



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Auto- et hétéroévaluation de la qualité de vie des enfants implantés cochléaires[☆]



Auto- and heteroevaluation of quality of life in children with cochlear implants

T. Razafimahefa-Raoelina^{a,*}, A. Farinetti^a, R. Nicollas^a, J.-M. Triglia^a, S. Roman^a, L. Anderson^{b,c}

^a Service ORL et chirurgie cervico-faciale pédiatrique, hôpital de la Timone Enfants, Assistance publique-hôpitaux de Marseille, Aix-Marseille université, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

^b Service de santé publique et d'information médicale, hôpital de la Timone, Assistance publique-hôpitaux de Marseille, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

^c SESSTIM (UMR 912, Inserm, IRD), faculté de Médecine, Aix-Marseille université, 13273 Marseille, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
 Implant cochléaire
 Qualité de vie
 Enfants
 Parents
 Handicap

RÉSUMÉ

But. – Le but de cette étude est de mesurer la qualité de vie des enfants implantés cochléaires par une approche combinée d'auto- et hétéroévaluation.

Patients et méthodes. – Trente-deux enfants, âgés de 6 à 17 ans, sourds pré-linguaux et implantés cochléaires en moyenne à 22 mois ont été inclus dans l'étude avec leur famille respective. Le questionnaire KIDSCREEN-27 versions parents et enfants comportant 27 items et couvrant l'activité physique et la santé, l'humeur générale et le ressenti de l'enfant, la famille et le temps libre, les amis et l'école a été utilisé. Les réponses ont été obtenues par entretien physique. L'ensemble des questionnaires (parents et enfants) recueillis a été comparé à la base de données de la population générale. Nous avons apparié les réponses des enfants par rapport à leurs parents.

Résultats. – Le score global d'auto-évaluation par les enfants est comparé à la population générale selon l'effet taille *d* de Cohen, il est pour les items de l'activité physique de 72,81 (*d*=0), humeur générale de 78,13 (*d*=−0,4), vie de famille/temps libre de 63,84 (*d*=−0,2), les amis de 61,72 (*d*=−0,4), l'école de 73,83 (*d*=0). Respectivement, le score parental est de 62,66 (*d*=−0,8), 74,89 (*d*=−0,3), 57,37 (*d*=−1,2), 51,56 (*d*=−0,8), 68,95 (*d*=−0,4). La moitié des enfants n'ont pu répondre au questionnaire. Pour la plupart ils présentaient un handicap associé. Chez ces enfants, le parcours scolaire et le niveau langagier sont inférieurs à leurs pairs « répondeurs » au questionnaire. La qualité de vie des enfants implantés est similaire à celle des enfants non implantés (effet taille *d* de Cohen de 0 à 0,4). L'implantation cochléaire précoce des enfants sourds prélinguaux favorise une qualité de vie similaire à celle de la population générale.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

L'implantation cochléaire est devenue une technique de référence pour la réhabilitation auditive des enfants sourds profonds. La majorité des études évaluant les bénéfices de l'implant cochléaire chez l'enfant sourd prélingual concerne les aspects perceptifs et

langagiers. Dans ces champs d'investigation, la précocité (avant l'âge de 3 ans et même en deçà de 15 mois) de l'implantation est un facteur prédictif positif [1–4].

D'autres études ont tenté d'appréhender l'apport de l'implant cochléaire sur la qualité de vie des enfants sourds profonds à travers des questionnaires. La majorité de ces questionnaires telle que le profil APCEI (acceptation, perception, compréhension, expression, intelligibilité) [5], le Meaningful Use of Speech Scale [MUSS], Meaningful Auditory Integration Scale [MAIS] utilisent des items pour évaluer le développement du langage et de l'audition essentiellement. Or, selon l'OMS, la qualité de vie et son évaluation doivent inclure trois dimensions : physique, psychologique et sociale. Peu d'études ont permis de mesurer la qualité de vie dans

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ano.2015.10.002>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : raza.tantely@gmail.com (T. Razafimahefa-Raoelina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2015.01.012>

1879-7261/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ces trois dimensions tels que le ressenti de la scolarité, l'humeur, la relation aux parents [4,6,7]. De plus, ces quelques études correspondent majoritairement à une hétéroévaluation parentale [8]. Seuls 3 articles étudiant la qualité de vie des enfants implantés à partir d'une auto- et hétéroévaluation sont répertoriés. Dans le plus récent, Meserole et al. [9] ont étudié la qualité de vie des enfants implantés par rapport à leurs pairs normotendants par cette double approche. Ils ont démontré que les parents d'implantés cochléaires avaient un score global similaire voire meilleur par rapport aux parents témoins représentatifs de la population générale ($p < 0,01$) à partir de l'échelle de qualité de vie Child Health and Illness Profile-Child Edition. Mais, aucune comparaison n'a été faite entre les résultats respectifs de chacune des évaluations.

Aussi le but de cet article était d'évaluer la qualité de vie d'enfants prélinguaux implantés cochléaires par une approche combinée d'auto- et d'hétéroévaluation parentale par l'utilisation du KIDSCREEN-27 [10]. Ce questionnaire explore les 3 dimensions de l'OMS et est validé de façon internationale. Il a été possible de comparer l'évaluation de la qualité de vie selon le point de vue parental et celui de l'enfant implanté ; et de comparer cette qualité de vie avec celle de la population générale.

2. Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique de novembre 2012 à mai 2013 dans le centre de diagnostic et d'orientation de la surdité de Marseille.

2.1. La population

La population sélectionnée comprenait des enfants sourds profonds prélinguaux, congénitaux ou acquis, implantés dans le même centre avant l'âge de trois ans et âgés de plus de 6 ans au moment de l'évaluation afin de pouvoir répondre au questionnaire KIDSCREEN-27.

Les modalités de scolarisation, de communication et les résultats du score APCEI étaient renseignés pour tous les patients. Le score APCEI [5] étudie le profil évolutif des performances globales d'un enfant sourd appareillé. Il aborde 5 domaines : l'acceptation (A) de l'appareil et/ou de l'implant ; les perceptions (P) auditives ainsi appareillé ; la compréhension (C) du message oral perçu (sans lecture labiale) ; l'expression (E) orale et utilisation de la voix (syntaxe) ; l'intelligibilité (I) de l'enfant selon une cotation de 0 à 5. Dans cette étude, les 3 domaines CEI ont été retenus en raison de leur pertinence sur l'appréciation du niveau de langage oral. Le score maximal est de 15.

2.2. Questionnaire de qualité de vie générique : KIDSCREEN-27

Il s'agit d'un questionnaire validé du point de vue international [10]. Il a pour but d'évaluer la qualité de vie des enfants par rapport à la population générale à la même tranche d'âge et dans un même pays. Chaque pays a ses propres témoins basés sur 25 000 enfants et parents d'enfants.

La particularité du KIDSCREEN est l'existence d'une version « enfants » (auto-évaluation) et d'une version « parents » (hétéroévaluation). L'autre avantage du KIDSCREEN est le large éventail de son applicabilité en termes d'âges puisqu'on l'utilise pour interroger des enfants de 8 à 18 ans. Un âge à partir de 6 ans est toléré si les capacités de l'enfant questionné le permettent.

Le KIDSCREEN-27 explore 5 dimensions : activités physiques et santé (5 items), l'humeur générale et le ressenti de l'enfant (7 items), la vie de famille et le temps libre (7 items), les amis (4 items), l'école (4 items). Chaque item est évalué selon 5 degrés

de réponse, allant de « jamais » à « toujours » ou de « pas du tout » à « extrêmement », en fonction de la question posée.

2.3. Recueil des données et analyse statistique

Les questionnaires ont été distribués et recueillis pour la plupart lors d'entretiens physiques au sein de la structure d'implantation. Deux questionnaires par famille ont été distribués : un pour l'enfant et un questionnaire rempli pour les 2 parents ou par celui qui gardait l'enfant dans les familles monoparentales. Les questionnaires, versions « parents » et « enfants », ont été remplis de façon individuelle après avoir donné les explications aux patients et à leurs parents. Une aide à la compréhension chez quelques enfants par leur orthophoniste a été nécessaire. Les réponses ont été colligées et comparées à celles normalisées d'enfants témoins français [11].

Afin de quantifier l'effet de la variable « implant cochléaire » par rapport à la population générale, la taille d'effet d de Cohen a été utilisée. La taille d'effet d de Cohen [12] se calcule en divisant la différence moyenne par l'écart-type d'une variable. Un d de Cohen supérieur à 0 signifie une surévaluation de la qualité de vie des implantés par rapport à leurs pairs normotendants et inversement si le d de Cohen est inférieur à 0. Un d de Cohen autour de 0,2 est interprété comme un effet faible, autour de 0,5 comme un effet moyen et autour de 0,8 comme un effet fort.

Les données appariées des réponses des familles ayant une réponse des enfants et des parents ont ensuite été évaluées pour comparer les différences d'évaluation selon le point de vue au moyen du test de Student.

3. Résultats

Sur 48 enfants sélectionnés, 32 (19 garçons et 13 filles), âgés de 6 à 17 ans (moyenne à 10 ans) et implantés à l'âge moyen de 22 mois (extrêmes, 10 à 35 mois), avec un recul minimum de 4 ans de port d'implant ont participé à l'étude avec leurs familles respectives. Les caractéristiques globales, de scolarisation, de score CEI, d'étiologie sont colligées dans le [Tableau 1](#).

Au final, 32 questionnaires de parents et 16 sur 32 questionnaires d'enfants ont été recueillis ([Tableau 2](#)).

La population d'enfants « répondeurs » s'est caractérisée par un âge moyen de 10,5 ans (extrêmes de 6,5 ans à 17 ans). Elle est constituée de 11 garçons et de 5 filles d'âge d'implantation moyen de 23,75 mois (moins de 2 ans). Quatre enfants ont présenté une surdité d'origine génétique (25%), 6 une surdité d'origine acquise (37,5%) et 6 une surdité indéterminée (37,5%).

Les résultats globaux aux questionnaires d'auto-évaluation de la population pédiatrique sont présentés dans le [Tableau 2](#).

Les résultats globaux des enfants répondeurs ([Tableau 2](#)) ont montré des scores « activité physique/santé » et « école » similaires à la population générale de même âge. L'effet d de Cohen était faible sur le score « vie de famille/temps libre » et faible à moyen sur les scores « humeur générale » et « relation avec les amis ».

Les résultats globaux des 32 parents ([Tableau 3](#)) ont montré des scores différents sur l'ensemble des items par rapport à la population générale. L'effet d de Cohen était faible sur le score « humeur générale et ressenti enfant », moyen sur le score « école » et fort sur les scores « vie de famille et temps libre », « activités physiques et santé » et « relations avec les amis ».

Une comparaison des scores entre les enfants répondeurs et leurs parents respectifs a montré une tendance à une sous-évaluation parentale sur 4 des 5 items. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$) sur le score « école » du KIDSCREEN-27.

Le parcours scolaire des enfants a été classé en 3 catégories ([Fig. 1](#) et [Tableau 1](#)) selon le classement du registre national des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104733>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104733>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)