

ANAMNESE

Date:

NOM:

Prénom:

Adresse:

Profession:

Par qui avez-vous été adressé(e) ?

ACOUPHENES: Date et circonstances d'apparition :

Comment le décririez vous ?

Localisation et caractéristiques: OD OG TETE Fluctuant matin midi soir nuit

Atténué par le bruit ?

Par le silence ?

Est-il accompagné d'autres troubles ?

Perte auditive Vertiges Sensations vibratoires Distorsions Hyperacousie Phonophobie

misophonie

Circonstances propices à son apparition:

SUIVI MEDICAL:

Parcours médical (Médecins, Audio-prothésistes, Psycho..., examens) :

ATTENTES DU PATIENT / SOPHROLOGIE:

COEFFICIENTS THI /DATES:



SCORE TOTAL (faites le total du nombre de points et comparez le résultat par rapport aux niveaux ci-dessous)

De 0 à 16	Handicap léger (uniquement perceptible dans un environnement calme)	NIVEAU 1
De 18 à 36	Handicap modéré (facilement couvert par des sons provenant de l'environnement et facilement oublié lors d'activités)	NIVEAU 2
De 38 à 56	Handicap moyen (perçu en présence d'un bruit de fond : les activités quotidiennes peuvent malgré tout être effectuées)	NIVEAU 3
De 58 à 76	Handicap lourd (presque toujours perceptible, il conduit au dérèglement des structures du sommeil et est susceptible de porter atteinte aux activités quotidiennes)	NIVEAU 4
De 76 à 100	Handicap invalidant (constamment perceptible, structures du sommeil dérégées, difficultés rencontrées pour toute activité)	NIVEAU 5

F = sous-échelle fonctionnelle – E = sous-échelle émotionnelle – C = sous-échelle catastrophique :

score total : F E C

TINNITUS HANDICAP INVENTORY (THI)

Version française du Tinnitus Handicap Inventory. Vghulyan-Bedikian, M. Paolino, F. Giorgetti-D'Escleres, F. Paolino.

L'Encéphale (2010 36,390-396)

Validée par Ghulyan-Bédikian et coll.(2010)

ITEM	REPONSE		
	4	2	0
1F. A cause de votre acouphène, vous est-il difficile de vous concentrer ?	OUI	PARFOIS	NON
2F. A cause de l'intensité de votre acouphène, vous est-il difficile d'entendre les personnes qui vous entourent	OUI	PARFOIS	NON
3E. Votre acouphène vous rend-il coléreux ?	OUI	PARFOIS	NON
4F. Vous sentez-vous l'esprit confus(e) à cause de votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
5C. A cause de votre acouphène vous sentez-vous désespéré(e) ?	OUI	PARFOIS	NON
6E. Vous plaignez-vous beaucoup de votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
7F. A cause de votre acouphène, avez-vous du mal à trouver le sommeil la nuit ?	OUI	PARFOIS	NON
8C. Avez-vous le sentiment de ne pas pouvoir vous libérer de votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
9F. Votre acouphène interfère-t-il dans votre plaisir à pratiquer des activités sociales (aller au restaurant, au cinéma...)?	OUI	PARFOIS	NON
10E. A cause de votre acouphène, vous sentez-vous frustré(e) ?	OUI	PARFOIS	NON
11C. A cause de votre acouphène, avez-vous le sentiment d'être atteint(e) d'une maladie grave ?	OUI	PARFOIS	NON
12F. A cause de votre acouphène vous est-il difficile de profiter pleinement de la vie ?	OUI	PARFOIS	NON
13F. Votre acouphène, interfère-t-il dans vos responsabilités au travail ou à la maison ?	OUI	PARFOIS	NON
14E. Trouvez-vous que vous êtes souvent irritable à cause de votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
15F. A cause de votre acouphène, vous est-il difficile de lire ?	OUI	PARFOIS	NON
16E. Etes-vous contrarié(e) ou bouleversé(e) par votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
17E. Pensez-vous que votre problème d'acouphène a installé un stress dans vos relations avec les membres de votre famille et vos amis ?	OUI	PARFOIS	NON
18F. Vous est-il difficile de vous concentrer sur autre chose que votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
19C. Pensez-vous ne pas avoir de contrôle sur votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
20F. A cause de votre acouphène, vous sentez-vous souvent fatigué(e) ?	OUI	PARFOIS	NON
21E. A cause de votre acouphène, vous sentez-vous déprimé(e) ?	OUI	PARFOIS	NON
22E. Votre acouphène vous rend-il anxieux(se) ?	OUI	PARFOIS	NON
23C. Pensez-vous ne plus pouvoir faire face à votre acouphène ?	OUI	PARFOIS	NON
24F. Votre acouphène s'aggrave-t-il quand vous êtes stressé(e) ?	OUI	PARFOIS	NON
25E. Votre acouphène vous donne-t-il un sentiment d'incertitude ?	OUI	PARFOIS	NON
TOTAL			

TINNITUS HANDICAP INVENTORY (THI)

Version française du Tinnitus Handicap Inventory. Vghulyan-Bedikian, M. Paolino, F. Giorgetti-D'Escleres, F. Paolino.

L'Encéphale (2010 36,390-396)

Validée par Ghulyan-Bédikian et coll.(2010)

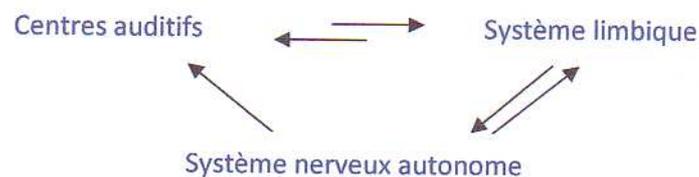
ACOUPHENES ET SOPHROLOGIE

De l'oreille externe au système nerveux central :

L'oreille externe capte le son par le pavillon.

Les vibrations sonores parviennent au tympan puis aux osselets, l'étrier transmet cette énergie mécanique à la cochlée. Sous cette impulsion, à l'intérieur de la cochlée, des petites cellules ciliées se mettent à leur tour en mouvement et permettent la transformation de l'énergie mécanique en énergie électrique. L'influx nerveux ainsi créé chemine le long du nerf auditif. Les informations parviennent alors au cerveau, parmi elles, il existe une multitude de signaux sans intérêt que le cerveau néglige, c'est la " fonction filtre". Quand l'information est classée comme signifiante, elle est, par contre, intégrée dans le cortex et le son est perçu.

Dans la situation d'un patient souffrant d'acouphènes, le cerveau ne joue plus ce rôle de filtre et prend en compte un signal qu'il aurait du ignorer. Le système limbique (émotions) et le système nerveux autonome (réactions neuro-végétatives) interfèrent alors dans les niveaux de gêne ou d'intolérance vécus par le sujet. L'acouphène peut alors se voir attribuer une connotation émotionnelle négative, voir aversive et devenir lui-même agent stressant, renforçant le processus de sa perception négative dans la conscience. Une boucle s'installe avec comportements inadaptés.



Le travail sophrologique se fait au niveau d'intégration de la conscience, niveau où le cerveau conceptuel perd de son impact :

Les pratiques permettent la gestion des émotions et le réajustement des réactions du sujet face au stress, elles favorisent donc une meilleure adaptation aux événements du quotidien. Elles ont pour finalité l'habituation, cette capacité du cerveau donnant au patient souffrant d'acouphènes, la possibilité de retrouver bien être et qualité de vie.

" Ne plus subir, devenir Acteur de son mieux-être"

Nous continuons nos fiches explicatives de thérapies commencées dans le numéro 71 : stimulations électro-acoustiques et le numéro 74 : les thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles...

Chaque fiche nous donne la définition, la logique de traitement, le protocole, le déroulement d'une séance, ce que l'on peut en apprendre ou en attendre et les limites du traitement.

Rappel Un de nos objectifs est de vous informer sur les moyens de mieux-être et les thérapies existantes. France Acouphènes ne conseille aucune thérapie en particulier, car chacun d'entre nous n'a pas les mêmes attentes, ni les mêmes besoins, ni les mêmes sensibilités. Chaque fiche est rédigée par un ou des professionnel(s) qui utilise(nt) cette thérapie dans sa (leur) pratique au cours de ses (leurs) consultations. Nous sommes à votre écoute pour toute suggestion.



La sophrologie

par Colette Baglione et Patricia Grévin, sophrologues

Définition

La sophrologie est une méthode scientifique qui étudie la conscience avec des techniques propres permettant à l'être humain une maîtrise de son équilibre.

Logique de traitement

Le sophrologue sera dans un premier temps un pédagogue du « respire » : apprendre à mettre en place une respiration abdominale, poser le souffle seront les outils qu'il proposera au pratiquant pour se relaxer, celui-ci pourra alors commencer à ressentir des sensations corporelles agréables et apaisantes, et redécouvrir un « mieux-être » qu'il « pensait » souvent avoir perdu définitivement... Puis par des pratiques régulières, la personne pourra au fil des séances gagner l'autonomie dont elle a besoin pour vivre un quotidien plus serein. Elle pourra vivre des techniques spécifiques qui lui permettront de prendre conscience de ses propres capacités d'harmonie entre corps et esprit : ré-appivoiser sa sensorialité malmenée, réapprendre qu'en soi existe encore la possibilité d'un nouveau regard, ressentir différemment les événements, découvrir de « nouveaux possibles »... C'est au travers de la propre expérimentation du patient et de son vécu intime que la sophrologie peut permettre une nouvelle façon de vivre positivement en toute conscience dans « l'ici et le maintenant ».

Protocole de traitement

Il est proposé un protocole de 6 séances individuelles, mais la personne peut aussi, bien sûr, découvrir la sophrologie au sein de groupes à thématiques acouphènes ou de groupes ouverts traitant les bases générales de la sophrologie. Les modules sont alors généralement répartis sur un trimestre à raison d'une séance par semaine.

Déroulement d'une séance et ce que l'on peut y apprendre

En séance individuelle : la séance commence par l'« anamnèse » et un échange entre patient et sophrologue puis celui-ci donne quelques explications concrètes sur la pratique. En séances de groupe, l'échange se fait entre le sophrologue et les membres du groupe qui le souhaitent. La pratique débute généralement par une **sophronisation de base** : exercice de 1^{re} prise de conscience des sensations corporelles permettant rapidement un relâchement musculaire, une détente mentale et la modification du niveau de conscience. Selon les séances, la « sophronisation » peut être suivie d'exercices corporels appelés **relaxation dynamique** : ce sont des méthodes constituées d'une suite d'activations : respiration, mouvements simples adaptables à tous, et de pauses où le pratiquant accueille ses sensations corporelles et son ressenti de l'instant. Le sophrologue peut, à côté des relaxations dynamiques, proposer différentes **techniques spécifiques** pour renforcer les structures de la personne tant sur le plan physique que psychique : on y trouvera par exemple la technique du déplacement du négatif, durant lequel le patient apprendra au travers du souffle à expulser ses tensions négatives, ou la technique de renforcement du positif, avec l'aide possible d'une visualisation apaisante ou agréable. Les séances se terminent par un dialogue où le patient peut exprimer le ressenti qu'il a éprouvé durant la pratique.

Limites du traitement

La sophrologie ne propose pas la disparition de l'acouphène, mais de le mettre à distance. Elle permet à la personne de prendre conscience de tout son potentiel de mieux-être, et de mobiliser ses ressources personnelles : faire non seulement face à la réalité du quotidien, mais reprendre plaisir dans ces instants tout simples de vie.

« Ne plus subir le symptôme mais être acteur de son mieux-être », ces quelques mots reflètent au mieux ce que la sophrologie peut offrir à un patient souffrant d'acouphènes.

→ Les indications données sur ces fiches pratiques de thérapie n'engagent que leurs auteurs et en aucun cas l'association France Acouphènes

1° CONSULTATION ORL D'UN PATIENT SOUFFRANT D'ACOUPHENES

Pr.B.Frchet. Dr M.Ohresser. Dr J.C Pichon. Dr V.Loche

Le Docteur Ohresser débute cette intervention en nous présentant cette 1° consultation ORL dans toute la rigueur de son protocole.

Constituée d'une anamnèse, d'un examen ORL avec audiogramme tonal et vocal, acouphénométrie et tympanogramme, cette 1° visite permet à l'ORL de fournir des explications de la physiopathologie de l'acouphène au patient, de lui présenter l'évolution possible, et les traitements envisageables.

L'analyse du bilan auditif se concentre essentiellement sur l'acouphénométrie : La fréquence trouvée pour l'acouphène permet d'expliquer si celui-ci, est ou non, corrélé au déficit auditif. L'intensité, elle, permet à l'ORL d'aborder avec le patient, le phénomène de perception de l'acouphène : 91% des acouphènes sont inférieurs à 12dB, certains même, ne dépassent pas 5dB, et suffisent pourtant à provoquer une sensation de gêne importante. Rappelons ici que le chuchotement atteint déjà 20 dB. Il est donc utile d'expliquer au patient, que le cerveau augmente la perception de l'acouphène et, d'introduire à ce niveau, les notions de cerveau cognitif et limbique.

Mais il s'agit, bien sur, d'adapter le discours au patient. A ce propos, Madame Ohresser témoigne utiliser souvent des images toutes simples pour rendre l'explication plus facilement compréhensible. Pour expliquer le phénomène de tri sélectif dont est capable le cerveau ; Mme Ohresser nous dit citer souvent l'exemple d'une maman, seule avec son bébé, qui s'éveille au moindre bruit de celui-ci mais reste endormie profondément si c'est le papa, qui à la charge d'assurer la surveillance de la nuit.... Pour aborder l'habituation et l'hypersensibilité, l'exemple choisi peut être celui de la limace de mer : Caressé, l'animal se rétracte dès le 1° contact, puis, cesse cette réaction si la caresse continue. Touché, dans une intention malveillante qui se transforme ensuite en caresse, il continuera tout de même à se rétracter.. Ces explications ouvrent sur la prise de conscience pour le patient, que l'acouphène, n'est pas...un simple problème d'oreille... Le docteur Ohresser souligne que les mots du médecin pèsent alors très lourdement durant cette 1° visite, le message étant difficile à délivrer ...

Quand la réalité a été posée, il s'agit alors pour le médecin, de présenter les différentes aides possibles et d'introduire la notion de pluridisciplinarité : audioprothésiste, psychologue, sophrologue... La 1° consultation est donc riche en complexité pour l'ORL car il a pour rôle d'amener le patient à adhérer avec confiance à la stratégie proposée, alors que celui-ci vient d'être informé du caractère problématique et multifactoriel du symptôme qu'il subit...

La 2° partie de l'exposé pose la question du comment guérir ? Les médecins intervenant, insistent sur le fait qu'il s'agit là de lever toute ambiguïté quant à la "guérison". La situation doit être exprimée avec clarté. Afin de permettre au patient de faire son deuil du silence, l'habituation lui est donc présentée comme la "guérison" recherchée.

Le Docteur Pichon poursuit en présentant les réunions qu'il propose à ses nouveaux patients au sein de sa propre équipe pluridisciplinaire. Il parle à ce propos de "tricéphale" pour évoquer les 3 approches : clinique, technique et psychologique, que permet la pluridisciplinarité. Il insiste sur les horizons nouveaux qu'elle ouvre pour chacun des professionnels accueillant, de ce fait, son patient avec un autre regard :

L'audioprothésiste est présenté comme incontournable dans la prise en charge pluridisciplinaire. De plus, en adossant son discours à celui de l'équipe, il renforce la relation de confiance qui s'établit avec le patient.

Le psychologue aborde le problème sous l'angle de la subjectivité du symptôme, dans une démarche empathique faite d'orientations et de conseils.

L'ORL conditionne l'adhésion du patient à la prise en charge. Ses capacités d'écoute, de dialogue, de prise en compte de la souffrance, et de perception du niveau de douleur du patient, sont celles dont il doit faire preuve pour cibler l'accompagnement thérapeutique. Celui-ci se fera, soit au travers d'une simple réassurance, soit selon une prise en charge plus longue.

Mr Pichon, poursuit en présentant des propos de patients témoignant du bien fondé de cette 1° réunion pluridisciplinaire :

- " L'expression de mon mal être a permis de cibler les paramètres du protocole d'accompagnement "
- " Tout ce que je disais faisait écho en eux "
- " Ils m'ont expliqué d'utiliser ma sensibilité afin que je puisse me focaliser sur mes émotions et non sur ce bruit "
- " Je me suis sentie comprise dans ce fléau "

Mr Pichon conclue en insistant sur les avantages de cette pluridisciplinarité, qui apporte :

- L'évolution des pratiques de chaque professionnel au fil des réunions avec enrichissement et perfectionnement de chacun
- L'optimisation de la puissance du discours thérapeutique. La personnalisation du protocole de traitement
- Le renforcement de la confiance accordée par le patient

EXTRAIT DE L'ETUDE :

Troubles attentionnels chez les patients acoupheniques

Coralie Bally, Louise Lefort

HAL Id: dumas-01077426 <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01077426> Submitted on 24 Oct 2014

« **PROBLEMATIQUE** L'attention est une fonction cognitive complexe qui permet de traiter, organiser et acquérir des informations qui influenceront par la suite nos comportements. Elle intervient dans la quasi totalité de nos conduites et activités de la vie quotidienne, en sous-tendant de nombreux aspects comportementaux automatiques dont nous n'avons pas immédiatement et pleinement conscience. S'appuyant sur ce constat, il nous est apparu intéressant d'explorer les fonctions attentionnelles des patients acouphéniques chroniques dans la mesure où, au quotidien, des difficultés attentionnelles auditives sont rapportées par les patients et leur entourage. [1] En effet, lorsque l'acouphène a des répercussions sur l'état psychologique de la personne, celle-ci se focalise alors sur ce son fantôme et lui octroie une partie de ses ressources attentionnelles. Les processus attentionnels requis pour une tâche donnée ne sont donc pas entièrement disponibles puisqu'une part est allouée à l'acouphène. [23] En outre, les patients développent un réflexe conditionné d'attention dirigé vers l'acouphène mais également pour certains bruits d'ordinaire totalement anodins, en cas d'hyperacousie associée. [7] Dans ce contexte, les patients gênés par leurs acouphènes ont-ils des troubles attentionnels en modalités auditives et visuelles ? A notre connaissance, cette étude serait la première à prendre en compte conjointement ces deux modalités. »

« **HYPOTHESES DE L'ETUDE** L'hypothèse générale est que les acouphènes provoqueraient chez les patients des difficultés cognitives au sein des fonctions attentionnelles, plus particulièrement au niveau de l'attention soutenue pour des tâches non routinières et complexes, ainsi que des troubles de l'attention divisée, qui se manifesteraient par des erreurs et des temps de réponses plus longs. Les difficultés cognitives semblent être dues à une mauvaise gestion de l'attention et à l'anxiété liée aux acouphènes. Nous partirons donc des hypothèses suivantes : → Les sujets acouphéniques sont plus lents et commettent plus d'erreurs que le groupe contrôle. → Ces différences sont plutôt domaine spécifique touchant certaines compétences attentionnelles/fonctions exécutives (attention soutenue, attention divisée, inhibition, flexibilité). → Il y aurait une influence de l'âge, du niveau d'étude, de la latéralité et de la date d'apparition de l'acouphène sur les temps de réaction et le nombre d'erreurs. → Il y aurait un lien entre les performances en modalité auditive et les performances attentionnelles en modalité visuelle. → Les troubles attentionnels sont corrélés aux plaintes rapportées en qualité de vie. → Une prise en charge des acouphènes réduit les difficultés attentionnelles « .

« Une prise en charge sophrologique réduit-elle les difficultés attentionnelles ? »

L'analyse statistique révèle une différence significative entre le groupe de patients avec prise en charge sophrologique et sans PEC, en attention soutenue visuelle (D2). L'analyse qualitative en fonction du nombre de séances effectuées par les patients montre que les sujets ayant réalisé le protocole de 8 séances ont de meilleurs résultats en attention visuelle et auditive que les patients sans sophrologie ou que ceux qui ont réalisé plus de 8 séances. Les bénéfices d'une prise en charge sophrologique semblent avérés. Une étude est d'ailleurs en cours au sein de l'observatoire national de sophrologie. Selon les premiers résultats, sur les 110 patients suivis pendant 15 mois, 78% d'entre eux témoignent d'une nette amélioration de leur qualité de vie et d'une diminution de leur symptôme.

protocole de 6 séances encadrées de 2 questionnaires pour évaluer l'évolution de la gêne. [16] Toutefois, les patients qui nécessitent une prise en charge plus longue que celle du protocole ont des résultats identiques à ceux qui n'ont pas suivi de prise en charge, il semblerait que les conséquences induites par les acouphènes soient telles, qu'une prise en charge uniquement sophrologique ne soit pas suffisante. »

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01077426/document>