

# QUESTIONNAIRE THI

(Inventaire du handicap acouphénique)

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**NOTE :** l'objectif de ce questionnaire est de connaître la nature et l'importance des difficultés que provoquent vos acouphènes. Il est important de répondre à chaque question et de n'en oublier aucune.

## 1. Avez-vous des problèmes de concentration à cause de vos acouphènes ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

## 2. La puissance de vos acouphènes rend-elle la compréhension d'autres personnes difficile ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

## 3. Vos acouphènes vous rendent-ils agressif/ve ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

## 4. Vos acouphènes sont-ils source de confusion ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

## 5. Vous sentez-vous désespéré(e) à cause de vos acouphènes ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----



**6. Vous plaignez-vous souvent de vos acouphènes ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**7. Le soir, avez-vous du mal à trouver le sommeil à cause de vos acouphènes ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**8. Avez-vous la sensation de ne pas pouvoir « échapper » à vos acouphènes ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**9. Vos acouphènes vous empêchent-ils de profiter de vos sorties (au restaurant, au cinéma, etc.) ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**10. Vos acouphènes sont-ils source de frustration ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**11. Vos acouphènes vous donnent-ils l'impression d'être gravement malade ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**12. Vos acouphènes vous donnent-ils l'impression de vous empêcher de profiter de la vie ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**13. Vos acouphènes pèsent-ils sur vos responsabilités professionnelles ou personnelles ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**14. Êtes-vous souvent irritable à cause de vos acouphènes ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**15. Avez-vous du mal à lire à cause de vos acouphènes ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

**16. Vos acouphènes vous contrarient-ils ?**

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----



### 17. Pensez-vous que vos acouphènes ont introduit du stress dans vos relations familiales ou amicales ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 18. Avez-vous du mal à vous concentrer sur autre chose que vos acouphènes ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 19. Avez-vous l'impression d'être impuissant(e) face à vos acouphènes ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 20. Vous sentez-vous souvent fatigué(e) à cause de vos acouphènes ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 21. Vous sentez-vous déprimé(e) à cause de vos acouphènes ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 22. Vos acouphènes vous rendent-ils anxieux/se ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 23. Ressentez-vous un sentiment de lassitude face à vos acouphènes ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 24. Vos acouphènes s'aggravent-ils lorsque vous êtes stressé(e) ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

### 25. Vos acouphènes vous rendent-ils peu sûr(e) de vous ?

Réponse :	Oui	Parfois	Non
-----------	-----	---------	-----

<b>Total par colonne</b>		+		+		=	<b>TOTAL</b>
<b>Score Total</b>	x4		x2		x0		



# HISTORIQUE DES ACOUPHÈNES

1. Depuis combien de temps avez-vous des acouphènes ? \_\_\_\_\_

2. Où entendez-vous les acouphènes ?

<input type="checkbox"/> Oreille gauche	<input type="checkbox"/> Oreille gauche	<input type="checkbox"/> Dans la tête
<input type="checkbox"/> Les deux oreilles	<input type="checkbox"/> Ailleurs	<input type="checkbox"/>

3. Quand avez-vous entendu vos acouphènes pour la 1<sup>ère</sup> fois ? \_\_\_\_\_

4. Un incident particulier est-il à l'origine de vos acouphènes ?

Non
Oui, précisez : _____

5. Pouvez-vous qualifier vos acouphènes, par exemple sifflement, pulsation, criquets, bourdonnement, etc... \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Vos acouphènes sont-ils ? (une seule réponse)

<input type="checkbox"/> Permanents	<input type="checkbox"/> Fluctuants	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

7. Avez-vous été exposé au bruit (loisirs et/ou travail) ? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Y a-t-il un moment de la journée où vos acouphènes sont les plus ennuyeux ?

<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée
--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

9. Depuis le début de vos acouphènes, avez-vous éprouvé d'autre(s) problème(s) ?  
(cochez la ou les cases)

<input type="checkbox"/> Perte auditive	<input type="checkbox"/> Vertige	<input type="checkbox"/> Infection de l'oreille
<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre	<input type="checkbox"/> Pression dans l'oreille	



**10. Souffrez-vous d'autre(s) trouble(s) :**

<input type="checkbox"/> Migraine	<input type="checkbox"/> Vertige	<input type="checkbox"/> Douleur cervicale
<input type="checkbox"/> Syndrome douloureux	<input type="checkbox"/> Problème temporo-mandibulaire	<input type="checkbox"/> Maladie de Ménière
Autre problème de santé ou maladie ? Si oui précisez : _____		

**11. Existe-t-il des facteurs qui vous semblent modifier vos acouphènes ? (cochez les cases correspondantes)**

<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Médicament	<input type="checkbox"/> Sommeil
<input type="checkbox"/> Période du jour	<input type="checkbox"/> Nourriture	<input type="checkbox"/> Environnement d'écoute
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Mouvement du cou ou/et de la tête. (ex : serrer les dents, bouger la mandibule en arrière)	
<input type="checkbox"/> La caféine		

**12. Laquelle de vos activités est la plus perturbée par vos acouphènes ? (une seule réponse)**

<input type="checkbox"/> Sommeil	<input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Concentration
<input type="checkbox"/> Bien-être	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	

**13. Etes-vous sensible aux sons forts :** Oui  Non**14. Avez-vous essayé un traitement ou plusieurs ? Si oui, le(s)quel(s) et cela vous a-t-il aidé ?**

---

---



## RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION DES ACOUPHÈNES :

Le patient a-t-il une perte auditive : \_\_\_\_\_

Score de l'évaluation de l'impact des acouphènes : \_\_\_\_\_

Une consultation est-elle nécessaire ? \_\_\_\_\_

Recommandation de traitement : \_\_\_\_\_

## ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES ACOUPHÈNES

NIVEAU	SCORE	DESCRIPTION
1	0 – 16	<b>Léger</b> : seulement entendus dans les environnements calmes ; très facilement masqués. Pas d'incidence sur le sommeil et les activités quotidiennes.
2	18 – 36	<b>Faible</b> : facilement masqués par l'environnement sonore et facilement oubliés pendant les activités quotidiennes. Peuvent parfois troubler le sommeil mais pas les activités.
3	38 – 56	<b>Moyen</b> : peuvent être perçus même en présence d'un environnement sonore modérément bruyant. Les activités quotidiennes peuvent toujours être exécutées.
4	58 – 76	<b>Sévère</b> : presque toujours entendus et rarement masqués. Entraîne des perturbations dans le sommeil et peut diminuer la capacité à effectuer les activités quotidiennes. Conséquences néfastes sur les activités calmes.
5	78 – 100	<b>Catastrophique</b> : toujours entendus, sommeil perturbé, difficultés avec n'importe quelle activité.

