

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du  
**CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE**

Par

**Florence ALBARET**

***Pseudo-hypoacousie infantile et intervention orthophonique***

***Réflexions autour de la prise en charge et des modalités d'interprétation  
du comportement dit de « simulation » auditive chez l'enfant.***

Directrice du Mémoire

**Dr. Élisabeth PÉRI-FONTAA**

Médecin ORL, Phoniatre et Enseignante au centre de formation  
d'orthophonie de Strasbourg

Membres du Jury

Présidente : **Dr. Agnès GRAS-VINCENDON**, Praticien hospitalier, Pédopsychiatre

Rapporteur : **Mme Stéphanie THUILLIER**, Orthophoniste

Date de soutenance 27 Mai 2014

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et guidée dans l'élaboration de ce mémoire et au cours de mes études et plus particulièrement:

Le docteur Élisabeth Péri-Fontaa pour m'avoir donné l'idée et l'envie d'explorer ce sujet encore peu connu. Merci pour votre soutien, vos encouragements, vos conseils avisés tout au long de cette année, et pour la passion qui anime tant votre pratique que votre enseignement.

Mme Stéphanie Thuillier pour ses relectures, son aide et ses remarques. Merci pour l'intérêt que vous avez manifesté, dès le premier jour, pour mon travail.

Le docteur Agnès Gras-Vincendon, pour avoir accepté la présidence de mon jury et m'avoir reçue et guidée dans mes lectures aux prémices de l'étude.

Tous les enfants qui se sont prêtés à mes différents tests, et qui ont rendu possible ce mémoire. Merci également à leurs parents qui m'ont reçue chez eux et m'ont permis de rencontrer leurs enfants. J'espère que cette étude permettra de répondre à certains de leurs questionnements.

Vincent, pour son soutien indéfectible et son attention.

Tous mes amis et proches, d'orthophonie et d'ailleurs, qui m'ont écoutée et conseillée au cours de cette année.

Merci enfin à tous mes maîtres de stages et aux directrices de l'École d'Orthophonie pour m'avoir formée et accompagnée tout au long de ces quatre années.

## *Sommaire*

**Introduction.....p.3**

**Partie I - Nosographie de la simulation et terminologies – Comprendre les processus mentaux à l'oeuvre chez l'enfant pseudo-hypoacousique ..... p.6**

**I/ Nommer ..... p.9**

A - "Enfants simulateurs"? Mais qu'est ce que la simulation? ..... p.9

B - troubles factices ..... p.11

C - Troubles conversifs, somatisation, remarques sur l'hystérie de l'enfant p.13

**II/ Repérer: le normal et le pathologique en question..... p.19**

A – Définitions du Normal et du Pathologique ..... p.19

B - Critères de distinctions ..... p.20

C - Mensonge: normalité ou pathologie chez l'enfant, sens du symptôme .. p.23

**III/ Diagnostiquer..... p.25**

A - protocole diagnostique ..... p.26

B - Nature de la plainte et éléments d'anamnèse ..... p.28

**Partie II – Un trouble des apprentissages aux origines de la pathomimie?..... p.32**

**I/ Le trouble "dys": une problématique commune avec les enfants« simulateurs » p.35**

A- Le trouble spécifique des apprentissages: rapport au psychisme et troubles émotionnels..... p.35

B - Un "J'entends mal" plus qualitatif que quantitatif ..... p.39

<b>II/ Population d'étude .....</b>	<b>p.44</b>
A – Population Globale .....	p.44
B - La population testée: démarche méthodologique de constitution d'une cohorte-témoin	p.48
<b>III/ Méthodologie : Quels tests proposer? Comment? Pourquoi? .....</b>	<b>p.54</b>
A - Le langage et ses modalités d'évaluation.....	p.54
B - Les sous-systèmes langagiers en question chez l'enfant simulateur .....	p.58
<b>Partie III – Résultats, Analyse et Réflexions.....</b>	<b>p.64</b>
<b>I/ Résultats .....</b>	<b>p.66</b>
A - Résultats Généraux .....	p.66
B - Zoom sur des subtests prédictifs des troubles phonologiques et du langage écrit	p.68
<b>II/ Analyse secondaire et recoupements .....</b>	<b>p.74</b>
A - Compétences secondaire touchées .....	p.74
B- Division de la population-test .....	p.77
<b>III/ Discussion et pistes de réflexion.....</b>	<b>p.82</b>
A – Pseudo-hypoacousie infantile et réponses à un symptôme méconnu ...	p.82
B - Pistes de recherches et de réflexions .....	p.83
<b>Conclusion.....</b>	<b>p.85</b>
<b><i>Bibliographie</i>.....</b>	<b>p.86</b>
<b><i>Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs des résultats de passation de bilans</i> .....</b>	<b>p.89</b>

## Introduction

Chaque année, au sein des cabinets ORL, les praticiens rencontrent des enfants simulant une surdité. Si le phénomène est souvent connu des spécialistes, les tentatives pour le comprendre ou l'expliquer semblent pourtant rares. La « simulation », puisqu'il s'agit du terme couramment employé pour désigner ce type de comportement, peut aller d'une baisse auditive légère à profonde et conduira le médecin, dans certains cas extrêmes, à appareiller son patient si le caractère factice du trouble n'est pas découvert.

La littérature parlant de la simulation est abondante. Le terme même est sujet à controverses et ne revêt pas le même sens selon les auteurs, qui lui préfèrent souvent des terminologies différentes, plus précises et désenclavées des images péjoratives qui lui sont associées. Cependant, la plupart des recherches autour de la simulation dans le champ médical se sont plus appliquées à créer des méthodes pour détecter ce comportement qu'à comprendre les raisons pour lesquelles des personnes adoptent une telle attitude. La simulation se retrouve de tout temps et partout dans le monde animal. Elle correspond, dans son acception première, à *"une attitude forcée, dans laquelle se réfugie l'individu pour assurer sa sauvegarde par la pitié qu'il cherche à inspirer. Dans certaines circonstances, la simulation peut ainsi représenter un comportement adapté"*<sup>1</sup>. Évoquer une "simulation" renvoie immédiatement à son corollaire, pris souvent comme synonyme: "le mensonge". À son propos, Lacan, dans ses *« Écrits »*, relève que *"la parole proprement humaine ne commence qu'avec la possibilité du mensonge"*. Il renvoie la réalité à une infinité de possibles, à une infinité d'interprétations. Si le mensonge fascine autant c'est qu'il est en partie le témoin de la richesse du langage intérieur de l'homme, de l'infinité des possibles créée par la pensée humaine. Si dans le monde animal la simulation correspond à une attitude typique en rapport avec un danger immédiat, la notion se complexifie grandement dès lors que nous rentrons dans le champ de l'humain. Pourquoi ment-on? Il existe certainement une infinité de réponses: toutes se rattachant à des situations spécifiques. Les frontières mêmes du mensonge apparaissent souvent bien difficiles à poser. Ainsi, comme l'écrivait Montaigne dans ses *Essais*, *"Le revers de la vérité a cent mille figures et un champ indéfini"*: ce qui apparaîtra comme un mensonge pour un tel ne sera qu'un "arrangement" de la vérité pour un autre, une interprétation ou une présentation particulière

---

<sup>1</sup>

Blavier, « Le comportement de simulation dans le contexte particulier de l'expertise ».

d'un événement ou de tout autre chose.

En médecine, le mensonge, celui du patient en l'occurrence, revêt un caractère d'autant plus spécifique qu'il rompt – ou semble rompre – le contrat tacite mais absolument nécessaire entre le patient et le thérapeute. Ce contrat, c'est justement celui de la vérité, de la transparence, de la confiance qui doit exister entre les deux protagonistes pour l'établissement d'un diagnostic juste, capable de régler ou d'apaiser les maux du patient d'une part et de conforter le praticien dans son exercice d'autre part. On comprend ainsi pourquoi depuis toujours, les troubles dits "factices, psychogènes, mensongers" ou encore "psychosomatiques" – la terminologie comme nous le verrons plus tard est en effet très vaste et particulièrement intéressante – semblent parfois véritablement "agacer" les thérapeutes. Les patients sont perçus comme des manipulateurs, des falsificateurs. Ce qui est en jeu dans l'exercice de la médecine somatique, c'est bel et bien l'intégrité physique et le fonctionnement physiologique du corps dans son ensemble: ce fonctionnement et son intégrité qui assurent au patient une qualité de vie fondamentale. Ainsi, "mentir" sur cette intégrité, la déprécier ou créer de faux symptômes, peut apparaître comme un véritable affront envers la médecine, qui cherche à répondre aux affections "réelles" du corps, et envers les "autres" patients "vraiment malades". Car c'est en effet tout l'enjeu, implicite et inconscient peut-être, qui se joue le plus souvent entre un patient "simulateur" et son thérapeute: celui de prendre la place d'un "vrai" malade et, par là-même, de ne pas respecter, voire même de nier, la souffrance de ce dernier. Cette vision a cependant fortement évolué au cours des dernières décennies et, comme le fait remarquer T. Lempérière dans son article "Troubles conversifs, troubles factices, simulations", "*le regard des praticiens sur ces pathologies dites fonctionnelles ou psychogènes a changé ou est en voie de changement. Les attitudes négatives, agressivité, rejet, sont moins ouvertement affichées. [...] Beaucoup cherchent à comprendre la complexité des problèmes de patients maintenant considérés comme de "vrais malades" dont la détresse, l'invalidité et la chronicité méritent autant d'attention que celles de patients présentant une pathologie organique identifiée*".

« *Pseudohypoacousie* » est le terme médical caractérisant le phénomène de simulation d'une surdité. Elle se définit comme « *une audition normale chez un enfant qui, lors des tests audiométriques subjectifs, se comporte comme ayant une surdité uni ou bilatérale* »<sup>2</sup>. L'appellation, d'origine anglo-saxonne, semble d'emblée évacuer les images péjoratives associées à la simulation. Mais du point de vue clinique, la tâche semble parfois bien plus ardue. Car en effet, ces « enfants simulateurs » sont déroutants et notamment par le caractère

---

<sup>2</sup> François, "Comment Détecter Une Pseudohypoacousie Bilatérale Chez L'enfant."

apparemment incompréhensible de leur trouble. Pour l'enfant, que peut signifier un tel comportement et surtout comment y répondre? Si tout symptôme appelle une réponse, il apparaît fondamental de déterminer quelle sphère - médicale, paramédicale ou autre - la pseudo-hypoacousie interroge ? Le phénomène, par son importance, sa relative pérennisation et son caractère apparemment universel, ne serait que rarement le fruit du « hasard » et qu'il pourrait – et même devrait – être décrypté. C'est en tout cas le postulat de l'étude actuelle.

Sur une cohorte de 57 patients pseudo-hypoacousiques issus d'un même cabinet ORL et recensés entre 2004 et 2013, l'étude préliminaire des dossiers a mis en évidence la présence, chez 43 d'entre eux, de difficultés dans les apprentissages et/ou de troubles comportementaux ayant eux-mêmes une répercussion sur leurs résultats scolaires. La place de l'orthophonie aux côtés de ces patients apparaîtrait dès lors « justifiable » voire indispensable comme moyen de remédiation. Le présumé étant alors qu'une prise en charge adaptée des troubles « primaires » permettrait la disparition ou la diminution du trouble « secondaire » à savoir le comportement de simulation. Les difficultés de traitement de l'information auditivo-verbale le plus souvent engagées dans les troubles spécifiques des apprentissages rappellent également combien la sphère ORL n'est pas neutre chez les patients porteurs de ces troubles. Un « j'entends mal » porté sur le versant quantitatif pourrait ainsi s'apparenter à un défaut d'analyse sur le versant « qualitatif ». C'est ici notre second postulat, capable de justifier la prise en charge orthophonique de certains enfants pseudo-hypoacousiques. L'action thérapeutique étant alors envisagée comme un véritable remède capable de décrypter le sens du symptôme initial, fournissant dans le même temps les moyens d'y répondre. Il apparaîtra alors nécessaire de déterminer les implications psychiques du phénomène sur le développement de l'enfant afin d'établir si une prise en charge pédopsychiatrique unique ou associée semble ou non indispensable. La question du caractère « pathologique » du symptôme étant alors au centre de la problématique.

Nous établirons dans un premier temps un tour d'horizon indispensable des différentes terminologies capables de décrire le comportement de ces enfants. Chacune renvoyant à une manière particulière d'envisager le symptôme et ainsi d'y répondre. Puis, après avoir évalué dans un second temps les rapports potentiels et probables entre pseudo-hypoacousie et troubles des apprentissages, un protocole d'évaluation orthophonique permettant de détecter la présence de marqueurs de ces troubles sera mis en place. Enfin, l'analyse des résultats de notre étude pratique permettra de déterminer le rôle potentiel de l'orthophoniste auprès de ces patients et de rappeler l'échange nécessaire à établir entre les divers praticiens. L'objectif

étant de répondre au symptôme de la manière la plus adaptée possible et d'en réduire ainsi les conséquences néfastes sur différentes sphères : scolaire mais aussi psychique, sociale et familiale.

## Partie I - Nosographie de la simulation et terminologies – Comprendre les processus mentaux à l'œuvre chez l'enfant pseudo-hypoacousique.

La richesse de la terminologie concernant les comportements dits de « simulation » marque l'intérêt de la psychiatrie bien sûr mais aussi, de plus en plus, de la médecine dite "somatique" envers les patients qui en présentent. Chercher à déterminer ce qui est de l'ordre de la "simulation pure", du "trouble factice", "conversif", de la "somatisation" ou encore de la fabulation, c'est se positionner en soi dans une démarche de recherches et d'interrogations vis-à-vis de ces patients qui interrogent mais qui ne sont plus pour autant, majoritairement, relayés au statut de simples "menteurs", si tant est que le mensonge soit simple. Entre ces différentes terminologies elles-mêmes, les frontières ne sont pas étanches et souvent difficiles à établir, rappelant sans cesse au praticien la complexité mais aussi la nécessité d'une prise en charge adaptée de ces patients.

Chez l'enfant, le comportement de simulation interroge et peut mettre d'autant plus à mal la relation du thérapeute à son patient. Si l'expression "il ment comme il respire" est un dicton qui s'applique couramment à l'enfant, il peut relever deux écueils. Le premier représente le risque de banaliser ce comportement et de ne pas voir – ou de ne pas rechercher – un sens plus profond au symptôme qui se cache derrière la simulation. Le "mensonge" de l'enfant est alors pris comme un jeu auquel il faut poser des limites, parfois de façon stricte. Le second point qui en découle est de ne pas établir de différence entre ce qui est de l'ordre du "normal" ou du "pathologique". La distinction, comme nous le verrons est le plus souvent très fine, en particulier chez l'enfant où des comportements considérés comme pathologiques chez l'adulte peuvent revêtir un aspect tout à fait banal et même s'inscrire dans le développement. Le mensonge peut ainsi tout à fait être vu comme le témoin d'une progression harmonieuse de la pensée et du langage, un progrès tendant à l'acquisition de la Théorie de l'Esprit par exemple. Enfin, ce que pose en toile de fond la question du comportement de simulation de l'enfant dans un contexte médical, c'est la remise en question de sa présumée innocence. Comment imaginer qu'un enfant puisse, au même titre qu'un adulte recherchant une compensation financière ou sociale, feindre une maladie ou un trouble organique? Les termes mêmes d'avantages ou de compensations semblent d'emblée "choquer" lorsqu'ils sont associés à un enfant. On préférera souvent ramener le sens du trouble à un "jeu", nécessitant un "recadrage". Or, face aux enfants présentant une pseudo-hypoacousie, force est de constater que le phénomène a d'une part tendance à se répéter et que les "recadrages" et autres dénouements d'autre part ne semblent pas avoir beaucoup d'effets.

Ainsi, nous pouvons – et même devons? – considérer que la simulation constitue un symptôme à déchiffrer. Ce comportement étant alors considéré comme la marque d'une souffrance psychique qui *"cristallise une inadéquation conflictuelle entre un sujet et son entourage – tant matériel que relationnel."*<sup>3</sup> Partir du principe, devant l'apparition de symptômes même feints, qu'il existe un problème à étudier, potentiellement révélateur de quelque chose qui va mal chez l'enfant, peut agir comme une valve de sécurité avant que la rébellion ou la défiance soient utilisées comme réponses à une situation intolérable.

Ainsi, *"tous les troubles factices survenant chez un enfant, interpellent de façon profonde et radicale les soignants à un niveau personnel et professionnel. Ils battent en brèche des convictions fondamentales et remettent en question les modes actuels d'exercice de la médecine."*<sup>4</sup> Les termes simulation, somatisation, maladie fonctionnelle, hystérie, douleur psychogène ou encore douleur sine materia sont souvent perçus par le patient et sa famille comme disqualifiants, voire insultants. Le risque étant alors de renforcer le symptôme qui n'aura pas été reconnu et de provoquer un nomadisme médical, l'important face à tout comportement de simulation est ainsi de ne pas dire "il n'y a rien".

Dès lors, le praticien s'inscrit dans une démarche positive. Il se défait d'une clinique du soupçon, nuisible pour le patient et pour lui-même. Il s'agira, face à ces enfants pseudo-hypoacousiques, de poser un véritable diagnostic. La problématique se déplace. Il n'est plus désormais question de "djouer la supercherie de l'enfant" mais d'établir un diagnostic positif permettant de mettre à jour des difficultés sous-jacentes, exprimées implicitement à travers le comportement de simulation. Partir de ce postulat, c'est éliminer d'emblée l'agressivité mutuelle qui peut s'établir entre le thérapeute et son patient. C'est analyser le comportement particulier de ces enfants lors des examens objectifs non pas comme des non-réponses ou des réponses feintes mais comme de véritables données "objectives" à la pose d'un diagnostic, autre que celui d'une hypoacousie certes, mais tout aussi valable et "réel".

Ainsi, au cours de cette première partie, nous tenterons d'observer comment, à partir des différentes définitions et terminologies proposées par la littérature en regard du comportement de simulation chez l'enfant, nous pouvons établir le présupposé d'un symptôme témoin d'une souffrance psychique complexe, à laquelle le praticien se doit de répondre.

Après avoir établi les distinctions terminologiques fondamentales pour qualifier le comportement de ces patients, nous nous intéresserons plus particulièrement aux notions de

---

<sup>3</sup> Auxéméry, « De la facticité potentielle de l'état de stress post-traumatique au Réel du Trauma. Quelle place pour les « faux simulateurs » ? ».

<sup>4</sup> Consoli, « Le Trouble factice chez l'enfant ».

"normal" et "pathologique" chez l'enfant. Ces réflexions préliminaires nous permettront ainsi d'établir la nécessité de poser un diagnostic positif de "pseudo-hypoacousie" permettant une prise en charge adaptée de ces enfants.

### **I/ Nommer**

Simulation, fabulation, mensonge, mythomanie, troubles factices, conversifs, hystériques, somatisation sont autant de termes que l'on retrouve dans la littérature pour décrire un type de comportement – conscient ou inconscient selon la terminologie employée – où le patient change, invente ou dissimule les conditions réelles de son état physique et/ou mental. Dans la clinique, si ces termes semblent décrire des comportements avoisinants, ils ne sont pas pour autant synonymes et chacun correspond à des réalités distinctes. Cette terminologie précise et variée donne au clinicien les moyens de reconnaître les limites – parfois très fines – entre le normal et le pathologique. Une démarche d'analyse et de questionnement apparaît alors essentielle pour approcher au plus près du sens que peut revêtir le symptôme chez les enfants présentant une pseudo-hypoacousie. Définir précisément la nature du trouble s'inscrit également dans l'établissement d'un protocole diagnostique efficace, capable de repérer et ainsi de nommer la difficulté rencontrée.

#### **A - "Enfants simulateurs"? Mais qu'est ce que la simulation?**

La simulation figure dans le DSM-IV et le nouveau DSM-V à la rubrique des "situations supplémentaires pouvant faire l'objet d'un examen clinique". *"Sa caractéristique essentielle est la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques*

*inauthentiques ou exagérés, motivés par des incitations extérieures.*"<sup>5</sup> Dans son article "Troubles conversifs, troubles factices, simulations", T. Lempérière prend comme point de départ la complexité du terme lui-même et rappelle que si l'on se réfère au seul critère d'intentionnalité du symptôme pour qualifier la simulation "*on constate que tous les intermédiaires existent entre la conduite délibérée de l'escroc aux assurances – dans le contexte de l'expertise médico-légale notamment – et l'intentionnalité inconsciente du trouble de conversion*". Pour la majorité des auteurs, la simulation est cependant définie comme un acte réfléchi, que l'individu est déterminé à accomplir à dessein. La notion "d'intention" apparaît comme une composante essentielle de ce comportement. Différents niveaux de simulation sont pourtant parfois décrits.<sup>6</sup>

- La simulation pure correspondrait ainsi, selon A. Blavier, à la création d'un ensemble de symptômes et/ou de déficits qui n'existent pas. Ce type de simulation serait, dans les faits, assez rare.
- Un autre type de comportement, bien plus fréquent, consisterait en l'exagération de troubles préexistants. On pourrait alors parler de "sursimulation"
- Enfin, la fixation de troubles en réalité disparus, ou "persévération mentale fixatrice", représenterait un dernier "type de simulation" pouvant être rencontré.

Il est important de préciser ici que l'auteure établit ce distinguo entre les différents types de simulation dans le contexte particulier de l'expertise médico-légale. Bien qu'en apparence éloignée de notre sujet, cette réflexion nous intéresse particulièrement car elle rappelle d'une part, par le contexte même dans lequel elle s'inscrit, le comportement de méfiance qui peut s'établir entre un patient "soupçonné" de simuler une affection organique ou psychique et son thérapeute, d'autre part, elle établit la complexité inhérente au concept même de "simulation" et les différents niveaux, ou stade de conscience, qui le composent. Car c'est bien toute la question qui est en jeu dans la définition donnée à ce type de comportement: le patient qui simule est-il ou non conscient de tromper son interlocuteur? C'est le caractère volontaire présumé à l'action de simuler qui rend le phénomène si difficile à supporter pour celui qui se sent délibérément dupé.

La question interroge d'autant plus dans le cas des enfants et les avis sont mitigés en ce qui concerne leurs capacités de simulation à proprement parler. En effet, la notion d'avantages

---

<sup>5</sup> DSM-IV-TR.

<sup>6</sup> Blavier, « Le comportement de simulation dans le contexte particulier de l'expertise ».

et de bénéfices primaires est intrinsèquement reliée à celle de la simulation. Dans le cadre des expertises où le terme est couramment employé, la recherche d'un gain matériel ou d'une reconnaissance sociale est souvent inscrite en toile de fond de l'investigation médico-légale. Mais, sorti de ce type de contexte et relevé chez des enfants, ce comportement semble prendre un tout autre aspect. Dans notre étude, la recherche d'un bénéfice primaire tel qu'un gain financier est notamment exclue. La quête – une fois de plus consciente ou non – de bénéfices secondaires moins évidents pourra, par contre, constituer un pan considérable de nos investigations. L'intentionnalité qui, bien qu'en partie contestable, semble prédominer à la définition du terme "simulation", nous renverrait de fait à une position de défiance vis-à-vis de ces enfants. Dépourvu de la recherche d'un bénéfice ou avantage primaire, le comportement serait ramené à celui d'un simple "mensonge". Or, la persistance et l'acharnement de ces enfants à "dire et à montrer" qu'ils entendent mal, doit pousser le clinicien à aller chercher au-delà d'un comportement anecdotique qui s'inscrirait dans le développement normal de l'enfant. Posant comme postulat que ce comportement serait l'expression d'une souffrance psychique, les termes de "simulation" ou plus encore "mensonge" ne semblent pas convenir dans la caractérisation du trouble. Ils semblent exclure une composante fondamentale de notre approche qui est celle de la place du corps dans le symptôme de ces enfants. En faisant de ce comportement un pur produit issu de la mentalisation et sous contrôle de la volonté, le terme "simulation" oublie ce que l'enfant cherche à dire à travers son corps. Les symptômes ne doivent ainsi *"pas être considérés comme "rien" sous prétexte que l'exploration organique reste négative mais au contraire attirer l'attention sur la difficulté ou l'impossibilité pour l'enfant de mentaliser une souffrance qu'il ne peut ni reconnaître ni "faire reconnaître" à sa juste place"*.<sup>7</sup> D'autres terminologies apparaissent alors plus adaptées.

## B - troubles factices

Le trouble factice est défini comme *"la production de symptômes somatiques ou psychologiques motivée par la volonté de jouer le rôle de malade à distance de l'obtention de bénéfices primaires"*.<sup>8</sup> Une première distinction est établie avec la simulation. Il s'agit de la notion de "mise à distance". Il n'y aurait pas dans le trouble factice la recherche d'avantages immédiats. La motivation essentielle serait de jouer le rôle de malade – la forme la plus grave de ce type de comportement étant le syndrome de Münchhausen. L'absence de motivations

---

<sup>7</sup> Visier et al., « Troubles anxieux et troubles de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent (symptômes névrotiques) ».

<sup>8</sup> Auxéméry, « De la facticité potentielle de l'état de stress post-traumatique au Réel du Trauma. Quelle place pour les « faux simulateurs » ? ».

extérieures conscientes est ainsi retenue comme l'un des principaux critères diagnostiques du trouble factice selon le DSM-IV. L'appellation pathomimie est également employée pour décrire ce type de comportement spécifique. Le symptôme est alors envisagé comme "une médiation corporelle de l'indicible". La dimension de souffrance psychologique semble clairement établie à travers cette terminologie. Ainsi, dans son article "Troubles factices chez l'enfant", Sylvie Consoli écrit: c'est "*l'expression somatique d'une grave souffrance psychique. [...] Ce sont des troubles provoqués dans un état de conscience claire par le sujet lui-même, sur son propre corps. En outre, le sujet ayant psychologiquement besoin de jouer le rôle de malade, dissimule sa responsabilité dans la survenue de ses troubles aux différents soignants.*" Elle rappelle également qu'on ne retrouve pas de motifs rationnels précis pouvant expliquer une telle conduite pathologique, ce qui distingue cette dernière de la simulation. Le rapport à la conscience est également clairement évoqué: si dans la simulation il apparaissait net que le patient agissait "en pleine conscience", ce rapport semble, paradoxalement, rester identique dans le trouble factice. Mais la problématique se déplace. En effet, c'est le rapport à la conscience des avantages retirés par le trouble qui évolue. Il y aurait bien "tromperie" des soignants, mais le but recherché n'est pas "matériel". La compensation, parce que moins "triviale", ou moins immédiate et s'élaborant plutôt du point de vue du soulagement psychique de l'individu, devient peut-être plus acceptable pour le thérapeute. Il peut y voir le signe d'une "réelle" pathologie psychique, aux conséquences parfois désastreuses sur la santé physique de son patient, dans les cas les plus graves du syndrome de Münchhausen ou Münchhausen par procuration.

Chez l'enfant, les troubles factices surviennent dans deux circonstances:

- Créés par l'enfant lui-même sur son propre corps, c'est la classique pathomimie
- Créés sur le corps de l'enfant par un sujet extérieur et appelés alors syndrome de Münchhausen par procuration ou par délégation.

L'interlocuteur privilégié de ces patients – enfants ou adultes – est, dans un premier temps, le médecin somaticien. On comprend ainsi comment dans de telles situations, où le contrat implicite thérapeute/soignant se trouve de fait entièrement remanié, les places habituelles dévolues aux différents acteurs de l'ensemble se trouvent bouleversées, laissant le médecin interdit et le patient dans sa souffrance s'il n'est pas correctement pris en charge. D'autre part, le rapport du patient à la sphère médicale représente le plus souvent un point délicat qui réclame finesse et connaissance du trouble pour le médecin qui s'y trouve confronté. Car, comme l'écrit T. Lempérière "*ce qui spécifie le pathomime, c'est sa relation particulière avec*

*la maladie et les médecins. La maladie lui sert d'instruments de puissance et de manipulation.*" Cette relation date souvent de l'enfance, les pathomimes appartenant généralement à des familles de médecins, ou ayant fait l'expérience précoce de la maladie avec de nombreuses hospitalisations. Ainsi, les acteurs médicaux et la médecine en général ont été particulièrement investis.

Plusieurs remarques doivent à présent être posées. Tout d'abord, peut-on considérer ces descriptions et analyses terminologiques comme valables également pour les enfants? Sylvie Consoli, ne semble pas faire de différence fondamentale entre la pathomimie de l'adulte et celle de l'enfant, en tous cas en ce qui concerne les modes d'application, le repérage du trouble et la notion de bénéfices primaires mis à distance. Ensuite, par la gravité de la souffrance psychique qui semble préexister à l'apparition de ces troubles, nous remarquons que dans la très grande majorité des cas, les symptômes des enfants de notre étude ne semblent pas, du moins au jour de la première simulation, s'ancrer dans ce type de problématique psychiatrique. Cependant, comme nous l'observerons plus tard au cours de notre étude, le rapport aux expériences vécues dans la petite enfance – tout comme dans le trouble factice - et l'investissement particulier de la sphère ORL de la part des enfants pseudo-hypoacousiques apparaissent évidents dans de nombreux cas. Ainsi, la grille d'analyse de la pathomimie infantile peut servir à décrypter en partie le sens du symptôme chez ces jeunes patients. Enfin, tous les auteurs s'accordent pour rappeler que le caractère identitaire – celui de malade – est fondamental au sein des troubles factices. Ainsi, venir nier l'histoire présentée, le symptôme lui-même et la douleur en regard, viendrait dessaisir le sujet de son identité. La prudence, face à un comportement de "simulation" est donc de mise car derrière cette apparente "duperie", un désordre psychique important peut se cacher. Si la conscience de "dissimuler la vérité" est a priori présente dans ce type de comportement, nous ne pouvons en être entièrement certains et les frontières apparaissant toujours très minces entre les diverses terminologies, le patient finissant le plus souvent par se convaincre lui-même de l'existence de ses troubles. À ce propos, P. Erlanger écrira au sujet de Christophe Colomb et du remaniement volontaire de sa généalogie *"Ceux qui aiment donner des noms savants aux petites faiblesses de l'âme humaine l'ont traité de menteur pathologique. Si la maladie consiste à mentir de façon si convaincante, c'est-à-dire après s'être persuadé soi-même, Colomb, assurément en fut atteint."*

C - Troubles conversifs , somatisation et remarques sur l'hystérie de l'enfant

Une autre terminologie actuellement plus controversée, car en rapport direct avec le concept d'hystérie et la théorie psychanalytique, apparaît intéressante pour l'analyse des symptômes de ces enfants feignant une surdité. Il s'agit du "trouble de conversion" ou "trouble conversif". Définie dans le DSM-IV au sein de la catégorie très hétérogène des troubles somatoformes, la notion disparaît en tant que telle dans la nouvelle version du DSM-V parue en mai 2013 et est remplacée par le concept de "trouble neurologique fonctionnel". L'ancienne terminologie définissait le trouble ainsi: *"Il se manifeste par un ou plusieurs symptômes touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles qui ne peuvent s'expliquer par une affection médicale générale ou les effets d'une substance. Ces symptômes ou déficits ne sont pas produits intentionnellement ou feints (ce qui les distinguent des troubles factices ou de la simulation), entraînent une souffrance ou une altération du fonctionnement social significative, ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (y compris le trouble somatisation). De plus le trouble implique que des facteurs psychologiques soient associés au symptôme ou déficit (leur survenue ou leur aggravation a été précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress)."*<sup>9</sup> C'est notamment ce dernier critère qui apparaissait controversé et qui est désormais supprimé dans la nouvelle définition du "trouble neurologique fonctionnelle" où *"les signes physiques ou les résultats diagnostiques sont intrinsèquement contradictoires ou inconciliables avec un trouble neurologique reconnu. [...] Cependant, si les stressors psychologiques peuvent souvent être associés à la survenue des symptômes, leur identification n'est pas nécessaire pour le diagnostic."* Il est également noté – dans les deux versions – que les déficits sensoriels (cécité ou surdité) sont assez rares au sein des troubles conversifs, ces derniers ayant plutôt tendance à être moteurs ou viscéraux. Cette précision nous rappelle la méconnaissance du phénomène de pseudo-hypoacousie chez l'enfant en dehors des cabinets ORL.

L'emploi actuellement controversé de cette terminologie tient au rapport du terme "conversion" à la théorie psychanalytique pour laquelle le symptôme somatique représente la résolution symbolique d'un conflit psychique inconscient, réduisant l'anxiété et servant à maintenir le conflit hors de la conscience. En n'impliquant pas forcément ce type de conceptions mais en exigeant que des facteurs psychologiques soient associés à l'apparition ou à l'aggravation des symptômes, le DSM-IV ne se détachait pas entièrement de la conception psychanalytique des troubles somatoformes. C'est ce que cherche désormais à faire clairement le DSM-V. Cependant, sans entrer dans une controverse concernant la théorie

---

<sup>9</sup>

Association, DSM-IV-TR.

psychanalytique, force est de constater que l'analyse et les critères proposés par cette dernière pour la compréhension mais aussi pour le repérage des troubles à type de "simulation" apparaissent tout à fait pertinents dans le cas de notre étude. Il est sans doute préférable d'apporter dès à présent une précision concernant le rapport entretenu entre l'expression "trouble conversif" et l'hystérie de l'enfant. Car c'est en fond de toile ce mot aujourd'hui vulgarisé et constamment détourné de manière péjorative qui amène aux plus grandes réticences quant à son emploi, notamment en ce qui concerne l'enfant. Au chapitre "Les névroses" du *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Serge Lebovici et Michel Vincent rappellent concernant l'hystérie que *"l'hystérie de conversion se voit surtout à partir de l'adolescence, elle est rare chez l'enfant."* Il en va de même pour J. Raynaud. Dans *Psychiatrie de l'enfant* il écrit : *"La véritable hystérie n'apparaît guère dans l'enfance et si certaines manifestations de somatisations mineures de l'angoisse peuvent apparaître durant la toute petite enfance et l'enfance, les véritables manifestations hystériques organisées et durables n'apparaissent guère avant l'âge de 10 – 12 ans. C'est l'hystérie proprement dite".* Mais il explique également rapidement que *"le phénomène de conversion somatique chez l'enfant ne relève pas forcément d'une véritable névrose hystérique, comme c'est souvent le cas chez l'adulte. Il indique cependant qu'une représentation psychique inacceptable pour le Moi a été transférée sous forme symbolique dans le corps."* Ces réflexions nous interrogent particulièrement. D'une part, si ces auteurs reconnaissent tous la rareté des conversions hystériques dans la tranche d'âge la plus représentative de notre cohorte d'enfants au moment de la première simulation (7/10 ans), il est cependant intéressant de noter - et ceci pourrait faire l'objet d'une étude longitudinale à part entière - l'importance des enfants chez qui le phénomène de "simulation" a perduré jusqu'à l'entrée dans l'adolescence et parfois au-delà. Le terme de "conversion hystérique" serait-il alors plus adapté? D'autre part, la symptomatologie décrite au sujet de ces troubles conversifs – non directement reliés cette fois au concept d'hystérie - semble le mieux correspondre aux attitudes cliniques des enfants pseudo-hypoacousiques. Ainsi, dans les troubles conversifs, *"la plainte somatique résiste aux tentatives de réassurance et de traitement sédatif. Les symptômes peuvent alors toucher d'autres domaines que la sphère viscérale: troubles d'allure pseudo-neurologiques, paralysie [...] troubles de la voix, de l'acuité visuelle, de l'audition."* Ces symptômes, dans le cadre de la théorie psychanalytique, auraient ainsi une signification et constitueraient un langage symbolique corporel. Si nous partons du présupposé que l'enfant, malgré l'absence de tout dysfonctionnement organique, cherche à travers son comportement de simulation, à témoigner d'un trouble qu'il nous faut déceler, la définition du "trouble conversif" apparaît comme une

terminologie relativement bien adaptée aux difficultés exprimées par ces patients. Il s'agit en tous les cas d'une grille d'analyse pertinente et pouvant servir au clinicien qui chercherait à comprendre la nature réelle de la plainte, au-delà de la constatation de sa non-organicité. Car en effet, tout comme dans le cas des enfants pseudo-hypoacousiques *"Le propre du phénomène de conversion est de ne comporter aucun support biologique ou physiopathologique objectivable. Le trouble conversionnel s'oppose au trouble psychosomatique en une formulation classique : "l'hystérique parle par son corps, le patient psychosomatique souffre dans son corps; le corps est pour l'hystérique un instrument, il est pour le second une victime."*<sup>10</sup> Il s'agit ici d'une dernière distinction que nous souhaitons apporter dans l'analyse des terminologies qui étudient l'interaction entre manifestations physiques et psychisme. Les termes "psychosomatique" ou encore "somatisation" ne semblent pas convenir dans la caractérisation des enfants présentant une pseudo-hypoacousie puisque la pathologie psychosomatique engage des désordres physiques authentiques. Le désordre somatique, cette fois-ci objectivable, dépendrait en grande partie de l'organisation mentale acquise de l'enfant qui lui permettrait ou non de proposer des défenses mentales efficaces capables de transformer et par là d'accepter les phénomènes d'anxiété, de rejet ou de peur. L'échec de cette "mentalisation" entraînerait la possibilité d'une somatisation, *"lorsque les défenses mentales sont inaccessibles ou insuffisantes."*<sup>11</sup>

Si le phénomène de pseudo-hypoacousie infantile ne peut être qualifié de somatisation, le terme interroge et demeure cependant intéressant par son histoire et son étymologie même dans le cadre de notre problématique. Car en effet, en atteignant directement le corps « réel » du patient, les somatisations ou troubles « psychosomatiques » remettent au centre de la prise en charge le questionnement sur *« l'essence unitaire ou duelle de l'homme et de son fonctionnement »*<sup>12</sup>. La question même de l'existence de troubles psychosomatiques ou de phénomènes de somatisation demeure aujourd'hui polémique. Pourtant, ces termes ne sont pas directement issus de la littérature psychologique et ne correspondent pas, à l'origine, à des concepts psychanalytiques. La paternité du mot « psychosomatique » est ainsi généralement attribuée au médecin généraliste allemand J.C. Heinroth qui tenta en 1818 de rendre compte de *« l'impact du psychisme sur certaines maladies »* (tuberculose, épilepsies etc.). Tout comme le concept d'hystérie précédemment abordé, la notion de somatisation a été considérablement galvaudée et majoritairement utilisée dans une acception péjorative. *« C'est*

---

<sup>10</sup> « Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance ».

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Dumet, *Clinique des troubles psychosomatiques*.

*psychosomatique* » étant souvent synonyme d'un Oh combien dangereux « *Il n'y a rien* » ! Étymologiquement et de par sa structure, il est vrai que le terme peut cependant pousser à la controverse. Il semble d'une part suggérer un primat du psychisme sur le soma et d'autre part établir une relation de cause à effet entre ces deux registres. Or, s'il apparaît essentiel, au moins dans le cadre d'un questionnement et d'une recherche diagnostic, de rechercher les interactions possibles entre manifestations mentales et corporelles, un raccourci simpliste entre telle difficulté affective ou mentale et telle manifestation corporelle serait pour le moins réductrice et potentiellement dangereuse. Cependant, pris dans une acception claire et replacé dans son contexte historique et étymologique, le concept de somatisation demeure un outil à penser riche de sens pour le clinicien.

Le plongeon à travers ces différentes terminologies nous permet d'observer avant toute chose la complexité qui existe à définir le comportement de ces enfants. Car en effet, mettant en question des principes fondamentaux liés d'une part à la relation de soins traditionnelle et d'autre part à des phénomènes et croyances concernant le développement psychique de l'enfant, le choix d'une définition adaptée apparaît capital. Car la terminologie contient en soi les caractéristiques cliniques du comportement mais aussi et surtout les différents sens qu'il est possible d'attribuer aux symptômes. Dans notre cas, si les termes "simulations", "enfants simulateurs", "comportement de simulation" peuvent être employés par pure commodité descriptive du phénomène, il semble que les terminologies "troubles factices" ou "troubles conversifs" soient plus appropriées. Ces symptômes échappent au contrôle de l'enfant et doivent être différenciés de la simulation qui est volontaire même si elle peut aussi relever de difficultés de structuration de la personnalité. Les "bénéfices" éventuellement tirés des manifestations corporelles peuvent être source de confusion pour le médecin et l'entourage quant au caractère "volontaire" des troubles. Mais ces bénéfices apparaîtront dans un second temps et devront faire l'objet d'une investigation. C'est d'ailleurs cette dernière qui constitue le cœur de notre étude.

Un rapprochement avec les troubles constatés chez l'adulte a pu faire qualifier ces manifestations d' «hystériques» en référence à la théorie psychanalytique. Malheureusement, ce terme a été détourné de son sens dans le langage courant, y compris médical. Il est souvent porteur d'un regard dépourvu d'empathie sur le malade dont la souffrance n'est ainsi pas reconnue et son utilisation est inadéquate chez l'enfant. Enfin, pour en finir avec les liens unissant implicitement les termes "conversif" et "hystérie", Serge Lebovici dans *L'enfant et son corps* pourrait ici conclure notre propos en posant que ces controverses liées aux phénomènes conversionnels de l'enfance sont dépassées " si l'on distingue d'une part la

*névrose hystérique, constituée dans une structure établie, d'autre part des phénomènes de conversion repérables dans d'autres structures. La névrose hystérique se fait jour dans l'après-coup de la période de latence et ne se développe pas avant l'adolescence. Mais dès la petite enfance s'opèrent des mécanismes de l'ordre de la conversion dans des expressions somatiques riches et diversifiées."*

L'enfant pseudo-hypoacousique, en simulant une surdité, exprimerait ainsi "quelque chose" à travers sa plainte. Il est difficile de poser des frontières nettes entre les différentes terminologies et selon les auteurs la pseudo-hypoacousie s'apparenterait plus volontiers à un trouble factice – si l'on considère que le trouble est produit de manière consciente et que l'on écarte en majorité les formes graves de ce type de comportement – ou à un trouble conversif si l'on considère le symptôme comme révélateur d'un trouble inconscient ou en tous cas inexprimable par l'enfant par la médiation du langage. Le corps étant alors pris pour le médiateur privilégié de l'expression d'une gêne ou d'une souffrance. Enfin, si nous ne pouvons trancher entre ces deux terminologies c'est que, comme nous le verrons plus tard, le lieu de la plainte somatique n'apparaît pas anodin, d'une part compte tenu des données anamnestiques de nombreux patients, d'autre part par la possibilité d'une réelle "gêne" auditive, non pas quantitative mais qualitative et liée au traitement particulier de l'information auditive chez certains enfants en difficulté d'apprentissage. Enfin s'il apparaît si délicat de définir précisément le comportement de ces patients c'est que les frontières entre des attitudes dites "normales" ou au contraire "pathologiques" semblent elles-mêmes très minces, notamment lorsqu'il s'agit de l'enfant, qui, selon son avancée dans le développement psychique pourra présenter des comportements qualifiés ou non de pathologiques.

## **II/ Repérer: le normal et le pathologique en question**

Dans le domaine de la médecine somatique, l'emploi d'une attitude pragmatique du médecin face à son patient semble se justifier en grande partie et, comme le note D. Marcelli dans *Psychopathologie de l'enfant* "la question du normal et du pathologique est une question qui préoccupe plus le philosophe que le médecin: ce dernier se soucie avant tout de savoir ce qu'il peut faire pour son patient plus que de savoir si ce dernier est "normal ou pathologique". Il oppose ainsi deux positions: celle du somaticien d'une part et celle du pédopsychiatre qui ne peut s'extraire des données familiales, sociales, éthiques ou encore culturelles qui bordent de tous côtés le champ de son exercice et qui déterminent en partie les sens possibles à attribuer aux symptômes d'un enfant. "Le psychiatre d'enfant est lui aussi interpellé pour les mêmes raisons – celles qui ont conduit à la consultation chez le médecin

*"somaticien" – mais s'y ajoute l'incertitude face à la croissance de l'enfant ainsi que la place familiale et sociale surdéterminée que cet enfant occupe."* Dans le cas de la détection d'un phénomène de pseudo-hypoacousie, détection qui se fera de fait au sein des cabinets et consultations ORL, le "somaticien" ORL, pour reprendre l'expression de D. Marcelli, est ainsi confronté à une problématique complexe. Si dévoiler brutalement la simulation de l'enfant ne semble pas être une attitude envisageable au regard des caractéristiques psychiques possibles de son symptôme, proposer directement un suivi en pédopsychiatrie semble d'une part revenir à un résultat identique, d'autre part, risque de provoquer une attitude de défiance encore plus grande de la part de l'enfant mais aussi de la famille, tendant ainsi éventuellement au renforcement du trouble dans le but de prouver sa véracité. Ainsi, face à ces enfants, le médecin ORL ainsi que tous les intervenants sociaux ou paramédicaux devraient être en mesure si ce n'est d'analyser, tout du moins de s'interroger sur le caractère préoccupant ou simplement développemental – "normal ou pathologique" – du symptôme.

#### A/ Définitions du normal et du pathologique

C'est Georges Canguilhem, philosophe et médecin français, qui interrogea le premier les appellations de "normal et pathologique" et surtout l'étanchéité relative des frontières qui les séparent. Chez l'enfant, cette perspective apparaît d'autant plus intéressante et complexe, que tout comportement s'inscrit dans un stade développemental précis où telle conduite pourra apparaître pathologique à un moment donné, significative d'un développement harmonieux à un autre moment. Les deux concepts constituent donc les deux termes indissociables d'un même couple antithétique et l'un ne peut se définir sans l'autre. Avant toute chose, il est important de préciser ce que nous entendons par "normal". En effet, en français, l'étymologie du terme "normal" suscite en soi quelques confusions, entretenues par la phonétique, entre les termes "anormal" (du latin "norma" signifiant l'équerre) et "anomalie" (du grec "omalos": lisse, sans aspérité). Ainsi, il existe une habituelle confusion et une utilisation anarchique des expressions anomalie, anormal et pathologique. Les diverses définitions du "normal" se rattachent à quatre points de vue:

- Le normal en tant que santé rattaché à la maladie
- Le normal en tant que moyenne statistique
- Le normal en tant qu'idéal, utopie à réaliser ou à approcher
- Le normal en tant que processus dynamique et capacité de retour à un certain équilibre

Si comme on le voit il n'existe pas de définition simple et entièrement satisfaisante du normal, cette dernière nous apparaît cependant comme la plus intéressante, car peut-être plus "questionnante", pour notre étude. L'appellation "pathologique" pour désigner tel ou tel type de comportement dépend ainsi clairement du sens attribué au terme "normal". Il s'agit donc d'une définition par opposition ou par relation.

Pour l'enfant "simulateur", ce questionnement est entièrement présent. Ainsi, S. Lebovici rappelle que *"tous les enfants trichent sans que leur avenir s'en trouve compromis. Mais de tels antécédents se retrouvent chez des déséquilibrés et des mythomanes. Ainsi, ces symptômes se trouvent-ils à un carrefour qui peut conduire après les transformations de la puberté vers un large éventail de pathologies allant de la psychose, en passant par la dépression et la psychosomatique"*<sup>13</sup>. L'auteur établit différents critères qu'il sera important de retenir pour l'analyse et la mise en perspective du comportement de "simulation".

#### B/ Critères de distinction

*"De nombreuses études ont attesté le fait que la plupart des enfants montrent des problèmes psychologiques isolés, à un moment ou à un autre, et que beaucoup présentent des troubles émotionnels transitoires ou des difficultés comportementales. Dans une large mesure, ces troubles sont une partie intégrante du développement et ne posent pas de problèmes [...] Un autre point important est qu'il est commun pour des troubles, d'être partiellement ou entièrement spécifiques à certaines situations. Cette spécificité de situation implique que les troubles peuvent être compris en termes interactionnels. Ceci signifie que le problème se tient dans l'interaction entre l'enfant et son environnement et non uniquement à l'intérieur de l'enfant lui-même, ce qui ne signifie pas que les facteurs intrinsèques à l'enfant ne sont pas importants."* À partir de ces réflexions, il est possible d'établir divers critères pour juger du caractère "normal" ou au contraire "pathologique" d'un trouble chez l'enfant:

- **Approprié à l'âge et au sexe.** Ce critère rappelle la notion de stades développementaux reprise par les principales sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique – références cognitives piagétienne avec la notion de stades, développementales ou encore psychanalytiques.
- **Persistance.** Ce critère détermine la durée du symptôme. Son caractère transitoire ou au contraire installé. Nous pouvons directement le relier à la notion de normalité définie plus en avant. En effet, si cette dernière peut se comprendre comme la

---

<sup>13</sup> LEBOVICI, DIATKINE, et SOULÈ, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*.

capacité à revenir à un certain équilibre, la durée importante du symptôme sur un axe chronologique signe le plus souvent l'impossibilité à se défaire de ce dernier pour retrouver un état antérieur. C'est alors que le comportement peut apparaître comme pathologique.

- ***Milieu socioculturel et organisation mentale.*** Ces deux points apparaissent comme des éléments déterminants pour l'analyse du trouble. En effet, l'enfant, bien plus encore que l'adulte, ne peut être envisagé sans un regard sur les interactions qu'il construit avec son entourage – la famille mais aussi l'école notamment. L'influence du milieu sur la construction des défenses psychiques de l'enfant apparaît primordiale. Nous pouvons appeler ces éléments les facteurs favorisants. C'est-à-dire qu'ils constituent les points fondamentaux organisateurs de la personnalité et de la construction identitaire de l'enfant. Une précarité initiale des défenses psychiques pourra, dans une situation donnée, favoriser l'apparition d'un comportement dit pathologique.
- ***Circonstances de la vie.*** Ce critère aborde cette fois-ci la notion de "facteurs déclenchants" très importante dans l'analyse des troubles de l'enfant. Ainsi, si les critères favorisants constituent un point d'ancrage possible à l'apparition de comportements inadaptés, les facteurs déclenchants, tels qu'une situation familiale douloureuse, changeante ou encore l'échec scolaire, représentent les points de départ du trouble que le médecin va pouvoir repérer au cours de l'anamnèse. Associés à des difficultés préalables – difficultés psychiques, terrain anxieux – ces "circonstances de la vie" particulières entraînent un débordement des émotions pour l'enfant qui, ne pouvant plus les gérer du point de vue de l'économie mentale, passe désormais par la plainte somatique pour exprimer une souffrance.
- ***Étendue et gravité du trouble.*** L'influence et les retentissements que le phénomène a sur la vie quotidienne de l'enfant apparaissent fondamentaux dans la mise en perspective des troubles. L'étendue correspond aux nombres de situations dans lequel le trouble peut s'exprimer tandis que la gravité – le plus souvent en relation directe avec l'étendue – représente l'influence du symptôme sur le quotidien de l'enfant et de son entourage.
- ***Intensité des symptômes.*** L'intensité d'un symptôme représente parfois le seul critère distinctif entre le normal et le pathologique. Les rapports entre le complexe œdipien

comme stade maturatif et la névrose comme organisation pathologique sont par exemple loin d'être simples et tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il n'y a pas d'autre différence que quantitative.

- **Changement de comportement.** Ce critère est à mettre en rapport direct avec les facteurs déclenchants. Il constitue le point de départ d'une recherche systématique de ces derniers.
- **Spécificité de situation.** La présence d'une spécificité de situation est importante en termes d'éclairage sur la dynamique du problème de l'enfant en interaction avec d'autres personnes.

À partir de ces différents critères, notre propos sera d'analyser si le comportement de simulation chez l'enfant avec pseudo-hypoacousie relève ou non d'une situation dite "pathologique".

#### C - Le mensonge: normalité ou pathologie chez l'enfant – le sens du symptôme

Comme le rappelle D. Marcelli, *"tous les enfants mentent [...] et il y a même une raison à cela"*<sup>14</sup>. Vers ¾ ans, l'enfant découvre la possibilité de ne pas tout dire, puis de dire ce qui n'est pas et même d'inventer une histoire. Une étape importante du point de vue développemental est alors franchie. Ainsi, *"mentir est pour l'enfant la possibilité d'acquiescer peu à peu la certitude que son monde imaginaire interne lui reste personnel. Plus tard, si mentir pourra permettre à l'enfant de continuer à se protéger, dire la vérité s'intégrera peu à peu dans une conduite sociale où l'estime de soi et la reconnaissance des autres viendront au premier plan."*<sup>15</sup> L'auteur, définit alors trois types de mensonges chez l'enfant: le mensonge utilitaire, le mensonge compensatoire et la mythomanie. Dans le mensonge utilitaire, que l'on pourrait rapprocher de la définition d'une simulation "pure" dite "non pathologique", retirer un avantage ou s'éviter un désagrément apparaît au premier plan. Le mensonge dit "compensatoire" traduit quant à lui non pas la recherche d'un bénéfice concret, *"mais la recherche d'une image que le sujet croit inaccessible ou perdue"*<sup>16</sup>. Comme le fait remarquer l'auteur, cette *"rêverie bien banale"* chez le jeune enfant qui s'invente couramment une filiation noble ou extraordinaire par exemple peut s'apparenter à des troubles bien plus profonds passé l'âge de 6 ans et marquer une perte importante de l'estime de soi ou encore être

---

<sup>14</sup> Marcelli, *Enfance et psychopathologie*.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

un signe d'une personnalité prépsychotique dans les cas les plus graves. Enfin, la mythomanie est considérée comme le degré extrême de cette conduite fabulatoire. L'enfant mythomane est souvent confronté dès la petite enfance à des carences importantes du point de vue affectif et se retrouve aussi souvent pris dans des lignées parentales avec des incertitudes identificatoires.

Le symptôme "mensonge" est ainsi abordé entièrement différemment selon l'âge de l'enfant, son expression et son degré d'intensité et de durée. Étymologiquement, le terme symptôme signifie "ce qui chute, ce qui tombe avec". Il y a l'idée d'une rupture, d'une soudaineté. Pour Freud, le symptôme constitue un message à déchiffrer. Pour Szondi, qui a étudié le sens du symptôme corporel dans les phénomènes de dépression, *"il n'est plus – dans de nombreux cas où la non-organicité du trouble est avérée – un indice mais un message surdéterminé sur un mécanisme de défense, en attente d'un déchiffrement. Le sujet manifeste par sa symptomatologie un sentiment de défaillance par rapport aux impératifs que sont la famille et le travail. Il se sent en opposition à ces valeurs sociales."* La valeur du symptôme apparaît ainsi radicalement différente selon qu'il s'agit d'une simulation pure ou d'un trouble plus profond, qu'il est nécessaire de déchiffrer. Mais la plainte même qui amène ces jeunes patients et leurs parents à consulter, nous fait croire que le symptôme doit justement être envisagé bien au-delà d'un simple mensonge "utilitaire" pour reprendre l'expression de D. Marcelli. Divers éléments, concernant notamment les données d'anamnèse et le lieu d'expression du trouble seront abordés plus tard et viendront corroborer cette hypothèse.

Si au cours de la structuration de la personnalité de l'enfant et de sa construction identitaire, il est possible de constater des manifestations gênantes, douloureuses ou étonnantes pour l'enfant lui-même et son entourage, ces comportements peuvent être transitoires et s'inscrire de façon tout à fait physiologique dans le développement. Persistantes, plus intenses et en décalage avec le stade de maturation affective et psychologique de l'enfant, elles peuvent signer une organisation défectueuse de la personnalité qui se développe de façon non harmonieuse. Dans le cas de nos enfants présentant une pseudo-hypoacousie, il est important pour le somaticien qui les rencontre en première intention d'établir un protocole diagnostique somatique fiable d'une part mais aussi, au moment de l'anamnèse ou de la reprise des données, d'avoir en tête ces éléments afin de déterminer si la conduite de l'enfant peut s'apparenter ou non à une situation pathologique. D'autre part, la vigilance sur ces questions est capitale afin qu'une situation "non pathologique" ne le devienne pas par effet de chronicisation si la plainte n'est pas entendue et ramenée au stade d'une simulation "simple" vue comme répréhensible. Ainsi, toute la complexité sera de ne pas considérer ce

comportement comme d'emblée "pathologique" et méritant une intervention psychiatrique immédiate et en même temps, de ne pas favoriser l'entrée dans un comportement déviant, par une non-intervention et une inexploration de facteurs secondaires pouvant être à l'origine de la simulation. Ainsi, la démarche diagnostique apparaît essentielle du point de vue organique et objectif mais doit dès le début être associée à une investigation anamnestique plus poussée.

### **III/ Diagnostiquer**

*"La simulation a ses lois, aussi constantes que celles de la morbidité et chose peut-être surprenante, beaucoup moins variées"<sup>17</sup>. Venant corroborer cette idée, des études<sup>18</sup> sur le phénomène de la simulation ont montré que les stratégies employées par les patients en matière d'expertise médico-légale mais aussi dans d'autres contextes où le trouble s'apparentait plus à une pathomimie ou à un désordre conversif, obéissaient le plus souvent à des lois communes. Cependant, au-delà du jugement clinique indispensable, se trouve la nécessité de le dépasser et de développer des tests standardisés capables de détecter et d'évaluer la simulation. La plus grande peur du praticien face à un patient – d'autant plus peut-être lorsqu'il s'agit d'un enfant – est de "passer à côté" d'un trouble organique véritable, erreur de diagnostic et de jugement aux conséquences parfois dramatiques. Dans le cas de la pseudo-hypoacousie, une surdité non détectée pourrait ainsi avoir des conséquences sur le développement linguistique (pour les enfants les plus jeunes avant 6 ans) mais aussi sur les apprentissages scolaires et la construction de la pensée opératoire et plus tard hypothético-déductive. Toutes ces raisons conduisent le plus souvent le praticien à ne pas "oser poser un diagnostic de simulation" de façon nette, alors que de nombreux doutes sur la perte d'audition se font déjà ressentir dès la première consultation. Plus tard, et dans les cas où le phénomène persiste, c'est alors la sensation de "s'être fait avoir" par l'enfant qui pourra prévaloir lorsque la simulation est finalement établie. Car *"envisager le diagnostic de pathomimie c'est accepter de mettre en péril la relation que l'on entretient avec un enfant et c'est risquer de se sentir désormais manipulé par lui et lui en vouloir définitivement."*<sup>19</sup> Établir un protocole clair pour déterminer s'il existe ou non un tel phénomène apparaît donc indispensable. Cela permet, au regard notamment de nos réflexions préalables, de déplacer la problématique concernant ce type de troubles. Considérant que ce comportement est l'expression d'une souffrance réelle, établir un véritable diagnostic de "simulation" ou de "pathomimie" relève d'une approche*

---

<sup>17</sup> Borstein, "Simulation et Psychiatrie." – citation de De Clérumbault

<sup>18</sup> Blavier, « Le comportement de simulation dans le contexte particulier de l'expertise ».

<sup>19</sup> Consoli, « Le Trouble factice chez l'enfant ».

thérapeutique qui replace le patient tout comme le thérapeute dans une démarche de soins plus traditionnelle, où les termes de l'accord préalable sont certes modifiés mais acceptables pour les deux protagonistes.

#### A - protocole diagnostic

Dans le processus diagnostic visant à assurer au praticien qu'il se trouve bien face à une pathomimie, diverses étapes doivent être respectées. À l'issue de ces différents examens, une nécessaire congruence entre les données subjectives et celles recueillies lors des tests objectifs doit être mise en évidence. C'est cette congruence qui assure au praticien la légitimité de son diagnostic et qui lui permettra, par la reconnaissance de la spécificité du trouble, de proposer une prise en charge adaptée. Ces étapes sont :

- **La nature de la plainte et le relevé des éléments d'anamnèse.** Deux points que nous détaillerons par la suite.
- **L'observation clinique du patient.** En effet, dans le cas des enfants pseudo-hypoacousiques, il existe un décalage surprenant entre la plainte exprimée par l'enfant et ses capacités auditives apparentes en conversation spontanée. Ainsi, face à une plainte exprimée de façon si précise par l'enfant ou rapportée par les parents, le praticien pourra, lors du recueil des éléments d'anamnèse, interroger son patient tout en évitant une possible suppléance labiale (en se tournant pour attraper un papier par exemple). C'est alors la constatation d'un décalage important entre la compréhension en langage spontané et la plainte déclarée qui doit interroger le clinicien et l'inciter à aller plus avant dans ses recherches.
- **Deux tests d'audiométrie traditionnelle** seront ainsi réalisés – audiométrie tonale et vocale au casque ou à voix nue. Les courbes obtenues sont alors le plus souvent nettement significatives. La première caractéristique de ces enfants est de présenter un seuil auditif instable. Ainsi, en procédant à un balayage des fréquences, l'enfant répondra à un seuil d'audition correspondant tantôt à 35 décibels (dB) de perte auditive, tantôt à 65 dB de perte selon la fréquence. D'autre part, la réponse ne sera pas exactement la même d'une minute à l'autre et un même enfant pourra ainsi répondre à un seuil auditif de 35 dB sur une fréquence de 1000 Hertz alors que quelques minutes auparavant et sur la même zone de fréquence, le seuil se trouvait à 50dB. Cette instabilité doit immédiatement interroger, car la clinique rappelle qu'un enfant présentant une réelle surdité répond invariablement à son seuil. À la différence de celle de l'enfant sourd, la courbe de l'enfant pathomime sera dite

"inconsistante" c'est-à-dire relativement inexploitable pour déterminer le traitement ou l'appareillage nécessaire. Cependant, le cas des surdités évolutives ou instables ne permet pas de poser de façon assurée un diagnostic de trouble factice dès cette première étape d'examens.

- **Un audiogramme en désignation d'oreille** est alors réalisé. On demande à l'enfant de "montrer l'oreille" dans laquelle il entend le son. Il lui sera dès lors précisé qu'il doit *"montrer dans quelle oreille tu (l'enfant) entends. À droite ou à gauche? Mais parfois l'oreille peut se tromper car elle n'entend pas bien. Dans ce cas là, tu me montres au milieu, sur le front"*. Le but ici est de permettre à l'enfant de continuer à simuler, mais cette fois-ci en marquant un défaut de reconnaissance latérale du son. Dans la majorité des cas, l'audiogramme obtenu est alors bien meilleur que précédemment bien que l'enfant ait le plus souvent continué à "simuler" à travers une mauvaise désignation d'oreille ou en mettant la main sur le front à plusieurs reprises. Cependant, la perception auditive est quant à elle confirmée.
  
- **Le Phono-Scan de Benoît Virole (annexe)** permet ensuite de corroborer ces premiers éléments et d'affirmer quasiment le diagnostic de "simulation". Créé à l'origine pour mettre en évidence les stratégies indiciaires utilisées par les sujets déficients auditifs, le phono-scan est un test à environnement phonétique contrôlé dont la passation se fait sans lecture labiale. Les consonnes sourdes, placées entre deux sons vocaliques identiques [ou – ai – i ], constituent les cibles auditives [ p – f – k – s – t]. Établi au départ pour l'évaluation des surdités endo-cochléaires, le phono-scan utilise uniquement les phonèmes les plus significatifs vis à vis de ces déficiences. Ses résultats sont corrélés aux performances d'intelligibilité globale de la parole dans les conditions réelles (excepté pour l'appréciation de la lecture labiale). Ses résultats sont des prédictors de la réhabilitation globale de la compréhension de la parole. La notation se fait en additionnant la somme des erreurs réalisées, soustraite au résultat global. Seules les erreurs portant sur les consonnes sont prises en compte. Dans la détection de la pseudo-hypoacousie, l'observation des temps de latence et des types d'erreurs commises au cours du test est ainsi très intéressante à analyser. D'une part la production délibérée de réponses incorrectes nécessiterait un temps de réflexion plus long. Ainsi, lors de l'examen, une fois ces temps de latence importants constatés, l'ORL peut proposer de *"répondre le plus vite possible, sans réfléchir"*. Dès lors que la production est immédiate et ne passe pas par le prisme de la réflexion, les résultats

deviennent excellents dans les cas de simulation. D'autre part, l'enfant simulateur aura tendance à produire des erreurs sur l'un des sons vocaliques encadrant la consonne cible. Il prouve ainsi d'une part que la consonne a bien été entendue et, en établissant une erreur sur une seule des voyelles, il montre dans le même temps que le son vocalique a lui-même été perçu. Ajoutée au temps de latence, l'analyse du type d'erreurs produites est ainsi un bon indicateur. Les performances apparaissent à la fois inconsistantes et incohérentes. C'est cette incohérence présente à divers tests qui pose en premier lieu la suspicion très forte de simulation.

- Les Oto-émissions acoustiques (OEA) ou les Potentiels évoqués auditifs (PEA) seront en dernière instance recueillis afin d'ajouter un test objectif indispensable à la pose assurée du diagnostic.

Le recueil de ces diverses données et la congruence nécessaire qui doit exister entre elles permettent ainsi au clinicien d'établir un diagnostic positif. Il apparaît nécessaire de préciser ici que le protocole que nous proposons n'a pas été généralisé. Il a été systématiquement employé auprès des enfants de notre étude. Certains praticiens conseillent en outre de réaliser de façon systématique des potentiels évoqués auditifs. Cependant, le recueil de l'ensemble des données décrites précédemment ainsi que la recherche des oto-émissions acoustiques sont apparus tout à fait suffisants pour mettre en évidence la pseudo-hypoacousie dans les cas rencontrés.

## B - Nature de la plainte et éléments d'anamnèse

Il est important de revenir à présent sur deux éléments d'observation clinique pure qui semblent déterminants dans la caractérisation des enfants avec pseudo-hypoacousie.

La nature de la plainte elle-même peut tout d'abord interroger. Il est en effet extrêmement rare qu'un enfant se plaigne d'une perte auditive. "Bien entendre", "mal entendre" ou encore "entendre moins bien" sont des notions rarement conscientisées chez l'enfant. Un jeune patient souffrant d'une baisse auditive n'exprime en général jamais cet état ou ce changement. Nous excluons ici bien évidemment les cas d'otites séro-muqueuses avec inflammations douloureuses qui conduisent l'enfant à se plaindre d'une douleur souvent aiguë. La douleur n'est d'ailleurs jamais nommée dans le discours direct des enfants pseudo-hypoacousiques ou dans le récit des parents. Le patient se plaint de "ne pas bien entendre", le plus souvent "à l'école". Il s'agit pourtant d'une sensation très fine, rarement accessible à la conscience de l'enfant. Les nombreux cas d'otites séro-muqueuses non douloureuses passant

inaaperçues durant des semaines ou parfois des mois entiers chez l'enfant et le jeune enfant viennent malheureusement appuyer notre propos. C'est également le cas des enfants porteurs de surdités légères, moyennes ou encore unilatérales, rendant le diagnostic parfois encore tardif.

Des éléments d'anamnèse peuvent ensuite être repérés et recherchés par le praticien dès lors que la plainte initiale a été exprimée. Cette recherche, loin de s'établir dans une démarche de suspicion doit au contraire constituer un premier niveau d'analyse capable de repérer des éléments venant appuyer ou mettre en doute le diagnostic positif, invitant alors le médecin à aller encore plus en avant dans son investigation. Trois éléments peuvent ainsi être particulièrement recherchés lors de l'entretien préliminaire:

Tout d'abord, l'existence – actuelle ou antérieure – de difficultés scolaires constitue un premier signe d'appel pouvant expliquer la conduite du pathomime. Ainsi, dans son ouvrage sur Le trouble factice chez l'enfant, S. Consoli note que *"les pathomimies de l'enfant surviennent le plus souvent dans un milieu familial en crise ou dans une situation d'échec scolaire."* Le repérage de ces difficultés sous-jacentes au trouble, qu'elles soient prégnantes ou au contraire relativement bien compensées sera un élément capital dans la mise en place d'une prise en charge adaptée. Ces situations d'échec scolaire sont en général la cause d'une anxiété importante chez l'enfant, anxiété pouvant être à l'origine de la baisse des défenses psychiques. D'autre part, comme nous le verrons plus tard, certains troubles spécifiques des apprentissages incluent un défaut avéré de discrimination auditive. Ainsi, la plainte autour de la sphère ORL apparaîtrait en partie cohérente.

Ensuite, les questions d'anamnèse pourront s'orienter sur l'existence antérieure de troubles ORL, chez l'enfant lui-même ou au sein de la famille. On sait en effet que la coexistence d'une pathologie authentique que le trouble factice complique ou à laquelle il se réfère, est régulièrement constatée. Cette "connaissance" concernant les symptômes simulés rend le phénomène plus fin et plus difficile à déceler. Les patients pseudo-hypoacousiques ont de fait souvent des antécédents douloureux liés à la sphère ORL: otites séro-muqueuses à répétition durant la petite enfance, pose d'aérateurs trans-tympaniques, ablation des végétations adénoïdes et/ou des amygdales. La récurrence de ces antécédents relevés chez les enfants de notre cohorte avait déjà été constatée dans une étude anglo-saxonne qui déclarait ainsi que les enfants avec *"PNOHL" – pediatric non-organic hearing loss – "présentaient très souvent des antécédents ORL tels que des otites"*<sup>20</sup>. Au-delà des données médicales

---

<sup>20</sup>

« Contemporary Issues in Communication Science and Disorders Articles (CICSD) ».

concernant l'enfant lui-même, le discours familial autour de la sphère ORL est intéressant à observer et participe parfois à la cristallisation d'un discours anxieux autour de la surdité et de l'audition en général. Au sein de notre population d'étude, on relève un nombre significatif de discours parentaux mettent en avant *"la présence d'un sourd à chaque génération"* ou encore une inquiétude exacerbée concernant les origines *"génétiques"* de leur enfant – adopté – ou enfin une angoisse plus commune liée à l'accumulation de difficultés ORL durant la petite enfance. Le plus souvent, cette sphère a été – ou est encore – investie de façon négative. A. Blavier rappelle ainsi *"le rôle important et efficace de l'expérience personnelle dans l'adoption d'un comportement de simulation non détecté qui souligne la nécessité d'une anamnèse minutieuse afin de déterminer les types de psychopathologies ou déficits cognitifs que la personne a côtoyés de près ou de loin, si un tel comportement est suspecté"*<sup>21</sup>. Le contexte, l'histoire de la maladie, l'histoire de l'enfant lui-même et de sa famille participent au diagnostic. Revenant au sens que peut revêtir le symptôme, il semble ici que le "choix" de la sphère ORL comme marqueur d'une difficulté autre qu'organique ne soit pas anodin et semble favorisé par l'investissement anxieux de la fonction auditive de la part de l'enfant ou de son entourage.

---

<sup>21</sup> Blavier, « Le comportement de simulation dans le contexte particulier de l'expertise ».

Les recherches sur la terminologie ont démontré la complexité et la quasi-impossibilité à déterminer de façon immuable la nature du phénomène rencontré. S'il ne s'agit pas d'une "simple simulation" au sens commun du terme, les notions de troubles factices ou troubles conversifs ne semblent pas pour autant recouvrir l'ensemble des cas relevés. La seule certitude ressortant de cette première élaboration est que le trouble répond certainement à une difficulté inconsciente ou non-exprimable par la voie de l'élaboration mentale. Il apparaît de fait nécessaire, pour ne pas renforcer le symptôme, de ne jamais dire "il n'y a rien" mais plutôt "il n'y a rien d'inquiétant". Le diagnostic de pathomimie doit être établi avec la plus grande vigilance selon un protocole défini. Le praticien ne peut ainsi pas faire l'économie d'une investigation anamnestique comportant un aspect "psychologique" face à de telles situations. Poser un diagnostic, c'est être en mesure de proposer, si ce n'est une "solution", une réponse: la plus adaptée possible. Car il apparaît en effet fondamental de proposer une remédiation à ces troubles. En 1990, une étude anglo-saxonne d'Aplin et Rowson, utilisant l'échelle de Wechsler (WISC-R) montrait une tendance – pour 30% des patients testés - à la chute des performances verbales et en lecture chez les enfants pseudo-hypoacousiques. Pour les auteurs, cette tendance pouvait être le résultat d'otites précoces et sévères à répétition durant l'enfance. En 1992, l'analyse longitudinale de Brooks et Geoghegan portant sur des patients avec pseudo-hypoacousie, montrait que sur 29 patients testés, la moitié environ présentait des problèmes psycho-sociaux à l'âge adulte et six d'entre eux éprouvaient des difficultés d'ordre langagier dont des troubles dyslexiques. Les enfants de notre cohorte, comme nous allons le voir de façon plus détaillée, présentent régulièrement des éléments d'anamnèse pouvant évoquer des troubles des apprentissages légers à sévères. Si le symptôme est perçu comme une manière pour dire l'indicible, le choix de la sphère ORL pourrait, en plus des éléments déjà relevés auparavant, constituer une façon de signifier un trouble du traitement de la séquence auditivo-verbale dans les cas de dyslexie ou de troubles du langage oral. La pseudo-hypoacousie permettrait à l'enfant, par la voie du "je n'entends plus" d'exprimer une difficulté auditive bien réelle mais devant être comprise plus dans son aspect "qualitatif" que "quantitatif". Le choix du symptôme posséderait ainsi deux faces indissociables: l'une psychique, l'autre non pas "organique" comme le présente l'enfant, mais "cognitive".

Supposer que le symptôme de pathomimie est employé comme réponse à une situation conflictuelle, c'est présumer que ce dernier n'est pas neutre et qu'il possède en lui-même certains indices capables d'expliquer sa survenue. Si les données de l'anamnèse constituent un premier élément d'explication quant à la fixation du trouble sur la sphère ORL, ces mêmes données mettent en évidence la présence de difficultés scolaires chez un nombre considérable de patients. Sur les 57 enfants de notre cohorte, 43 font état, ou ont fait état, de difficultés dans les apprentissages et/ou de troubles comportementaux ayant eux-mêmes une répercussion sur leurs résultats scolaires tel que le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H). En amont de l'entrée dans les apprentissages formels dispensés à partir de la Grande section de maternelle et plus particulièrement à l'école élémentaire, ces mêmes enfants ont pour la plupart, rencontré des difficultés ORL au cours de la petite enfance. À ces dernières, il est souvent possible de corréler la mention, au sein des dossiers médicaux, de retards de langage et/ou de parole. Eux-mêmes ayant possiblement été causés par les effets au long terme de la baisse d'audition due aux otites. La seule étude des dossiers médicaux et des données de l'anamnèse laisse ainsi entrevoir le large éventail d'attributions causales possibles concernant le comportement de simulation développé par ces enfants. Nous assistons à la mise en place d'un système général composé de sous-systèmes relativement indépendants où les facteurs favorisants associés aux facteurs précipitants semblent être à l'origine de la pathomimie. Le regard de l'orthophoniste sur ces différents éléments ne peut s'empêcher de noter un lien possible unissant retards de langage et de parole aux difficultés d'apprentissage ultérieures. Si l'on interroge à nouveau le symptôme, il est pertinent d'observer que dans les troubles du langage oral et, plus tard, du langage écrit, un déficit lié aux capacités de traitement phonologique et de traitement séquentiel de l'information auditive est largement constaté. Le phénomène de comorbidité existant entre les différents troubles des apprentissages rappelle l'importance d'explorer attentivement toute manifestation clinique évocatrice d'une situation d'inadaptation scolaire, et ce d'autant plus que l'anamnèse aura identifié des difficultés présentes dès les classes de maternelle. Ainsi, comme le rappelle P. Fournieret *"Il n'est pas rare que le trouble dyslexique ou dysorthographique soit considéré comme la cicatrice évolutive d'un ancien retard de développement du langage oral passé inaperçu ou banalisé."*<sup>22</sup> Si le déficit de traitement de l'information auditivo-verbale a clairement été mis en évidence dans l'origine des troubles du langage oral – à type de

---

<sup>22</sup> Danion-Grilliat and Bursztejn, *Psychiatrie de l'enfant*.

dysphasies - nous pouvons ainsi nous interroger sur la valeur à accorder au "symptôme auditif" des enfants pseudo-hypoacousiques. Dire "j'entends mal" ne pourrait-il pas être une façon de dire "j'entends moins bien" d'un point de vue qualitatif et non quantitatif? On observe d'ailleurs ici toute la complexité qui existe à différencier les deux aspects au niveau de la terminologie elle-même. Cette même difficulté amène peut-être l'enfant à exprimer une gêne auditive sur le versant organique tandis que cette dernière existerait sur le plan du traitement cognitif de l'information auditive. Ce trouble pourrait être à l'origine des difficultés scolaires – modérées à sévères – relevées dans de nombreux cas au moment de l'anamnèse. La pathomimie étant alors comprise en partie comme l'expression de ces difficultés. La souffrance psychique et émotionnelle vécue par l'enfant en difficultés d'apprentissages – que celles-ci soient avérées ou encore non diagnostiquées – vient s'intégrer à un système complexe, celui ayant conduit à l'émergence de la pathomimie. Tout comme il existe une comorbidité fréquente entre les divers troubles des apprentissages, une étude longitudinale australienne de Prior et Coll. (1999)<sup>23</sup> a montré la relation pertinente qui existe entre troubles émotionnels et comportementaux - troubles anxieux et dépressifs ou troubles à type d'hyperactivité et oppositionnels - et troubles des apprentissages. Ainsi, le comportement de pathomimie pourrait lui-même être envisagé comme l'expression d'une difficulté psychique s'exerçant sur le versant comportemental.

L'apparition et la possible pérennisation de la pathomimie semble répondre à une problématique complexe où facteurs psychologiques, familiaux mais aussi scolaires et cognitifs sont étroitement liés. Cette imbrication des diverses origines possibles de la simulation influe sur la réponse à apporter au patient et à son entourage une fois le diagnostic posé. Supposer l'existence d'un trouble spécifique des apprentissages ou d'une difficulté scolaire sous-jacente au trouble nous amène à observer le symptôme sous un autre aspect: non pas organique ou psychologique mais comme le reflet d'un possible défaut de traitement cognitif, possiblement détectable par des tests étalonnés. Une telle démarche conduit alors à un bilan orthophonique comme première réponse possible au symptôme.

Nous établirons dans un premier temps les liens possibles entre "troubles spécifiques des apprentissages" – plus communément appelés "trouble dys" – et la plainte auditive exprimée par les enfants pseudo-hypoacousiques. Puis, après avoir déterminé notre échantillon d'étude, nous tenterons d'établir un protocole de bilan visant à l'examen des diverses composantes du langage potentiellement altérées au sein des troubles des

---

<sup>23</sup> Prior et al., "Relationships between Learning Difficulties and Psychological Problems in Pradolescent Children from a Longitudinal Sample."

apprentissages et pouvant rendre compte de la présence réelle ou non de ces difficultés chez les enfants de notre cohorte.

### **I/ Le trouble "dys": une problématique commune avec les enfants « simulateurs »**

Dans le compte rendu d'une conférence tenue en 2006 au CHU de Lyon O. Revol rappelle, face aux difficultés scolaires d'un enfant, qu'il est nécessaire de déterminer s'il s'agit *"d'un déficit instrumental, c'est à dire d'une déficience des outils nécessaires aux apprentissages ou bien d'une origine psychoaffective, c'est-à-dire d'un véritable frein psychologique mis en place à son insu par un enfant dont les capacités sont pourtant satisfaisantes"*<sup>24</sup>. Le questionnement apparaît tout à fait pertinent pour notre étude car, rapporté à l'analyse du comportement de simulation, il interroge l'origine d'une telle attitude et des difficultés scolaires qui y sont souvent associées: sont-elles le reflet d'un trouble psychoaffectif – plutôt de l'ordre de la relation au psychisme - ou d'un trouble spécifique des apprentissages?

### **A/ Le trouble spécifique des apprentissages: rapport au psychisme et troubles émotionnels**

Les troubles spécifiques des apprentissages concernent une large palette de difficultés qui vont des troubles du langage et de la parole aux troubles des aptitudes motrices. Ceux-ci

---

<sup>24</sup>

Revol et al. « Petits arrangements avec les apprentissages ».

sont couramment évoqués sous les termes dysphasie – dyslexie – dysorthographe – dyscalculie – dyspraxie ou encore dyschronie. Conformément aux difficultés éprouvées par les enfants de notre cohorte, nous nous intéresserons ici aux troubles directement liés à l'acquisition du langage oral puis à l'apprentissage du langage écrit. Les définitions de ces troubles se fondent sur des connaissances qui n'ont cessé d'évoluer ces dernières années. En 1963, Kirk fut le premier à employer le terme "troubles des apprentissages" - "*Learning disabilities*" - pour définir des difficultés caractérisées par « *des problèmes de développement du langage oral et de la lecture ainsi que par un déficit des compétences de communication, nécessaires à l'interaction sociale. Ces troubles ne pouvant être attribués à un handicap sensoriel ou à un retard mental* »<sup>25</sup>. En 1989, Rutter propose à son tour une définition qui posera les principaux critères utilisés aujourd'hui pour caractériser les troubles spécifiques des apprentissages.

- Le critère de discordance entre les difficultés avérées dans la réalisation d'épreuves liées au trouble en question et de bonnes performances à d'autres épreuves cognitives. Il s'agit alors souvent du Quotient Intellectuel (QI).
- Le critère d'exclusion qui implique que les troubles ne doivent pas avoir comme cause primaire un retard global, un handicap sensoriel, un environnement dit "défavorable" (pédagogie inadaptée, niveau socioculturel insuffisant ou peu stimulant) ou des troubles mentaux avérés.
- Enfin, le trouble est dû à des facteurs intrinsèques à l'enfant. Ce point dérive directement des deux précédents et met l'accent sur les origines neurobiologiques des troubles.

On retrouve ces trois critères diagnostiques au sein de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV et V). Mais, les deux définitions ne se superposent pas pour autant et les critères d'inclusion (note aux épreuves < 2 écarts-types) et d'exclusion (QI<70) sont plus stricts dans la CIM-10. D'autre part, une tendance récente, sur la base des travaux de Vaughn et Fuchs en 2003<sup>26</sup> puis de Fletcher et Coll. en 2004<sup>27</sup>, désigne sous l'appellation "troubles des apprentissages", uniquement les difficultés ne se résorbant pas sous l'action d'un traitement

---

<sup>25</sup> Inserm. 2007 « *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie.* »

<sup>26</sup> Vaughn and Fuchs, "Redefining Learning Disabilities as Inadequate Response to Instruction: The Promise and Potential Problems."

<sup>27</sup> Fletcher et al., "Alternative Approaches to the Definition and Identification of Learning Disabilities : Some Questions and Answers."

conséquent, à savoir une prise en charge orthophonique et pédagogique adaptée. Ainsi, des difficultés d'apprentissages à l'appellation "troubles spécifiques", il semble exister des degrés bien distincts qui caractérisent pourtant toujours des situations d'échec scolaire.

Environ 20% des enfants scolarisés se trouveraient en difficultés scolaires et parmi ceux-ci, seuls 5 à 6 % pourraient être qualifiés de "dys". À partir de ce dernier pourcentage, une dernière donnée apparaît tout à fait pertinente et montre que 50% des enfants "dys" souffrent de troubles psycho-comportementaux associés. Comme le rappelle P. Fourneret, les troubles spécifiques des apprentissages conduisent une majorité d'enfants à *"une situation d'échec particulièrement dommageable pour leur équilibre affectif [...] La souffrance ressentie par ces enfants prend alors le dessus, et il n'est pas rare que les troubles "dys" soient occultés par des troubles psycho-comportementaux tels que l'angoisse, l'inhibition, l'instabilité ou encore le refus anxieux scolaire"*<sup>28</sup>. Il existe donc une comorbidité importante des troubles spécifiques des apprentissages avec des difficultés d'ordre psycho-pathologique, que ce soit sur les versants dits "internalisés", à savoir l'anxiété ou la dépression, ou au contraire "externalisés" tels que des comportements d'inhibition, d'hyperactivité, d'opposition ou encore des troubles des conduites. Le statut primaire ou secondaire concernant ces troubles est souvent discuté et mis en débat. Il apparaît logique par exemple qu'un trouble de l'attention avec inattention, hyperactivité ou impulsivité dominante puisse constituer une gêne notable dans l'acquisition des apprentissages scolaires. Pour revenir à notre étude, il est intéressant d'observer qu'il est souvent fait mention de troubles de l'attention dans les dossiers des enfants pseudo-hypoacousiques. Ces troubles sont cependant essentiellement évoqués dans le cadre scolaire. Or, pour poser un diagnostic de TDA-H, l'un des critères diagnostiques est le critère d'exclusion environnementale soit la constatation du phénomène dans des environnements divers. Ces difficultés attentionnelles relevées principalement dans le cadre scolaire semblent plutôt orienter le diagnostic vers un défaut d'apprentissage; le trouble attentionnel étant alors une résultante de cette première constatation. Cependant, la littérature semble démontrer l'existence d'une corrélation forte entre les deux troubles. *"Ainsi, si un enfant présente soit une dyslexie, soit un TDA-H, le risque qu'il manifeste l'autre trouble est évalué autour de 25 à 40% (Semrud- Clickeman et Coll. 1992<sup>29</sup>; Willcutt et Pennington, 2000<sup>30</sup>). Le choix de critères de définition, les instruments de mesure, l'âge de l'enfant, et le lieu de recrutement sont autant de facteurs pouvant expliquer la disparité de la fréquence de*

---

<sup>28</sup> Danion-Grilliat, Bursztejn et al., *Psychiatrie de l'enfant*.

<sup>29</sup> Semrud-Clickeman et al., "Comorbidity between ADHD and Learning Disability."

<sup>30</sup> Willcutt and Pennington, "Comorbidity of Reading Disability and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Differences by Gender and Subtype."

*cette comorbidité selon les études. Ce type d'associations est également fréquemment retrouvé dans une population d'enfants français*"<sup>31</sup>. Le lien qui existe entre ces deux troubles et que notre propre étude semble en partie retrouver est présenté différemment selon trois hypothèses principales:

- La première est que le TDA-H peut conduire à l'échec scolaire, que l'on invoque un facteur psychopathologique ou un facteur cognitif – comme un déficit de fonctions exécutives – comme étant à l'origine du trouble comportemental
- La seconde hypothèse est que l'échec scolaire engendre une hyperactivité. Il peut s'agir alors soit d'un véritable TDA-H soit d'une phéno-copie qui pourra alors se résorber en parallèle des progrès réalisés sur le plan scolaire.
- Enfin, la troisième hypothèse suggère une origine commune sous-tendant les deux troubles.

Cependant, la clinique tend à montrer que les formes "inattention" ont le plus de retentissements sur les apprentissages, expliquant en grande partie l'association traditionnelle du TDA et de la dyslexie. Enfin le trouble de l'attention peut apparaître aussi "défensif" comme *"une tentative désespérée de rehausser l'estime de soi"*<sup>32</sup> qui est souvent fortement atteinte dans les situations d'échec scolaire.

Les troubles psycho-comportementaux "internalisés", plus souvent présents chez l'enfant avec troubles des apprentissages, telles que l'anxiété et la dépression, sont quant à eux des troubles que l'on retrouve fréquemment chez les patients ayant déclaré un comportement dit de "simulation": ce dernier étant un moyen de retrouver une certaine estime de soi ou de contourner une situation trop angoissante du point de vue psychique. Durant les vingt dernières années, de nombreuses études ont prouvé l'existence d'un lien très fort entre difficultés d'apprentissage et troubles comportementaux ou émotionnels. Les travaux précédemment cités de Prior et Coll<sup>33</sup> (1999) ou de Maugham et Coll<sup>34</sup> (2003) ou encore de Pennington<sup>35</sup> (1992) démontraient tous un taux de troubles psychoaffectifs, internalisés et externalisés, fortement accrus au sein des populations d'enfants et d'adolescents dyslexiques. Une enquête de l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1998)*

---

<sup>31</sup> Inserm. 2007 « *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie.* »

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Prior et al., "Relationships between Learning Difficulties and Psychological Problems in Pradolescent Children from a Longitudinal Sample."

<sup>34</sup> Maugham et al., "Reading Problems and Depressed Mood."

<sup>35</sup> Pennington et al., "The External Validity of Age-Discrepancy versus IQ-Discrepancy Definitions of Reading Disability-Lessons from a Twin Study."

portant sur l'évaluation et le traitement des troubles du langage et des apprentissages rapporte également - selon l'étude de Cantwel et Baker<sup>36</sup> (1991)- qu' *"un trouble des apprentissages et/ou du langage prédispose souvent à un trouble psychiatrique ultérieur de l'axe I décrit par le DSM-IV (notamment la dépression et le trouble anxieux)"*. Cette dernière constatation interroge la question du normal et du pathologique. Non pris en charge, un trouble des apprentissages, par la fréquente association qui existe avec des troubles psychoaffectifs peut conduire à l'installation d'une situation dite "pathologique" du point de vue de l'économie psychique, entraînant des débordements d'ordre psychiatrique. Toute la question autour de la prise en charge adaptée du comportement de simulation consiste ainsi à ne pas fournir de motifs permettant au comportement de s'installer mais au contraire de proposer les appuis nécessaires à l'enfant pour qu'il puisse s'extraire du symptôme.

Par les facteurs émotionnels et psychoaffectifs qui lui sont rattachés, le trouble spécifique des apprentissages semble entrer entièrement dans notre problématique et pourrait être à l'origine de la déclaration du comportement de simulation chez certains de nos patients. C'est en tout cas en posant cette hypothèse que nous observons également une certaine cohérence dans la manifestation du symptôme sur le plan auditif, comme moyen de signaler une gêne réelle du point de vue du traitement de l'information verbale.

### B - Un "J'entends mal" plus qualitatif que quantitatif

Une caractéristique commune aux "syndromes dys" est qu'ils se retrouvent souvent associés entre eux chez une même personne. La création des centres de référence des troubles des apprentissages a permis d'évaluer la fréquence de ces comorbidités. Une étude menée au centre référent du Kremlin-Bicêtre à Paris analyse les différents diagnostics retenus chez tous les enfants, âgés de 4 à 9 ans, évalués entre septembre 2001 et mars 2002 pour une plainte portant sur les "apprentissages" (langage oral, langage écrit, échec scolaire, trouble du graphisme ou de l'attention). Sur 173 enfants testés, les comorbidités apparaissaient fréquemment représentées. Pour n'en citer que deux en rapport avec notre étude: les troubles psychoaffectifs s'associaient toujours à un autre diagnostic – ce qui, dans le cas de l'analyse du comportement de simulation, rappelle au praticien d'aller chercher au-delà du trouble "psychique" exprimé – et l'association entre troubles du langage oral (TLO) et trouble du langage écrit (TLE) concernait 53 des 68 enfants avec un TLE.<sup>37</sup> En général et dans plus de la

---

<sup>36</sup> Cantwell DP, Baker L., "Association between Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Learning Disorders."

<sup>37</sup> Ibid.

moitié des cas, les troubles du langage écrit font suite à des troubles du langage oral, répondant eux-mêmes à des présentations et des origines diverses. Comme le rappelle l'étude de l'Inserm de 2007, *"il s'agit le plus souvent de difficultés, diagnostiquées ou non, qui ne sont pas qualifiées de "dysphasiques", donc n'ont pas été considérées de gravité ou de durabilité suffisante pour employer ce terme"*. L'analyse des dossiers des patients pseudo-hypoacousiques met en évidence plusieurs points s'inscrivant dans cette problématique. Les retards de parole et de langage oral constituent les difficultés les plus volontiers relevées. Celles-ci faisant elles-mêmes parfois écho à des difficultés ORL éprouvées sur le long terme pendant la petite enfance. Se résorbant grâce à la prise en charge thérapeutique, ces difficultés peuvent ainsi passer inaperçues et ne pas donner lieu à une consultation orthophonique. Or, la comorbidité fréquente qui semble exister entre ces troubles du langage oral – mêmes "minimes" – et les troubles ultérieurs du langage écrit – eux-mêmes étant les plus fréquemment décrits lorsque les patients "simulateurs" éprouvent des difficultés scolaires - laisse supposer la mise en place d'un possible défaut de traitement cognitif de l'information auditive et plus particulièrement auditivo-verbale. La théorie du déficit de traitement phonologique, qui constitue la théorie explicative la plus couramment admise pour caractériser les difficultés d'apprentissage du langage écrit, admet en grande partie cette hypothèse.

*"Le fondement de la théorie phonologique est que la lecture est une activité langagière et que la langue écrite qui s'est mise en place après la langue orale dans la phylogenèse [...] se met en place après la langue orale dans l'ontogenèse"*<sup>38</sup>. Si la langue orale dépend de l'audition tandis que l'écrit est plus spécifiquement relié à la vision, le lecteur peut cependant toujours avoir accès à la forme sonore des mots qu'il lit. La théorie du déficit phonologique s'appuie également sur le caractère spécifique des troubles des apprentissages. Ces explications concourent à relier entre eux les réseaux neuronaux impliqués dans le traitement du langage oral et du langage écrit. En effet, toutes les écritures, y compris logographiques comme celles du chinois, transcrivent des unités de la langue orale. *"Le langage pour l'œil n'est donc pas indépendant, dans son principe, du langage pour l'oreille"*<sup>39</sup>. La phonologie étudie l'organisation des sons d'une langue afin de former un énoncé. La conscience phonologique est définie quant à elle comme la connaissance consciente et explicite que les mots du langage sont formés d'unités plus petites, à savoir les syllabes et les phonèmes. Elle se traduit par la capacité à percevoir et à identifier les différents composants phonologiques et

---

<sup>38</sup> Ibid.  
<sup>39</sup> Ibid.

à les manipuler : localiser, enlever, substituer, inverser, ajouter ou encore combiner. On peut relever différents niveaux de développement de la conscience phonologique, le plus haut niveau étant caractérisé par la possibilité de manipuler consciemment les plus petites unités de langue, les phonèmes. Le discours et la possibilité d'une explication concernant ces manipulations relèvent ainsi de ce que l'on nomme la "métaphonologie". Les capacités phonologiques dépendent des capacités de traitement cognitif des aires neuronales qui contrôlent le langage oral: identification des mots, des syllabes et des phonèmes au sein de la chaîne parlée, traitement séquentiel de l'information auditivo-verbale, segmentation en diverses unités – du mot au trait phonémique. Les capacités de traitement phonologique apparaissent ainsi fortement liées à l'apprentissage de la lecture, d'autant plus au sein d'un système d'écriture alphabétique basé sur la correspondance grapho-phonémique. Ce qui semble caractériser l'enfant dyslexique est justement une difficulté sévère de mise en œuvre et d'automatisation du décodage. Cette théorie du déficit phonologique apparaît fiable d'une part, car systématiquement relevée dans les études, et prévalente également, ce qui signale que le déficit se manifeste chez la plupart des dyslexiques. Poser ce déficit initial comme expliquant le mieux les troubles d'apprentissage de la lecture c'est établir dans la grande majorité des cas un lien avec des difficultés en langage oral, diagnostiquées ou non, légères à sévères. Selon la théorie phonologique classique, les difficultés de mise en œuvre des correspondances grapho-phonémiques, s'explique principalement par des déficiences d'analyse phonémique et de mémoire verbale à court terme, voire par des difficultés de précision et de rapidité d'accès au lexique oral. De ces constatations ont découlé diverses études et tentatives d'explication des troubles du langage écrit s'appuyant sur la possibilité d'un déficit de traitement des signaux auditifs rapides ou d'une déficience liée à la discrimination des phonèmes. Ces deux pré-supposés intéressent particulièrement notre étude puisque la question du "bien entendre" apparaît au cœur de leur problématique.

Le déficit phonologique de certains enfants en difficulté d'apprentissage proviendrait donc d'une déficience des traitements rapides en perception auditive, qu'il s'agisse de perception du langage ou non. Nous faisons bien entendu ici référence aux premiers travaux de Paula Tallal<sup>40</sup> en 1973 qui portaient sur des patients présentant un trouble sévère d'acquisition du langage oral. Les difficultés de traitement auditif séquentiel sur des sons brefs et ayant des intervalles de présentation courts entre eux ont été démontrées. Quelques années plus tard, l'étude était reprise sur une population de 20 enfants d'une moyenne d'âge de 9 ans 7 mois et

---

<sup>40</sup> Tallal and Piercy, "Developmental Aphasia: Impaired Rate of Nonverbal Processing as a Function of Sensory Modality."

présentant cette fois-ci des troubles d'acquisition du langage écrit. Les tests portaient sur l'administration de sons uniquement non-verbaux, supposant ainsi que les difficultés de traitement étaient avant tout "auditives" avant d'être "verbales". Les résultats de cette étude apparaissent bien moins concluants et exploitables. Un déficit de performances et de discrimination auditive plus fortement marqué en condition de parole que sur des sons non-verbaux a par contre été démontré dans deux études menées en 1999 par Schulte-Körne et Coll<sup>41</sup> et 2001 pour Rosen et Mangarani<sup>42</sup>. Ainsi, les auteurs n'ont, à chaque fois, observé aucune différence entre enfants avec troubles des apprentissages et normo-lecteurs dans des tâches impliquant des aspects sonores non langagiers, alors que les performances différaient significativement pour la discrimination de sons de la parole. Si d'autres études sur les dyslexiques - notamment celle de Ramus et Coll<sup>43</sup> en 2003 portant sur une cohorte de patients adultes – ne retrouvent pas cette spécificité, les deux précédentes recherches suggèrent qu'au moins une partie des enfants avec troubles spécifiques du langage écrit souffrirait d'un déficit de perception auditive portant uniquement sur les sons du langage.

Une autre hypothèse concernant les capacités de discrimination phonémique a également pu être évoquée. L'incidence de la qualité des représentations phonémiques sur les capacités linguistiques a été mise en évidence dans plusieurs études - Mody et coll<sup>44</sup>, 1997; Schulte-Körne et coll en 1998<sup>45</sup> et 1999<sup>46</sup>; Rosen et Mangarani<sup>47</sup>, 2001; Serniclaes et coll<sup>48</sup>, 2001. Il ressort de ces dernières qu'un double déficit ne provenant pas de déficiences des mécanismes auditifs en amont, affecterait les personnes avec troubles du langage écrit: d'une part ils discriminaient moins bien les phonèmes de différentes catégories, d'autre part, ils percevaient mieux certaines différences intra-phonémiques – telle que la différence entre un /R/ roulé ou simple. Pour les auteurs, ce double "déficit" de perception catégorielle pourrait n'avoir que des conséquences mineures sur l'acquisition du langage oral, l'accès au lexique mental pouvant s'opérer à partir de représentations allophoniques, mais pourrait au contraire

---

<sup>41</sup> Schulte-Körne et al., "The Role of Phonological Awareness, Speech Perception, and Auditory Temporal Processing for Dyslexia."

<sup>42</sup> Rosen and Mangarani, "Is There a Relationship between Speech and Nonspeech Auditory Processing in Children with Dyslexia."

<sup>43</sup> Ramus et al., "Theories of Developmental Dyslexia: Insights from a Multiple Case Study of Dyslexic Adults."

<sup>44</sup> Mody, Studdert-Kennedy, and Brady, "Speech Perception Deficits in Poor Readers: Auditory Processing or Phonological Coding?"

<sup>45</sup> Schulte-Körne et al., "Auditory Processing and Dyslexia: Evidence for a Specific Speech Processing Deficit."

<sup>46</sup> Schulte-Körne et al., "The Role of Phonological Awareness, Speech Perception, and Auditory Temporal Processing for Dyslexia."

<sup>47</sup> Rosen and Mangarani, "Is There a Relationship between Speech and Nonspeech Auditory Processing in Children with Dyslexia."

<sup>48</sup> Serniclaes et al., "Perceptual Discrimination of Speech Sounds in Dyslexics."

gravement entraver le lien entre graphèmes et phonèmes à l'origine de l'apprentissage de la lecture. Ce mode "particulier" de perception pourrait notamment expliciter les déficits rencontrés dans la manipulation des phonèmes au cours des tâches traditionnelles testant la conscience phonologique.

Si les théories portant sur les possibilités d'un traitement auditif particulier concernant les enfants avec troubles des apprentissages sont encore fortement débattues, elles offrent cependant un appui légitime à divers questionnements. Existe-t-il par exemple une fréquence plus élevée de troubles auditifs chez les dyslexiques? Il pourrait apparaître également pertinent de réaliser des études longitudinales pouvant révéler l'existence de troubles auditifs chez une grande proportion d'enfants dyslexiques durant la première année de vie (c'est-à-dire au moment du développement des capacités phonologiques primaires). Car en effet, si les termes de "déficience auditive" ne semblent pas appropriés pour qualifier les enfants avec troubles des apprentissages, le rapport à la "perception auditive" est cependant sans cesse questionner et révèle des spécificités au sein de cette population. Le rapport à la sphère auditivo-verbale ne peut donc pas être considéré comme neutre. Revenant à notre étude, il est possible d'émettre ainsi l'hypothèse d'un lien entre la plainte exprimée par ces enfants sur le plan auditif et les données d'anamnèse qui évoquent couramment d'une part des antécédents de difficultés ORL, d'autre part des difficultés légères à sévères dans l'acquisition du langage oral et dans les performances scolaires. Le recoupement de ces données avec les études sur les causes et les manifestations diverses des troubles des apprentissages invite à postuler la présence de difficultés d'apprentissage, plus ou moins importantes et de différentes natures, chez ces enfants.

## **II/ Population d'étude**

Aux prémices de notre étude préexiste le questionnement des médecins ORL qui, confrontés à ces enfants simulateurs et restant parfois leurs seuls interlocuteurs, s'interrogent sur la réponse à apporter au symptôme. Les enfants pseudo-hypoacousiques déroutent et rares sont les cas où le praticien peut, en toute quiétude, se prévaloir d'avoir proposé une solution "visiblement adaptée". Bien que le phénomène soit globalement inconnu en dehors des cabinets ORL, il n'est pourtant pas rare et tous les médecins rencontrés y ont, un jour, été confrontés. Le paradoxe entre sa méconnaissance de la part des acteurs médicaux et paramédicaux et la relative récurrence de ce phénomène témoigne sans doute du caractère ambivalent accordé à la signification du trouble par les praticiens ORL eux-mêmes. L'étude

d'une cohorte d'enfants laisse cependant entrevoir des points récurrents dans l'histoire ou les modes d'apparition et d'expression du symptôme. Ces derniers rassemblent les patients au sein d'un groupe dont l'hétérogénéité indéniable n'entrave cependant en rien la possibilité d'établir des corrélations entre le trouble, ses modalités d'expression et l'éventail de réponses possibles à lui apporter.

#### A/ Population globale

Au sein de notre cabinet d'étude, 57 enfants ont été recensés entre 2004 et 2013 comme ayant fait état d'un comportement de simulation de façon plus ou moins prolongée. L'étude des dossiers montre une hausse significative du nombre de diagnostics dans la seconde moitié de la période concernée; la date de référence étant celle de la première simulation, que le trouble ait ou non perduré. Cette hausse s'explique en grande partie par le relevé et la mise en exergue systématiques des dossiers d'enfants pseudo-hypoacousiques entre 2009 et 2013. L'affinement du protocole de détection des troubles, notamment à travers l'emploi méthodique du phono-scan de Benoît Virole, a également permis de détecter de façon plus fiable les enfants présentant ce type de comportement.

L'étude préliminaire des dossiers fait apparaître divers points potentiellement significatifs pour la compréhension du trouble d'une part mais également pour le regroupement des enfants en diverses catégories identifiables. À l'origine de ce "classement" se trouve la récurrence de certaines données anamnestiques dont certaines ont déjà été évoquées. La recherche de ces éléments, leurs fréquences et leurs éventuels recoupements entre eux ont permis d'établir trois "profils-types" au sein de notre population globale. Divers points ont ainsi été systématiquement recherchés à la lecture des éléments d'anamnèse:

- **Des plaintes concernant les apprentissages, et en particulier l'acquisition du langage**, ont –elles été évoquées par la famille, l'entourage (scolaire ou familial) et/ou l'enfant lui-même au cours de la petite enfance et jusqu'à l'entrée en CE2 (fin du cycle des apprentissages fondamentaux)? Les éléments recherchés correspondent essentiellement à des troubles de types phonologiques ou de la compréhension.
- **Des plaintes scolaires** ont-elles été évoquées par l'enfant, la famille ou l'école à partir de l'entrée au CE2, qu'il y ait eu ou non une difficulté exprimée lors de la petite enfance?
- L'enfant est-il ou a-t-il été **suivi en orthophonie**?

- Existe-t-il une/des difficulté(s) exprimée(s) sur le versant comportemental et/ou psychique (que la plainte soit adressée par l'enfant, la famille ou toute autre personne de l'entourage)? À types de troubles de l'attention, "agitation psychomotrice", anxiété, agressivité, retrait phobique ou encore phobie scolaire?
- Des difficultés socio-familiales ont-elles été exprimées par la famille, l'enfant, l'entourage scolaire ou un tiers (acteur médical ou paramédical agissant auprès de l'enfant par exemple)? Si oui, ces difficultés ont-elles été mises en relation avec un comportement particulier ou les résultats scolaires de l'enfant? Les éléments recensés lors de la consultation des dossiers et regroupés ici sous le titre quelque peu arbitraire de "troubles sociaux-familiaux" sont les suivants: divorce parental, placements sociaux en foyer ou en familles d'accueil, expression conscientisée d'une désorganisation familiale flagrante, conflits intra-familiaux importants évoqués.
- Relève-t-on la présence d'éléments anamnestiques laissant entrevoir un rapport particulier à la sphère ORL
  - Récurrence de troubles ORL dans la petite enfance?
  - Histoire familiale marquée par la surdité ou des difficultés ORL importantes?
  - Discours parental anxieux concernant l'audition de l'enfant?

La recherche systématique de ces six points a permis d'une part de constater leur fréquence au sein des dossiers de nos patients et, d'autre part, d'observer des recoupements récurrents entre certains d'entre eux. De cette première démarche méthodologique, apparaissent plusieurs éléments venant corroborer l'idée selon laquelle le phénomène de simulation peut être compris comme l'expression d'un trouble sous-jacent. Du point de vue méthodologique, les critères d'intensité et de fréquence apparaissent comme des facteurs importants dans l'analyse et le sens apportés à la plainte. Ce sont ces deux critères qui ont le plus souvent permis de classer un dossier dans une catégorie donnée malgré la présence d'autres facteurs pouvant faire valoir sa présence au sein d'une autre "classe". Cette première étape détermine ainsi trois groupes. Ces derniers ont été établis en fonction des diverses difficultés scolaires et/ou psychologiques rencontrées par les enfants au moment de la première simulation:

- Le premier groupe est composé de 20 enfants, entre 4 ans et 7 ans 11 mois et scolarisés de la grande section de maternelle à la classe de CE1 comprise. Ces derniers présenteraient des troubles phonologiques et/ou de la compréhension

(associés ou non à des retards de parole et de langage); les difficultés évoquées allant du travail des pré-requis au langage écrit à l'entrée dans la lecture.

- On retrouve au sein du deuxième groupe 21 enfants dont l'âge s'étend entre 8 et 13 ans au moment de la première simulation (du CM2 à la 4<sup>ème</sup>) et faisant état de difficultés d'apprentissages allant de la simple évocation d'une "*gêne scolaire*" à un trouble massif, diagnostiqué et le plus souvent pris en charge. Ces difficultés s'expriment en majorité sur le versant du langage écrit mais, dans les cas de cinq patients, les plaintes se portent préférentiellement sur la sphère logico-mathématique.
- Enfin, le dernier groupe réunit onze enfants pour lesquels la plainte somatique semble s'expliquer préférentiellement par des difficultés d'ordres psychiques, comportementaux - incluant également les troubles sévères de l'attention avec ou sans hyperactivité - ou des désordres socio-affectifs trop importants pour, nous semble-t-il, ne pas influencer sur la qualité des apprentissages de l'enfant (placements en foyers de protection sociale à l'enfance, violence familiale etc.)
- Notons également que les cinq dossiers non « classés » concernent des enfants ne faisant état d'aucun trouble justifiant leur regroupement au sein d'une des catégories précédemment citées, ou – pour trois d'entre eux – présentent une déficience intellectuelle ou sensorielle ne permettant pas leur inclusion au sein d'un des groupes.

Cependant, les frontières entre ces diverses catégories ne sont pas étanches et le recoupement de différents points recherchés dans l'anamnèse rappelle toute la complexité qui existe à établir des groupes cohérents. C'est cette perméabilité entre les groupes qui, dans un même mouvement, ravive la nécessité de ne pas proposer de solutions trop rigides à un trouble éminemment complexe. Divers points peuvent à ce titre être cités et nous renseignent sur la possibilité d'établir une corrélation entre simulation et troubles des apprentissages.

- Lors de la première simulation, sur 21 enfants faisant état d'un trouble des apprentissages portant sur la maîtrise du langage écrit ou de la sphère logico-mathématique, 15 avaient eu des difficultés antérieures d'ordres phonologiques, logiques ou de la compréhension.
- Sur les 57 enfants de notre cohorte, 12 seulement ne font état d'aucune difficulté (tout du moins évoquée ou avérée) ayant trait à la sphère psychique, sociale ou familiale

telles que l'anxiété, une phobie scolaire, une situation familiale difficile ayant des répercussions sur la vie de l'enfant, des difficultés comportementales notables etc.

- Pour 7 d'entre eux uniquement et appartenant au troisième groupe, la plainte somatique semble être la résultante de difficultés psychiques, relationnelles et/ou comportementale **isolées** sans qu'aucun trouble des apprentissages n'ait été évoqué ou suspecté.
- 43 enfants font quant à eux état de difficultés d'apprentissages associées à des troubles comportementaux, relationnels ou psychiques. Ce dernier constat rappelant le phénomène récurrent de comorbidité entre troubles des apprentissages et troubles du comportement et/ou anxiété.

Ces premiers éléments d'analyse laissent ainsi clairement penser qu'un trouble psychique ne serait pas seul à l'origine du comportement de simulation. Une difficulté éprouvée dans les apprentissages apparaîtrait au contraire, et dans de nombreux cas, comme la cause première, ou tout du moins comme le facteur précipitant, à l'origine du phénomène.

Des troubles avérés ou un discours anxieux véhiculé autour de la sphère auditive sont également mis en évidence par les éléments d'anamnèse. Ainsi, sur 57 dossiers, 23 mentionnent des difficultés ORL récurrentes au cours de la petite enfance et/ou un discours anxieux de la famille concernant l'audition de l'enfant. Parfois, ce discours fait également écho à l'histoire personnelle des parents eux-mêmes: "*mastoïdite, cophose brutale uni ou bilatérale, présence de personnes sourde dans la famille, adoption avec suspicion d'une surdité du côté des parents biologiques*" sont autant de faits relatés au sein des entretiens préliminaires, le plus souvent de façon spontanée.

La mise en lumière de ces différents critères de regroupement au sein de notre population d'étude laisse nos hypothèses préliminaires en suspens. De nombreux éléments tendent en effet à corroborer l'idée selon laquelle le comportement de simulation serait un symptôme appelant à être déchiffré. L'une des lectures possibles de ce dernier étant l'expression de difficultés d'apprentissages elles-mêmes potentiellement associées à des troubles comportementaux. La nécessité d'aller rechercher ces troubles éventuels se fait alors nécessairement ressentir. Cependant, la disparité de notre cohorte, tant du point de vue chronologique et temporel relatif à l'étude elle-même, que de l'âge et des conditions d'expression de la simulation, nous contraint à sélectionner une "population-test" plus

restreinte. Cette restriction a été établie dans le but d'obtenir des résultats homogénéisés débouchant sur la possibilité d'une analyse cohérente.

#### B/ La population testée: démarche méthodologique de constitution d'une cohorte-témoin

Divers critères ont été retenus pour la formation de l'échantillon d'étude. Ces derniers visaient avant tout la possibilité d'une harmonisation des résultats des tests. Certains ont amené à exclure de l'étude pratique des enfants dont les difficultés comportementales auraient pu fortement entraver la réussite aux épreuves. Notre but étant avant tout de tester le plus précisément possible les capacités cognitives et langagières des enfants afin d'évaluer si une prise en charge orthophonique pourrait être une réponse pertinente à la plainte somatique factice.

Les critères d'exclusion retenus sont :

- La présence avérée tant du point de vue de la fréquence que de l'intensité de **troubles psycho-comportementaux massifs** pouvant potentiellement remettre en question la validité des résultats des tests – enfants suivis en pédopsychiatrie et dont le trouble factice s'inscrirait éventuellement dans une problématique de carences psycho-affectives graves avec suspicion d'un syndrome de Münchhausen par procuration pour l'un des enfants de l'étude notamment.
- Des **difficultés socio-familiales importantes** ayant entraîné le placement en foyer ou la déscolarisation de l'enfant. La majorité des tests proposés s'appuient en effet sur le présupposé que le sujet a suivi une scolarité normale en dehors de toute carence psycho-affective grave.
- La **présence d'un handicap**, et plus particulièrement d'une surdité "réelle", associé au comportement de simulation a également constitué un critère d'exclusion au sein de la population-test.
- **L'âge et le niveau scolaire** ont également constitué deux critères essentiels pour la formation de notre cohorte: les enfants les plus jeunes ne pouvant être testés sur des tâches ayant trait à la maîtrise du langage écrit et aux capacités d'apprentissages formels. Cependant, une étude portant sur les capacités purement phonologiques et en langage oral des enfants pseudo-hypoacousiques, à un âge précoce, serait également envisageable. Il serait à ce titre fortement intéressant d'observer si ces dernières laissent présager ou non un potentiel déficit dans les apprentissages

scolaires futurs. En effet, si quasiment la moitié des enfants "simulateurs" présentant – ou évoquant - un trouble des apprentissages à l'âge scolaire, semblent par ailleurs avoir eu des difficultés antérieures d'acquisition du langage oral, de compréhension ou d'ordre phonologique, qu'en est-il à l'inverse des enfants simulant précocement une surdité? Sont-ils plus susceptibles de déclarer des troubles des apprentissages? La simulation peut-elle être comprise comme un appel pour exprimer des difficultés précoces, déjà ressenties par l'enfant? Doit-on alors avertir les orthophonistes de la présence d'une simulation afin que l'enfant soit pris en charge plus "systématiquement", du moins dans un premier temps?

Les critères d'inclusion :

- Pour la très grande majorité des enfants, le trouble semble se déclarer entre 6 ans ½ et 11 ans ½, période de scolarisation à l'école élémentaire et d'acquisition des apprentissages fondamentaux. Notre cohorte d'étude est ainsi formée **d'enfants scolarisés du CP au CM2**. L'âge chronologique s'étend de 6 ans 7 mois pour le plus jeune, à 11 ans 1 mois pour l'enfant le plus âgé. La détermination des âges et niveaux scolaires a également été établie en fonction des possibilités d'analyse et de recouplement des tests étalonnés utilisés pour la passation des bilans.
- Enfin, le dernier critère retenu s'appuie sur le facteur temporel lié à l'étude elle-même; le premier diagnostic de simulation étant toujours considéré comme le point de départ de l'analyse chronologique. À compter de la première simulation, ont été retenus **les patients dont le comportement s'est déclaré entre le second semestre de 2010 et la fin de l'année 2013**. Cette restriction temporelle vise à restreindre l'écart entre le moment de la première simulation et la passation du bilan afin :
  - D'éviter une compensation éventuelle et trop importante des troubles potentiellement existants – notamment dans les cas où une prise en charge orthophonique aurait été mise en place ou, lorsque les troubles apparaissent légers.
  - D'éviter, au contraire, une aggravation flagrante de ces derniers si aucune prise en charge n'a été débutée.
  - De ne pas différencier d'emblée les enfants pour lesquels le comportement de simulation ne représente qu'un mode d'expression

passager de ceux qui semblent s'inscrire dans un trouble durable, laissant entrevoir une problématique psychique plus évidente. Cette dernière réflexion offre également des possibilités d'analyses et de recherches intéressantes qu'il serait important d'explorer. En effet, la réponse à apporter et les modalités de prise en charge du patient n'apparaissent pas les mêmes selon le mode d'inscription du symptôme dans le temps.

À partir de ces critères d'exclusion/inclusion, l'échantillon de population destiné à être testé est composé de 23 enfants. Parmi eux, 9 n'ont malheureusement pas pu être contactés ou ont refusé (eux-mêmes ou leurs parents) de participer à l'étude. Quatorze enfants forment ainsi notre population-test.

Six critères ont été retenus pour analyser le "profil" de chacun des participants:

- Le niveau scolaire
- L'expression et/ou l'existence avérée de difficultés scolaires ou au contraire l'absence d'une plainte concernant les apprentissages
- L'expression et/ou l'existence avérée de troubles de l'attention isolés ou associés à une plainte scolaire
- L'expression et/ou l'existence avérée de troubles comportementaux autres que les difficultés attentionnelles - parmi lesquels la plainte somatique récurrente sans support organique tels que les maux de ventre, céphalées etc. – les troubles socio-familiaux ou psychiques (mais dont le degré et la fréquence ne semblaient pas devoir exclure l'enfant de l'étude).
- L'existence ou l'absence d'un suivi orthophonique (actuel ou passé)
- L'existence de difficultés ORL dans la petite enfance

Sur les 14 enfants (voir tableau récapitulatif):

- 4 sont scolarisés en classe de CP / 4 au CE2 / 1 en CM1 / 5 en CM2
- 11 enfants font état de difficultés dans les apprentissages, que ces dernières aient été avérées par une plainte émanant de l'école, un bilan orthophonique ou constituent seulement l'expression d'une crainte familiale ou de l'enfant lui-même.

- 7 présentent des troubles de l'attention associés ou non à une plainte concernant les apprentissages et les résultats scolaires.
- 7 ont des troubles comportementaux et/ou psychiques associés au comportement de simulation: plaintes somatiques récurrentes, anxiété exacerbée, phobie scolaire et angoisse de l'échec.
- 9 sont suivis, ou ont été suivis, sur une période d'au moins 6 mois par un orthophoniste.
- 10 ont présenté - et présentent parfois encore - des difficultés liées à la sphère ORL (otites, rhinites à répétition etc.) ou sont mis en présence d'un discours familial anxieux concernant l'audition.

Enfants/Critère	classe	Diff scol	Tbles att.	Autres tbles comp.	Suivi orth	Tbles ORL	Remarques
P1	CM1	+	+	-	+	+	
P2	CM2	-	-	+	-	+	Enfant très angoissée. L'anxiété constitue la seule plainte de départ
P3	CE2	+	+	+	+	-	Plaintes somatiques récurrentes
P4	CM2	+	+	+	-	-	
P5	CM2	+	-	+	+	+	Plaintes somatiques récurrentes
P6	CE2	-	-	-	-	-	
P7	CM2	+	-	-	+	+	
P8	CM2	+	-	-	+	+	
P9	CE2	+	-	+	+	+	Plaintes somatiques récurrentes depuis le CP
P10	CE2	+	+	+	+	+	
P11	CP	-	-	-	-	-	Frère dyslexique – anxiété parentale concernant les apprentissages /

							bilan ortho montrant une compréhension limitée mais sans PEC.
P12	CP	+	+	-	-	+	Bilan ortho avec légers troubles en réception auditivo-verbale et compréhension
P13	CP	+	+	-	+	+	
P14	CP	+	+	+	+	+	
Totaux		11	7	7	10	10	

Ainsi, La détermination d'une "cohorte-test" suivant les critères de cohérence définis plus en amont a été établie en fonction d'un double regard. D'une part il s'agira observer les performances d'enfants représentatifs de notre population globale et correspondant, d'autre part, aux critères d'inclusion établis par les épreuves étalonnées choisies pour l'évaluation des performances cognitives et langagières.

### **III/ Méthodologie de la partie pratique: quels tests proposer? Comment? Pourquoi?**

Proposer la passation de tests, capables de relever certaines difficultés langagières, vise à offrir la possibilité d'une réponse orthophonique au symptôme exprimé par l'enfant. Reprenant l'idée selon laquelle le déchiffrement de ce premier comportement pourrait conduire à la constatation de troubles des apprentissages, seul le recours à des tests standardisés et étalonnés peut venir infirmer ou confirmer l'hypothèse. La démarche se révèle alors complexe. Jean- Adolphe Rondal écrit ainsi : *"L'étude du langage n'est simple qu'en apparence. Et les apparences, dans ce cas sont trompeuses."*<sup>49</sup> Ainsi, l'analyse et l'évaluation de la *"fonction langagière"*, pour reprendre les termes de Rondal lui-même, constituent une activité complexe requérant des exigences techniques dont une véritable démarche méthodologique ne saurait se passer.

#### **A/ Le langage et ses modalités d'évaluation**

Nous nous référons ici au modèle du langage proposé par Rondal, lui-même fortement inspiré des travaux du linguiste et philosophe américain Noam Chomsky. Dans l'introduction à *L'évaluation du langage*, l'auteur précise qu'il ne s'intéresse qu'à l'oral *"c'est à dire au langage réalisé dans sa modalité de parole, négligeant les modalités écrite et gestuelle, lesquelles présentent des caractéristiques spécifiques qui appellent une évaluation"*

<sup>49</sup> Rondal, *L'évaluation du langage*.

*particulière au moins à certains points de vue.*" Il est dès lors possible d'objecter qu'un tel modèle théorique ne prend pas en compte l'ensemble des difficultés langagières potentiellement éprouvées par les enfants simulateurs. La plupart d'entre eux semblent en effet manifester des troubles d'acquisition du langage écrit. La constitution de notre échantillon de population-test prend d'ailleurs en considération cette constatation.

Cependant, la démarche méthodologique et l'approche linguistique proposées par Rondal apparaissent pour le moins pertinentes quant aux choix des épreuves de bilan. De surcroît, si les difficultés d'utilisation et/ou de compréhension du langage oral et écrit sont parfois indifféremment regroupées sous les termes "*troubles (spécifiques ou non) des apprentissages*", il est cependant utile de rappeler que la notion "d'apprentissage" elle-même n'est pas la même selon que l'on évoque l'une ou l'autre modalité. La maîtrise du langage oral relève plus d'une *acquisition* que d'un *apprentissage*. Les deux "types" de langage étant intrinsèquement liés, ne serait-ce que par l'évidente correspondance grapho-phonémique régissant notre système d'écriture alphabétique, des difficultés concernant la maîtrise du langage oral sont ainsi majoritairement constatées dans les cas de troubles d'apprentissage du langage écrit. Une évaluation de ce dernier ne saurait donc se passer d'une analyse préliminaire du langage oral. Enfin, d'un point de vue strictement méthodologique, l'analyse structurale de "*l'entité langage*" proposée par Rondal permet d'évaluer avec précision des sous-systèmes langagiers spécifiques et de partir ainsi à la recherche de difficultés ciblées pouvant toucher les enfants simulateurs.

La première question qui se pose est donc de savoir "*ce qu'il y a à évaluer. [...]Le langage est le produit de l'intégration de plusieurs sous-systèmes*"<sup>50</sup>, chaque sous-système possédant une certaine autonomie par rapport aux autres. L'auteur en distingue cinq: celui des phonèmes (phonologie), celui des lexèmes, le sous-système grammatical ou morphosyntaxique, le système prenant en charge les régulations pragmatiques et enfin celui de l'organisation discursive (*voir tableau récapitulatif*). L'indépendance de chaque sous-système amène nécessairement à les considérer puis à les évaluer séparément au cours du bilan. De plus, "*l'évaluation de chaque sous-système langagier doit se faire selon des modalités spécifiques correspondant aux caractéristiques structurales et fonctionnelles du sous-système envisagé*"<sup>51</sup>. Ces remarques préliminaires répondent ainsi à notre interrogation première, à savoir : qu'évalue-t-on précisément? Question devant être retrouvée à l'origine de toute utilisation d'un test langagier.

---

<sup>50</sup> Ibid.  
<sup>51</sup> Ibid.

A.1/Composantes structurales du Langage – Rondal (Tableau récapitulatif)<sup>52</sup>

<i>Phonologie</i>	<i>Morpho-lexicologie</i>	<i>Morpho-syntaxe</i>	<i>Pragmatique</i>	<i>Discours</i>
1. Phonèmes	1. Lexèmes et organisation sémantique lexicale 2. Structures hiérarchiques et sémiques 3. Morphologie inflexionnelle 4. Morphologie référentielle et dérivationnelle 5. Catégories lexico-grammaticales	1. Organisation sémantique structurale 2. Structuration syntagmatique 3. Structuration phrastique 4. Structuration paragraphique	1. Pratique de la conversation 2. Adéquation interpersonnelle et situationnelle 3. Deixis 4. Types illocutoires de phrases 5. Emphase 6. Ellipse	1. Macro-structures discursives 2. Cohésion discursive
<i>Métaphonologie</i>	<i>Métalexicologie</i>	<i>Métamorpho-syntaxe</i>	<i>Métapragmatique</i>	<i>Métadiscours</i>

Malgré la relative autonomie de ces différents systèmes, Rondal lui-même rappelle la nécessité de ne pas perdre de vue "*l'intégration des composantes dans le système général ("fédéré") du langage.*"<sup>53</sup> L'entité langage apparaît donc comme un objet d'étude d'une grande complexité nécessitant une évaluation minutieuse qui ne saurait être faussée par une trompeuse apparence de facilité et de simplicité. Cette dernière, comme le rappelle l'auteur, est à rattacher au fait que la plupart des mécanismes langagiers sont inconscients et automatisés. À ce titre, comme inscrit dans le tableau récapitulatif, il est utile d'ajouter sous chaque sous-système l'éventuelle présence d'une dimension "métalinguistique"; c'est-à-dire "*la prise de conscience que l'on peut effectuer de tel ou tel aspect de l'organisation d'une langue.*"<sup>54</sup> Distinguer le fonctionnement langagier de la connaissance métalinguistique pourra être rapproché de la différence évoquée auparavant entre "*acquisition*" du langage oral, s'établissant sur un versant plutôt inconscient, et "*apprentissage*" du langage écrit, répondant à un traitement conscientisé de la matière "langue".

<sup>52</sup> Rondal, *L'évaluation du langage.*

<sup>53</sup> Ibid.

<sup>54</sup> Ibid.

Après avoir déterminé la nature et les spécificités des sous-systèmes à évaluer, il apparaît logiquement nécessaire de savoir, au moment de la passation du test lui-même, *"ce que l'on évalue"*. Si l'on considère que chaque système répond à un mode d'organisation et à des caractéristiques propres, l'on ne peut qu'adhérer au principe selon lequel *"on ne peut évaluer correctement qu'une chose à la fois."*<sup>55</sup> L'application systématique de ce précepte prévient en grande partie les erreurs d'interprétation, de surévaluation ou au contraire de sous-estimation des compétences réelles du sujet. Rondal fournit un exemple édifiant qui met en lumière toute la complexité du langage et par conséquent de ses modes d'évaluation. Prenant comme point de départ la mesure de la *"compréhension langagière"*, il met en évidence l'existence de trois niveaux de compréhension. Une première forme *"non linguistique"* consiste à *"deviner le sens d'un message à partir du contexte situationnel"*<sup>56</sup>. Une deuxième forme, linguistique mais limitée au lexique, s'intéresse avant tout aux mots de vocabulaire : *"elle s'efforce de deviner le sens du message à partir de la signification des mots individuels ou de certains d'entre eux."*<sup>57</sup> Enfin, un troisième type de compréhension, la *"compréhension linguistique complète"* procède par analyse à la fois morphosyntaxique et lexicale. À ces trois niveaux s'ajoute la nécessaire place à accorder à la perception de la parole. Faculté qui ne s'apparente pas à ce que Rondal nomme *"compréhension"*, car chargée d'aucune *"signification conventionnelle"*, mais qui se révèle indispensable à la réalisation des deux derniers niveaux présentés, dans le cas d'une évaluation du langage en modalité orale. La perception de la parole appartient quant à elle au système de traitement phonologique du langage. Ainsi, lors d'un test portant sur le niveau de compréhension grammatical, *"si l'on veut s'assurer que les mesures effectuées portent effectivement sur les structures morphosyntaxiques, il est impératif de circonscrire toute possibilité que le sujet puisse donner les bonnes réponses à partir d'une stratégie non-linguistique ou uniquement lexicale."*<sup>58</sup> Réciproquement, le même test devra s'assurer que les éléments non-linguistiques ou lexicaux ne constituent pas une entrave à la réussite de l'épreuve. Tester une par une les différentes fonctions du langage nécessite ainsi l'emploi de tests spécifiques, capables de circonscrire – si ce n'est dans leur globalité du moins en très grande partie – les caractéristiques propres aux systèmes langagiers avoisinants.

Ces considérations laissent émerger une constatation qu'il nous semble essentiel de nommer à présent, à savoir que l'évaluation du langage prend du temps. Fait apparemment sans importance mais pour le moins incontournable aux yeux du clinicien. En effet, si plus de

---

<sup>55</sup> Ibid.  
<sup>56</sup> Ibid.  
<sup>57</sup> Ibid.  
<sup>58</sup> Ibid.

la moitié des enfants pseudo-hypoacousiques semblent présenter des difficultés d'attention, l'examen de leurs capacités langagières ne semblent pas pour autant devoir être raccourci. Reprenant à nouveau les mots de Rondal, le langage est *"multicomponentiel multifonctionnel et multimodalitaire. [...] En fait, c'est l'aptitude spécifiquement humaine de loin la plus complexe, à laquelle est dévolue une partie très importante de notre cerveau. Les constructeurs de tests qui prétendent mesurer le langage en quelques minutes sont soit de mauvaise foi, soit ignorent ce qu'est réellement la fonction langagière. Les responsables administratifs et/ou politiques qui cautionnent de tels simulacres d'évaluation, voire obligent les praticiens à entrer dans une morale comptable de ce type, sont de dangereux irresponsables qui gaspillent les deniers publics, en prétendant, comble d'ironie, en être de bons gestionnaires. Il est évident qu'on doit nécessairement consacrer plusieurs heures à un examen relativement complet du langage [...] idéalement en plusieurs séances et en ayant recours à une batterie d'épreuves et à diverses tâches."*

Savoir ce que l'on va évaluer nécessite l'utilisation de tests spécifiques répondant à des caractéristiques psychométriques ou "qualités" et constituant ainsi des *"instruments valables d'évaluation"*. Ces qualités sont au nombre de trois à savoir la validité, la fiabilité et la sensibilité. La validité correspond à la relation entre ce que le test mesure en réalité et ce qu'il est censé mesurer (tel que défini par son concepteur). La fiabilité, appelée également fidélité se réfère à la stabilité des données obtenues par l'usage du test: stabilité de la relation entre l'objet et la mesure lorsqu'un même test est administré à un même patient par des examinateurs différents, ou lorsqu'un même test est administré à un même sujet par un même examinateur plusieurs fois de suite. Cette composante prend nécessairement en compte, dans l'analyse des résultats, l'effet d'apprentissage inhérent à l'utilisation répétée d'un même test sur un patient. Enfin, la sensibilité d'un test concerne son pouvoir classificatoire ou "discriminatif", c'est à dire sa capacité à discriminer effectivement et le plus finement possible des sujets différents quant à l'aptitude mesurée.

D'autre part, pour être légitime, le test doit à la fois être standardisé du point de vue de son mode d'administration et normalisé. *"La normalisation, ou "étalonnage", consiste à calibrer une épreuve en l'appliquant à des échantillons de sujets tirés de la population cible afin de disposer ensuite de normes d'âges, de sexe ou d'autres classements des individus, pour pouvoir comparer au point de vue considéré les performances individuelles à celles de*

groupes correspondants."<sup>59</sup> Un test non normalisé prendra en principe l'appellation "d'épreuve", bien que les deux terminologies cohabitent le plus souvent sans distinction réelle.

Revenant à notre étude, il apparaît absolument nécessaire de déterminer dans un premier temps les frontières de notre analyse et de nos champs d'investigation. Pour ce faire, la désignation des sous-systèmes langagiers potentiellement porteurs d'un dysfonctionnement chez l'enfant pseudo-hypoacousique constitue un pré-requis indispensable au choix des tests capables d'évaluer ces fonctions. Connaître avec précision l'objet de notre investigation constitue le moteur de la démarche clinique.

#### B/ Les sous-systèmes langagiers en question chez l'enfant simulateur

Partant de l'hypothèse que le comportement de simulation serait dû à un défaut de traitement de l'information auditive – reprenant ainsi les fondements de la théorie phonologique décrite plus en amont – il est essentiel d'établir quels seraient les systèmes langagiers potentiellement atteints chez les enfants pseudo-hypoacousiques. Ce sont ces sous-systèmes qui vont constituer l'objet de notre investigation, partant alors à la recherche de dysfonctionnements, mêmes fins, de leurs composantes et caractéristiques. Nous nous attacherons également à évaluer l'intégrité des sous-systèmes voisins afin d'indexer un potentiel trouble pouvant entraver la réussite aux épreuves de traitement auditif et verbal.

Dix catégories de tests et épreuves confondus ont été retenues pour l'évaluation des enfants:

- 1- **Epreuve d'empan direct et indirect selon le manuel de l'échelle de Wechsler pour enfants (WISC-IV).** Cette épreuve portant sur les capacités de mémoire auditivo-verbale directs et indirects de l'enfant permet de vérifier, en préambule aux autres épreuves, qu'un trouble de la mémoire à court terme ou de la mémoire de travail ne peut être à l'origine de performances sub-normales aux autres tests. Une épreuve d'***empan visuel direct et indirect (cubes de Corsi)*** sera également réalisée afin de circonscrire une éventuelle difficulté liée au traitement de l'information auditivo-verbale, aussi minime soit-il dans ce cas précis. Les normes établies pour ce test vont de 6 à 16 ans et incluent ainsi l'ensemble des enfants de la cohorte.
- 2- La phonologie constituera notre second champ d'investigation. Celle-ci apparaît primordiale afin de déterminer les possibilités de traitement auditivo-verbal de l'enfant d'une part (voie d'entrée – discrimination auditive) et d'autre part ses capacités de production (voie de sortie – répétition). À termes, un trouble, même

---

<sup>59</sup>

Ibid.

léger, de la production verbale pourra entraîner des soucis d'ordres réceptifs. Ainsi, un retard de parole devra être pris en compte dans l'analyse des résultats. Deux épreuves ont été retenues pour évaluer les compétences phonologiques des enfants :

- L'épreuve de répétition "phonologie et mémoire" tirée de la N-EEL (Nouvelles Epreuves d'Evaluation du langage) de Chevrie-Müller/ administrée aux enfants de CP.
- L'épreuve de "répétition de mots difficiles" tirée de la batterie L2MA de Chevrie-Müller pour les enfants du CE2 au CM2.

Ces deux épreuves, issues de batteries d'évaluation conçues et présentées par leurs concepteurs dans une continuité à la fois théorique et clinique, ont l'avantage de permettre une superposition relativement cohérente des résultats des deux sous-groupes testés (CP d'une part – CE2/CM1/CM2 d'autre part).

- 3- Les compétences métaphonologiques seront également analysées. Ces dernières sont largement impliquées dans les tâches de langage écrit, relevant plus de capacités d'apprentissages que d'une véritable "acquisition" à l'instar du langage oral et de la "phonologie". Souvent employés l'un pour l'autre, les termes "métaphonologie" et "conscience phonologique" ne revêtent cependant pas la même réalité linguistique et, par extension, clinique.

On reconnaît différents "niveaux" ou "degrés" de conscience phonologique, tous impliqués dans le traitement du langage mais certains plus spécifiquement dans celui du langage écrit. Un système dit "embryonnaire", se développant chez l'enfant avant même l'apprentissage et l'abord de la lecture consisterait en l'appropriation de jeux de mots, de rimes, de syllabes. Il s'agit là des pré-requis au développement futur de la conscience phonologique, aussi appelés "*habiletés épiphonologiques*". La "*conscience phonologique*" elle-même se développe au moment de l'abord de l'écrit, à travers la prise de conscience de l'existence d'unités intra-syllabiques et la mise en place de stratégies analogiques capables de comparer ces unités entre-elles. Enfin, la conscience dite "*phonémique*", dernier degré de l'ensemble habituellement désigné sous le terme "*conscience phonologique*", se met en place au contact de l'écrit et permet la mise en conscience des unités phonémiques et la maîtrise progressive des correspondances phonèmes/graphèmes. Les deux derniers degrés décrits correspondent à des "*habiletés métaphonologiques*". Il est intéressant d'observer l'interdépendance du

développement des habiletés phonologiques et métaphonologiques d'une part et de la maîtrise de l'écrit d'autre part. Il n'existe pas d'antériorité absolue de l'un des systèmes sur l'autre et les deux semblent se développer à travers une mutuelle mise en contact. Par le rapport évident que les compétences métaphonologiques entretiennent avec le langage écrit et les capacités d'apprentissages en général, il semble incontournable de les évaluer dans le cadre de notre recherche.

- Les quatre épreuves de **"métaphonologie" tirées de la N-EEL** seront administrées aux enfants du CP, à partir de mars comme le stipule les conditions de passation du test.
- Les élèves du CE2 au CM2 passeront quant à eux les deux épreuves de **"métaphonologie" issues de la batterie Odédys**.

N'étant pas issues des mêmes batteries d'évaluation, les résultats des deux sous-groupes devront faire l'objet d'une harmonisation clinique.

- 4- Le test de **L'Alouette** sera également proposé afin de déterminer un âge de lecture propre à chaque patient testé. Le test permettra dans le même temps l'évaluation clinique, d'un point de vue qualitatif, de l'utilisation préférentielle de la voie d'assemblage ou d'adressage par l'enfant. Cette épreuve présente également le grand avantage de fournir des résultats uniformisés pour l'ensemble des patients. Les enfants de CE2 – CM1 – CM2 se verront également proposée la passation du test de **Lecture de mots moins fréquents** issu de la batterie Odédys. Le but ici est de différencier clairement, grâce notamment au calcul du temps de lecture et à la séparation des mots proposés en trois séries distinctes (irréguliers – réguliers – pseudo-mots), l'utilisation préférentielle et surtout efficace ou non des voies d'assemblage et/ou d'adressage.
- 5- Les stratégies orthographiques et la transcription seront également évaluées à travers la passation de trois épreuves:
  - L'épreuve **"Orthographe – syllabes – mots" issue de la BELO** (Batterie d'Évaluation de Lecture et d'Orthographe) sera administrée aux enfants de CP.

- Les deux épreuves "Dictées de mots" et "Dictées de phrases" issues respectivement des batteries Odédys et Chronodictées seront proposées aux enfants plus âgés.

Évaluer les stratégies orthographiques de l'enfant dans des épreuves de mots ou de phrases "dictés", permet d'observer (à travers l'analyse des erreurs potentielles) un éventuel défaut de traitement auditif. En effet, les dysorthographies associées à des troubles d'ordre dyslexique, sont notamment repérables par des défauts de transcription phono-graphémique témoignant d'un déficit de traitement auditif préalable.

- 6- La mémoire narrative sera également investiguée et évaluée par la compréhension d'une histoire entendue: "Apache", issue de la batterie d'évaluation psychométrique NEPSY (Neuropsychological Assessment). Administrée aux enfants du CP au CM2, cette épreuve a d'une part l'avantage de fournir une norme d'évaluation commune à l'ensemble des sujets et, d'autre part, permet de tester les capacités de mémoire et de traitement auditivo-verbal. La passation de cette épreuve permettra également de cibler des difficultés de compréhension (souvent mentionnées chez les enfants pseudo-hypoacousiques) qui ne seraient dues qu'à un manque de maîtrise du langage écrit. Un déchiffrage laborieux peut en effet entraîner des troubles de la compréhension. Il s'agit ainsi de ne tester qu'une fonction langagière à la fois.
- 7- Au contraire, à travers une épreuve de compréhension d'un texte lu par l'enfant lui-même, nous testerons, en circonscrivant un éventuel trouble du traitement auditif, les capacités de compréhension d'un texte. Cependant, cette partie du bilan, bien qu'incontournable car prédictive d'éventuelles difficultés rencontrées par les patients dans le cadre scolaire, se heurte à divers écueils:
- D'une part, les enfants de CP, ne pouvant fournir une lecture "experte" ne pourront être testés sur leurs capacités de compréhension qu'à travers la lecture de petites phrases, non étalonnées.
  - D'autre part, comme noté précédemment, d'éventuelles difficultés de lecture pourront venir entraver la compréhension du texte "Ouelle rencontre", proposé aux élèves de CE2, CM1 et CM2.

Cependant, d'un point de vue clinique, en comparaison avec le test de l'Alouette proposé en amont, l'épreuve de compréhension d'un texte lu reste intéressante car les enfants dyslexiques ont tendance à renouer avec le sens, à s'y « accrocher » malgré des difficultés de déchiffrage. De bonnes performances en compréhension malgré un score défectueux en lecture/déchiffrage pourront ainsi confirmer l'hypothèse d'un trouble des apprentissages.

- 8- L'investigation de la compréhension morpho-syntaxique sera également réalisée. Cette compétence, souvent touchée dans les troubles du langage oral, permet également de mettre en perspective les divers degrés de compréhension cités plus en amont. Le test de *l'ECOSSE*, destiné aux enfants de 4 à 12 ans et adapté du TROG (Test for Reception Of Grammar) en 1996 par P. Lecoq, permet de tester les capacités morpho-syntaxiques à proprement parler. En effet, reprenant l'exemple évoqué précédemment, ce test, en proposant une vérification systématique du vocabulaire connu de l'enfant, permet de concentrer son évaluation sur les compétences morpho-syntaxiques pures engagées dans la compréhension d'énoncés.
- 9- Le niveau lexical réceptif sera également testé par l'emploi de *l'EVIP* (Échelle de Vocabulaire en Images Peabody). Il s'agit d'une adaptation en langue française du "Peabody Pictures Vocabulary test – Revised". Le test s'adresse à des patients âgés de 2 ans ½ à 18 ans. Le but étant à nouveau d'établir un niveau lexical et par conséquent un degré de compréhension se rapprochant au mieux de la réalité.
- 10- Enfin, trois épreuves issues de la batterie d'évaluation de l'attention *ANITEST* de P. Beddeley et K. Etcheverry (Orthoéditions – 2004) seront proposées en épreuves complémentaires aux enfants de CE2 – CM1 – CM2. Utilisées en modalité auditive, trois épreuves d'attention soutenue, et sélective (focalisée et alternée) viseront à repérer d'éventuels troubles flagrants de l'attention bien que cette passation restreinte n'évalue pas en profondeur l'ensemble des ressources attentionnelles de l'enfant. D'autre part, proposant le traitement d'informations auditives non verbales (déclics d'appareils photos), elle peut également renseigner sur d'éventuels difficultés souscrites à l'analyse de la chaîne parlée du langage.

À travers l'utilisation de ces dix tests et épreuves, nous espérons observer l'intégrité ou l'altération de l'ensemble des sous-systèmes langagiers présentant un potentiel dysfonctionnement chez l'enfant pseudo-hypoacousique. Nous avons voulu réaliser un bilan qui soit le plus exhaustif possible afin de ne pas passer à côté de difficultés fines et difficiles à évaluer. Le but de cet examen étant, rappelons le, de déterminer si une prise en charge orthophonique pourrait ou non s'avérer pertinente dans une tentative, si ce n'est de résolution tout du moins de réponse, au trouble somatique primaire et à d'éventuels troubles secondaires associés.

### Partie III – Résultats, Analyse et Réflexions

L'hypothèse préliminaire ayant présidé à l'élaboration de notre partie pratique était la suspicion d'un déficit de traitement phonologique et séquentiel de l'information auditive verbale chez les patients pseudo-hypoacousiques. Durant près de deux mois, quatorze enfants ont ainsi été rencontrés et treize se sont vus administrés la passation, intégrale ou partielle, d'un bilan regroupant une dizaine d'épreuves présentées plus en amont. Les tests ont été administrés en une ou deux fois selon les possibilités de concentration des enfants. Le bilan, quel qu'il soit, est une mesure prise à un instant particulier. C'est donc toujours sa mise en perspective et son recouplement avec les données de l'anamnèse et les difficultés exprimées qui vont être déterminants pour l'analyse. Chaque bilan, qu'il soit orthophonique ou autre, répond à une demande particulière du patient et/ou de son entourage. Il peut revêtir différents aspects.

Tout d'abord, et logiquement, répondre en partie à une hypothèse en la confirmant ou en l'infirmand. Il peut également chercher à mettre en ordre une situation éclatée. Dans le cas de notre étude, le bilan orthophonique semble tout particulièrement pouvoir – et même devoir ? – jouer ce rôle. Les enfants dits « simulateurs » sont souvent confrontés à la fois à des acteurs médicaux, familiaux et issus du corps enseignant, chacun d'entre eux proposant parfois une interprétation et une réponse contradictoire au symptôme. C'est alors justement cette fonction de « réponse à apporter » que se propose de remplir le bilan orthophonique. Il apparaît important de noter par ailleurs que la demande émane ici spécifiquement de l'enfant. Ce qui est rare dans notre domaine. Que cette demande soit conscientisée ou non, elle existe pourtant par le biais du trouble factice. Elle est ainsi formulée, d'une manière tout à fait spécifique, mais bel et bien réelle ; c'est en tout cas dans cette perspective que l'ensemble de notre recherche a été élaborée afin de proposer une remédiation au trouble. Le plus important étant la reconnaissance d'une difficulté initiale, quelle qu'elle soit et avant même qu'elle ait été mise en évidence. Il s'agira alors de substituer au désavouant « Il n'y a rien » un « Il y a sûrement quelque chose ». Nous touchons ici à l'une des spécificités radicales inhérente à notre bilan et à la problématique toute entière. Celle-ci réside dans la place attribuée à « l'anomalie » envisagée. Dans la grande majorité des cas, le clinicien s'attachera toujours à mettre en avant les possibilités et les compétences préservées de l'enfant en situation de test. Autrement dit, le bilan ne doit pas s'apparenter à une addition d'anomalies présentant les seuls « déficits » de l'enfant, établis en référence à une norme. Dans le cas du travail avec les enfants pseudo-hypoacousiques, la problématique se déplace puisque c'est la recherche et

l'éventuelle confirmation d'une « déviation standard » qui pourront venir soulager les troubles : le trouble primaire d'abord – sous la forme de difficultés d'apprentissages – puis le trouble secondaire, à savoir la surdité factice. Ces remarques préliminaires ont toutes présidées à l'élaboration des bilans, à leurs conditions de passations, aux recueils des données, notamment anamnestiques, mais aussi à l'analyse des résultats. Ces derniers étant considérés comme des outils à recouper nécessairement avec un ensemble de faits sous-jacents. Divers points sont alors apparus, laissant entrevoir une réponse au questionnement présidant à la recherche : l'orthophonie peut-elle être envisagée comme une réponse au symptôme de l'enfant avec pseudo-hypoacousie ?

Nous observerons tout d'abord comment les résultats généraux des bilans laissent effectivement penser qu'un trouble du traitement phonologique et séquentiel de l'information auditivo-verbale est bel et bien présent, à des degrés divers, chez de nombreux enfants. Une analyse qualitative et des recoupements entre certaines données font par ailleurs apparaître des problématiques complexes où se mêlent troubles des apprentissages modérés et troubles psychologiques, rappelant qu'une réponse « simple » et surtout unique n'est que très rarement envisageable face au symptôme. Enfin, les données recueillies au cours de cette recherche laissent entrevoir une large palette de questionnements ultérieurs et de possibilités quant à la poursuite des investigations concernant l'évaluation de ce phénomène mais aussi les possibilités de sa prise en charge.

## **I/ Résultats**

Au moment de choisir les tests composant notre bilan, la recherche d'un trouble phonologique ainsi que l'isolement d'autres difficultés pouvant entraver l'évaluation de ce dernier ont constitué les piliers de la démarche méthodologique. La passation des évaluations a permis de mettre en lumière l'existence de troubles phonologiques chez un certain nombre de patients et de donner par ailleurs une place intéressante aux autres fonctions langagières testées. Quatorze enfants, présentés en amont ont été rencontrés. Pour l'une d'entre eux, le bilan a été mené en deux fois et n'a pourtant malheureusement pas pu être conduit à son terme. Les troubles du comportement et le caractère opposant de la fillette ayant pris le pas à

chaque fois sur l'évaluation. Pour l'un des patients, scolarisé en classe de CP, le bilan a finalement été suspendu sur demande des parents ; leur enfant étant par ailleurs déjà suivi en orthophonie depuis des années et présentant des troubles du comportement importants. Ayant par ailleurs pu accéder à ses bilans orthophoniques, les données recueillies ont tout de même largement permis de conserver l'enfant dans le cadre de l'étude et son « profil » a ainsi été maintenu au sein de l'analyse qualitative.

### A/ Résultats généraux

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des résultats obtenus à l'issue des tests. Trois distinctions ont été mises en avant. D'une part les résultats compris dans la moyenne établie pour l'âge et/ou le niveau scolaire des enfants par l'étalonnage du test ou approchant de cette moyenne, c'est-à-dire situés à moins d'une Déviation Standard (DS) (**Bleu**). D'autre part, les résultats que nous nommons ici « limites », situés entre une et deux déviations standards en dessous de la moyenne (**Jaune**). Enfin, les résultats « pathologiques », situés à deux écarts-types en-dessous de la moyenne établie, ou plus (**Rouge**). Les scores relevés au-dessus de la moyenne ou appartenant à la moyenne haute ou basse sont quant à eux identifiés par les mentions +/- . « **AP** » signifie enfin que le test a déjà été administré à l'enfant au cours d'un précédent bilan. La première partie du tableau regroupe les patients (« P ») 1 à 10 présentés auparavant et scolarisés en classe de CE2, CM1 et CM2 pour lesquels l'ensemble des tests administrés sont identiques. La seconde partie regroupe quant à elle les données relatives aux enfants de CP pour lesquelles seuls huit types d'épreuves ont été administrés, compte tenu de leur âge et de leur niveau scolaire. L'étalonnage précis et complet des résultats des enfants pourra être consulté en annexe (Voir *Tableau des résultats. Annexe 1*).

#### A.1/ Tableau récapitulatif

	Empan Aud/Vis		Phono	métapho		Voca passif	Com° Syntaxiq	Strat. Lect Alouette/ Odédys CE2àCM 2		Strat.orth Odédys/ chrono. ou Bélo		Mém. Narr	Lect/ Com°	Att. Aud	Rq s	
P1/CM 1	Jaune	Jaune	Bleu -	Jaune ap	Bleu ap	Jaune	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge	Bleu -	Rouge	Bleu	Jaune	
P2/CM 2	Bleu	Bleu	Rouge	Bleu -	Bleu -	Bleu	Bleu	Bleu ++	Jaune	Bleu +	Bleu +	Bleu	Bleu -	Rouge		
P3/CE2	Bleu -	Bleu +	Bleu	Bleu	Bleu	Bleu	Jaune	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge					Si

																	m
P4/CM 2			-	-			ap					++					
P5/CM 2																	
P6/CE2						++	+		-		-						
P7/CM 2												++	-	+			
P8/CM 2	-	-		-	--												
P9/CE2			+					+	+	+			+				
P10/CE 2																	Q.I
P11/CP							+	+									
P12/CP	-	-					+										
P13/CP																	
<b>Totaux</b>	<b>8 / 13</b>	<b>8 / 13</b>	<b>7 / 13</b>	<b>2 / 13</b>	<b>6 / 13</b>	<b>8 / 13</b>	<b>10 / 13</b>	<b>5 / 12</b>	<b>5/9 c°</b>	<b>2/9 lec</b>	<b>6/9</b>						

Un nombre significatif d'enfants pseudo-hypoacousiques rencontreraient ainsi des difficultés dans les apprentissages, notamment liées au traitement de l'information auditivo-verbale. L'hypothèse d'un trouble phonologique et métaphonologique entraînant ainsi des déficits dans le traitement du langage – dans sa modalité écrite et/ou orale – semble relativement corroborée par l'analyse de la partie pratique.

## B/ Zoom sur des subtests prédictifs des troubles phonologiques et du langage écrit

Nous souhaitons, dans un premier temps nous intéresser plus particulièrement aux résultats de cinq subtests capables de confirmer l'hypothèse d'un déficit phonologique et d'un défaut de traitement de l'information auditivo-verbale. Il s'agit des épreuves de phonologie, métaphonologie, évaluation du niveau et des stratégies de lecture, stratégies orthographiques et compréhension d'un texte lu. Ces Cinq niveaux d'analyse, sans exclure pour autant une évaluation indispensable des autres systèmes du langage, apparaissent les mieux à même de nous renseigner sur les compétences phonologiques des patients d'une part et sur les stratégies mises en place dans l'abord du langage écrit d'autre part.

### **1- Phonologie :**

Les capacités phonologiques des patients ont été testées à partir d'épreuves mettant en jeu l'intégrité de la réception (voie d'entrée) et de la production (voie de sortie). Les deux épreuves proposaient la répétition de mots dits « difficiles » c'est-à-dire non contenus en principe dans le stock lexical de l'enfant d'une part et comportant des caractéristiques d'agencements phonétiques spécifiques d'autre part. Le processus de répétition requiert plusieurs aptitudes. « *La première est la capacité à percevoir le langage oral comme une séquence d'unités ou de segments (la syllabe – le phonème), la seconde étant la capacité à mémoriser (stocker) ces éléments une fois analysés. Il s'agit enfin de (re)produire la séquence proposée* »<sup>60</sup>. Nous souhaitons avant tout interroger les capacités de réception des enfants, à savoir la voie d'entrée. Ainsi, la production avait été testée en amont de façon informelle dès lors qu'un retard de parole (sigmatisme, chuintement etc.) avait pu être constaté lors de l'entretien préliminaire ou simplement signalé par la famille. La répétition de paires syllabiques minimales a ainsi été proposée à deux patients avec sigmatisme inter-dental et les erreurs causées par le défaut d'élocution n'ont pas été comptabilisées lors de la passation.

Dans l'épreuve proposée aux enfants de CP, la séparation établie entre des mots considérés comme plus « simples » du point de vue du traitement phonologique, testant les

---

<sup>60</sup> Chevrie-Müller et al. "Phonologie et Mémoire." - N-EEL/2001

capacités de stockage (empan auditivo-verbal) et des mots « complexes », établissant un score en « phonologie », est à bien des égards intéressante. En effet, elle permet de différencier des scores chutés en raison d'un déficit de traitement « mnésique » et un défaut de traitement purement « phonologique ». Comparés enfin aux scores obtenus aux épreuves d'empans (auditifs et visuels) il est alors possible d'observer si des capacités mnésiques chutées concernent plus particulièrement, voire uniquement, les informations auditives ou simplement auditivo-verbales. En ce qui concerne notre étude, huit patients sur treize présentaient des déficits de traitement phonologiques dont cinq avec des scores inférieurs à deux déviations standards. L'analyse des scores obtenus aux épreuves d'empans laissent par ailleurs supposer qu'un trouble du stockage ou de la mémoire immédiate est également parfois en cause puisque cinq de ces huit patients font état de scores d'empans assez faibles. Ces scores ne se fixent pas préférentiellement sur les épreuves auditives. Ce dernier point laisse présager que l'information auditivo-verbale plus que l'information auditive seule est souvent en cause chez les enfants pseudo-hypoacousiques, comme chez les enfants avec troubles des apprentissages par ailleurs. Ainsi, pour les patients de CP par exemple dont les scores « phonologiques » étaient tous déficitaires, le score d'empan verbal proposé par la N-EEL est dans deux cas sur trois largement déficitaire également. Ceci laisse fortement supposer un défaut préférentiel d'analyse verbale : les épreuves d'empans, et notamment visuels, étant quant à elles réussies.

Quatre des cinq autres patients avec troubles phonologiques étaient suivis en orthophonie dont deux avec un diagnostic de dyslexie établi faisant suite à un retard de parole dans l'enfance (P5 et P8). Il est également intéressant de noter ici que la patiente non suivie (P2) est une de celle pour laquelle le phénomène de pseudo-hypoacousie a été par ailleurs le plus persistant dans le temps. Il existe notamment chez cette enfant une dissociation importante entre les capacités relevant plutôt de l'ordre des apprentissages scolaires et les aptitudes plus « innées », telle que la phonologie, qui sont quant à elles moins évidentes dans leur réalisation.

## **2- Métaphonologie :**

Sur 13 enfants testés, 7 présentent des difficultés d'ordre métaphonologique à des degrés divers. Plusieurs remarques peuvent à ce titre être établies.

D'une part, les épreuves proposées par la batterie d'évaluation Odédys (enfants de CE2/CM1/CM2), mettent en avant la confusion qui se fait généralement entre la lettre et le phonème, dès lors que l'enfant entre dans le langage écrit. Il apparait certain que pour au moins deux des patients, cette confusion a largement contribué à l'établissement d'un score

pathologique (P4 et P7). D'autre part, cette erreur marque une tendance à choisir préférentiellement un mode d'analyse fondé sur le visuel (la lettre) plutôt que sur l'auditif (le phonème). Enfin, fait étonnant au premier abord, les capacités phonologiques sont plus souvent touchées que les performances métaphonologiques. Il semble pourtant improbable qu'un enfant avec de mauvaises représentations phonologiques puisse, dans le même temps, analyser la composition interne d'un mot ou d'une syllabe par exemple. C'est cependant le cas d'une patiente de notre étude (P2, présentée dans le paragraphe précédent). Les scores sont également souvent plus déficitaires en phonologie qu'en métaphonologie lorsque les deux capacités sont touchées. Parce que liée également à l'entrée de l'enfant dans le langage écrit et les apprentissages formels, la métaphonologie pourrait-elle ainsi être mieux « maîtrisée » car plus directement reliée aux enseignements scolaires ? C'est en tout cas l'hypothèse que nous formulons ici aux vues des résultats et de l'analyse clinique des passations. Quatre enfants éprouvant de réelles difficultés phonologiques (P2/P8/P11/P12) réussissaient pourtant très bien aux épreuves de métaphonologie (ou présentaient des résultats bien moins déficitaires). Ces quatre enfants se présentaient, et étaient présentés, comme « *de bons élèves, sérieux, travailleurs* » et les résultats scolaires étaient en effet tout à fait satisfaisants, au prix cependant d'efforts considérables – le diagnostic de dyslexie ayant notamment été posé pour l'une d'entre eux (P8). L'hypothèse, semble également en partie corroborée par l'attitude des patients : aucunement « déroutés » par les exercices de métaphonologie, ces derniers leur rappelaient au contraire des éléments « appris à l'école » ; les exercices de développement de la conscience phonologique étant en effet proposés dès la moyenne section de maternelle.

### **3- Stratégies de lecture et compréhension d'un texte lu**

Le test de *L'Alouette* ainsi que la lecture de mots isolés (réguliers/irréguliers) et de non-mots proposée par la batterie Odédys, fournissent des outils d'analyse intéressants quant aux stratégies de lecture préférentiellement employées. Un lecteur dit « expert » alternera aisément entre diverses stratégies : l'assemblage pour les mots inconnus et les noms propres par exemple, l'adressage pour les mots connus. La technique de lecture par adressage est ainsi moins coûteuse en temps et du point de vue cognitif mais elle suppose un lexique interne suffisamment fourni d'une part et une automatisation préalable des correspondances grapho-phonémique d'autre part. Les enfants avec troubles des apprentissages à type de dyslexie rencontrent le plus souvent de grandes difficultés pour « déchiffrer », c'est-à-dire assembler les graphèmes entre eux sur un axe linéaire. Un assemblage extrêmement coûteux amène

généralement l'enfant dyslexique à un déchiffrage par adressage erroné - reconnaissance fautive de mots du lexique connus. Les difficultés à lire des non-mots ou logatomes et l'augmentation du temps de lecture comparé à la moyenne établie pour l'âge sont des signes prédictifs d'une dyslexie profonde ou « phonologique ».

Les résultats au test de L'Alouette ont montré que 7 enfants sur 13 présentaient des retards importants quant à leur niveau de lecture en comparaison de celui attendu pour l'âge. Sur ces 7 patients, 6 étaient issus des classes de CE2/CM1/CM2 et faisaient tous état de déficits au test Odédys ; déficits portant notamment sur des temps de lecture élevés et des difficultés de déchiffrage. Ces dernières apparaissent préférentiellement axées sur les logatomes (dans tous les cas), parfois les mots irréguliers (5 enfants), rarement les réguliers (1 enfant), ces derniers pouvant plus facilement être reconnus par voie d'adressage car appartenant en principe au lexique interne. Enfin, ajoutons ici, qu'une seule patiente a présenté des résultats satisfaisants au test de l'Alouette mais a par ailleurs montré un déficit (-1,5DS) de lecture portant justement sur le déchiffrage des logatomes où seule la voie d'assemblage peut être utilisée.

Ces premiers résultats peuvent directement être comparés à la compréhension d'un texte lu, évaluée par le test « *Quelle Rencontre* ». Les enfants de CP n'ont pas été testés sur ce type de tâche. Il est en effet impossible d'évaluer d'une part la bonne compréhension d'un texte tant la charge cognitive portant sur le déchiffrage des mots est encore maximale à ce stade de l'apprentissage. D'autre part, et pour les mêmes raisons, on ne peut pas encore parler de troubles dyslexiques concernant un enfant de CP. La présence de certains « marqueurs » pouvant encore largement se résorber au cours des apprentissages. Pour les autres patients de l'étude, il est particulièrement intéressant d'observer la dissociation quasi-systématique qui s'opère entre niveau de lecture et niveau de compréhension lorsque le premier est touché. Comme nous le signalions précédemment, les enfants dyslexiques ont tendance à s'accrocher au sens, à le rechercher sans cesse malgré des difficultés de déchiffrage parfois massives. L'Alouette, qui n'affiche justement « aucun sens », ou la lecture de mots isolés représentent des tâches périlleuses pour ces enfants. Les déficits relevés aux précédents tests ont tous été mis également en évidence à la lecture de « Quelle Rencontre » : vitesse de lecture allongée, lecture des logatomes difficile, erreurs phonétiques, lecture par adressage erronée etc. Or, seule un enfant présente des difficultés équivalentes quant à son niveau de lecture d'une part et de compréhension d'autre part (P10). Nous y reviendrons par la suite. Tous les autres patients avec un niveau de lecture déficitaire ont démontré des capacités de compréhension comprises dans la moyenne, parfois même légèrement au-dessus. Cette dissociation retrouvée

chez plus de la moitié des patients testés est caractéristique des troubles spécifiques des apprentissages et constitue un élément d'analyse déterminant pour notre étude.

#### **4- Stratégies orthographiques**

Enfin, le dernier degré d'analyse pouvant plus particulièrement être perçu comme indicateur d'un trouble spécifique du langage écrit réside dans l'observation des stratégies orthographiques. Trois tests ont été employés : L'écriture de mots irréguliers/réguliers et de logatomes tirée de l'Odédys et la dictée de phrases de Chronodictées pour les patients de CE2/CM1/CM2 d'une part et l'écriture de syllabes et de mots tirée de la BELO pour les enfants de CP d'autre part. La dysorthographe qui accompagne toujours une dyslexie profonde se caractérise généralement par des erreurs de transcriptions phonétiques et de segmentations. Elles sont le corollaire logique des difficultés à établir la correspondance graphème-phonème lors de l'activité de lecture. Les erreurs portant sur les marqueurs de la syntaxe et de la grammaire appartiennent plutôt au domaine des apprentissages purement scolaires : marques du pluriel, du féminin, accord des verbes, participes passés, adjectifs etc.

Dix enfants de l'étude font état de difficultés orthographiques et parmi eux, tous présentent des troubles touchant à la transcription phonétique et à la segmentation. À ces scores s'ajoutent pour certains des difficultés grammaticales et syntaxiques. Tous les patients ayant eu un score déficitaire en lecture montre également une chute des performances orthographiques, faisant ainsi corréler potentielle dyslexie phonologique et trouble dysorthographique. Mais nous observons également des difficultés en orthographe phonétique chez trois enfants ayant pourtant un niveau de lecture correct (P6, P12 et P13) ; traces ou prémices d'un éventuel trouble phonologique ? Il est à ce titre intéressant de se pencher plus particulièrement sur le profil de l'enfant scolarisée en classe de CE2 (P6) : seule la transcription phonétique apparaît touchée (-1DS pour l'écriture de logatomes / - 1,6 DS à Chronodictées) tandis qu'au contraire l'écriture des irréguliers ou encore l'orthographe grammaticale sont systématiquement dans la moyenne haute. Nous retrouvons là la distinction qui semble parfois exister entre apprentissages purement « scolaires » et performances plus « innées ».

L'observation de ces cinq subtests tend à démontrer l'existence, à des degrés divers, de troubles des apprentissages portant sur l'acquisition et la maîtrise du langage écrit. Dix enfants sont ainsi concernés par des troubles de l'orthographe, huit par des déficits en lecture.

L'analyse qualitative met également en évidence des stratégies de déchiffrage et de transcription coûteuses évoquant des troubles spécifiques d'ordre structurel. Notons également que 11 patients présentent au moins un marqueur « pathologique » ( $> -2DS$ ) compris dans l'évaluation de l'une de ces compétences cibles. L'hypothèse de départ, bien qu'aménagée, semble en grande partie corroborée. Les difficultés phonologiques et métaphonologiques sont en effet loin d'être les seules et même parfois les plus touchées mais l'existence de troubles des apprentissages parfois massifs apparaît pour autant conséquente chez ces enfants. Pour certains d'entre eux - au moins sept dans le cas de notre étude - des déficits flagrants dans les performances phonologiques et/ou en langage écrit permettent d'établir une indication claire de prise en charge orthophonique. Quatre seulement sont actuellement suivis et une patiente est en attente d'une place. Les deux autres, actuellement scolarisés en classe de CP, sont tous deux dans l'attente d'un bilan qui devrait mettre en évidence la nécessité d'un suivi. Pour les autres enfants, des résultats moins « évidents » et plus ambivalents interrogent sur la réponse à apporter aux difficultés et, par extension, à la pseudo-hypoacousie.

## **II/ Analyse secondaire et recoupements**

Si les résultats que nous venons d'explorer apparaissent significatifs en regard de l'hypothèse préliminaire, ils concernent des enfants déjà suivis en orthophonie ou en attente d'un bilan. Le comportement de simulation peut alors être vu comme un appel pour signifier un trouble des apprentissages. Il est d'ailleurs intéressant de noter ici que sur les sept enfants évoqués précédemment, un seul semble persister dans la mise en avant d'une hypoacousie, évoquée au cours de l'entretien préliminaire notamment (P1). À présent, nous souhaitons nous intéresser aux données laissant entrevoir certaines difficultés d'apprentissages mais qui apparaissent cependant moins claires, moins « évidentes » pour le clinicien. Certains de ces éléments interrogent particulièrement quant à la réponse à apporter aux troubles : l'un concernant les apprentissages, l'autre la facticité de l'hypoacousie. Doit-on, du fait même du comportement de simulation, proposer une prise en charge orthophonique plus systématique malgré l'absence de scores fondamentalement pathologiques ? Le caractère « limite » de certains résultats doit-il ainsi être plus volontiers pris en compte ? L'absence de prise en charge semble notamment influencer sur la pérennisation du comportement de simulation. Les autres domaines de compétences touchés chez ces enfants peuvent-ils enfin nous renseigner sur la nature et les raisons de la plainte première ?

## A/ Compétences secondaires touchées

Plusieurs niveaux de compétences semblent également mis en cause chez les enfants avec pseudo-hypoacousie. Ces dernières doivent être observées avec attention. D'une part afin de déterminer leur degré d'influence sur les subtests prédictifs mis en cause dans les troubles liés à l'acquisition du langage – oral et écrit. D'autre part, afin de déterminer si ces déficits constituent en eux-mêmes les causes de difficultés d'apprentissages ; dont la remédiation pourrait être orthophonique.

### **1- Mémoire à court terme et mémoire de travail**

Testées par des tâches d'empan endroit et envers, les mémoires dites « immédiates » - ou « mémoires à court terme » - ainsi que les mémoires de travail auditives et visuelles ont été systématiquement testées. Le but était d'une part d'exclure une difficulté massive de rétention mnésique pouvant retentir sur l'ensemble des subtests langagiers, d'autre part afin d'observer une possible dissociation entre mémoire auditive et mémoire visuelle dans le cadre d'un trouble portant sur la sphère ORL. Les résultats détaillés (voir *Tableau – Annexe 1*) ne mettent pas en évidence une dissociation franche entre mémoire auditive et mémoire visuelle chez l'ensemble des enfants. Cependant, un certain nombre d'entre eux apparaît concerné par des difficultés de rétention mnésique. Six patients présentent ainsi des scores chutés en mémoire de travail (modalités auditives et visuelles confondues). Pour l'une d'entre eux uniquement (P11), ce déficit semble dû uniquement à l'emploi de la modalité orale puisque la dissociation initialement évoquée est, dans ce cas, significative. Ainsi, cinq patients sur les treize testés éprouveraient certaines difficultés dans le décodage mais aussi le stockage et la récupération d'informations. Pour l'une d'entre eux, cette constatation semble bien être la conséquence d'un défaut de traitement de l'information auditive. Pour les autres, le décodage mais surtout le stockage et la récupération d'une information apparaissent chutés et peuvent constituer un frein dans les apprentissages. Pour ces quatre enfants (P1, P4, P5, P10), le déficit est à corréler à des troubles d'apprentissages sévères. L'une d'entre eux (P10) ayant des scores chutés à l'ensemble des épreuves proposées. Ces résultats peuvent venir en partie influencer sur les scores relevés aux épreuves mais ils posent également la question d'un retard plus massif dans les apprentissages. En effet, les enfants présentant des scores d'empan envers « limites » voire « pathologiques » expriment plus volontiers des difficultés annexes,

touchant à la fois aux sphères précédemment évoquées mais également à des compétences lexicales, morpho-syntaxiques ou de mémoire narrative.

## **2- Evaluation du lexique passif**

Seuls deux enfants testés ont présenté des scores limites et pathologiques à l'épreuve de vocabulaire passif proposée. L'intégrité et le bon développement du système lexical chez une grande majorité des patients permettent d'écarter l'influence d'un faible niveau sémantique sur des scores pathologiques dans d'autres domaines. Pour les deux enfants concernés, ce score s'inscrit une fois de plus dans une problématique de retard plus globale (P1 et P10) sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

## **3- Compréhension morpho-syntaxique**

Les compétences morpho-syntaxiques testées en réception orale se retrouvent mises en cause dans six cas sur treize. Cinq de ces enfants présentent par ailleurs des troubles liés à l'acquisition et à la maîtrise du langage écrit et des compétences phonologiques (subtests analysés précédemment). Il est intéressant de relever que des difficultés de compréhension en réception orale viennent souvent s'ajouter aux troubles de la lecture, de l'écriture et du décodage phonologique. Il aurait été pertinent d'évaluer cette même compétence en modalité écrite afin d'établir une potentielle distinction entre les deux modes. Enfin, notons que pour l'enfant P9 seule les capacités de compréhension semblaient être effectivement touchées mais à différents degrés : morpho-syntaxique d'une part mais également en modalité écrite. Il s'agit en effet de la seule patiente pour laquelle la dissociation lecture/compréhension s'est faite à l'avantage des capacités de lecture pour l'épreuve « Quelle Rencontre ». Ainsi, les difficultés de compréhension relevées assez fréquemment à l'examen des dossiers et des éléments d'anamnèse se retrouvent bel et bien dans une proportion assez importante à l'issue de nos passations. Cependant, ces difficultés évoquées semblent être plus volontiers reliées à une problématique générale de troubles spécifiques du langage qu'à un défaut de compréhension linguistique en tant que tel. L'analyse morpho-syntaxique en modalité orale semble ici mise en cause. Les erreurs portaient notamment le plus souvent sur les phrases avec proposition relative, réversibilité sujet/complément d'objet et /ou enchâssées ; défauts d'analyse largement retrouvés dans les troubles et les retards de langage oral.

## **4- Mémoire Narrative**

La mémoire narrative est également touchée dans cinq cas, dont quatre concernant des enfants avec troubles des apprentissages et étant déjà suivis ou en attente d'une prise en

charge. Ces résultats « limites » laissent ainsi penser qu'un trouble plus général lié au traitement de l'information auditive pourrait effectivement être présent chez l'enfant pseudo-hypoacousique.

#### **5- L'attention Auditive**

Examinée ici trop succinctement, l'attention auditive et les capacités d'attention générales mériteraient certainement une évaluation plus poussée. En effet, trois domaines d'attention ont été testés au cours de notre bilan sur les patients scolarisés en classe de CE2/CM1/CM2 : attention soutenue, focalisée et alternée. Sur neuf patients, six présentaient un déficit d'attention et tous un tableau clinique attestant la présence de troubles du langage écrit. Nous retrouvons donc bien ici la co-morbidité existant entre troubles des apprentissages et déficit attentionnel.

#### **6- Difficultés d'ordre psychique et comportemental**

Ce type de difficultés apparaît présent dans une grande majorité de cas et dans des proportions bien diverses. Elles peuvent – et doivent ? – une fois constatées, influencer le regard posé sur les troubles langagiers ou sur l'apparente absence de scores pathologiques. Ce sont ces difficultés, nommées le plus souvent par l'enfant lui-même au cours de l'entretien, qui, associées à des scores « limites » pourraient faire basculer le regard du clinicien et inciter à une prise en charge. En effet, six enfants évoquent toujours aujourd'hui des difficultés à « entendre ». Parmi eux, deux ne sont pas suivies en orthophonie (P2 et P3) et présentent pourtant des scores en-dessous de la moyenne attendue sur des épreuves dites « prédictives ». Une enfant, malgré des résultats dans la moyenne à la quasi-totalité des épreuves, après avoir été suivie durant plusieurs mois, conserve une plainte sur le plan scolaire et une anxiété exacerbée quant au principe d'évaluation (P9). Enfin, trois patients – dont deux persistant encore dans un comportement de simulation – sont confrontés à des difficultés comportementales et d'intégration sociale. Ces trois enfants font par ailleurs état de troubles des apprentissages importants (P1, P4, P10).

Ainsi, les autres domaines de compétences évalués ont montré une certaine corrélation entre les enfants présentant des troubles phonologiques et d'acquisition du langage écrit et ceux manifestant d'autres formes de déficits. Ces données rappellent la co-morbidité fréquente qu'il existe entre troubles « dys », attention, mémoire de travail et difficultés psychologiques notamment. Cependant, ces outils d'analyse mettent également en évidence le caractère limite ou pathologique plus ambivalent à attribuer aux performances de certains

enfants. Performances et déficits qu'il apparait nécessaire de recouper avec d'autres données afin d'en évaluer la portée exacte.

## B/ Division de la population-test

Du recueil et de l'analyse des résultats sont ressortis divers « profils » d'enfants, qui interrogent chacun d'une façon différente la place potentielle de l'orthophonie et de l'orthophoniste dans l'accompagnement thérapeutique.

**1- Les enfants avec troubles des apprentissages** constituent une part conséquente des individus testés. Cinq d'entre eux ont un diagnostic de dyslexie légère à sévère posé. Deux sont en attente d'un bilan orthophonique. Ajoutons ici le patient 14, déjà suivi depuis 3 ans en orthophonie et présentant des troubles massifs dans l'ensemble des compétences testées. Pour l'une d'entre eux au moins (P10), la question d'un retard global touchant l'ensemble des apprentissages, et mettant potentiellement en cause les capacités intellectuelles de la fillette, est ici clairement envisagé. Notons enfin que chez ces patients, la prise en charge orthophonique semble avoir permis la diminution voire la disparition du comportement de simulation. Seuls deux enfants (P1 et P10) évoquent encore des plaintes somatiques portées notamment sur l'audition (mais aussi à types de céphalées ou maux de ventre récurrents). Tous deux déclarent cependant réussir désormais à les « gérer ».

**2- Deux enfants présentent une problématique psychologique dominante** (P2 et P3). À l'entretien préliminaire, la plainte somatique et les difficultés liées à la sphère ORL sont largement prédominantes dans le discours des deux fillettes ainsi que dans celui de leur famille.

Pour la première patiente scolarisée en classe de CM2 et ayant par ailleurs des résultats scolaires excellents, la plainte est caractérisée par un discours très anxieux autour de l'audition et au sujet d'une potentielle « anomalie » la concernant. Elle entamera ainsi spontanément l'entretien par les mots suivants : « *Avant, quand j'étais petite, j'étais sûre que j'avais un problème, que j'étais pas normale. Maintenant ça va, je me suis habituée à ne pas entendre* ». Le phénomène de pseudo-hypoacousie a été la source de nombreux conflits dans le cercle familial. Actuellement, les parents de la patiente évoquent encore des baisses d'audition ponctuelles, accompagnées « *d'exercices d'écoutes au mp3 pour calmer les acouphènes* » de leur fille. Il est intéressant d'observer que si aucun bilan orthophonique n'a été réalisé jusqu'alors aux vues des

résultats scolaires de la fillette, c'est cependant bel et bien la pose d'un diagnostic par l'ORL - celui de potentiels « acouphènes » et d'une baisse « d'attention auditive » - qui est venu remettre du dialogue dans une situation familiale douloureuse. Enfin, l'analyse des résultats de cette enfant montre qu'il existerait bel et bien un déficit des capacités phonologiques (-2,2DS). On retrouve une dissociation claire entre des épreuves relevant plutôt des apprentissages scolaires et des capacités plus « innées ». La plainte exprimée initialement, qui n'avait été que renforcée par les diagnostics bruts de « simulation », se trouverait bien d'une part soulagée par le simple fait de donner une réponse au symptôme, d'autre part émanerait potentiellement d'un déficit phonologique bien compensé sur le plan scolaire.

La deuxième patiente, scolarisée en CE2, présente des troubles comportementaux à types de refus et d'angoisses scolaires, exacerbés par le sentiment d'échec. Plusieurs éléments concernant la passation et les résultats du bilan orthophonique peuvent être notés. Tout d'abord, ce dernier a été interrompu à deux reprises suite aux refus et au comportement d'opposition de l'enfant dans la réalisation des tests. La pseudo-hypoacousie est ensuite toujours présente chez cette enfant qui semble s'installer dans un comportement de simulation de plus en plus manifeste. En effet, et c'est là le troisième point de l'analyse, des troubles concernant le traitement du langage écrit notamment semblent exister. Mais ceux-ci ont manifestement été majorés par la patiente qui, face à une situation d'échec débutante, aurait volontairement accentué ses difficultés. Le score obtenu à L'Alouette évoque par exemple un âge de lecture de 6,10 ans. Soit un décalage de deux ans en regard de la norme établie. Or, d'un point de vue clinique, un tel décalage se ressentirait nécessairement à une échelle bien plus importante sur les apprentissages. Par ailleurs, l'analyse des stratégies de lecture dans la première partie de l'examen montre des difficultés de traitement phonémique et une stratégie d'assemblage parfois difficile. Il y aurait donc bien un déficit sous-jacent mais ce dernier pourrait être grandement majoré par la patiente ; celle-ci faisant état par ailleurs d'une souffrance psychique rapportée par l'ensemble de sa famille et corroborée par son comportement.

Dans ces cas de figures, et notamment pour la seconde patiente, la question d'une prise en charge orthophonique apparaît ainsi ambivalente. En effet, si le bilan orthophonique ne révèle que des troubles mineurs, le comportement de simulation associé interroge tout de même sur la possibilité d'une rééducation capable de réassurer l'enfant dans ses apprentissages. La place du pédopsychiatre apparaît également problématique puisque

dans les deux cas évoqués, la famille prenait part activement au maintien de l'hypoacousie comme cause première des troubles. Comment inciter ces familles à consulter en pédopsychiatrie, dès lors que le symptôme influe sur l'organisation familiale toute entière et est reconnu dans son organicité?

- 3- Deux enfants s'inscrivent quant à elles dans des *problématiques de troubles des apprentissages plus « ambivalentes »* (P9 et P12).

Les difficultés de la première patiente sont uniquement marquées par des troubles de la compréhension sur le versant morpho-syntaxique d'une part et sur l'analyse des données informatives d'un texte d'autre part. Les autres résultats sont quant à eux compris dans les moyennes, voire moyenne hautes, attendues pour l'âge. À ces résultats ambivalents s'ajoutent une plainte récurrente concernant l'école et une anxiété permanente au sujet des « notes ». Le recoupement de ces deux éléments, ajouté au comportement de pseudo-hypoacousie déclaré au cours de l'an dernier et persistant parfois, interroge à nouveau nous semble-t-il sur une possible prise en charge malgré l'absence de scores franchement déficitaires sur une majorité de tests.

La seconde enfant concerné (P12) semble quant à elle présenter des difficultés en phonologie (-1,8DS) ainsi qu'en écriture de mots : seuls les consonnes sont écrites et aucun son vocalique n'est pris en compte lors de la dictée. On retrouve ici une dissociation entre ce qui a été travaillé à l'école – tels que les exercices d'élimination ou de suppression de phonèmes – et les tâches de répétition simples testant la compétence phonologique. Un bilan orthophonique avait été réalisé trois mois auparavant, relevant des difficultés phonologiques cependant bien « compensées », selon les paroles de la mère. Une prise en charge n'avait pas été recommandée en « attendant de voir si la patiente entrerait correctement dans le langage écrit ». L'apprentissage de la lecture s'est alors effectué dans des conditions relativement bonnes mais le passage à la transcription écrite semble aujourd'hui beaucoup plus problématique, comme relevé dans notre bilan. La question d'une prise en charge pourrait ainsi se reposer à moyen terme.

- 4- Enfin, *deux enfants ne semblent pas présenter de troubles* relevant d'une prise en charge orthophonique (P6 et P7). Notons seulement chez ces deux patientes que, si les scores n'apparaissent pas pathologiques (-2DS), des difficultés légères à moyennes, liées soit au traitement phonologique et métaphonologique de l'information verbale

soit à l'orthographe phonétique, restaient présentes, certainement bien compensées par des connaissances scolaires solides.

L'analyse et le recouplement des données mettent en évidence divers points pertinents pour la clinique, la recherche orthophonique mais surtout la réflexion autour des réponses à apporter au symptôme de pseudo-hypoacousie :

- D'une part, plus de la moitié des enfants testés s'inscrivent bel et bien dans des problématiques de troubles des apprentissages, à types de dyslexie le plus souvent ou de troubles plus généralisés parfois. Dans tous les cas, ces enfants possèdent un déficit phonologique, qu'un retard de parole ou de langage ait été ou non évoqué dans la petite enfance. Six des huit enfants concernés ont fait par ailleurs état de troubles ORL significatifs. Le choix de cette sphère n'apparaît donc pas neutre pour signifier des difficultés.
- Chaque patient testé, que les troubles soient massifs ou légers, présente d'autre part au moins un marqueur déficitaire à l'un des subtests « prédictifs » de l'intégrité du système phonologique et des compétences en langage écrit.
- Enfin, la passation des bilans et l'observation clinique a mis en évidence une dissociation intéressante chez certains patients entre de bonnes performances relevant en partie d'un apprentissage scolaire et des compétences touchées pouvant être plutôt perçues comme des « acquisitions » et non comme des « apprentissages ». Cette dernière remarque apparaît pertinente car elle reflète une tendance chez ces enfants à « percevoir » leur trouble et a essayé ainsi de le compenser au mieux par un travail scolaire conséquent. Le symptôme pourrait alors être considéré comme un appel pour signifier une anxiété face à la baisse potentielle des résultats scolaires.

### **III/Discussion et pistes de réflexions**

Ces données établissent de fait un ensemble de réflexions quant au phénomène de pseudo-hypoacousie infantile. La recherche entamée au cours de ces derniers mois interroge en effet sur le sens à apporter au symptôme et ainsi sur les modalités de réponses possibles, la place de l'orthophonie et l'échange nécessaire entre les professionnels concernés. Enfin, cette première étape semble ouvrir diverses pistes d'explorations et d'analyses futures capables de confirmer, d'infirmer ou de poursuivre la recherche initiale.

## A/ Pseudo-hypoacousie infantile et réponses à un symptôme méconnu

Le phénomène dit de « simulation » présenté par ces enfants apparaît de fait ambivalent par le décalage qui existe entre l'importance et la récurrence du symptôme au sein des cabinets ORL d'une part et sa méconnaissance par l'ensemble des autres professionnels pouvant être concernés d'autre part : pédopsychiatres et orthophonistes entre autres. Cette première constatation conduit de fait à une exploration plus poussée. Celle-ci nous montre alors que le phénomène, quelle que soit sa portée, son mode d'expression, sa pérennisation potentielle, n'est jamais neutre. Il met en cause une sphère souvent investie négativement auparavant ; que ce soit par l'enfant lui-même ou sa famille. Les résultats de l'étude pratique ont mis en avant divers points qui interrogent la réponse à apporter et surtout la nécessité pour les professionnels de travailler ensemble aux côtés de ces enfants.

D'une part, le bilan orthophonique, semble indispensable compte tenu de la proportion importante d'enfants pseudo-hypoacousiques pouvant effectivement présenter des troubles des apprentissages. Mais, une fois le bilan réalisé et dans le cas de scores dits « limites », que proposer alors à ces enfants ? La question du dialogue entre professionnels est ici capitale. Il est possible en effet d'imaginer qu'un suivi soit proposé dès lors qu'une pseudo-hypoacousie a été diagnostiquée et se trouve associée à des résultats certes non pathologiques mais pour autant ambivalents. L'orthophonie serait alors envisagée comme un moyen de désamorcer l'installation à long terme d'un comportement potentiellement pathologique. Ainsi, nous posons clairement la question de la nécessité d'avertir les orthophonistes de la présence d'une pseudo-hypoacousie ?

Il apparaît dès lors nécessaire de s'interroger également sur la manière de présenter le phénomène aux enfants et à leurs parents, dans le cadre notamment du respect du secret médical. Comme nous avons pu le voir longuement auparavant, la terminologie elle-même désignant le symptôme, peut largement influencer sur la représentation du trouble par les professionnels mais aussi par la famille des patients. En d'autres termes, le risque, face au dévoilement brutal de la facticité de l'hypoacousie, est de déclencher un comportement de défiance vis-à-vis de l'enfant. Mettre au centre du diagnostic la possibilité réelle d'un déficit de traitement phonologique entraînant la sensation d'entendre « différemment » pourrait être un moyen de contourner cette défiance première.

Enfin, dans les cas notamment où la manifestation du symptôme, par sa récurrence, sa pérennisation, et son intensité deviendrait « pathologique » du point de vue psychique, un suivi pédopsychiatrique doit être visiblement envisagé. Dans le cas où des troubles des

apprentissages auraient conduit à une prise en charge orthophonique, le rôle de l'orthophoniste sera alors visiblement d'orienter le suivi afin de compléter, voire de remplacer définitivement ou temporairement, son action. La connaissance du symptôme initial ainsi que l'évaluation des risques de co-morbidité entre troubles du comportement et troubles des apprentissages apparaîtront décisives dans la décision de réorientation.

## B/ Pistes de recherches et de réflexions

Cette première étape de recherche a permis de dégager diverses pistes de réflexions que des travaux futurs pourront, nous l'espérons, étudier.

Ainsi, comme nous venons de l'évoquer, la question de l'entrée de l'enfant dans un comportement dit « pathologique » du fait même de la prolongation du symptôme dans le temps, apparaît comme un élément capital à évaluer. D'une part parce que cette pérennisation établit une ligne de démarcation intéressante entre un comportement transitoire et un phénomène installé, certainement plus envahissant du point de vue de l'économie psychique de l'individu qui le déclare. D'autre part, parce qu'il serait intéressant d'établir un parallélisme éventuel entre prise en charge des troubles des apprentissages - dans le cas où leur présence, même à un faible degré, serait attestée – et arrêt ou poursuite du comportement de simulation. Enfin, une étude sur le rapport inverse entre le degré de manifestation des troubles et la longévité de la pseudo-hypoacousie serait également intéressante. En effet, des troubles des apprentissages minimes semblent paradoxalement engendrer des comportements de simulation ayant plus tendance à perdurer. Ces différents points de réflexions nécessiteraient la mise en place d'une étude longitudinale, grandement intéressante pour la recherche orthophonique et potentiellement capable de justifier notre action auprès de ces enfants.

La partie pratique a également démontré la présence de troubles de l'attention, notamment auditive, chez un nombre conséquent d'enfants avec pseudo-hypoacousie. Ces éléments étant par ailleurs fréquemment relevés dans les entretiens avec la famille et dans les anamnèses. Une étude comparative entre troubles de l'attention, troubles des apprentissages et pseudo-hypoacousie pourrait ainsi également être envisagée.

Le phénomène de pseudo-hypoacousie infantile interroge et pourra faire l'objet de nombreuses recherches dès lors que son existence sera portée à la connaissance de l'ensemble des professionnels concernés : médecins ORL bien sûr mais aussi pédopsychiatres, orthophonistes, psychologues et neuropsychologues dans le cadre d'une évaluation psychologique et cognitive poussée.

## Conclusion

La pseudo-hypoacousie, comme tout comportement dit de « simulation » interroge, laisse perplexe, « agace » parfois les praticiens qui y sont confrontés. Car en effet, au-delà du symptôme et de sa détection, ce sont bel et bien les raisons de son apparition et les moyens d'y répondre qui sont soulevés. Pour le médecin ORL il s'agira en premier lieu de ne pas manquer un diagnostic de surdité réelle aux conséquences désastreuses sur le développement de l'enfant. Mais une fois la pseudo-hypoacousie confirmée reste alors l'interrogation quant au suivi potentiel à proposer à ces enfants mais aussi à leur famille. La question de la prise en charge apparaît centrale dans l'appréhension du symptôme : ne pas dire « il n'y a rien » incite d'emblée à rechercher ce que justement « il y a » afin d'en appréhender les causes et d'en réduire les effets néfastes.

L'étude de notre cohorte de patients a démontré l'existence de troubles des apprentissages chez un nombre significatifs d'enfants. L'orthophonie pourrait ainsi être envisagée dans de nombreux cas comme un moyen d'apporter du sens au symptôme et par là même de dénouer des situations familiales et/ou scolaires douloureuses et éclatées. Le bilan orthophonique apparaît ainsi une première étape indispensable dans la réponse à apporter aux patients. Cette proposition met également l'accent sur la nécessité d'un dialogue entre les divers acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles de prendre en charge ces enfants. Dialogue indispensable d'une part entre médecins ORL et orthophonistes mais aussi, le cas échéant et dans les situations plus « ambivalentes » entre ORL, médecins pédopsychiatres et orthophonistes. L'objectif étant toujours de proposer une réponse la plus adaptée possible au symptôme déclaré. Car en effet, si de nombreux points se retrouvent chez les patients de l'étude, cette dernière a également montré la spécificité du profil de nombreux patients pour lesquels le comportement de « simulation » revêt des aspects bien distincts et propres à l'histoire de chacun.

S'il apparaît impossible d'offrir une réponse « simple » et claire au symptôme, il est cependant nécessaire de rechercher activement les raisons potentielles de son apparition afin de ne pas laisser le patient s'installer dans un comportement pathologique. L'orthophonie peut alors à bien des égards remplir une fonction si ce n'est toujours de « remédiation », parfois de médiation entre les différents champs possibles de l'action thérapeutique.

Patient/test	Empan	Phono	Métaphon o	EVI P	ECOSS E	Âge + strats de lecture	Strat.Orthos	Mém. Narr	Compréhensio n texte lu	Att.Aud	Remarques
P1 – CM1 (redouble)	<b>Auditi f 1DS (MDT) Visuel 2DS</b>	<b>Moy -</b>	<b>1DS</b>	<b>1DS</b>	<b>2DS</b>	<b>7,6ans (CE1/Jan v) Déchiff+ tps de lecture</b>	<b>Erreurs phono + segmentati on</b>	<b>Moy -</b>	Dissociation Compréhensio n/ <b>niveau de lecture + tps</b>	<b>1DS</b>	Tests avec un score limite déjà effectués chez son orthophoniste. Les scores devraient être améliorés par l'effet d'apprentissag e
P2 – CM2	<b>Auditi f Visuel</b>	<b>4,5 DS 2,2 DS</b>	<b>Moy - - (seuil des scores limites)</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	<b>Age lect : 5<sup>ème</sup> (noter une bonne vitesse mais des erreurs de dechiff.) Lect.Loga t : -1,5DS</b>	<b>Moy ++</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy -</b>	<b>Att.sout 2,8 DS</b>	Dissociation intéressante lors du bilan entre les compétences de l'ordre des apprentissages scolaires (très bien maîtrisées) et les capacités plus innées (type phono.) moins évidentes/ patiente anxieuse quant au résultat +++

P3 – CE2	<b>Auditi f Visuel</b>	<b>Moy -</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	<b>1DS</b>	<b>6,10 ans (CP/Mai) Lect. Irrégulier s+ Logatome s : 2DS</b>	<b>2DS sur toutes les stratégies orthos.</b>	Non testé	Non testé	Non testé	Le comportement de simulation a été très présent lors de la passation et a certainement entravé les possibilités d'un recueil objectif
P4 – CM2	<b>1,5 DS sur les empan senver s</b>	<b>Moy -</b>	<b>Test 1/Moy Test2/2DS</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	<b>7,10 ans Déchiff+ tps de lect :2DS</b>	<b>Mots isolés :2DS Phrases: 4,5 DS</b>	<b>+1DS</b>	<b>Dissociation compréhensio n/ Niveau de lecture + temps</b>	<b>Att. Soutenue + foc + alternée déficitair e (3DS)</b>	Effet d'apprentissag e pour phono / Métaphono / ECOSSE
P5 – CM2	<b>Auditi f 1,5 / 1DS Visuel 2DS</b>	<b>2DS</b>	<b>2,4DS</b>	<b>Moy</b>	<b>1,5 DS</b>	<b>7,10 ans (CE1/Mai ) Déchif : 1DS Tps : 2DS</b>	<b>Mots isolés : 2DS Phrases : 4,5 DS/phono + segmentat°</b>	<b>1,3DS</b>	<b>Dissociation compréhensio n/ Lecture (6,6 DS) et Tps (2,7 DS)</b>	<b>Moy</b>	
P6 – CE2	<b>Moy -</b>	<b>Moy -</b>	<b>Moy -</b>	<b>+1D S</b>	<b>Moy+</b>	<b>8,6 ans (CE2 /Jan ) Lect. mots Moy -</b>	<b>Mots isolés : Moy sauf logatomes 1DS Phrases : Moy+ sauf</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	Comme pour P2, lors du bilan certaine disso° entre les apprentissages scolaires très bien maîtrisés

							<b>phonétique 1,6DS</b>				et les capacités phonos moins « évidentes ».
P7 – CM2	<b>Indirect (audit +visuel) Direct 1,5DS</b>	<b>Moy -</b>	<b>2,9 DS (confusion lettre/Phonème)</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	<b>10,7 ans (CM2/Fév) Lect mots : Moy</b>	<b>Mots isolés : Moy Phrases : Moy mais erreurs phonétiques à noter</b>	<b>+2DS</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	Le même constat peut être fait que pour le patient précédent
P8 – CM2	<b>Moy -</b>	<b>Moy / 1,5 DS</b>	<b>Moy – (limite du seuil)</b>	<b>Moy</b>	<b>1,5DS</b>	<b>7,7ans (CE1/Fév) Lect mots : 1DS Tps : 2DS</b>	<b>Mots isolés :1DS / Zoom sur régs :2,6DS Phrases 1,6DS</b>	<b>1,6DS</b>	<b>Dissociation Compréhens°/ lecture (1,3DS) et Tps (2DS)</b>	<b>2DS sur tous les types d’attent° testés</b>	Prise en charge ortho débutée depuis peu/ diagnostic de dyslexie posé mais peu accepté par la famille a priori
P9 – CE2	<b>Moy</b>	<b>Moy +1DS</b>	<b>Moy+</b>	<b>Moy</b>	<b>1DS</b>	<b>Moy. aux deux épreuves</b>	<b>Mots isolés : + 1DS Phrases : Moy</b>	<b>1,6 DS</b>	<b>Dissociation inverse : Moy + pour lecture et Tps / 2DS en compréhens°</b>	<b>Moy</b>	Plainte scolaire ++/ Jugement de l’adulte très important dans le discours
P.10 – CE2	<b>Auditif 1,5DS Visuel 2DS</b>	<b>1,2DS 2DS</b>	<b>3,6DS 2DS</b>	<b>2DS</b>	<b>3DS</b>	<b>7,8 ans Lect regul+ Loga :2DS S</b>	<b>Mots isolés régu + loga 2,5DS Phrases 4DS</b>	<b>1,7 DS</b>	<b>Score global 4,6DS / tout est au-delà de 2DS</b>	<b>Sout.4,4DS Foc. Moy- Alt. 2,5 DS</b>	Ces scores font penser à un retard global / question d’un QI “limite”?

Patient/test	Empan	Phonologie	Métaphonologie	EVIP	ECOSS E	Alouette	Strat.Orthos	Mém. Narr.	Remarques
P1 – CP	<b>Auditif 1,5DS (end) / 2DS (env)</b> <b>Visuel Moy+</b>	<b>3DS (empan verbal)</b> <b>2DS (Phono)</b>	<b>1,6 (élision + ajout de phonèmes)</b> <b>Autres : Moy -</b>	<b>+1,4DS</b>	<b>Moy</b>	Attention ! <b>6,9 ans (CP/Avr) mais si la vitesse de lecture est bonne le déchiffrage est quant à lui incompréhensible !</b>	<b>Syllabes : 2DS</b> <b>Mots : 2DS</b> <b>Transcription Phono-graphémique non maîtrisée</b>	<b>Moy</b>	Frère dyslexique. Bilan ortho fait à l'entrée du CP à la limite des scores pathos/ pas de prise en charge entamée / attente d'un second bilan demandé
P2 – CP	<b>Empans endroits chutés 1DS (visuels + auditifs)</b> <b>MDT +1DS</b>	<b>Moy (empan)</b> <b>1,8DS (Phono)</b>	<b>Moy</b>	<b>+1DS</b>	<b>Moy+</b>	<b>6,6 ans (CP /Jan) /2 mois d'écart</b>	<b>Syllabes : Moy</b> <b>Mots : -2DS.</b> <b>N'écrit que les consonnes / aucun son vocalique n'est pris en compte</b>	<b>Moy</b>	Résultats ambivalents pour la clinique et l'analyse. Compétences globales plutôt bonnes mais îlots de performances touchées faisant tout de même penser que le traitement phonologique n'est pas totalement intégré.
P3 – CP	<b>Moy</b>	<b>3,8DS (empan)</b> <b>2,5DS (Phono)</b>	<b>1,3DS (élision)</b> <b>Moy (Inv)</b> <b>1,7DS (Aj)</b>	<b>Moy</b>	<b>Moy</b>	<b>6,6 ans (CP/jan) / 2 mois d'écart</b>	<b>Syllabes : 1DS</b> <b>Mots : 2DS</b>	<b>1DS</b>	

Florence Albaret

***Pseudo-hypoacousie infantile et Intervention Orthophonique – Réflexions autour de la prise en charge et des modalités d'interprétation du comportement dit de « simulation » auditive chez l'enfant.***

92 Pages

Mémoire d'Orthophonie – Strasbourg 2014

27 Mai 2014

---

RÉSUMÉ

---

Chaque année, au sein des cabinets ORL, les praticiens rencontrent des enfants simulant une surdité. Si le phénomène est souvent connu des spécialistes, il est pourtant rarement expliqué. La « simulation » peut aller d'une baisse auditive légère à profonde et conduira le médecin, dans certains cas extrêmes, à appareiller son patient si le caractère factice du trouble n'est pas découvert assez tôt. La littérature anglo-saxonne nomme le symptôme « pseudo-hypoacousie ». Les différentes études menées jusqu'ici se sont surtout attachées à déterminer comment le détecter le plus précocement possible. Ces enfants dits « simulateurs » sont déroutants et notamment par le caractère apparemment incompréhensible de leur trouble. Pour l'enfant, que peut signifier un tel comportement et comment y répondre ?

L'étude préliminaire des données d'anamnèses d'une population de 57 enfants simulateurs d'âge scolaire (entre 5 et 14 ans) révèle la présence d'une forte proportion de troubles des apprentissages, à prédominance de troubles phonologiques. Durant 2 mois un bilan orthophonique, composé de différentes épreuves choisies pour évaluer les sous-systèmes langagiers potentiellement mis en cause, a été administré à une cohorte réduite de 14 patients scolarisés à l'école élémentaire (du CP au CM2). Cette étude confirme l'existence de troubles phonologiques et des apprentissages chez dix enfants. Seuls deux d'entre eux ne présenteraient pas de difficultés significatives. Deux autres manifesteraient plutôt des difficultés d'ordre psychique. L'orthophonie pourrait ainsi être envisagée dans de nombreux cas comme un moyen d'apporter du sens au symptôme et par là même de dénouer des situations familiales et/ou scolaires douloureuses et éclatées. Cette proposition met également l'accent sur la nécessité d'un dialogue entre les divers acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles de prendre en charge ces enfants. L'objectif étant toujours de proposer une réponse la plus adaptée possible au symptôme déclaré.

---

Mots Clés : Pseudo-hypoacousie – Simulation – Trouble factice – Dyslexie – Dysorthographe – Phonologie – Métaphonologie – Enfants (CP – CM2)

---

## SUMMARY

---

Every year within ENT practices, doctors come across children simulating deafness. If the specialists know this phenomenon well, yet it often remains unexplained. "Simulation" can range from a slight to severe hearing loss and in extreme cases, would lead the practitioner to provide a hearing aid if the disorder is not discovered as fictitious soon enough. In Anglo-Saxon literature, this symptom is named "pseudohypoacusis" or "Non Organic Hearing-Loss" (NOHL). So far studies have mainly sought to show how to detect it as early as possible. Those children - also called "simulators" - and the seemingly incomprehensible nature of their disorder are a confusing case for the medical profession. For these children, what does such a behavior mean and how to respond to it?

The preliminary study of a population of 57 children (between 5 and 14 years old) is revealing the presence of a high proportion of learning disabilities, predominantly phonological disorders. During two months, a speech-therapy assessment, composed of various tests selected to assess the language subsystems potentially implicated, was administered to a reduced cohort of 14 patients enrolled in primary school (Year 1-5). This study confirms the existence of phonological disorders and learning disabilities for ten children. Only two of them would not have significant difficulties and two others would have difficulties of a psychological order. Speech-therapy could then be considered as a way to bring meaning to the symptom and thereby could resolve family or school situations of distress. This proposal also emphasizes the need for dialogue between the several medical and paramedical actors who support these children. The objective is always to provide the best possible answer to the symptom.

---

Key Words: Pseudohypoacusis – Simulation – Fictitious disorder – Dyslexia – Dysorthography – Learning disabilities - Phonology – Children (CP to CM2)

