, Émilie VATIN, Laurent VERGNON, Marie-Françoise VOGEL.