

Sylvie Hébert Ph. D.

ACOUPHÈNES

Les reconnaître
et les oublier

TRÉCARRÉ 

SOMMAIRE

Introduction	11
Chapitre 1 LES ACOUPHÈNES, UN FLÉAU MONDIAL	13
Chapitre 2 L'AUDITION, UN SENS MERVEILLEUX!	33
Chapitre 3 LES ACOUPHÈNES OU L'AUDITION DÉBRIDÉE	47
Chapitre 4 ET MAINTENANT, QUE FAIRE ? LES SOLUTIONS	81
Chapitre 5 LES THÉRAPIES VISANT LE SON	103
Chapitre 6 LES THÉRAPIES VISANT LA RÉACTION	119
Chapitre 7 DE NOUVELLES AFFECTIONS AUDITIVES EN PRÉVALENCE CROISSANTE	143
Chapitre 8 LE MOT DE LA FIN : QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR ?	151
Pour en savoir plus	153
Remerciements	159

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'acouphène, qui et quand consulter, comment faire pour améliorer la situation ? « Il n'y a rien à faire » et « Il faut apprendre à vivre avec » sont – hélas ! – des phrases que les personnes qui ont des acouphènes ne connaissent que trop bien. Du point de vue professionnel, ces paroles signifient que les causes médicales ont été écartées. En soi, c'est une bonne nouvelle, mais pour la personne qui souffre, c'est une autre histoire. Ces paroles confirment un diagnostic de condition chronique. Il n'est donc pas étonnant qu'elles aient parfois un effet dévastateur et laissent les personnes concernées en colère, insatisfaites, avec un sentiment d'abandon. Mais le fait est qu'il y a quelque chose à faire.

Un acouphène chronique signifie la perte du silence. Il y a un avant et un après le diagnostic d'acouphène. À un certain moment, un processus d'adaptation s'enclenche et peut d'abord comporter une phase descendante caractérisée par des attitudes négatives – de la peur, de la colère, de la tristesse, des regrets –, puis une phase ascendante – de l'acceptation, de la quête de sens, de la sérénité – qui aboutira ultimement à un nouvel état d'équilibre. Ainsi, l'histoire d'un acouphène évolue le plus souvent vers l'habituation. Mais ce processus prend du temps et du soutien, et chaque personne progresse à son propre rythme. Vous trouverez dans ce livre, je l'espère, des réponses et des outils pour

vous aider à parcourir ce chemin, pour vous tourner vers
l'avenir avec sérénité.

SYLVIE HÉBERT, Ph. D.
Professeure titulaire en audiologie
Université de Montréal

LES ACOUPHÈNES, UN FLÉAU MONDIAL

LA PETITE HISTOIRE

On entend de plus en plus fréquemment parler des acouphènes. On les associe souvent à l'augmentation du bruit dans les sociétés modernes et à l'utilisation d'appareils portatifs pour écouter de la musique, et ce, à des niveaux sonores excessifs. Il est vrai que la prévalence de l'acouphène rapportée est en croissance, peut-être parce qu'il survient plus fréquemment, peut-être parce qu'on en parle davantage. Ce n'est toutefois pas un phénomène nouveau. Hippocrate (460-377 avant notre ère), le père de la médecine et auteur du serment prêté encore aujourd'hui par les médecins, en rapporte les manifestations par trois mots : *echos* (sons), *bombos* (bourdonnements) et *psophos* (faibles sons). Il les associe à la perte auditive, aux maux de tête et aux douleurs menstruelles. C'était l'époque à laquelle les maladies étaient expliquées par un déséquilibre entre les humeurs constituant le corps humain – bile jaune, bile noire, phlegme et sang. Dans ce contexte, l'acouphène était interprété comme une mélancolie causée par un excès de bile noire. La théorie des humeurs a influencé la pratique médicale jusqu'au XIX^e siècle (par exemple, avec la saignée), après quoi elle a été complètement abandonnée. Il est toutefois intéressant de noter que les données cliniques actuelles rapportent un risque augmenté d'acouphène dans des cas de stress psychologique, auquel peut être associée une humeur dépressive.

Plusieurs personnalités célèbres ont parlé de leurs acouphènes

Ludwig van Beethoven (1770-1827) ; William Shatner (1931-) ; Ginette Reno (1946-) ; Karkwa (formation musicale québécoise, compositrice et interprète d'une chanson intitulée *L'Acouphène*) ; Michel Tremblay (1942-), auteur, entre autres, du livre *L'homme qui entendait siffler une bouilloire*, qui décrit bien le tourbillon d'émotions qui survient lorsque les acouphènes apparaissent dans la vie d'un homme, provoqués dans ce cas par une tumeur sur le nerf auditif.

Le terme acouphène n'est apparu que relativement récemment, vers 1950. En français, acouphène (nom masculin souvent utilisé au pluriel) vient du grec *akouein*, entendre, et *phainesthai*, paraître, tandis qu'en anglais, *tinnitus* vient du verbe latin *tinnire*, qui signifie tinter ou sonner. *Le Petit Robert* définit l'acouphène comme un « bourdonnement, sifflement ou autre phénomène perçu par une oreille ou par les deux, voire à l'intérieur du crâne, et ce, en l'absence de tout son extérieur ». Cette définition est très large. Elle ne tient compte ni du caractère occasionnel ou chronique de l'acouphène, ni de sa sévérité. Ce manque de précision rend difficiles l'évaluation du nombre de personnes atteintes et la comparaison des études entre elles.

Particulièrement en France, on utilise l'appellation « acouphénique » pour désigner une personne qui a des acouphènes. Ce néologisme n'apparaît pas encore dans les dictionnaires classiques, mais il est souvent utilisé dans des documents

officiels spécialisés. J'utiliserai dans ce livre l'expression « personne acouphénique ». Selon le contexte, je le préfère au terme « patient » ou à l'expression « personne avec acouphènes ».

DES SONS RÉELS OU DES SONS FANTÔMES ?

On s'entend pour distinguer deux grandes catégories d'acouphènes, les acouphènes objectifs et les acouphènes subjectifs. Les premiers sont rares et se caractérisent par le fait qu'une tierce personne peut les entendre. En d'autres mots, le son est produit par une source située quelque part dans le corps. Ils peuvent par exemple provenir d'une restriction du flot sanguin dans une artère ou une veine près des oreilles et ainsi être entendus par un médecin pendant l'examen. La très grande majorité des acouphènes sont toutefois dits subjectifs, car ils ne sont perceptibles que par la personne atteinte. On s'entend pour dire qu'ils sont causés par une activité nerveuse aberrante générée quelque part dans le système auditif et interprétée à tort comme un son par le cerveau. On ne peut les enregistrer au moyen d'un microphone, même le plus sensible qui soit. C'est entre autres pour cette raison qu'on parle de sons fantômes. D'où l'importance d'obtenir un diagnostic d'acouphène juste et, malgré tout, la difficulté de prouver leur existence. Nous en reparlerons.

SOMMES-NOUS NOMBREUX ?

Les études à grande échelle ont eu recours à différentes questions pour essayer d'évaluer combien de personnes présentent des acouphènes et leur sévérité, ce qui a produit des résultats très variables. Par exemple, on obtient des données très différentes selon qu'on demande à quelqu'un s'il entend « en ce moment » des bruits ou des sons dans ses oreilles, s'il en a entendu « dans le dernier mois », « la dernière année », ou encore s'il « en éprouve fréquemment ». Cela dit, lorsqu'on demande aux gens s'ils ont « des bruits dans la tête ou dans les oreilles qui durent généralement plus

de cinq minutes », de 10 à 30 % d'entre eux répondent par l'affirmative, avec un accroissement du pourcentage pour les personnes qui avancent en âge. La prévalence des personnes atteintes d'acouphènes dérangeants, soit qui interfèrent avec les activités de la vie quotidienne ou affectent la qualité de vie, varie de 3 à 30 %.

Au printemps 2019, une étude de Statistique Canada a rapporté des résultats surprenants à plusieurs égards. Premièrement, la prévalence observée était plus élevée que dans les études précédentes. On estimait en effet à 37 % le nombre de Canadiens âgés de 19 à 79 ans qui rapportaient avoir vécu des acouphènes dans la dernière année. De plus, contrairement aux études précédentes, les pourcentages étaient plus élevés chez les jeunes (46 % chez les 19 à 29 ans) que chez les plus âgés (33 % chez les 30 à 49 ans et 35 % chez les 50 à 70 ans). Parmi les 37 % des Canadiens ayant rapporté des acouphènes, 80 % d'eux ne les considéraient pas comme dérangeants, tandis qu'ils l'étaient pour les autres (20 % du total), affectant divers aspects du quotidien, dont le sommeil, la concentration et l'humeur.

Dans cette même étude, on estimait que 80 % des jeunes de 19 à 29 ans utilisaient des appareils audio portatifs pour écouter de la musique à des niveaux sonores souvent excessifs. Chez les 30 à 49 ans, ce pourcentage était de 53 %, alors qu'il passait à 28 % chez les 50 à 79 ans. Parmi toutes les personnes qui utilisaient ce type d'appareils, les jeunes écoutaient de la musique pour une durée moyenne de 7,8 heures par semaine, beaucoup plus que les 30 à 49 ans (5,5 heures) et les 50 à 79 ans (5,2 heures). Des tendances similaires ont été observées pour l'écoute de la musique à volume élevé ou fort. Un volume « élevé » atteint les trois quarts du volume maximal permis par l'appareil ou davantage, ou encore est élevé au point qu'une personne située à la distance d'un bras doit élever la voix pour se faire entendre. Les jeunes étaient également plus exposés au bruit fort et à la musique amplifiée que les personnes plus

âgées, tant les femmes que les hommes, et ce, au travail comme dans les loisirs. Enfin, les adultes qui avaient vécu un épisode d'acouphène, en particulier ceux chez qui il était jugé dérangeant, étaient plus susceptibles de rapporter une réduction de qualité de vie.

Que retenir de cette étude? Il faut d'abord apporter une nuance. Les taux élevés de personnes qui ont déclaré des acouphènes pourraient être relatifs à la question qui était posée. En effet, on demandait aux gens s'ils avaient vécu un épisode d'acouphène dans l'année précédente. Le résultat comptait aussi bien les personnes avec un acouphène occasionnel (disparu après un certain temps) qu'avec un acouphène chronique (continu). Outre cette nuance, il est connu que l'acouphène occasionnel est fortement associé à l'écoute de sons à volume élevé, ce que confirment les résultats de l'étude. Or, l'exposition à des sons forts est aussi associée à la perte auditive. La forte prévalence d'acouphènes chez les jeunes fait donc redouter que les jeunes gens commencent très tôt à subir des dommages auditifs en raison de cette exposition à la musique forte. Par conséquent, les jeunes présentent un risque élevé de vivre des acouphènes chroniques plus tard dans leur vie. Il y a donc un important travail de sensibilisation et de prévention à faire auprès des jeunes pour qu'ils prennent soin de leur audition.

L'ACOUPHÈNE – SYMPTÔME OU MALADIE ?

La majorité des professionnels de la santé concernés qualifient l'acouphène de manifestation ou de symptôme d'une dysfonction de l'appareil auditif, plutôt que de maladie comme telle. En fait, la maladie en général se définit comme une altération pathologique de cause souvent connue et se manifestant par un ensemble de signes perceptibles par un observateur et de symptômes perçus par la personne. Par exemple, le rhume est caractérisé par des symptômes d'éternuements, de larmoiements, de toux. Une manifestation ou un symptôme peut être

attribuable à différentes maladies : la toux peut être le symptôme d'une pathologie infectieuse, mais aussi d'une allergie, d'un état asthmatique, etc. Il en va de même pour l'acouphène. Il survient en raison d'un problème dans le système auditif – un signal nerveux aberrant perçu comme un son –, mais il peut avoir plusieurs causes. Par exemple, le plus souvent, l'acouphène peut être un symptôme associé à une perte auditive ou l'un des symptômes de la maladie de Ménière, d'une tumeur au nerf auditif, d'un traumatisme acoustique, etc. Parfois, la cause n'est pas identifiable, car aucun dommage évident n'est décelable à l'examen auditif. C'est pourquoi l'acouphène est considéré soit comme une manifestation d'une dysfonction de l'appareil auditif, soit comme un symptôme d'une maladie, selon le contexte.

L'acouphène est néanmoins répertorié dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (la CIM-11), publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce qui peut prêter à confusion. Mais la classification code toutes les affections, y compris les symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements et autres motifs de recours aux services de santé. Elle permet ainsi d'utiliser un langage international commun pour désigner les problèmes de santé. L'acouphène y figure au chapitre 21, « Symptômes ou signes cliniques du processus de l'oreille ou de la mastoïde », et au chapitre 26, sous « Troubles des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge », et sous « Troubles des maux de tête ».

SUIS-JE ATTEINT ? LE DIAGNOSTIC DE L'ACOUPHÈNE

Quel professionnel consulter, et quand ?

Lorsque l'acouphène apparaît comme un nouveau symptôme qui persiste plus d'une semaine, lorsqu'un acouphène existant s'aggrave, lorsque de nouveaux symptômes auditifs apparaissent, ou encore lorsque l'acouphène interfère de façon significative avec la vie quotidienne, le sommeil et l'humeur,

il est souhaitable de consulter un professionnel¹. Mais qui consulter ? Ce n'est pas toujours clair. Habituellement, du moins au Québec, la porte d'entrée vers un diagnostic d'acouphène est le médecin de famille ou l'audiologiste. Le médecin de famille peut poser ou confirmer le diagnostic et exclure quelques-unes des causes possibles.

Au sens de la loi, l'audiologiste ne peut pas poser de diagnostic, mais il peut émettre une opinion en ce sens et faire une recommandation. L'audiologiste dépiste, évalue et traite les troubles de l'audition et de l'équilibre ; il est le professionnel le mieux placé pour l'évaluation, le suivi et la prise en charge des acouphènes. Professionnel membre de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), l'audiologiste détient une formation universitaire supérieure de 2^e cycle (maîtrise). Il pratique dans les centres hospitaliers, les centres de réadaptation, les cliniques universitaires et en cabinet privé. Il peut procéder à un examen complet de l'audition, y compris administrer des tests pour évaluer l'étendue et le type de perte auditive, les réflexes stapédiens (réflexes de l'oreille moyenne), la tympanométrie (vérifier le tympan, l'oreille moyenne et la conduction osseuse), les seuils d'inconfort, la capacité à comprendre la parole. Certains d'entre eux évaluent les vertiges lorsqu'ils ont l'équipement nécessaire. Aussi, de plus en plus d'audiologistes extraient des bouchons de cérumen (ce que l'infirmière et le médecin de famille peuvent également faire). Les audiologistes sont aptes à faire des tests plus approfondis comme l'appariement de l'acouphène et l'évaluation du dérangement. Ils peuvent recommander le port de prothèses auditives et en faire l'ajustement dans le cadre d'une intervention audiolgologique, fournir de l'information, du soutien

1. Lorsque l'acouphène est accompagné de perte auditive subite ou apparaît à la suite d'un traumatisme acoustique ou physique comme un coup à la tête, il faut consulter sans hésiter. En revanche, l'acouphène est très rarement causé par une pathologie qui mettrait la vie en danger. Une consultation en urgence reste donc une situation exceptionnelle.

psychologique ciblé (qu'on appelle aussi du *counselling*), faire le suivi et discuter, en partenariat avec le patient, d'un plan d'intervention et de réadaptation pour un problème d'acouphènes. Certains audiologistes en centre de réadaptation travaillent en équipe avec des psychologues.

Au Québec, les audiologistes peuvent recommander le port de prothèses auditives, mais leur vente est réservée exclusivement aux audioprothésistes, ceux-ci étant les seuls professionnels habilités par l'Office des professions du Québec à vendre, à poser et à remplacer des aides auditives. L'audioprothésiste détient un diplôme d'études collégiales (D.E.C.) en audioprothèse, et il pratique uniquement en cabinet privé.

Le médecin de famille et l'audiologiste peuvent être consultés en première ligne. L'otorhinolaryngologiste (ORL) est quant à lui un médecin spécialiste qui évalue et traite les maladies de la tête et du cou, plus précisément celles qui affectent l'oreille, le nez et le larynx. Il est certainement habilité à poser un diagnostic d'acouphène, mais il est consulté le plus souvent en deuxième ligne, sur recommandation du médecin omnipraticien, pour établir ou approfondir un diagnostic. L'ORL peut recommander une consultation en audiologie si l'audiologiste n'a pas été consulté d'abord.

Le diagnostic

Il n'existe pas de test objectif pour confirmer l'existence d'un acouphène subjectivement rapporté, ni pour en déterminer la sévérité. Il est impossible de prouver au moyen d'un test

qu'une personne a un acouphène. À l'inverse, il est tout aussi difficile de prouver qu'elle n'en a pas. Ainsi, le compte rendu subjectif de la personne atteinte revêt une très grande importance.

Trois éléments sont essentiels pour diagnostiquer un acouphène.

L'histoire de cas

Au cours de la première rencontre avec le clinicien – médecin, audiologiste ou ORL –, plusieurs des renseignements fournis dans le récit du patient vont aider dans la recherche d'une cause, l'étiologie. La description des bruits entendus et leur association avec un événement déclencheur ou d'autres symptômes sont des facteurs clés dans l'identification de l'acouphène et la recherche d'une cause précise. Il s'agit des paramètres suivants :

- leur fréquence – basse comme un bourdonnement sourd ou haute comme un sifflement aigu ;
- leur localisation – à l'intérieur de la tête, dans les deux oreilles ou dans une seule ;
- leur apparition ou une aggravation – graduelle ou soudaine, après un événement particulier ; par exemple un traumatisme acoustique, un coup à la tête, un accident de voiture, un travail dans un environnement bruyant ;
- leur association avec la prise d'un médicament ;
- leur association avec d'autres symptômes, comme une sensation d'oreille « pleine », des douleurs à la mâchoire, une malocclusion causée par des dents manquantes, des vertiges, des maux de tête ou une hypersensibilité aux sons, ou encore une synchronisation avec les battements cardiaques. Par exemple, un bruit de basse fréquence décrit comme un grondement accompagné de perte auditive fluctuante et de vertiges pourrait orienter le diagnostic vers la maladie de Ménière et suggérer au clinicien de procéder à des tests supplémentaires. Une exposition au bruit au travail pendant plusieurs années

pourrait orienter vers un diagnostic d'acouphènes causés par une perte auditive neurosensorielle.

Les renseignements importants à fournir au clinicien lors d'un rendez-vous pour motif d'acouphènes

1. Le moment où l'acouphène est apparu. (Si le motif de consultation est un changement dans l'acouphène, indiquer le moment où il a changé.)
2. À quoi il ressemble : chute d'eau, criquet, bourdonnement, sifflement...
3. À quel endroit il est localisé : dans une oreille, dans les deux oreilles, à l'intérieur de la tête...
4. Indiquez si vous avez des problèmes d'équilibre et depuis quand.
5. Indiquez si vous prenez des médicaments et lesquels.
6. Parlez de votre occupation, de votre état de santé (maladie et médicaments), indiquez si vous fumez, si vous avez une histoire familiale de maladie ou de problèmes auditifs.
7. Indiquez si vous avez été exposé à des sons forts dans votre travail ou dans vos loisirs.
8. Faites savoir au clinicien si vous avez eu un coup à la tête ou un accident.
9. Indiquez si votre acouphène affecte votre sommeil, votre équilibre émotionnel, votre travail, votre vie sociale, votre concentration...
10. Indiquez si vous ressentez des douleurs à la mâchoire.

11. Indiquez au clinicien si votre audition a changé ou si elle change périodiquement.
12. Dites ce qui, selon vous, a pu causer votre acouphène.
13. Énumérez les facteurs qui améliorent ou aggravent votre acouphène.
14. Parlez des répercussions de vos acouphènes sur votre quotidien.
15. Dites si l'acouphène affecte votre travail.
16. Indiquez au clinicien si vous avez tenté des traitements et lesquels.

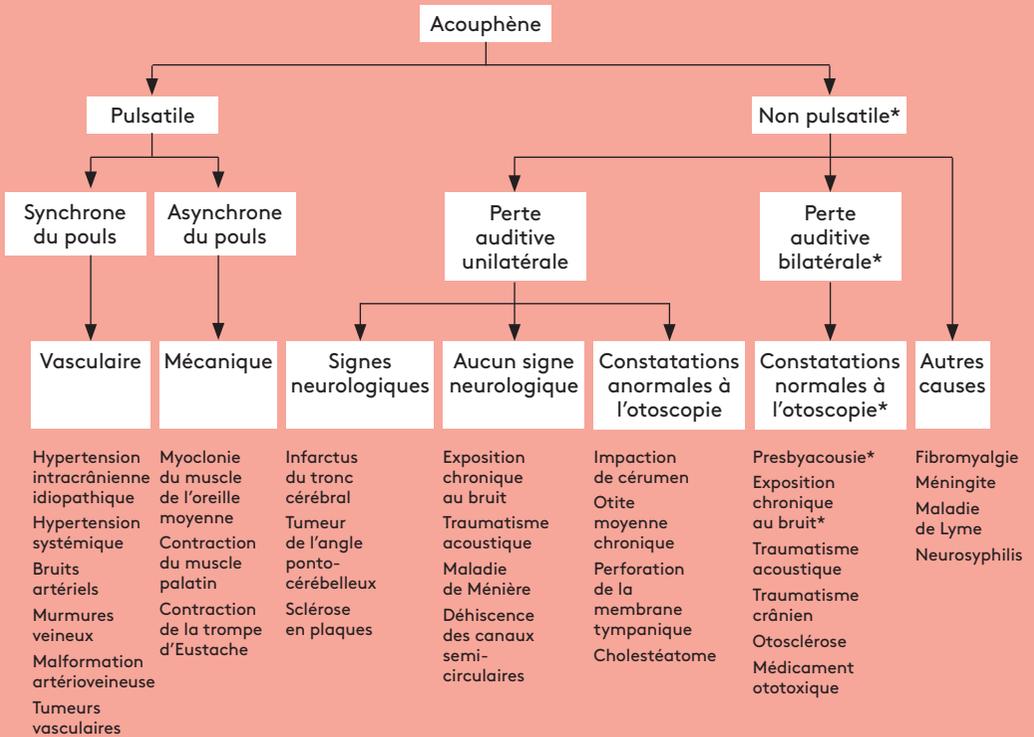
L'examen physique de base et la référence en consultation

L'examen physique comprend minimalement une otoscopie pour inspecter le conduit auditif externe et le tympan. L'otoscopie est essentielle afin de vérifier l'intégrité du tympan, de rechercher et d'extraire les bouchons de cérumen et de détecter tout signe d'infection, par exemple des otites de l'oreille moyenne. Elle se fait à l'aide de l'otoscope, un instrument médical familier constitué d'un manche et d'une tête munie d'une lumière, d'une lentille grossissante et d'un embout jetable. Le clinicien jugera ensuite si une référence en otorhinolaryngologie est nécessaire.

Le rôle de l'ORL est de déterminer s'il y a des causes médicales qui peuvent être traitées ou doivent être prises en charge. Par exemple, l'ORL peut recommander une lecture cérébrale (un *scan*) afin de vérifier s'il y a une tumeur sur le nerf auditif. Il s'agit d'une tumeur rare et à développement lent, mais s'il y en a une, il faudra possiblement l'extraire. Certains cliniciens recommandent la dentisterie ou la physiothérapie afin

d'évaluer le bon fonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, celle de la mâchoire. Ces examens, que ce soit en ORL ou autres spécialités, ne sont toutefois pas considérés comme des examens de routine pour l'acouphène, ils revêtent plutôt un caractère exceptionnel.

Les causes médicales des acouphènes



* Causes les plus fréquentes de l'acouphène.

Source: Wu et coll., 2018

L'examen audiolgique

Beaucoup de gens atteints d'une perte auditive ne s'en rendent pas compte. C'est pourquoi les patients qui rapportent des acouphènes devraient toujours être dirigés vers l'audiologie pour un examen. Plusieurs tests cliniques sont disponibles afin de déterminer le type et l'ampleur d'une perte auditive, et éventuellement y remédier. De plus, lorsqu'un acouphène est le motif principal de la consultation, l'audiologiste a parmi ses tâches importantes à départager les patients qui sont gravement affectés par leurs acouphènes, quelquefois appelés des acouphènes décompensés ou cliniques, de ceux qui ne le sont pas, et qui ont des acouphènes compensés ou non cliniques. L'audiologiste évalue la sévérité de l'acouphène et ses répercussions à l'aide de questionnaires validés ou au moyen de questions ouvertes. Les audiologistes sont en mesure de faire une évaluation psychoacoustique de l'acouphène (appariement) lorsque le patient le demande ou lorsque c'est indiqué pour l'intervention. Enfin, lorsque c'est approprié, l'audiologiste prépare un plan d'intervention en collaboration avec le patient.

Mme M. ou consulter le bon professionnel au bon moment

Un an après avoir pris sa retraite, en 2006, alors âgée de 56 ans, Mme M. a commencé à entendre un sillement (ou sifflement) aigu dans l'oreille droite. Lors d'une consultation en audiologie, on lui a confirmé une audition normale pour son âge et la présence d'un acouphène subjectif. En 2009, Mme M. a remarqué l'apparition d'un

nouveau bruit dans son oreille droite, qu'elle décrivait comme un « oumph » répétitif. Elle entendait faiblement « battre son cœur » dans son oreille. À l'apparition de ce nouveau symptôme, Mme M. consulte de nouveau en audiologie, et on la réfère en otorhinolaryngologie. L'ORL lui confirme qu'elle entend le bruit avec son stéthoscope et donc qu'il s'agit bel et bien d'un acouphène pulsatile objectif. Elle attribue cet acouphène à une oreille vieillissante et ne poursuit pas davantage l'investigation.

Un matin de juin 2018, Mme M. se réveille abruptement avec le même oumph répétitif dans l'oreille droite, mais tellement fort qu'elle l'estime à 12 sur une échelle d'intensité de 0 à 10. L'acouphène interfère significativement avec la qualité de vie de cette femme active. Elle remarque que lorsqu'elle applique une pression dans son cou, juste sous son oreille, son acouphène diminue fortement. Elle consulte donc de nouveau un ORL, qui lui fait passer un angioscan avec contraste. On lui diagnostique une fistule artérioveineuse durale à droite. Son ORL la réfère en neurologie. Après des examens particuliers d'imagerie cérébrale, elle subit deux traitements endovasculaires, qui ne donnent pas les résultats escomptés sur l'intensité de son acouphène. On lui affirme toutefois que celui-ci n'est pas dangereux. Mme M. est déterminée à apprendre à l'ignorer. Elle effectue des travaux manuels (tricot, couture, cuisine) qui la passionnent et qui l'aident à se distraire, détournant son attention de ses acouphènes.

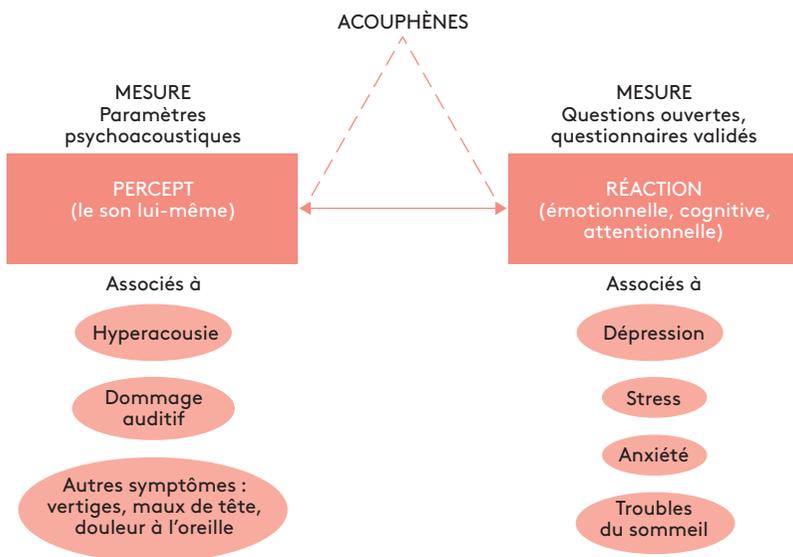
COMMENT LES ÉVALUER ?

LES DEUX FACETTES DES ACOUPHÈNES

Un acouphène peut être défini par des caractéristiques comme sa fréquence et son intensité (voir le chapitre 3), qu'on peut estimer en clinique par l'appariement psychoacoustique. C'est le son lui-même. Cette facette de l'acouphène correspond à ce qu'on appelle le percept.

L'autre facette de l'acouphène est la réaction de la personne atteinte. Si on prend deux personnes qui ont des acouphènes similaires en fréquence et en intensité, leur réaction peut être très différente: l'une peut en être très peu dérangée, tandis que l'autre peut l'être grandement. Ces deux facettes des acouphènes, le percept et la réaction, sont évaluées par des outils différents.

Figure 1.1 Les deux facettes de l'acouphène subjectif, leurs mesures et les problèmes associés



L'évaluation du percept ou l'appariement psychoacoustique

Qu'est-ce que l'appariement psychoacoustique de l'acouphène? C'est la procédure clinique qui permet de faire une estimation de la fréquence dominante et de l'intensité de l'acouphène. Ensuite, il s'agit de savoir s'il peut être masqué par des bruits externes et à quelle intensité – c'est le degré minimal de masquage. Finalement, après la présentation d'un bruit masquant, il s'agit de déterminer si l'acouphène peut diminuer ou même disparaître – c'est l'inhibition résiduelle. Dans la grande majorité des cas, l'acouphène disparaît ou diminue en intensité. Dans certains cas rares, l'acouphène augmente en intensité. Peu importe qu'il diminue, qu'il disparaisse ou qu'il augmente, l'acouphène revient à la normale après quelques secondes.

À quoi sert l'appariement? L'appariement est utile pour donner une tangibilité à l'acouphène – non, vous n'êtes pas fou! Il permet d'identifier le son exact qui correspond à l'acouphène, ou à tout le moins à un son qui s'en approche. La disparition temporaire de l'acouphène par le test d'inhibition résiduelle peut être une expérience saisissante à la fois pour le patient et pour le clinicien. Pour le patient, l'expérience du silence pour la première fois depuis longtemps peut provoquer une forte réaction émotive. Pour le clinicien, la réaction du patient qui expérimente ce silence peut être très touchante. Les méthodes cliniques sont toutefois encore rudimentaires pour réaliser l'appariement, et celui-ci ne réussit pas toujours, pour les raisons détaillées au chapitre 2.

L'appariement peut indiquer si la personne serait une bonne candidate au générateur de son. Une personne chez qui l'acouphène augmente avec l'exposition au son masquant, par exemple, sera peu encline à accepter un masqueur comme élément de gestion de l'acouphène. À l'inverse, une personne chez qui l'acouphène répond bien sera plus susceptible d'en faire

l'essai. Les paramètres de l'acouphène comme sa fréquence et son intensité peuvent aussi servir à bien ajuster le bruit généré par un masqueur et à faire le suivi clinique.

L'évaluation de la réaction : les questionnaires

Les professionnels disposent de plusieurs outils pour évaluer les répercussions d'un acouphène. L'exemple de la page suivante est un questionnaire validé qui évalue la détresse psychologique associée à l'acouphène. Où vous situez-vous ?

Le résultat final se calcule en additionnant les points obtenus pour chaque réponse, pour un total possible de 104 points. Il n'y a pas de normes en tant que telles pour définir des catégories de sévérité au moyen de ce questionnaire, mais de façon générale, plus le résultat est élevé, plus l'acouphène est perçu comme dérangeant. Un repère utile : un résultat équivalent à 16 ou moins suggère une bonne gestion de l'acouphène. Un résultat supérieur à 16 peut signifier qu'une aide professionnelle pourrait être bénéfique. Les réactions émotionnelles sont évaluées par les réponses aux questions 1 à 5, 8 à 11, 14 à 17, 19, 22 et 24 à 26. L'interférence de l'acouphène dans le travail, les relations sociales et les activités de loisir est évaluée par les réponses aux questions 6, 7, 12, 13, 18, 20 et 21. La question 23 renvoie aux troubles du sommeil. Les questions 22 et 24 révèlent les sentiments de désespoir et les pensées suicidaires associées aux acouphènes. Lorsque le total des points obtenus en réponse à ces deux dernières questions est de 3 ou 4, il faut aller chercher de l'aide professionnelle, en particulier si le résultat global est élevé.

Si, lors d'une consultation, on vous dit qu'« il n'y a rien à faire » alors que vos acouphènes vous empoisonnent la vie, ou si vous êtes insatisfait des réponses qu'on donne à vos questions, je vous recommande de consulter un professionnel plus précisément formé dans le domaine des acouphènes. Il saura vous accompagner dans votre parcours et vous proposer des solutions.

La mesure de la détresse psychologique liée à l'acouphène : un sondage

Instructions – Dans la liste présentée ci-dessous, certaines phrases peuvent s'appliquer à vous, d'autres non. Pour répondre à chaque question, entourez le nombre qui reflète le mieux combien cette phrase s'est appliquée à vous au cours de la semaine qui vient juste de s'écouler.

0 = pas du tout

1 = rarement

2 = de temps en temps

3 = la plupart du temps

4 = presque tout le temps

- | | |
|---|-----------|
| 1. Mon acouphène m'a rendu malheureux. | 0 1 2 3 4 |
| 2. J'étais tendu à cause de mon acouphène. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Mon acouphène m'a fait sentir irritable. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Mon acouphène m'a donné un sentiment de colère. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Mon acouphène m'a fait pleurer. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Mon acouphène m'a fait éviter les endroits calmes. | 0 1 2 3 4 |
| 7. J'ai été moins intéressé par les sorties à cause de mon acouphène. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Mon acouphène m'a rendu dépressif. | 0 1 2 3 4 |
| 9. Mon acouphène m'a contrarié. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Mon acouphène m'a embrouillé l'esprit. | 0 1 2 3 4 |

11. Mon acouphène m'a rendu « fou ». 0 1 2 3 4
12. Mon acouphène m'a empêché d'apprécier la vie. 0 1 2 3 4
13. Mon acouphène m'a empêché de me concentrer. 0 1 2 3 4
14. Mon acouphène m'a empêché de me détendre. 0 1 2 3 4
15. Mon acouphène a provoqué chez moi un sentiment de détresse. 0 1 2 3 4
16. Mon acouphène m'a fait ressentir de l'impuissance. 0 1 2 3 4
17. Mon acouphène m'a donné un sentiment de frustration. 0 1 2 3 4
18. Mon acouphène m'a empêché de travailler. 0 1 2 3 4
19. Mon acouphène m'a conduit au désespoir. 0 1 2 3 4
20. Mon acouphène m'a fait éviter les endroits bruyants. 0 1 2 3 4
21. Mon acouphène m'a incité à éviter les situations sociales. 0 1 2 3 4
22. Mon acouphène m'a fait désespérer de l'avenir. 0 1 2 3 4
23. Mon acouphène a perturbé mon sommeil. 0 1 2 3 4
24. Mon acouphène m'a fait songer au suicide. 0 1 2 3 4
25. Mon acouphène m'a fait éprouver un sentiment de panique. 0 1 2 3 4
26. Je me suis senti torturé par mon acouphène. 0 1 2 3 4

Version française du questionnaire de la mesure de la détresse psychologique associée à l'acouphène (Wilson, Henry et coll., 1991; validation du texte en France par Meric et coll., 2000).

Un acouphène chronique signifie la perte du silence.

« Il n'y a rien à faire » et « Il faut apprendre à vivre avec » sont des phrases que les personnes acouphéniques ne connaissent que trop bien.

Souvent dévastatrices, ces paroles laissent les gens concernés en colère, insatisfaits, avec un sentiment d'abandon. Mais, pour les 3 à 30 % de la population qui sont atteints d'acouphènes dérangeants (interférant avec les activités quotidiennes ou affectant la qualité de vie), il y a pourtant quelque chose à faire ; il existe un avant et un après le diagnostic d'acouphène.

En présentant les facteurs de risque et les problèmes associés à divers troubles de l'audition, cet ouvrage explique l'acouphène, qui et quand consulter et comment faire pour améliorer la situation. Il offre des techniques et des solutions pour briser l'isolement et donner de l'espoir à tous ceux qui souffrent dans le bourdonnement constant.



Sylvie Hébert est professeure titulaire en audiologie à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal. Elle a publié des études pionnières sur l'évaluation psychoacoustique et les comorbidités des acouphènes, en particulier sur le stress et la détresse psychologique en lien avec les acouphènes.

hebertlab.ca/


Groupe
Livre
QUÉBECOR

ISBN 978-2-89568-779-5



9 782895 687795