HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Acouphènes invalidants chez l'adulte : diagnostic et prise en charge

Validé par le Collège le 18 juin 2026

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	**Preuve scientifique établie** Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	**Présomption scientifique** Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	**Faible niveau de preuve** Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	**Accord d'experts** En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

La plupart des données de la littérature sont issues d'études observationnelles et/ou issues d'études de faible qualité méthodologique.

L'absence d'études ou leur qualité méthodologique insuffisante n'ont pas permis d'établir de grade pour la plupart des recommandations concernant le diagnostic et la prise en charge des acouphènes invalidants chez l'adulte. En conséquence, la grande majorité des recommandations reposent sur un accord des membres du groupe de travail (AE) réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

La HAS tient à souligner que l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que ces recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Descriptif de la publication

Titre	Acouphènes invalidants chez l'adulte : diagnostic et prise en charge
Auteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Demandeur	Haute Autorité de santé (HAS)
Objectif(s)	Établir des recommandations concernant le diagnostic et la prise en charge des acouphènes invalidants, en s'appuyant sur les données de la littérature. Dans le cadre de ce projet, les sous-objectifs de ce travail sont : – préciser la démarche diagnostique, dont la place des examens complémentaires, notamment pour le repérage d'une baisse d'audition associée ; – proposer des modalités de prise en charge.
Destinataires principaux	La population concernée par ces travaux comprend : – les adultes présentant des acouphènes ayant un retentissement fonctionnel invalidant ; – les principaux professionnels concernés sont ceux impliqués dans le diagnostic, la recherche étiologique et la prise en charge : médecins généralistes, médecins ORL, radiologues, neurologues, gériatres, médecins du travail, psychologues, psychiatres, dentistes, orthodontistes et audioprothésistes.
Méthode de travail	Recommandation de bonne pratique En savoir plus
Validation	Examiné par la Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI) le 19 mai 2026 Validé par le collège 18 juin 2026
Reproduction et citation de ce document	Le présent document peut être reproduit conformément aux mentions légales établies par la HAS. Pour le citer : Haute Autorité de santé. **Acouphènes invalidants chez l'adulte : diagnostic et prise en charge.** Saint-Denis La Plaine. 15 juillet 2026

Sommaire

Préambule **6**

1. Les étapes de la démarche diagnostique **9**

1.1. L'anamnèse initiale 9

1.2. L'examen clinique 11

1.3. La recherche des signes de gravité (drapeaux rouges) 13

1.4. La recherche des symptômes et signes associés 14

1.5. L'évaluation du retentissement de l'acouphène 14

1.6. L'évaluation de l'état de santé général du patient 15

1.7. Le bilan fonctionnel 16

1.8. Le bilan morphologique 18

1.9. La consultation de synthèse : un temps dédié à l'information et au conseil au patient 20

2. La stratégie thérapeutique **23**

2.1. Place des thérapies psychologiques 23

2.2. Place des thérapies sonores (avec ou sans aide auditive) 25

2.3. Place de l'implant cochléaire 28

2.4. Place des approches de neuromodulation 29

2.5. Place des approches corporelles et/ou psychocorporelles 29

2.6. Place des approches transcutanées et manuelles 30

2.7. Place des traitements médicamenteux et compléments alimentaires 30

2.8. Place des équipes pluriprofessionnelles 31

2.9. Place des associations de patients 32

Table des annexes **33**

Contributeurs **39**

Annexe 1. Check-list de l'anamnèse

Annexe 2. Check-list de l'examen physique

Préambule

Saisine

La HAS s'est autosaisie, en 2022, du sujet concernant la prise en charge des patients se plaignant d'acouphènes chroniques invalidants.

Cette recommandation de bonne pratique s'inscrit dans la continuité de travaux publiés, relatifs aux atteintes auditives et aux dispositifs d'aides auditives[1] [2] [3], indiquant, pour certains d'entre eux, une efficacité en cas d'acouphènes.

Contexte d'élaboration et objectifs de la recommandation

Les acouphènes chroniques invalidants représentent un problème de santé publique et de santé au travail, du fait d'une prévalence élevée, de facteurs déclenchants potentiellement liés à l'activité professionnelle et par ailleurs, d'une plainte pas toujours exprimée, d'un diagnostic pas toujours approfondi et d'une errance de prise en charge.

Données issues de la recherche documentaire

La recherche documentaire a été limitée aux publications en langue anglaise et française. La recherche initiale a porté sur la période de janvier 2023 à mai 2025 ; une veille a été réalisée jusqu'en septembre 2025 et une recherche de nouvelles recommandations en avril 2026. La littérature sélectionnée a porté sur les acouphènes invalidants et ses conséquences physiques ou psychologiques.

Les recommandations de bonne pratique internationales (cf. Annexe 2 de l'argumentaire), revues de synthèse de la littérature, méta-analyses et quelques essais contrôlés randomisés ont été sélectionnés et analysés.

Pour les recommandations ont été retenues la recommandation du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publiée en 2020 et celles de sociétés savantes/groupes d'experts :

- *American Association of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNSF),* 2014 ;
- Réunion multidisciplinaire d'experts européens, 2019 ;
- *Oto-Rhino-Laryngological Society of Japan* ;
- *British Society of Audiology (BSA)* ;
- *German Society for Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*, 2022 ;
- *US Department of Veterans Affairs.*

La faiblesse méthodologique des méta-analyses et essais contrôlés randomisés considérés n'a pas, dans la plupart des cas, permis de répondre aux questions de thérapeutiques, principalement à cause

[1] HAS, 2019 – Avis implant cochléaire Lyric3 – aide auditive intra-auriculaire à port permanent.

[2] HAS, 2018 – Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques.

[3] HAS, 2023 – Acte de téléréglage au domicile des patients utilisant un système d'implant cochléaire et du tronc cérébral.

d'une grande hétérogénéité des critères définis (dont la diversité des auto-questionnaires utilisés) et des interventions analysées, dans des études de petits effectifs et présentant des biais.

Cibles de la recommandation

Les professionnels concernés en premier lieu par la recommandation de bonne pratique sont les médecins généralistes qui reçoivent et entendent la plainte des patients en première ligne, ainsi que les médecins ORL, sollicités en première ligne ou après orientation, selon la complexité du diagnostic. La recommandation s'adresse principalement aux professionnels suivants : médecins généralistes, médecins ORL, radiologues, neurologues, gériatres, médecins du travail, psychologues, psychiatres, dentistes, orthodontistes et audioprothésistes.

D'autres professionnels de santé peuvent également être concernés par l'identification, l'évaluation d'acouphènes ou le soulagement de leur impact pour le patient, en fonction de leurs compétences, de leur champ d'exercice, de la complexité des acouphènes et du profil du patient, en lien avec lui et son médecin traitant.

Définitions

Les experts du groupe de travail ont repris la définition des experts français (A. Norena,2021) :
« L'acouphène est défini comme étant une sensation auditive sans stimulation sonore extérieure ni signification, mais identifiable par ses caractères sensoriels : localisation, intensité, fréquence et timbre. Il traduit un dysfonctionnement du système auditif et/ou d'autres structures pouvant interférer avec lui. Sous l'effet de processus cognitifs et/ou émotionnels, l'acouphène peut être vécu comme une expérience désagréable pouvant impacter la qualité de vie[4]. »

Concernant l'acouphène chronique, les experts du groupe de travail ont souhaité apporter des précisions : « L'acouphène est considéré comme persistant ou chronique s'il est présent depuis au moins 6 mois[5], qu'il soit intermittent ou constant. Toutefois, cette limite est de trois mois si l'on considère les acouphènes comme une maladie chronique. Selon la Haute Autorité de santé (HAS[6]), et d'autres sources, une maladie chronique est définie comme une affection rarement guérissable qui nécessite des soins prolongés (AE).

Les experts du groupe de travail considèrent l'acouphène comme invalidant[7] si la détresse qu'il entraîne affecte la qualité de vie et/ou l'état de santé du patient (mesurable par des auto-questionnaires multidimensionnels), le conduisant à rechercher une prise en charge susceptible de le

[4] Assurance maladie, 2025 – https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/acouphenes

[5] HAS, 2025 – avis CNEDiMTS – https ://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-06/oto_avis_de_la_cnedimts_du_03_06_2025.pdf

[6] HAS, 2014 – Parcours de soins – maladie chronique – 2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf

[7] HAS, 2025 – https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-7565_NUCLEUS_CI612_23 septembre 2025_7565_avis.pdf – acouphène invalidant objectivé par un score THI > 50 ou une EVA gêne ≥ 6 ou questionnaire validé mesurant une gêne sévère liée à l'acouphène – il s'agit d'une des situations complexes justifiant d'une prise en charge multidisciplinaire et intégrant un audioprothésiste.

soulager. Ils le définissent comme invalidant ou très invalidant selon le niveau de gêne, de sévérité ou de handicap (cf. 1.5 et annexes 1 et 2).

Les experts du groupe de travail ont souhaité conserver les deux modes, singulier et pluriel, pour respectivement décrire une situation clinique ou le vécu par le patient.

1. Les étapes de la démarche diagnostique

La démarche diagnostique comprend plusieurs étapes dont le séquencement doit s'adapter aux patients et aux différentes situations cliniques.

Elle vise à préciser les caractéristiques de l'acouphène, son contexte de survenue, à identifier sans délai les situations relevant d'une orientation en urgence (signes de gravité), à rechercher des éléments d'orientation étiologique et des comorbidités, et à apprécier les retentissements fonctionnels, psychologiques et socio-professionnels. Les examens complémentaires sont envisagés de manière ciblée, en fonction des données cliniques qui le justifient. À la suite du bilan initial, une synthèse partagée avec le patient permet d'orienter la stratégie de prise en charge.

1.1. L'anamnèse initiale

Elle constitue une étape essentielle de l'évaluation clinique. Le médecin de 1re ligne (le plus souvent, il s'agit du médecin généraliste) conduit la première consultation, de manière méthodique, afin de préciser les circonstances de survenue du ou des acouphènes motivant la consultation. Il pose des questions ciblées permettant au patient de décrire les caractéristiques de son acouphène (sémiologie) et recueille l'ensemble du contexte médical, physique, psychique et environnemental (anamnèse).

En fonction des signes d'appel et des situations, la recherche des signes de gravité (cf. 1.3) peut se faire d'emblée, pendant l'interrogatoire et/ou lors de l'examen clinique.

C'est à partir de la sémiologie et de l'anamnèse, propres à chaque patient, que le médecin construit son raisonnement clinique et détermine la nécessité éventuelle d'examens complémentaires en vue d'établir un diagnostic étiologique.

1.1.1. L'histoire de l'acouphène

➔ **R.1.1.** Il est recommandé au médecin (généraliste ou ORL) voyant le patient pour la première fois de documenter précisément l'histoire de l'acouphène : circonstances de survenue, aspect unilatéral ou bilatéral, chronologie et symptômes associés, en spécifiant date d'apparition, durée, fréquence, caractéristiques et évolution des perceptions auditives anormales dans le temps.

Dans ce cadre, il est souhaitable de distinguer :

- le(s) facteur(s) causal(s) ; à l'origine de l'acouphène ;
- le(s) facteur(s) modulateur(s), susceptible(s) d'aggraver (améliorer) l'acouphène ;
- le(s) facteur(s) déclenchant(s), en cas d'acouphène intermittent (grade C).

➔ **R.1.2.** Il est recommandé d'évaluer l'impact de ces symptômes sur la qualité de vie du patient, notamment en ce qui concerne le sommeil, la concentration, l'état émotionnel et les activités quotidiennes, y compris professionnelles (grade C) (cf. 1.5).

Cette approche systémique permet de mieux comprendre la nature des acouphènes et d'adapter les interventions en fonction des besoins spécifiques du patient.

Il conviendra de prévoir un temps de consultation suffisamment long permettant de disposer de toutes les informations nécessaires.

1.1.2. Les caractéristiques de l'acouphène

➔ **R.2.** Pour orienter le diagnostic et adapter les examens complémentaires, il est recommandé de **détailler les caractéristiques de l'acouphène, dont la latéralité** (grade C). Des questionnaires et tests permettent d'évaluer le niveau d'atteinte et de gravité (cf. Annexe 1).

Cette démarche comprend :

- l'analyse du mode d'apparition : déterminer si l'acouphène est survenu de manière :
  - brutale par exemple, après un traumatisme sonore aigu, pressionnel ou crânien,
  - progressive, par exemple, en cas de presbyacousie, de prise de médicaments ototoxiques ou d'exposition prolongée ou répétée au bruit ;
- la recherche de facteurs déclenchants :
  - investiguer l'existence d'un traumatisme :
    - sonore (exposition à des niveaux sonores élevés),
    - cervical,
    - crânien,
    - pressionnel récent (plongée sous-marine, blasts),
  - identifier une profession exposant aux bruits lésionnels, ou une prise de médicament potentiellement ototoxique[8] (antibiotiques, dont les aminoglycosides, anticancéreux, diurétiques, anti-infectieux non stéroïdiens et salicylés...),
  - rechercher un stress professionnel, un choc acoustique (bruit inattendu et soudain), surtout si répété, une hypervigilance auditive, un choc émotionnel ;
- la localisation de l'acouphène dans la tête : préciser la latéralité (acouphène unilatéral, bilatéral, au centre de la tête ou alternant) pour orienter le diagnostic, notamment en cas de suspicion de pathologies spécifiques.

1.1.3. Les facteurs modulant l'acouphène

Lors de la consultation et des échanges avec le patient :

➔ **R.3.** Il est recommandé de rechercher les facteurs contextuels pouvant influencer l'apparition ou l'aggravation des acouphènes et plus particulièrement (grade C) :

- repérer les situations de stress et d'anxiété, voire de dépression, pouvant moduler ou influencer l'apparition d'acouphènes ou leur aggravation ;
- rechercher les situations et les conditions (matérielles et environnementales) d'exposition au bruit pouvant avoir un effet modulateur (positif ou négatif) sur l'acouphène, questionner la qualité du sommeil pouvant être associée à l'apparition ou l'aggravation

[8] Sources : ANSM, INRS, ANSES.

d'acouphènes, en s'aidant de questionnaire *ad hoc* si besoin, dont l'index de sévérité de l'insomnie (ISI), et en évaluant l'agenda du sommeil.

➔ **R.4.** Il est recommandé de rechercher les facteurs physiques somatosensoriels pouvant moduler les acouphènes et notamment :

- tout facteur positionnel ;
- l'existence d'une pathologie du rachis cervical ou une cervicalgie connue ;
- l'existence d'une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire connue du patient, un bruxisme, une douleur de l'articulation temporo-mandibulaire fréquente. Si elle n'est pas connue, elle pourra être recherchée lors de l'examen clinique (cf. 1.2) (AE).

➔ **R.5.1.** Il est recommandé de demander au patient de décrire les caractéristiques sonores[9] :

- les sons perçus (timbre et fréquence) : sifflements, bourdonnements, grésillements, souffles, autres ;
- l'aspect pulsatile : synchrone ou non, au pouls ;
- l'aspect rythmique : cliquetis, tapements ou autres, continu ;
- leur durée et la fréquence d'apparition : acouphène permanent ou intermittent (en précisant les périodes de présence) (grade C).

➔ **R.5.2.** Il est recommandé de rechercher un (des) facteur(s) aggravant(s) (environnement bruyant, fatigue, stress, silence…) ou apaisant(s) (bruit de fond, activité avec concentration, détente…) (AE).

> Les experts du groupe de travail ont proposé une check-list de l'anamnèse pouvant aider le praticien lors de son échange avec le patient (cf. Annexe 3).

1.2. L'examen clinique

L'examen clinique permet d'éliminer les signes évocateurs d'une pathologie otologique en lien avec l'acouphène. L'examen permet également de repérer les signes d'urgence. Certaines de ces étapes nécessitent de bien connaître la physiopathologie des acouphènes ; une orientation vers un médecin ORL est à envisager selon les cas.

➔ **R.6. Dans tous les cas**, il est recommandé, lors de la consultation initiale, de réaliser une otoscopie à visée diagnostique par un médecin, afin de repérer : une anomalie ou un obstacle au niveau du conduit auditif externe, une anomalie morphologique du tympan, une anomalie de coloration du tympan (évocatrice d'une masse rétro-tympanique type paragangliome ou malformation vasculaire), un trouble de la mobilité tympanique (dysfonction tubaire) (AE).

➔ **R.7. En cas d'argument pour une composante somatosensorielle,** il est recommandé d'orienter le patient vers : un dentiste, occlusodontiste, stomatologue, rhumatologue, orthophoniste et/ou un kinésithérapeute, notamment :

- en cas d'acouphène très variable en intensité ou tonalité, avec des périodes d'arrêt, à des moments reproductibles, et plutôt unilatéral ;

[9] Assurance maladie, 2025 – https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/acouphenes/que-faire-quand-consulter

- lors de mouvements cervicaux ou de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), il est recommandé de rechercher une modulation de l'acouphène (modification de timbre ou d'intensité) ;
- en cas de douleurs, claquements, craquements et/ou blocage à la mobilisation de la mandibule, il est recommandé de repérer un dysfonctionnement temporo-mandibulaire (DTM) (grade C). Il est recommandé de proposer des manœuvres fonctionnelles à la recherche de trouble musculaire (plus qu'articulaire), dont :
  - serrement des dents,
  - propulsion de la mandibule ; diduction de la mandibule vers la droite puis vers la gauche,
  - mesure de l'ouverture buccale (limitation de l'ouverture buccale à moins de 35 mm),
  - repérage d'une douleur provoquée lors de la palpation des muscles masséters ou temporaux, et/ou d'une douleur au niveau de l'oreille lors de la mobilité de la mâchoire ou de la palpation dans le conduit auditif externe (AE).

➔ **R.8. En cas d'acouphène rythmique non pulsatile,** acouphène non continu mais présent sous forme d'un rythme plus ou moins régulier, le plus souvent claquements ou tapotements, il est recommandé d'observer le voile du palais et, en l'absence d'anomalie, de réaliser une nasofibroscopie pour éliminer une clonie musculaire extra-auriculaire (grade C).

➔ **R.9. En cas d'acouphène pulsatile, il est recommandé** (grade C) :
- de mesurer la pression artérielle, à la recherche d'une éventuelle hypertension artérielle ou d'une crise aiguë hypertensive (TA > 180/110 mmHg) ;
- d'ausculter les vaisseaux du cou et du crâne à la recherche d'un souffle pulsatile audible (cf. Figure 1) ;

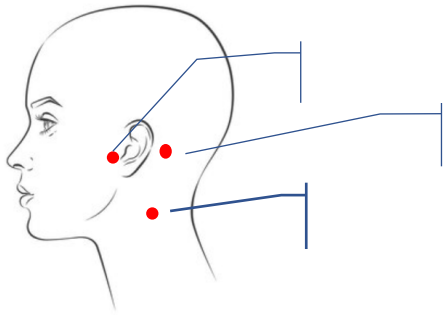


Figure 1. Points d'auscultation d'un acouphène objectif pulsatile

- de rechercher une modulation de l'acouphène. Elle consiste en une manœuvre de compression vasculaire cervicale de la veine jugulaire interne et de l'artère carotide commune (homo- puis controlatérale, pour éviter toute erreur d'interprétation et une éventuelle compression bilatérale simultanée). Cette recherche est réalisée par un médecin expérimenté (AE).

> Les experts du groupe de travail ont proposé une check-list de l'examen clinique pouvant aider le praticien lors de son échange avec le patient.

1.3. La recherche des signes de gravité (drapeaux rouges)

L'évaluation initiale et l'examen clinique doivent permettre au médecin de 1re ligne (médecin généraliste ou ORL), d'écarter les signes ou symptômes (neurologiques, vasculaires ou otologiques) nécessitant une prise en charge en urgence ou une orientation spécialisée.

- **R.10. En l'absence de cause ORL locale identifiée** (bouchon de cérumen, otite, sinusite, dysfonctionnement tubaire…), il est recommandé de repérer un acouphène pulsatile d'apparition soudaine ou d'évolution rapide et de réaliser une IRM (cf. 1.8.1) (grade C).
- **R.11**. **Dans tous les cas,** il est recommandé de rechercher, à l'interrogatoire ou l'examen clinique, les signes neurologiques évocateurs d'un accident vasculaire cérébral récent (moins de 24 à 48 h) ou un accident ischémique transitoire (AIT[10]) équivalent. Le patient doit alors être adressé aux urgences[11] (grade C).
- **R.12. En cas d'apparition d'acouphènes récents dans les suites d'un traumatisme** non exploré (traumatisme récent ou non), il est recommandé de réaliser une tomodensitométrie (TDM) encéphalique et des conduits auditifs internes (CAI) et/ou des rochers et, en cas de doute, une imagerie par résonance magnétique (IRM) encéphalique et des CAI (AE).
- **R.13.** En présence d'acouphène récent (< 10 jours) associé à une céphalée inhabituelle, violente, brutale et souvent unilatérale.

Il est recommandé de réaliser, **en urgence**, une imagerie ciblée (selon les cas : angioscanner ou une angio-IRM des troncs supra-aortiques (TSA) et/ou veineux), afin notamment d'éliminer une dissection artérielle ou une thrombose veineuse (grade C).

- **R.14. En cas de suspicion de perte auditive soudaine et récente** associée aux acouphènes, il est recommandé d'initier sans délai une prise en charge thérapeutique en urgence (corticothérapie). Un bilan diagnostic doit ensuite être réalisé, si possible dans un délai de 15 jours, comprenant en première intention un bilan auditif et, en cas de déficit auditif objectivé, un examen d'imagerie (cf. 1.8) (grade C).
- **R.15**. Il est recommandé d'évaluer le retentissement psychique[12] [13] :
  - en cas d'expression d'idées suicidaires, une évaluation de la crise suicidaire et du degré d'urgence doit être conduite afin de proposer une prise en charge adaptée, et en particulier une orientation pour une prise en charge psychiatrique en urgence en cas de risque suicidaire élevé ;

[10] HAS, 2009 – https ://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-10/dir2/traitements_de_la_phase_aigue_de_laccident_vasculaire_cerebral_ischemique_-_recommandations.pdf

[11] HAS, 2025 – https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse-intraveineuse-et-de-la-thrombectomie-mecanique

[12] HAS, 2017 – https ://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf

[13] Assurance maladie, 2025 – https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/acouphenes/bilan-traitement-prevention

- en cas de troubles cognitifs, une évaluation approfondie doit être conduite et une prise en charge spécialisée proposée, si besoin ;
- en cas de trouble anxieux, de trouble dépressif, de troubles du sommeil ou d'autres troubles psychiatriques, une évaluation approfondie doit être conduite afin de proposer une prise en charge adaptée, dont une orientation vers un psychiatre en cas de trouble sévère ou complexe (grade C).

1.4. La recherche des symptômes et signes associés

Outre les sons perçus, les acouphènes sont souvent associés à d'autres signes pouvant majorer la gêne perçue.

➔ **R.16. Dans tous les cas**, il est recommandé de repérer **les signes auditifs ou otologiques** en interrogeant le patient sur :
- une surdité connue ou une gêne auditive débutante (notamment pour la compréhension en milieu bruyant) ;
- les signes vestibulaires, en interrogeant sur les antécédents de vertiges rotatoires et/ou d'instabilité ou de tangage ;
- une distorsion acoustique (déformation de la perception d'un son) et une plénitude de l'oreille (sensation d'oreille bouchée, ouatée) ;
- une hypersensibilité auditive, une hyperacousie ou une misophonie (intolérance à certains bruits spécifiques, indépendamment de leur intensité) (AE).

➔ **R.17. En cas d'hyperacousie**, il est recommandé d'évaluer :
- l'intensité et la gêne par des questionnaires *ad hoc*, dont le questionnaire BAHIA ou le questionnaire de sensibilité auditive ;
- d'autres signes (organiques) tels qu'une otalgie ou d'autres douleurs péri ou extra-auriculaires (céphalées, cervicalgies...).

Suivant les résultats, le médecin peut proposer au patient d'approfondir l'examen en prescrivant des examens complémentaires et/ou de l'orienter vers un spécialiste (neurologue, ORL...).

1.5. L'évaluation du retentissement de l'acouphène

Les acouphènes se caractérisent par leur localisation, leur intensité (sonie), leur fréquence (tonie), leur timbre et leur rythme, et s'évaluent au regard du niveau de gêne et de l'impact sur la qualité de vie, dans les sphères personnelle et professionnelle, notamment via l'identification de retentissements psychologiques, somatiques et socio-professionnels.

➔ **R.18**. Il est recommandé d'évaluer la gêne et/ou l'intensité de l'acouphène par des auto-questionnaires spécifiques, évaluant (cf. Annexe 1) :
- le niveau de handicap lié aux acouphènes par le *Tinnitus Handicap Inventory* (THI), dont il existe une version validée en français (cf. Annexe 1 et 2) ;
- l'existence de troubles cognitifs associés, par le *Tinnitus Functional Index* (TFI) ;

- l'état psychique, dont un état de stress et/ou d'anxiété, voire de dépression. Plusieurs types de questionnaires existent en français et peuvent être utilisés lors de la consultation initiale puis tout au long du suivi : le *Tinnitus Reaction Questionnaire* (TRQ) et l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) étant les plus couramment utilisés ;
- des échelles analogiques unidimensionnelles, telles que l'échelle visuelle analogique (EVA) pour l'intensité ou la gêne fonctionnelle, peuvent être proposées en complément des auto-questionnaires, comme outil d'évaluation simple et rapide (cf. Annexe 1) ;
- la qualité du sommeil, qui est fréquemment altérée par la présence d'acouphènes, notamment par l'index de sévérité de l'insomnie (ISI) en cas de trouble du sommeil exprimé (grade C).

➔ **R.19.** Il est recommandé que les résultats des questionnaires et tests soient analysés avec le médecin, lors de la consultation initiale, puis régulièrement au cours du suivi, avant toute orientation (ou réorientation) thérapeutique, le niveau de gêne pouvant être fluctuant dans le temps. Ils permettent d'adapter ensuite le type et le niveau de suivi (cf. Annexe 2) (AE).

➔ **R.20.** Il est recommandé d'évaluer l'éventuel retentissement social et/ou professionnel. Il est important que le professionnel de santé informe le patient sur l'impact que les acouphènes peuvent avoir sur sa vie sociale (AE).

➔ **R.21.** Dans le cadre professionnel, un contexte spécifique (exposition sonore, surmenage, stress…) est recherché afin d'inviter le patient à demander une consultation avec son médecin du travail s'il est salarié (médecin du service de prévention et de santé au travail (SPST) au sein de l'entreprise ou SPST interentreprises), afin d'aborder la problématique de ses conditions de travail et de discuter de la pertinence et la faisabilité d'un aménagement de poste. Si les actions proposées ne sont pas suffisantes, un arrêt de travail transitoire peut être envisagé en parallèle d'une démarche de maintien à l'emploi (AE).

> En fonction des résultats aux questionnaires et/ou tests, le patient est orienté pour une prise en charge adaptée.

1.6. L'évaluation de l'état de santé général du patient

De nombreux facteurs peuvent influencer l'apparition ou l'aggravation des acouphènes, tels que des facteurs physiques, dont des pathologies, des traitements, ou des facteurs psychologiques.

1.6.1. Les antécédents et facteurs de risques globaux

➔ **R.22.** Lors de la 1re consultation, il est recommandé de recueillir les informations concernant les antécédents médicaux et chirurgicaux permettant d'identifier les facteurs de risques, notamment :

- écarter une maladie de Ménière, une otospongiose, des troubles neurologiques liés à une pathologie connue ;
- repérer et évaluer les risques cardiovasculaires : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie… ;

- recueillir les informations sur les traitements en cours et notamment les traitements ototoxiques prescrits précédemment ou identifier tout changement récent ;
- questionner sur des antécédents de traumatisme crânien et/ou cervical connus ;
- interroger sur certaines habitudes ou comportements : un comportement de bruxisme, les habitudes de consommation d'alcool, de café, de médicaments et/ou de toxiques ;
- si la patiente est en période de pré ou postménopause, évaluer le statut hormonal, et si besoin orienter vers un spécialiste ORL et/ou une prise en charge pluriprofessionnelle/multidisciplinaire[14] (AE).

1.6.2. Les facteurs de risque d'exposition spécifique

➔ **R.23.** Il est recommandé d'identifier d'autres facteurs d'exposition physique, liés au mode de vie ou aux conditions de travail :

- évaluer l'exposition sonore (fréquence, niveau sonore, durée d'exposition), dans le cadre professionnel ou de loisirs, par exemple, une exposition à des sons forts et/ou répétée, et/ou prolongée ;
- identifier les expositions à des variations de pression : plongée, personnel navigant, aviation, travail en milieu ou condition hyperbare (AE).

1.6.3. Les mesures de protection

➔ **R.24.** Il est recommandé d'identifier le type de protections auditives déjà utilisées : bouchons, casques de protection, casques téléphoniques avec atténuateur, ainsi que la fréquence de leur utilisation (AE).

1.7. Le bilan fonctionnel

Les experts du groupe de travail n'ont pas souhaité qualifier les examens à réaliser en termes de 1re, 2e ou 3e intention, considérant qu'il n'existe pas toujours un autre examen réalisable « en 2e intention » pour une même situation clinique. Ils ont préféré qualifier les examens à réaliser de : systématique (à réaliser dans tous les cas), recommandé ou conseillé selon la situation clinique, facultatif, déconseillé, voire non recommandé.

Le bilan fonctionnel est réalisé à la suite du bilan initial, de manière préférentielle par un médecin ORL, pour évaluer, par des tests fonctionnels, une atteinte auditive et caractériser la symétrie ou asymétrie de l'acouphène, et, le cas échéant, en préciser le seuil et les fréquences touchées.

1.7.1. Examens à réaliser de façon systématique

➔ **R.25.1.** Dans tous les cas, il est recommandé de réaliser systématiquement un examen audiométrique (grade C). Cet examen a pour objectif de rechercher :

- une hypoacousie et son type (perceptive, transmissionnelle ou mixte) ;
- un scotome auditif ;

[14] Pluriprofessionnel : collaboration entre professionnels de profils différents (ex. : médecin, infirmier(ère), orthophoniste...) ; multidisciplinaire : collaboration entre professionnels de même profil mais de discipline différente (ex. : médecins ORL, généraliste...).

- une éventuelle asymétrie interaurale de la perte auditive ;
- des arguments en faveur d'une surdité cachée (notamment, des difficultés de compréhension de la parole en milieu bruyant).

➔ **R.25.2.** Une **audiométrie tonale** en conduction aérienne et osseuse doit être réalisée par un médecin ORL, pour la recherche de pertes infracliniques évocatrices de début de lésions cochléaires (avec si possible une mesure par demi-octaves, selon les disponibilités et selon les cas), puis :

- en cas de seuil liminaire normal (perte tonale ≤ 20 dB HL)[15] à l'audiométrie tonale standard (125-8 000 Hz), il est recommandé de tester les hautes fréquences (au-delà de 8 000 Hz) avant 60 ans ;
- en cas d'audiométrie tonale normale ou subnormale dans le silence, il est recommandé de réaliser une audiométrie vocale dans le bruit ;
- en cas d'hypoacousie en audiométrie tonale, il est recommandé d'effectuer une audiométrie vocale dans le silence et dans le bruit (grade C).

1.7.2. Examens à réaliser selon le bilan étiologique

1.7.2.1. En cas d'audiométrie normale

➔ **R.26.1. En cas de doute sur une pathologie cochléaire**, il est recommandé d'effectuer un enregistrement des otoémissions acoustiques (OEA) afin d'aider à l'orientation diagnostique (grade C).

➔ **R.26.2. Et en cas de doute sur une pathologie rétro-cochléaire**, il est recommandé de réaliser un enregistrement des potentiels évoqués auditifs précoces (PEAP de conduction à une intensité maximale de 70 ou 80 dB HL) et/ou une IRM encéphalique (AE).

➔ **R.26.3. En cas de doute sur une pathologie pressionnelle**, des tests complémentaires plus spécifiques (déphasage des produits de distorsion acoustique, tympanométrie multifréquentielle…) peuvent être réalisés dans des centres ORL spécialisés, selon l'orientation clinique (AE).

➔ **R.26.4. En cas de doute sur une pathologie de l'oreille moyenne** (au niveau du tympan) et/ou s'il existe une surdité de transmission (mixte) en audiométrie tonale, il est recommandé de réaliser une tympanométrie (AE).

➔ **R.27. Dans le cadre d'un bilan fonctionnel initial** d'acouphène, les examens électrophysiologiques spécialisés, tels que les potentiels évoqués auditifs stationnaires (*Auditory Steady State Response* ou ASSR), ne sont pas recommandés (AE).

1.7.2.1. Examens facultatifs

La place de l'acouphénométrie

[15] Classification audiométrique des déficiences auditives, critères du BIAP – Bureau international d'audiophonologie

L'acouphénométrie est un examen de caractérisation de l'acouphène (tonie et sonie) dont l'intérêt varie selon le temps de la prise en charge. Elle est principalement discutée au moment du bilan initial et, le cas échéant, avant la mise en place d'une thérapie sonore.

- **R.28.1.** Dans le cadre du bilan initial, la réalisation d'une acouphénométrie est conseillée, particulièrement en cas d'anxiété ou de dépression, car elle peut contribuer à limiter les distorsions cognitives en aidant le patient à objectiver l'intensité de l'acouphène (AE).
- **R.28.2.** Au cours du suivi ORL, l'acouphénométrie est facultative, la fréquence (tonie) et l'intensité mesurée (sonie) de l'acouphène demeurant le plus souvent inchangées au fil de l'évolution (AE).
- **R.28.3. Si la mise en place d'une thérapie sonore est envisagée,** il est recommandé de réaliser une acouphénométrie en pré-thérapeutique, afin d'objectiver l'acouphène et d'orienter la stratégie de prise en charge :
  - pour objectiver l'intensité subjective, souvent proche du seuil d'audition ;
  - pour savoir si l'acouphène est masquable ;
  - pour rechercher une inhibition résiduelle ;
  - en cas d'anxiété vis-à-vis de la thérapie sonore, l'acouphénométrie peut également servir de support au *counseling* en aidant le patient à prendre conscience d'une sonie souvent proche de son seuil auditif, ce qui peut contribuer à réduire certaines distorsions cognitives (AE).

Cet examen doit être réalisé par un médecin ORL ou un audioprothésiste expérimenté.

- **R.29. Les tests de recherche de seuils de confort et/ou d'inconfort auditif et les réflexes stapédiens** sont recommandés dans certains cas spécifiques d'hypersensibilité au bruit, misophonie et hyperacousie. Ils sont à réaliser avec précaution par un praticien expérimenté car ils sont à risque d'amplification de la gêne du patient (grade C). La recherche des seuils de confort peut orienter vers une hypersensibilité aux bruits, quand les seuils sont diminués.
- **R.30. En cas de plainte ou de symptomatologie évocatrice de vertiges et/ou instabilité,** il est recommandé de réaliser un examen vestibulaire. Il comprend au minimum :
  - une vidéonystagmoscopie (VNS), avec recherche de nystagmus spontané et provoqué ;
  - et un *Head Impulse Test* (HIT) ou *Video Head Impulse Test* (VHIT) (AE).

1.8. Le bilan morphologique

1.8.1. Imageries à réaliser de façon systématique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) des CAI est un examen d'imagerie non invasif qui permet une visualisation anatomique détaillée des CAI. Elle donne un aperçu de la morphologie et de la pathologie de l'oreille interne, ce qui permet un diagnostic et des décisions thérapeutiques précis.

- **R.31.1.** En l'absence de pathologie de l'oreille externe identifiable cliniquement, une IRM des CAI est recommandée systématiquement dans les cas suivants :

- acouphène unilatéral ;
- acouphène associé à une surdité unilatérale (objectivée ou fortement suspectée) ;
- acouphène associé à une surdité bilatérale asymétrique (différence significative entre les deux côtés) ;
- acouphène associé à des troubles fluctuants auditifs ou vestibulaires (variations de l'audition, épisodes de vertige/instabilité) ;
- acouphène de rythme pulsatile (synchrone ou non au pouls) (grade C).

➔ **R.31.2.** L'IRM est réalisée par un radiologue spécialisé dans les pathologies ORL, selon les caractéristiques suivantes (AE) : réalisation systématique de séquences *Fluid Attenuation Inversion Recovery* (FLAIR) et à une séquence T2 coupes fines sur les CAI et les labyrinthes. L'injection de produit de contraste est laissée à l'appréciation du radiologue selon la qualité d'acquisition des séquences (l'absence d'injection limite la sensibilité de l'examen pour les petites lésions) (AE).

➔ **R.31.3.** Il est recommandé, lorsqu'une IRM est envisagée, de mentionner sur la prescription de mettre en place une protection auditive adaptée (si possible double protection) afin de limiter le risque de traumatisme sonore et d'aggravation des acouphènes et/ou d'une hyperacousie associée (AE).

➔ **R.31.4. En cas d'acouphène pulsatile (synchrone ou non au pouls),** il est recommandé de proposer la réalisation complémentaire de séquences spécifiques d'IRM par un radiologue spécialisé dans les pathologies ORL :

- réaliser systématiquement une séquence *Time of Flight (*TOF) couvrant de C2 au vertex et une séquence 3DT1[16] écho de gradient injectée ;
- réaliser d'autres examens plus ciblés, selon le contexte et la disponibilité : *Arterial Spin Labelling* (ASL), séquences angio 4D, angiographie par résonance magnétique (ARM veineuse) ;
- une consultation avec un neurologue spécialisé est à proposer, notamment si un geste endovasculaire est envisagé, afin de corréler les constatations radiologiques avec les éléments cliniques (grade C).

➔ **R.31.5. En cas d'impossibilité à la réalisation de l'IRM encéphalique**, il est recommandé de réaliser un scanner encéphalique avec coupes centrées sur les CAI (AE).

1.8.2. Imageries à réaliser selon l'orientation clinique

➔ **R.32. En cas de présence d'un argument en faveur d'une pathologie de l'oreille moyenne** (otospongiose, paragangliome jugulo-tympanique...) ou en cas de doute sur une déhiscence de la capsule otique (notamment si l'acouphène a un caractère pulsatile), il est recommandé de réaliser une IRM (AE).

➔ **R.33. En cas de suspicion de pathologie organique cervico-céphalique,** il est recommandé que le médecin ORL demande la réalisation de l'imagerie la plus adaptée à la pathologie

[16] Le 3DT1 écho de gradient est à préférer au *Spin Echo* pour ne pas masquer le signal veineux et ainsi ne pas méconnaître une origine vasculaire.

suspectée (radiologie standard, scanner, IRM), afin d'explorer selon le besoin : rachis et moelle cervicaux, charnière cranio-cervicale, boîte crânienne et/ou encéphale (AE).

- **R.34. En cas d'acouphène avec suspicion d'hydrops endolymphatique (accumulation de liquide dans l'oreille interne) ou de pathologie inflammatoire de l'oreille interne,** il est recommandé de réaliser une IRM centrée sur les labyrinthes ayant recours à des séquences 3D Flair avec acquisition tardive afin de rechercher des signes de rupture de la barrière hémato-labyrinthique, des prises de contraste anormales inflammatoires ou une dilatation des structures endolymphatiques pouvant être impliquées dans la genèse d'un acouphène (AE).
- **R.35. En cas de souffle carotidien** à l'auscultation, il est recommandé de réaliser **une imagerie des troncs supra-aortiques (TSA)** par **scanner** ou **IRM** selon disponibilité et contexte (AE).

1.8.3. Imageries non recommandées

- **R.36.** En raison d'un rapport balance bénéfices/risques défavorable dans le cadre de la démarche diagnostique d'acouphène (sauf en cas de procédure pré- ou per-interventionnelle), l'artériographie cérébrale **n'est pas recommandée à titre systématique** (AE).
- **R.37. En cas d'acouphène neurosensoriel bilatéral et symétrique**, la réalisation d'une imagerie n'est pas recommandée (AE).

1.9. La consultation de synthèse : un temps dédié à l'information et au conseil au patient

À la suite de l'anamnèse, aux différents bilans (morphologique et fonctionnel), à l'examen clinique et aux différentes évaluations réalisées, les experts du groupe de travail ont souhaité formaliser un temps de synthèse au cours d'une consultation dédiée, en préambule de la démarche thérapeutique.

> Une fois le diagnostic posé, le médecin généraliste ou ORL rencontre le patient pour synthétiser les résultats, expliquer la physiopathologie de l'acouphène et élaborer avec lui un projet thérapeutique personnalisé. Cette consultation doit être suffisamment longue pour aborder tous les sujets.

1.9.1. Information et conseil au patient

- **R.38.** Dans tous les cas, il est recommandé d'informer et d'expliquer au patient :
  - l'origine de l'acouphène, en lui apportant, notamment, des explications sur les mécanismes physiopathologiques sous-jacents (par exemple : activité spontanée du système nerveux central auditif interprétée par le cerveau comme une sensation sonore), afin de lui permettre de mieux appréhender son acouphène, d'être reconnu dans sa gêne et de pouvoir s'engager dans un parcours de soins adapté, avec les professionnels identifiés ;
  - le fait que la prise en charge peut être longue et nécessiter plusieurs essais et ajustements ;

- le processus d'habituation, qui consiste en un mécanisme neurophysiologique naturel (correspondant à une diminution progressive de l'activité neuronale en lien avec des stimulations répétitives non informatives), et non l'idée de « faire avec » (grade C).

Attentions particulières concernant l'environnement sonore

Les traumatismes sonores ou, *a contrario*, les environnements très silencieux étant des facteurs favorisant l'apparition ou l'amplification d'acouphène, il est important que tous les patients bénéficient de conseils vis-à-vis de la gestion de l'environnement sonore (AE).

➔ **R.39.** Il est recommandé de conseiller le patient présentant des acouphènes vis-à-vis du bruit environnant :
- de ne pas s'exclure totalement du bruit ;
- en cas d'exposition, ponctuelle ou très ponctuelle, à des bruits de forte intensité, ou d'exposition prolongée au bruit, de lui proposer de se protéger avec des moyens adaptés (bouchons, casque anti-bruit) ;
- de lui conseiller, en cas de bruit environnant sur le lieu de travail, d'en parler au médecin du travail et de se rapprocher, si besoin, du service de prévention et de santé au travail (SPST) ;
- de discuter des conditions d'activité ou de travail et des actions à mettre en place (AE).

1.9.2. Décision médicale partagée

➔ **R.40.** Il est recommandé de **présenter au patient les différentes options et modalités thérapeutiques** existantes, dont celles applicables dans son cas, en précisant leurs bénéfices, les incertitudes sur leur efficacité, les éventuels effets secondaires et contraintes (grade C).

➔ **R.41.** Il est recommandé **d'orienter les patients**, en particulier ceux présentant des vulnérabilités psychologiques, sociales ou médicales, vers des associations de patients (cf. 2.9) ou des structures spécialisées offrant une prise en charge pluriprofessionnelle. Ces structures intègrent des professionnels issus de disciplines complémentaires et/ou de profils professionnels différents, travaillant de manière coordonnée afin d'assurer une évaluation globale et un accompagnement adapté aux besoins spécifiques de chaque patient (AE).

➔ **R.42.1.** Il est recommandé d'aborder avec les patients les croyances erronées ou les craintes infondées concernant leur santé ou les traitements proposés. Cette approche vise à renforcer l'adhésion thérapeutique et à prévenir l'adhésion à des discours pseudo-scientifiques ou sectaires (AE).

➔ **R.42.2.** En cas de suspicion de dérives de pratiques thérapeutiques non conventionnelles ou sectaires potentiellement dangereuses, il convient de fournir aux patients des informations fiables et validées, notamment celles diffusées par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires Miviludes[17] (AE).

[17] 2018 – Miviludes – Guide « Santé et dérives sectaires »

➔ **R.42.3.** Il est recommandé d'inviter le patient à solliciter un avis médical spécialisé en cas d'interrogation ou de doute sur une thérapeutique ou prise en charge conseillée, et de l'informer sur les risques de thérapeutiques insuffisamment définies et évaluées (AE).

2. La stratégie thérapeutique

Les différents chapitres de la stratégie thérapeutique sont indépendants et ne sont pas définis selon un ordre chronologique ou de priorité.

La stratégie thérapeutique vise à atténuer les acouphènes et leurs répercussions fonctionnelles, notamment sur l'état psychologique et la qualité de vie des patients. Elle est basée sur des approches multimodales, impliquant des professionnels de santé de différentes spécialités et différents domaines d'intervention. C'est la raison pour laquelle le type et le séquencement de la prise en charge sont à adapter au cas par cas pour chaque patient, selon le niveau de sévérité (évalué par auto-questionnaire) ainsi que les préférences du patient et les moyens de prise en soins à disposition (humains, financiers, techniques).

➔ **R.43.** Il est recommandé d'accompagner le patient à partir de la première consultation et tout au long de son suivi, par :

- une transmission d'informations adaptées à sa situation et actualisées en fonction de son évolution ;
- des échanges réguliers permettant d'expliquer les options de prise en charge et de le rassurer.

L'information et le conseil au patient (*counseling*) font partie intégrante de la stratégie thérapeutique, comme étape préalable et tout au long de la prise en soins (AE).

2.1. Place des thérapies psychologiques

L'acouphène peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie en induisant des comportements d'évitement, un repli social et un sentiment d'insécurité persistant. Pour atténuer l'emprise de ce symptôme et limiter ses répercussions sur le quotidien, un accompagnement psychologique peut être une solution pertinente. Ce soutien permet de réduire l'importance accordée à l'acouphène, aidant ainsi la personne concernée à retrouver une plus grande liberté d'action, sans rester focalisée sur ses acouphènes ni s'en inquiéter excessivement.

La perception des acouphènes provoque fréquemment un stress, voire une détresse émotionnelle, qui, en favorisant la focalisation de l'attention sur les sons perçus, peut en amplifier la perception et instaurer un cercle vicieux (cf. figure 2 – Retentissement(s) de l'acouphène ci-dessous).

Une thérapie psychologique est envisagée en fonction des antécédents, de l'impact des acouphènes et d'éventuelles comorbidités, telles qu'un trouble anxieux. Les interventions possibles sont multiples.

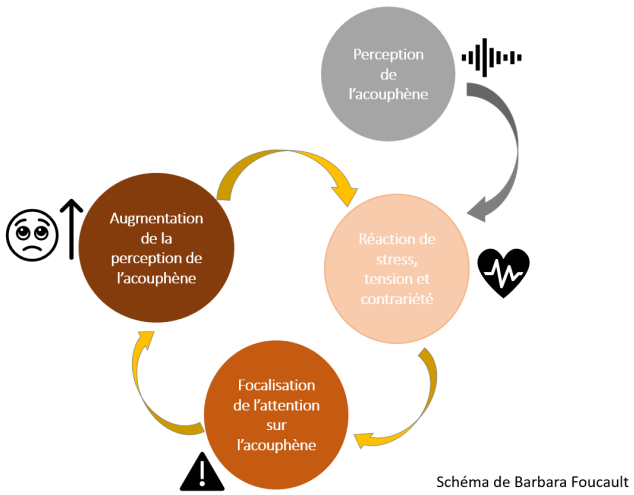


Figure 2. Retentissement(s) de l'acouphène

2.1.1. Les approches selon le niveau de handicap

- **R.44.** Parmi les différentes approches, il est recommandé de recourir à des thérapies ayant montré une efficacité sur l'amélioration de la qualité de vie et une réduction de la détresse chez les patients présentant un acouphène. À ce jour, seules les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont montré des preuves d'efficacité sur les acouphènes, en adaptant le type et les modalités en fonction du niveau de handicap du patient (évalué par auto-questionnaire, dont le THI) de ses besoins et ses objectifs (grade C).
- **R.45.1. En cas de handicap faible à modéré (THI ≤ 36)**, plusieurs approches globales, non spécifiques à l'acouphène, peuvent être proposées pour atténuer la gêne, comme des conseils dirigés, la thérapie d'acceptation et d'engagement (l'ACT), les thérapies basées sur la pleine conscience (*mindfulness*) ou d'autres approches psychothérapeutiques (AE).
- **R.45.2. En cas de handicap moyen (THI entre 38 et 56)**, des séances de TCC peuvent être proposées en les adaptant en fonction de l'histoire du patient et des résultats aux autres questionnaires qui évaluent les troubles anxio-dépressifs (par exemple, le HADS). D'autres approches psychothérapeutiques peuvent être proposées en complément pour les signes de détresse psychologique (AE).
- **R.45.3. En cas de handicap sévère (THI ≥ 58)** lors de la première évaluation ou en cas de maintien de ce score, et/ou selon l'appréciation du médecin généraliste ou ORL, ou en cas de trouble anxieux ou dépressif modéré à sévère, il est recommandé d'orienter :
  - systématiquement vers une TCC ;
  - et en cas de troubles anxieux avérés, vers un psychiatre pour une prise en charge médicamenteuse associée (AE).

D'autres approches psychothérapeutiques peuvent être proposées en complément pour les signes de détresse psychologique.

- **R.46.** En complément du suivi et de l'accompagnement du médecin généraliste ou ORL, il est recommandé que la thérapie psychologique soit réalisée par des psychiatres ou des psychologues cliniciens et des professionnels de santé spécifiquement formés, dans le respect de la règlementation encadrant leurs professions. La pratique de la TCC suppose la

reconnaissance du titre de psychothérapeute par les agences régionales de santé (ARS), complétée par une formation spécialisée (AE).

2.1.2. Les modalités de TCC

Il existe plusieurs modalités possibles de TCC avec un thérapeute (en présentiel ou en distanciel) ou via une thérapie numérique (application numérique ou internet), en individuel ou en groupe.

- **R.47.1.** Les preuves d'efficacité de la eTCC étant limitées, un suivi en présentiel est à privilégier (AE).
- **R.47.2.** Il est essentiel que les modalités prévues initialement soient décrites et tracées pour permettre une meilleure adaptation des approches (type d'approche, nombre de séances, fréquence, durée) (AE).

2.1.3. Évaluation de l'efficacité de l'approche retenue

- **R.48.** Il est recommandé d'évaluer l'efficacité de la prise en charge par TCC ou d'autres approches psychothérapeutiques par des questionnaires ou échelles adaptés, régulièrement tout au long du suivi (cf. 1.5). Cette évaluation du bénéfice thérapeutique doit porter :
  - sur les acouphènes (notamment le THI) ;
  - sur les comorbidités ciblées par la psychothérapie (notamment par l'*Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) et/ou le *Beck Depression Inventory* (BDI) (cf. annexe 1) (AE).
- **R.49.** Il est recommandé de réévaluer régulièrement l'efficacité du type d'approche, à chaque étape de la prise en charge, en fonction du niveau de score aux questionnaires (dont le THI) et/ou tests (AE).

2.2. Place des thérapies sonores (avec ou sans aide auditive)

Les thérapies sonores regroupent plusieurs modalités reposant sur l'utilisation du son : **l'amplification par aide auditive**, qui occupe une place privilégiée dès lors qu'une surdité est associée, les **générateurs de bruit** externes ou intégrés aux aides auditives, ainsi que l'**enrichissement sonore** de l'environnement. Le choix de la stratégie dépend du bilan audiologique, du retentissement évalué par les auto-questionnaires, du niveau de perte auditive et des signes associés, notamment l'hyperacousie. En présence d'une surdité, l'aide auditive doit être considérée comme la modalité de référence de la thérapie sonore, avec une adaptation personnalisée par l'audioprothésiste et une évaluation régulière de son efficacité sur la gêne liée aux acouphènes.

- **R.50.** Avant **toute proposition de thérapie sonore**, il est recommandé d'informer le patient sur les différences distinguant l'**amplification par aide auditive**, les générateurs de bruit et l'enrichissement sonore, et en présentant leurs objectifs, avantages, limites et contraintes d'utilisation[18] (grade C).
- **R.51. Lorsqu'une thérapie sonore est envisagée** (cf. ci-dessous), il est recommandé d'orienter le patient vers un audioprothésiste, en particulier lorsqu'une aide auditive est indiquée ou

[18] Ameli – https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires-optique-audition/protheses-auditives

discutée. Ce professionnel dispose des compétences techniques nécessaires pour choisir, adapter et ajuster le dispositif sonore le plus approprié au profil auditif et aux besoins du patient (AE).

2.2.1. En cas de surdité associée (PTM > 20 dB HL)

- **R.52. Si la gêne est élevée (THI entre 38 et 56, EVA ≥ 6),** il est recommandé de proposer **en première intention une aide auditive avec amplification adaptée**. Dans ce contexte, l'aide auditive constitue la modalité de référence de thérapie sonore, car elle vise d'abord à compenser la perte auditive et à améliorer l'audition fonctionnelle, tout en pouvant réduire la perception et le retentissement de l'acouphène, par l'enrichissement sonore de l'environnement et en favorisant le processus de masquage naturel et le processus d'habituation. Le choix du dispositif et de ses réglages est réalisé selon les caractéristiques cliniques et audiométriques de l'acouphène (à partir des résultats de l'audiométrie), le profil de l'acouphène, les besoins et les préférences du patient et l'avis de l'audioprothésiste (AE).
- **R.53. Si la gêne est très élevée (THI ≥ 58), l'aide auditive doit rester discutée prioritairement** dès lors qu'une surdité est objectivée, y compris lorsque la perte auditive ne répond pas aux critères habituels de prise en charge de l'appareillage définis par l'arrêté de 2018[19] (perte de moins de 30 dB et audiométrie vocale dans le bruit avec un écart au SIB 50 < 3 dB par rapport à la norme). Dans ce cas, il est recommandé de proposer un essai individualisé **d'aide auditive avec amplification adaptée**, en tenant compte du bénéfice attendu sur la gêne acouphénique, l'audition fonctionnelle et la qualité de vie (AE). L'arrêté du 27 décembre 2018[20] liste les conditions de prise en charge et la tarification sociale sur les aides auditives.
- **R.54.1.** Lorsqu'une aide auditive est mise en place pour un acouphène invalidant avec surdité associée, il est recommandé d'allonger la période d'essai de l'appareillage à 2 mois, afin de permettre des réglages progressifs et une évaluation réaliste de l'effet de l'aide auditive sur les acouphènes. À l'issue de cette période, il est recommandé d'évaluer la satisfaction au moyen d'une échelle de type *Global Rating Change Scale* (GRCS) et l'efficacité avec, comme critère principal, une baisse du THI d'au moins 7 points. Le prescripteur confirme, ajuste ou interrompt la prescription sur la base du rapport de l'audioprothésiste, de la dernière évaluation auditive, du bénéfice ressenti et de la demande du patient. Une évaluation régulière de la satisfaction et de l'efficacité de l'appareillage auditif sur les acouphènes invalidants doit ensuite être réalisée par l'audioprothésiste et le médecin prescripteur (AE).
- **R.54.2.** Il est recommandé d'adapter les caractéristiques techniques[21] de l'aide auditive au profil auditif, au type d'acouphène et aux objectifs thérapeutiques définis avec le patient :

[19] Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

[20] Arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé – Légifrance.

[21] Arrêté de 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

- des aides auditives de classe I comme de classe II[22] peuvent être proposées ;
- plusieurs programmes peuvent être proposés : amplification seule, générateur de bruit seul, ou amplification combinée à un générateur de bruit, afin de permettre au patient d'ajuster l'utilisation du dispositif selon son ressenti et son environnement sonore ;
- en cas d'utilisation d'un appareil de classe I, la bande passante doit être adaptée à la fréquence dominante de l'acouphène, en particulier lorsqu'il est de fréquence aiguë (AE).

➔ **R.55. En cas d'hyperacousie associée à l'acouphène,** validée par questionnaires et critères audiométriques, l'indication d'un générateur de bruit (GB) est recommandée. L'option d'utilisation d'embout obturant et amplification sonore minimale associée est à évaluer avec une adaptation prudente et progressive par un audioprothésiste spécialisé, compte tenu de la complexité des réglages et de la tolérance sonore du patient (AE).

2.2.2. En l'absence de surdité (audition normale, avec audiométrie normale, y compris dans le bruit)

➔ **R.56.** En raison de données probantes insuffisantes, la thérapie sonore ne peut pas être recommandée de façon isolée, mais elle peut être recommandée si elle est combinée à d'autres méthodes non auditives, de type approches corporelles, psychocorporelles (AE).

➔ **R.57.1. Si la gêne est modérée (THI ≤ 36, ou, à défaut EVA < 6),** il est recommandé de proposer un simple enrichissement sonore de l'environnement (au moyen d'enceintes, d'écouteurs, de casque audio ou autre générateur de bruit externe), combiné à d'autres prises en charge non auditives (grade C).

➔ **R.57.2. En cas d'hyperacousie associée,** il est recommandé de proposer un générateur de bruit et une approche par TCC (pouvant être complétée par une autre approche psychothérapeutique), en fonction des scores au questionnaire HADS (AE).

➔ **R.58. Si la gêne est élevée (THI entre 38 et 56),** il est recommandé de proposer un enrichissement sonore et/ou un générateur de bruit (GB), ainsi qu'une approche par TCC (pouvant être complétée par une autre approche psychothérapeutique), en fonction des questionnaires concernés (TRQ, HADS) (AE).

➔ **R.59. Si la gêne est très élevée (THI ≥ 58),** il est recommandé de proposer un générateur de bruit (GB) et une approche complémentaire par TCC (pouvant être complétée par une autre approche psychothérapeutique) (AE).

[22] Les aides auditives sont classées en deux groupes (classe I et classe II) selon leurs caractéristiques techniques. La classification dépend de la présence et du nombre d'options, selon les listes définies au paragraphe I.4 de l'arrêté de 2018.

2.3. Place de l'implant cochléaire

2.3.1. Indications de l'implant cochléaire

L'implant cochléaire[23] [24] (IC) n'a pas d'indication spécifique pour les acouphènes. Toutefois, la HAS a proposé une extension d'indication de l'IC aux surdités unilatérales sévères à profondes avec acouphènes invalidants, après échec ou inefficacité des systèmes *Contralateral Routing Of Signal* (ou routage controlatéral du signal CROS) ou à ancrage osseux.

Les IC (IC uni ou bilatéral) peuvent être indiqués, sur des critères audiométriques (seuil d'intelligibilité vocale supérieur ou égal à 60 dB, en champ libre, avec des appareils auditifs bien réglés).

- **R.60. En cas de surdité bilatérale profonde et en cas d'inefficacité des aides auditives sur l'acouphène** (incluant les aides auditives conventionnelles ou systèmes CROS, ou associant les deux en fonction des reliquats auditifs), il est recommandé de prendre l'avis d'un médecin ORL pour proposer la mise en place d'un implant cochléaire (AE).
- **R.61. En cas de surdité unilatérale sévère à profonde, ou bilatérale asymétrique** (THI ≥ 58 et une EVA gêne ≥ 6) du côté de la surdité (ou de l'oreille la plus sourde, si surdité bilatérale), le médecin ORL peut proposer un implant cochléaire pouvant permettre d'améliorer la tolérance à l'acouphène (AE).

2.3.2. Conditions d'implantation

- **R.62. En amont d'une implantation**, il est recommandé :
  - de réaliser un bilan préimplantatoire comprenant un bilan orthophonique, un bilan vestibulaire et une évaluation psychologique du patient présentant un acouphène, afin de repérer d'éventuelles contre-indications à l'implantation et/ou des répercussions psychologiques nécessitant une prise en charge spécifique (AE) ;
  - d'informer le patient sur le déroulé des étapes, les avantages, les risques et potentielles limites d'efficacité sur la perception de l'acouphène, sur son amélioration et son vécu (AE).
- **R.63.1. À la suite d'une implantation**, il est recommandé que le praticien ayant proposé l'implant cochléaire propose systématiquement la prolongation (ou la mise en place) du suivi psychologique, en lien avec les autres professionnels concernés (AE).
- **R.63.2.** En complément de cette prise en charge spécifique, il est fortement recommandé d'organiser le suivi multidisciplinaire et pluriprofessionnel du patient implanté (cf. 2.8) (AE).

[23] Implants cochléaires – HAS, 2012 – Bon usage des technologies médicales – Le traitement de la surdité par implants cochléaires ou du tronc cérébral.

[24] https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3216193

> Le praticien peut s'appuyer sur les documents de la HAS[25] relatifs au bon usage des implants cochléaires, et sur ceux de la SFORL[26] relatifs aux indications d'implant cochléaire (AE).

2.4. Place des approches de neuromodulation

La neuromodulation ou neurostimulation est définie comme un processus d'inhibition ou de modification de l'activité électrique dans le système nerveux central. La neuromodulation peut être invasive ou non.

Les traitements non invasifs comprennent la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS), la stimulation transcutanée du nerf vague, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS). Plusieurs protocoles de recherche se proposant d'étudier des stimulations bimodales (électrique sur la surface du corps ou de la langue, et acoustique) ont récemment été publiés.

Les traitements invasifs comprennent la stimulation du nerf vague (par dispositif implantable), la stimulation corticale de surface et la stimulation cérébrale profonde (*deep brain stimulation*, DBS).

- **R.64.** Les données probantes d'efficacité et d'innocuité concernant les méthodes de neuromodulation ou neurostimulation sont insuffisantes pour les recommander dans le cadre de la prise en charge spécifique des acouphènes (grade C).
- **R.65.** Pour les patients présentant des acouphènes chroniques réfractaires, particulièrement s'ils présentent également une hyperacousie, la stimulation transcrânienne répétitive (rTMS) n'est pas recommandée, car elle expose à de très fortes intensités sonores (AE).

2.5. Place des approches corporelles et/ou psychocorporelles

- **R.66.** Les données probantes d'efficacité des approches corporelles et/ou psychocorporelles, telles que la sophrologie, l'hypnose ou le neurofeedback, sont insuffisantes pour les **recommander à titre systématique pour la prise en charge spécifique des acouphènes** (AE).
- **R.67.1.** Ces approches peuvent toutefois représenter une aide pour le patient dans la gestion des comorbidités, ou plus largement améliorer le vécu vis-à-vis des acouphènes, et particulièrement en cas de troubles anxieux, troubles du sommeil, de stress ou de troubles de la concentration. Elles peuvent être utilisées en complément des autres prises en charge (notamment psychologiques et audiologiques) (AE).
- **R.67.2. En fonction du profil psycho-affectif et de la sensibilité du patient**, il est recommandé de l'orienter vers une équipe intégrant des professionnels spécialisés dans les troubles liés aux acouphènes (AE).

Le professionnel peut proposer des interventions complémentaires ciblant la régulation du stress et de l'anxiété, comme la relaxation, la cohérence cardiaque ou encore l'hypnose, la sophrologie en tant qu'approches intégratives dans un parcours de soin pluridimensionnel.

[25] HAS – Bon usage des technologies médicales – Le traitement de la surdité par implants cochléaires ou du tronc cérébral – 2012

[26] SFORL – Recommandation pour la pratique clinique – Indications de l'implant cochléaire chez l'adulte – 2019

En France, il existe un réseau structuré de sophrologues spécifiquement formés à la prise en charge des patients atteints d'acouphènes, certains d'entre eux exerçant au sein d'équipes pluriprofessionnelles et multidisciplinaires. Ces équipes permettent une prise en charge globale et individualisée du patient.

Ces approches corporelles et/ou psychocorporelles peuvent être également proposées par des auxiliaires médicaux ou des psychologues spécifiquement formés.

➔ **R.68.** Il est recommandé d'encourager le patient à exercer une activité physique régulière afin de l'aider dans la gestion de ses éventuels troubles anxieux ou de son stress. Selon le profil du patient, un programme d'activité physique adaptée (APA) de plusieurs semaines peut être envisagé seul, soit en association avec un traitement médicamenteux et/ou une psychothérapie (AE).

2.6. Place des approches transcutanées et manuelles

2.6.1. L'acupuncture et les autres approches transcutanées

➔ **R.69.** En raison du manque de preuves suffisantes sur leur efficacité et leur sécurité, la thérapie par laser, l'acupuncture et la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) ne sont pas recommandées pour la prise en charge spécifique des patients souffrant d'acouphènes (AE).

➔ **R.70.** L'acupuncture peut cependant être envisagée, dans le cadre de la prise en charge des comorbidités, telles que la douleur associée, avec un effet positif possible indirect sur les acouphènes (AE).

2.6.2. Les thérapies manuelles

➔ **R.71. En cas d'acouphène somatosensoriel**, il est recommandé d'orienter le patient vers un professionnel formé aux approches de thérapies manuelles médicales, dont un dentiste, un orthophoniste, un occlusodontiste, un stomatologue, un rhumatologue et/ou un kinésithérapeute (AE).

2.7. Place des traitements médicamenteux et compléments alimentaires

2.7.1. Les traitements médicamenteux

➔ **R.72.1.** Les données probantes d'efficacité et d'innocuité concernant les traitements médicamenteux sont insuffisantes pour les recommander dans le cadre d'une prise en charge spécifique des patients présentant des acouphènes, en dehors de ceux envisagés pour les troubles coexistants et/ou facteurs intercurrents (grade C).

➔ **R.73.** Il est recommandé de prendre en charge les conséquences des acouphènes sur le mode de vie du patient, les répercussions socio-professionnelles et les problèmes coexistants : ces

affections intercurrentes sont susceptibles de bénéficier d'un traitement médicamenteux, indépendamment des acouphènes (AE).

- **R.74.1. En présence de troubles du sommeil[27], de troubles anxieux[28], dépressifs[29] [30] [31] ou de syndrome de stress post-traumatique sévère[32],** il est recommandé que le praticien prescrive un traitement psychotrope adapté, associé à un accompagnement psychologique après avoir informé le patient sur le délai d'action, la durée de traitement, ainsi que les potentiels effets secondaires. Celui-ci peut inclure, selon l'indication clinique, un antidépresseur, un anxiolytique ou tout autre agent psychotrope visant à stabiliser l'humeur, réduire l'anxiété et restaurer un sommeil réparateur (AE).
- **R.74.2.** Il est recommandé que toute prescription psychotrope soit assortie d'un suivi médico-psychologique pouvant inclure une psychothérapie de soutien, une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou toute autre approche psychothérapeutique validée, en fonction du profil clinique du patient et des objectifs thérapeutiques, et de solliciter l'avis d'un psychiatre si besoin (AE).

2.7.2. Les compléments alimentaires

- **R.75.** Les données probantes d'efficacité et d'innocuité des compléments alimentaires sont insuffisantes pour recommander leur usage dans le cadre de la prise en charge spécifique des acouphènes (grade C).
- **R.76.** Certains compléments alimentaires contenant de la mélatonine[33] [34] peuvent être envisagés pour atténuer les symptômes associés à l'acouphène, tels que les troubles du sommeil ou l'anxiété, sous réserve d'une évaluation individualisée du patient, en tenant compte des précautions d'usage et des risques d'interactions, notamment avec les antidépresseurs (AE).

2.8. Place des équipes pluriprofessionnelles

- **R.77.** Il est recommandé d'orienter le patient vers une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle exerçant sur un même site ou en réseau, dédiée à la prise en charge des acouphènes, permettant un suivi global du patient, intégrant des actions d'éducation

[27] Haute Autorité de santé – Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale – recommandation de bonnes pratiques – 2007.

[28] Haute Autorité de santé – ALD n° 23 – Troubles anxieux graves – Guide ALD – 2025.

[29] Haute Autorité de santé - Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale – mise à jour 2019.

[30] Haute Autorité de santé – Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours – recommandation de bonnes pratiques – 2017.

[31] Haute Autorité de santé – Dépression – panorama des documents.

[32] HAS, 2020 – Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques – note de cadrage.

[33] ANSM, 2021 – Résumé des caractéristiques du produit

[34] HAS, 2009 – Fiche médicament.qxd

thérapeutique (ETP) adaptées et/ou des groupes de parole animés par un professionnel de santé (AE).

2.9. Place des associations de patients

➔ **R.78.** Il est recommandé de proposer d'orienter le patient, selon ses souhaits et ses besoins, vers une association de patients, afin de l'accompagner dès la 1re consultation et tout au long de sa prise en charge, en particulier pour :

- obtenir des informations complémentaires sur les acouphènes, sur un temps plus long que dans le cadre strict d'une consultation par un professionnel de santé ;
- échanger avec d'autres patients sur les différentes expériences et pouvoir être soutenu (co-étayage et pair-aidance) ;
- obtenir des informations de vigilance vis-à-vis de certaines pratiques non recommandées, en raison de l'absence d'homogénéisation (disparité de pratiques), de règlementation et/ou de preuves scientifiques concernant leur efficacité et innocuité (AE).

Table des annexes

Annexe 1. Principaux questionnaires et tests dans la prise en charge d'acouphènes 34

Annexe 2. Version française du questionnaire *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) 36

Annexe 1. Principaux questionnaires et tests dans la prise en charge d'acouphènes

Objet du questionnaire	Nom (lien)	Remarques
Questionnaires ou tests spécifiques des acouphènes		
Caractéristiques	ESIT-SQ *363-Guillard-2023.pdf* *1-s2.0-S1879729622001417-mmc1.docx*	Questionne les caractéristiques – intéressant lors de l'anamnèse
Retentissement de l'acouphène	EVA (échelle visuelle analogique) pour gêne et intensité	Indispensable en première intention
	THI (*Tinnitus Handicap Inventory*) Propriétés psychométriques d'une version française du *Tinnitus Handicap Inventory*. 2010 L'Encéphale 36(5):390-396. Venera GHULYAN-BEDIKIAN, Michel Paolino, Giorgetti D'Esclercs, F. Paolino) (52)	Indispensable en première intention • 0 à 16 points : pas de handicap ou handicap léger grade I ; • 18 à 36 points : handicap léger grade II ; • 38 à 56 points : handicap modéré grade III ; • 58 à 76 points : handicap sévère grade IV ; • 78 à 100 points : handicap catastrophique grade V
	TFI (*Tinnitus Functional Index*) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22156949/ (51)	Équivalent du THI Plus utilisé dans la recherche
	Tinnitus Questionnaire et *Tinnitus Reaction Questionnaire* (TRQ) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9488927/ (53)	Spécifique de la détresse liée à l'acouphène
Autres tests ou questionnaires		
Détresse psychologique	HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf	Selon le contexte clinique
	PCL-5 (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist*) *https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/symptomes-de-stress-post-traumatique#questionnaire7*	Selon le contexte clinique
	BDI (*Beck Depression Inventory*) Version abrégée (13 questions) *http://www.amiform.com/web/documents-patients-douloureux/questionnaire_abrege_de_beck.pdf* Version complète (21 questions) : https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2015/08/inventaire-de-beck-pour-la-dc3a9pression.pdf	Selon le contexte clinique Plus utilisée en TCC
Sommeil	ISI (indice de sévérité de l'insomnie) *https://www.cets.ulaval.ca/sites/cets.ulaval.ca/files/insomnie.pdf*	Selon le contexte clinique
	BAHIA (biphasique, acouphène, hyperacousie, insensibilité de la face et autres sensations)	Selon le contexte clinique

Hyperacousie	*https://www.researchgate.net/publication/264759547_BAHIA_un_nouveau_questionnaire_poly-paradigmatique* Questionnaire de sensibilité auditive https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12499770/	Selon le contexte clinique

Annexe 2. Version française du questionnaire *Tinnitus Handicap Inventory* (THI)

(Source : Propriétés psychométriques d'une version française du Tinnitus Handicap Inventory. *L'Encéphale 36(5):390-396. Venera GHULYAN-BEDIKIAN, Michel Paolino, Giorgetti D'Esclercs, F. Paolino)*

Question	Oui (4)	Parfois (2)	Non (0)	Score (0/2/4)
1F. À cause de votre acouphène vous est-il difficile de vous concentrer ?	☐	☐	☐	———
2F. À cause de l'intensité de votre acouphène vous est-il difficile d'entendre les personnes qui vous entourent ?	☐	☐	☐	———
3E. Votre acouphène vous rend-il coléreux ?	☐	☐	☐	———
4F. Vous sentez-vous l'esprit confus à cause de votre acouphène ?	☐	☐	☐	———
5C. À cause de votre acouphène vous sentez-vous désespéré ?	☐	☐	☐	———
6E. Vous plaignez-vous beaucoup de votre acouphène ?	☐	☐	☐	———
7F. À cause de votre acouphène avez-vous du mal à trouver le sommeil la nuit ?	☐	☐	☐	———
8C. Avez-vous le sentiment de ne pas pouvoir vous libérer de votre acouphène ?	☐	☐	☐	———
9F. Votre acouphène interfère-t-il dans votre plaisir à pratiquer des activités sociales (aller au restaurant, au cinéma) ?	☐	☐	☐	———
10E. À cause de votre acouphène vous sentez-vous frustré ?	☐	☐	☐	———
11C. À cause de votre acouphène avez-vous le sentiment d'être atteint d'une maladie grave ?	☐	☐	☐	———
12F. À cause de votre acouphène vous est-il difficile de profiter pleinement de la vie ?	☐	☐	☐	———
13F. Votre acouphène interfère-t-il dans vos responsabilités au travail ou à la maison ?	☐	☐	☐	———
14E. Trouvez-vous que vous êtes souvent irritable à cause de votre acouphène ?	☐	☐	☐	———

15F. À cause de votre acouphène vous est-il difficile de lire ?	☐	☐	☐	____
16E. Êtes-vous contrarié ou bouleversé par votre acouphène ?	☐	☐	☐	____
17E. Pensez-vous que votre problème d'acouphène a installé un stress dans vos relations avec les membres de votre famille et vos amis ?	☐	☐	☐	____
18F. Vous est-il difficile de vous concentrer sur autre chose que votre acouphène ?	☐	☐	☐	____
19C. Pensez-vous ne pas avoir de contrôle sur votre acouphène ?	☐	☐	☐	____
20F. À cause de votre acouphène vous sentez-vous souvent fatigué ?	☐	☐	☐	____
21E. À cause de votre acouphène vous sentez-vous déprimé ?	☐	☐	☐	____
22E. Votre acouphène vous rend-il anxieux ?	☐	☐	☐	____
23C. Pensez-vous ne plus pouvoir faire face à votre acouphène ?	☐	☐	☐	____
24F. Votre acouphène s'aggrave-t-il quand vous êtes stressé ?	☐	☐	☐	____
25E. Votre acouphène vous donne-t-il un sentiment d'incertitude ?	☐	☐	☐	____

Calcul du score (Oui = 4, Parfois = 2, Non = 0)

Nombre de oui : ____ Nombre de parfois : ____ Nombre de non : ____ Score total : ____/100

Formule : Score total = (nombre de oui × 4) + (nombre de parfois × 2) + (nombre de non × 0). Score maximal (25 items) = 25 × 4 = 100.

Calcul des scores par sous-échelle (F/E/C)

Sous-échelle	#Oui	#Parfois	#Non	Score	Score max
F (fonctionnelle)	____	____	____	____	44
E (émotionnelle)	____	____	____	____	36
C (catastrophique)	____	____	____	____	20

Formules : Score F = (#Oui F × 4) + (#Parfois F × 2) ; score E = (#Oui E × 4) + (#Parfois E × 2) ; score C = (#Oui C × 4) + (#Parfois C × 2). (Les réponses Non valent 0.)

Rappel : nombre d'items par sous-échelle dans ce questionnaire – F : 11 items (max 44) ; E : 9 items (max 36) ; C : 5 items (max 20).

Légende : F : sous-échelle fonctionnelle ; E : sous-échelle émotionnelle ; C : sous-échelle catastrophique.

Contributeurs

Ce document a été élaboré par la HAS, avec la contribution des personnes citées ci-dessous qu'elle remercie. Il a été adopté par les instances de validation de la HAS.

Les déclarations publiques d'intérêts des personnes soumises aux obligations de déclaration en application des articles L. 1451-1 et R. 1451-1 du code de la santé publique sont consultables sur le site Internet dpi.sante.gouv.fr.

1 - Equipe projet HAS

Mme Sylvie Laot, Saint-Denis, cheffe de projet, HAS

Sophie De Cosmi, assistante , HAS

Dr Marie-José Fraysse, oto-rhino-laryngologiste, présidente du groupe de travail, Paris

2- Contributeurs extérieurs

La HAS fait appel à des contributeurs extérieurs en tenant compte des expertises recherchées. Elle peut procéder à des appels à candidatures ou les solliciter directement ou indirectement par l'intermédiaire, d'organismes ou d'associations particulièrement concernés par le sujet traité.

Chargé(e/s) de projet

Dr Juliette Housset, oto-rhino-laryngologiste, chargée de projet (75)

Dr Pierre Reynard, oto-rhino-laryngologiste, chargé de projet (69)

Groupe de travail

Dr Marie-José Fraysse, oto-rhino-laryngologiste, (75) - présidente

Dr Yann Auxéméry, psychiatre, (75)

Dr Jacques Bohar, chirurgien-dentiste, (13)

Pr Damien Bonnard, oto-rhino-laryngologiste, (33)

Pr Marc Bayen, médecin généraliste et professeur des universités, (59)

Dr Nathalie Chérot-Kornobis, médecin du travail, (59)

M. Stéphane Gallégo, docteur biomédical, audioprothésiste, (69)

M. Jacques Gérard, usager du système de santé, (93)

Dr Alain Londero, oto-rhino-laryngologiste, (75)

Dr Sonia Mirafzal, radiologue, (63)

Mme Livia Moati, psychologue, (75)

Mme Nicolas, usagère du système de santé, (93)[35]

Dr Yves Passadori, gériatre, (68)

Dr Xavier Perrot, neurologue, (69)

Dr Jean-Claude Soulary, médecin généraliste, (59)

[35] Décédée, participation jusqu'en février 2025.

3 - Groupe de lecture

Pr Samar Ayache, neurologue & neurophysiologiste, (75)

Dr Jan Baran, médecin généraliste, (59)

M. Hervé Bischoff, audioprothésiste, (75)

Mme Christel Carillo, psychologue, (75)

Dr Bertrand Carlander, neurologue, expert auprès de la cour d'appel, médecin agréé, (34 / 30)

Dr Emmanuel Caruana, médecin généraliste, (44)

Pr Bénédicte Clin-Godard, médecin du travail, (14)

Dr Anne-Christine Della Valle, médecin généraliste, (34)

Dr Salah Dilem, médecin oto-rhino-laryngologiste, (91)

Mme Claire Duval, usagère du système de santé, (93)

Mme Émilie Ernst, orthophoniste, (75)

Pr Philippe Fournier, Docteur en Audiologie, Audiologiste, Québec (Canada)

M. Jacques Foenkinos, usager du système de santé, (93)

Dr Béatrice Leleu, médecin généraliste, (97)

Pr Jean-François Gehanno, médecin du travail, (76)

Dr Stéphanie Gigon, orthodontiste, (76)

Mme Céline Guemas, audioprothésiste, (29)

Pr Sébastien Hulo, médecin du travail, (59)

Dr Christian Juenet, psychiatre, (69)

Dr Karine Latawiec, médecin du travail, (69)

Dr Christian Le Corre, médecin généraliste, (24)

Dr Jean-Marc Lefebvre, médecin généraliste, professeur associé en retraite, (59)

Dr Gabrielle Lisembard, médecin généraliste, (59)

Mme Sonia Lombardini, usagère du système de santé, (93)

Dr Isabelle Mosnier, médecin oto-rhino-laryngologiste, (75)

Mme Catherine Niel, psychologue, (13)

M. Arnaud Norena, professeur en neurosciences, (13)

Dr Jean-Marc Pecontal, médecin généraliste, (97)

Dr Benjamin Potencier, médecin généraliste, (69)

Dr Cécile Puel, médecin oto-rhino-laryngologiste, (34)

Dr Isabelle Secret-Bobolakis, médecin psychiatre, (77)

Dr Fanny Serman, médecin généraliste, (59)

Dr Jérémie Somme, médecin du travail, (31)

Mme Vaillant-Ciszewicz Anne-Julie, Docteur en psychologie, CHU de Nice, (06)

Pr Francis Veillon, radiologue, (67)

4 - Parties prenantes sollicitées

Les parties prenantes* suivantes, ont été sollicitées :

Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie

Conseil national professionnel de radiologie

Collège de la médecine générale (CMG)

Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Conseil national professionnel de psychiatrie

Conseil national professionnel d'orthopédie dento-faciale

Collège national d'audioprothèse

Conseil national professionnel de médecine du travail

Conseil national professionnel de gériatrie

Conseil national professionnel de neurologie

Collège français d'orthophonie

France Acouphènes

Hyperacouphènes Europe

5 - Institutions et instances publiques sollicitées

Agence Nationale de Sécurité de l'Alimentation, de l'environnement et du travail, Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Direction Générale de l'Offre de Soins, Mutualité Ssociale Agricole.

Retrouvez tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – juin 2026