

APPAREILLAGE ET ACOUPHÈNES

par Dominique Dufournet

L'utilisation de sons extérieurs pour masquer l'acouphène remonte à l'antiquité ; cependant il a fallu attendre 1947 pour que le recours à la prothèse auditive pour améliorer la tolérance à un acouphène invalidant fasse l'objet d'un article dans la littérature médicale.

Depuis, comme cela est expliqué dans notre livre Acouphènes (voir encart page 8) dont cette phrase est extraite, les choses ont beaucoup évolué. Il était intéressant de faire le point en ce début d'année 2009 auprès de deux grands spécialistes de l'appareillage que sont messieurs Bizaguet et Bishoff, qui par ailleurs travaillent depuis de longues années sur les problèmes d'acouphènes. Signalons qu'ils sont aussi membres actifs de l'AFREPA (Association Française des Équipes Pluridisciplinaires en Acouphénologie).

Dans cet article, nous aborderons en particulier le lien entre appareillage et traitement de l'acouphène, la TRT, la TCC, le problème de l'appareillage et de l'intolérance au bruit ainsi que les problèmes spécifiques pour appareiller les personnes souffrant du syndrome de Menière...

Le rôle habituel de l'audioprothésiste est de prendre en charge les patients déficients auditifs par un appareillage prothétique amplificateur. Le choix prothétique est de sa seule compétence et son rôle touche aussi bien les choix techniques que l'accompagnement et l'éducation prothétique. La prise en charge indissociable de l'appareil se fait sur la durée de vie de l'aide auditive...

L'audioprothésiste est un partenaire de l'ORL qui a posé le diagnostic, mis en place un éventuel traitement médicamenteux et prescrit l'appareillage.

L'audioprothésiste peut aussi intervenir en matière de prévention individuelle pour équiper des personnes surexposées au bruit.

Peu d'audioprothésistes sont aujourd'hui spécialisés en acouphénologie et compétents pour traiter l'acouphène qui demande une prise en charge dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires.

Les patients vous font ils part spontanément de leurs acouphènes ?

Assez souvent. Les patients en parlent spontanément quand l'acouphène a, pour eux, un impact négatif ; notamment s'ils sont convaincus qu'il contribue à leur manque d'intelligibilité. C'est de plus une question systématique de notre interrogatoire afin de mieux comprendre le problème de surdité et de proposer les solutions les plus adaptées.

Nous n'avons pas par ailleurs de patients venant nous consulter directement pour leurs acouphènes, l'ORL restant le professionnel consulté en première intention.

En quoi le fait d'appareiller l'oreille va être une solution à l'acouphène ?

Lorsqu'un problème de surdité existe, le patient entend moins les bruits de l'environnement. Par contraste en cas d'acouphènes associés, ceux-ci vont donc paraître plus forts. L'appareillage auditif va alors permettre d'amplifier la voix et les bruits de l'environnement et noyer l'acouphène dans cette information. L'action n'est pas sur l'acouphène lui-même, mais sur son émergence. Le cerveau réapprend à traiter les informations perdues et à faire le tri entre l'information et les bruits parasites permettant une diminution de l'impact de l'acouphène. Plus le port de l'appareil est régulier et systématique et plus l'efficacité est grande.

Bien souvent les gens ne comprennent pas pourquoi l'appareillage auditif ne permet pas une correction automatique et immédiate du problème de surdité ou d'acouphène, comme les lunettes corrigent immédiatement la myopie.

Les lunettes utilisent une correction mécanique pour traiter un problème mécanique. C'est ce qui se passe en cas de surdité de transmission où la qualité reste bonne. Or la plupart des surdités sont liées à la cochlée, à l'oreille interne. Dans ce cas, il existe des distorsions ou déformations du son (identiques pour la vue à une atteinte de la rétine), ce qui ne permet pas une réhabilitation complète, mais seulement de 50 à 70 %.

Par ailleurs, lorsque vous perdez de l'audition, votre cerveau, ne recevant plus certains sons perd progressivement, du fait du manque d'entraînement, ses capacités à traiter ces

informations. Il faudra du temps pour que les traitements centraux se remettent en place, temps d'autant plus long que la surdité est ancienne. Il est donc recommandé d'appareiller

le plus tôt possible car il est plus facile d'être préventif que curatif.

Plus on appareille tard, plus le temps de récupération sera long. D'une manière générale pour l'audition, il faut compter quelques mois pour obtenir le résultat définitif. Pour l'acouphène, le temps d'habitué est compris entre 6 mois et deux ans.

On sait que l'acouphène est un symptôme qui peut avoir de multiples origines, cela entraîne-t-il des approches individualisées pour chaque cas ? Par exemple est ce que l'acouphène d'une personne ayant subi un traumatisme sonore se traite comme l'acouphène d'un Menière ?

La recherche de l'étiologie et de l'origine va conduire l'ORL à un diagnostic et un traitement spécifique des différences de traitement par l'appareillage existant en fonction de l'origine de la pathologie. Par exemple, l'acouphène du traumatisme sonore est plutôt aigu de type sifflements alors que celui du Menière plutôt à base de

bourdonnement. Donc effectivement l'étiologie est importante et est prise en compte dans le choix de l'appareil, dans les réglages et dans le suivi.

Les distorsions étant différentes, l'impact de l'amplification dépendra de la pathologie. L'impact psychologique sera également différent si vous avez un Menière ou un traumatisme sonore, si vous vous êtes causé le traumatisme sonore ou si vous l'avez subi etc...

Il faut aussi ajouter que l'acouphène n'est pas souvent isolé, mais qu'il s'intègre parfois dans un contexte particulier. Il nous faut comprendre le patient et ses attentes. L'étiologie est ici un des éléments clés. Nous devons comprendre pour améliorer l'efficacité de la prise en charge la cause de la surdité, la manière dont elle est arrivée, la manière dont elle s'est intégrée dans son schéma global ; On n'est pas en train de parler d'oreille isolée mais d'un être humain dans sa globalité.

L'appareillage a pour fonction première de corriger la surdité, comment articuler les réglages de l'appareil pour aider la compréhension et masquer l'acouphène ?

En première intention on appareille la surdité sans tenir compte de l'acouphène. La plupart du temps, le simple fait d'avoir redonné la perception des bruits de l'environnement et corrigé l'intelligibilité suffit à masquer l'acouphène pour le rendre tolérable. Par contre si cela ne suffit pas après 6 mois de port régulier, on peut modifier les caractéristiques amplificatrices pour faire un réglage plus spécifique afin de masquer le plus possible l'acouphène. Le but va être alors d'amplifier au maximum les petits bruits de l'environnement. Un compromis est à trouver entre la correction à mettre pour la surdité pure et celle pour faciliter le masquage spécifique des acouphènes.

Quel est le taux de succès du traitement de l'acouphène par l'appareillage ?

Si vous êtes acouphénique avec surdité, dans 95 % des cas le résultat sera bon, en particulier si l'appareillage est accompagné d'une prise en charge du patient.

Si vous avez un acouphène sans surdité, la statistique n'est pas aussi favorable. Il faut d'ailleurs prendre en considération des données supplémentaires importantes telles que l'injustice que le patient ressent, les conditions d'apparition de l'acouphène, les causes de cet acouphène etc.

Que pensez-vous de la TRT Tinnitus Retraining Therapy ? Dans quels cas cette technique sera la plus efficace face à l'acouphène ?

Le principe de la TRT est d'ajouter un bruit qui va perturber la perception de l'acouphène. Tous les acouphènes ne sont pas gênants. Certains le deviennent, par exemple lors de la prise de conscience d'acouphène dans une période de stress. L'acouphène sera le reflet de cette émotion négative et le patient risque de tomber dans une spirale dans laquelle s'enchaînent stress et ressenti de l'acouphène : plus il est stressé plus il entend son acouphène, plus il entend son acouphène plus il est stressé...

Créant un cercle vicieux. La TRT va agir en diminuant l'intensité perçue de l'acouphène et donc diminuant le stress lié à cet acouphène.

Si on arrive à rendre l'acouphène suffisamment peu gênant pendant une période suffisamment longue (18 mois), on va couper le lien entre celui-ci et l'émotion négative que le cerveau a accroché dessus. Une fois ce lien coupé, il y a une habitude naturelle au bruit de l'acouphène, qui est un bruit parasite, et que le cerveau va éliminer naturellement.

Pour cela, il faut détourner l'attention du cerveau. Pour être efficace, il faut de plus éviter que le patient ne recherche son acouphène, ce qui contre-indique la tenue d'un journal de description de celui-ci au fil du temps. Du fait de la complexité des mécanismes liés à l'acouphène, le taux de réussite est de l'ordre de 40%.

Le générateur de bruit est un potentialisateur, mais l'accompagnement est essentiel. La TRT ne se résume pas à la mise en place d'un générateur. Sinon le patient ne constatant pas d'amélioration immédiate, risquerait de baisser les bras. L'aider dans cette période par un accompagnement pluridisciplinaire est primordial pour l'encourager à poursuivre ses efforts.

Le rassurer, lui apprendre à gérer son acouphène, etc.

Des équipes pluridisciplinaires doivent se créer pour cette prise en charge car l'on sait aujourd'hui qu'une action de groupe est plus efficace.

Certains fabricants proposent des produits qui combinent correction de la surdité et traitement de l'acouphène, quelle est la spécificité de ces produits ? À qui les conseillez-vous ? Quels résultats avez-vous obtenus ?

Des appareils dits « combi » se développent actuellement. Ils permettent soit d'ajouter un bruit complémentaire (un bruit blanc (*) par exemple) à la correction proprement dite, soit d'utiliser le bruit de façon isolée sur un programme à part. Cette technique est efficace dans certains cas. Par exemple certains patients mettront un réglage standard dans la journée et le soir dans le calme rajouteront le bruit complémentaire.

Pour certains acouphéniques il est important d'avoir un traitement agissant directement sur l'acouphène au-delà du traitement de la surdité.

Différente sur certains points de la TRT, la TSS ou Thérapie Sonore Séquentielle est une technique dans laquelle le bruiteur est porté de façon séquentielle (2 heures le matin, 2 heures le midi et 2 heures le soir). Au début de la thérapie le bruiteur masque complètement l'acouphène, puis l'intensité du bruiteur est progressivement diminuée.

Si l'appareil masque l'acouphène, cela va aider dans la journée, mais qu'en est-il de la nuit qui représente un problème majeur pour les personnes acouphéniques, puisqu'ils ont des sensations bien plus fortes dans le silence ?

Dans ce cas, des bruiteurs de table peuvent aider les personnes acouphéniques.

Le type d'émission sonore est ici important car il ne faut pas que le son ait une signification potentielle, par exemple un message à transmettre comme la radio, la télévision, la musique. Vous pouvez écouter de la musique si vous avez envie d'écouter de la musique, mais il ne faut pas la mettre en fond dans le but de masquer votre acouphène. Pour être efficace, il est préférable d'utiliser un son aléatoire. comme de l'eau qui coule, un bruit de vent, la mer etc... Un signal qui ne soit pas, si possible, trop répétitif. des CD peuvent être utilisés ainsi que des bruiteurs de table type Oasis. Vous avez également la possibilité de mettre des petits hauts parleurs dans votre oreiller.

Cette technique est très efficace, car utilisée à faible intensité du fait de la proximité de l'oreille du patient, ce qui est important pour ne pas déranger son conjoint.

On enlève systématiquement ses appareils pour dormir ?

Oui.

Et on ne s'endort pas avec son MP3 dans les oreilles ?

Non, il faut préférer les petites enceintes, et quand on se réveille et que l'on ne se rendort pas, l'acouphène n'est pas forcément responsable du fait que l'on ne se rendort pas. Dans ce cas, il faut avant tout traiter le problème du sommeil qui est aussi un élément clé de la

prise en charge en utilisant la sophrologie et les techniques de relaxation.

On peut aussi utiliser des remèdes (homéopathique ou autre). Le fait de traiter le sommeil permet de mieux gérer l'acouphène la nuit.

Question qui revient souvent : Est-il possible d'appareiller une personne qui a du mal à supporter certains bruits ? En allant plus loin, qu'en est-il de l'appareillage des hyperacousiques ?

Il y a plusieurs mécanismes qui peuvent amener à ne pas supporter les bruits : entre autres l'hyperacousie, la misophonie, la phonophobie (les gens qui ont peur du bruit), le recrutement lors d'une surdité, le recrutement subjectif lié à la privation auditive que l'on peut rapprocher des personnes privées de lumière qui seront  blouies au contact de la lumière... La manière d'envisager l'appareillage sera adaptée à la situation du patient et au mécanisme responsable.

Dans certains cas, l'hyperacousie sera traitée avant de procéder à l'appareillage.

L'appareil va cependant rendre les bruits plus forts. N'entraîne-t-il pas un risque supplémentaire pour la personne qui ne supporte plus les bruits ?

La prothèse auditive protège l'oreille davantage que si on n'a pas d'appareil.

Un système automatique de compression bloque les bruits trop forts (comme les limiteurs de vitesse sur une voiture), quand ceux-ci dépassent une certaine intensité. On peut, par exemple, décider qu'aucun son ne dépassera 90 dB à la sortie de l'appareil.

Est-il bon de se protéger avec des bouchons d'oreille lorsque l'on ne supporte plus le bruit ?

Plus vous vous protégez, plus vous prenez le risque de devenir hyperacousique.

Il ne faut pas se protéger des bruits qui ne sont pas traumatisants pour l'oreille. L'intolérance au bruit est en fait un mauvais traitement de l'information où le patient considère que le bruit est un danger alors qu'il ne l'est pas. Il y a des techniques qui marchent bien pour améliorer cet état : la TCC ou la sophrologie par exemple ou l'emploi de bruiteurs qui ont de très bons résultats au bout de 6 mois environ.

Pour le syndrome de Menière, on a affaire à une maladie qui fluctue. L'audition et les acouphènes fluctuant cela doit vous poser des problèmes considérables ?

Dans le cas des syndromes de Menière les patients ont une perte quantitative, mais aussi une dégradation importante de la qualité de ce qui est perçu. Si l'oreille du patient reste stable le cerveau va réapprendre à utiliser le nouveau codage induit par l'appareillage. Si par contre, l'audition change tout le temps, le réglage devient compliqué car ce qui était performant pour une certaine perte peut devenir insupportable en cas de fluctuation.

Si nous constatons différents profils qui se répètent il est parfois possible de mettre en mémoire dans l'appareil trois ou quatre programmes que le patient pourra utiliser en fonction des circonstances.

Est-il utile, nécessaire, indispensable d'avoir un appareillage bilatéral dans tous les cas, (notamment lorsque la perte auditive et l'acouphène sont décelés d'un seul côté) ?

En cas d'hyperacousie, lorsqu'une oreille est touchée, on appareille une seule oreille. Dans le cas de l'acouphène on peut être amené à appareiller l'oreille malentendante et à mettre un bruiteur sur l'oreille saine pour éviter l'apparition de l'acouphène de ce côté.

Pourriez-vous nous indiquer les différences entre les appareils dits « contour d'oreille » et les « intras » ? Que préconiserez-vous ? et dans quels cas ?

On conseille l'appareillage en contour d'oreille car c'est celui qui donne le plus de possibilités en matière de réglage. Si, pour des questions esthétiques, le patient souhaite un intra, nous prenons sa demande en considération notamment dans le cadre des surdités faibles jusqu'à moyennes. L'intra est cependant moins confortable (il va plus profond dans le conduit auditif et peut être gênant lorsque l'on mastique, et créer des problèmes de résonance de la voix).

On nous interroge sur les pratiques des audioprothésistes. Qu'en est-il par exemple des périodes d'essai des prothèses ?

Chaque audioprothésiste est libre de son choix. Le fait de donner la possibilité au patient d'avoir un essai long représente un coût important pour l'audioprothésiste. Cependant l'achat ne peut se faire que si le patient est habitué à son appareil et en retire une réelle

amélioration. La solution ? le bon sens et un équilibre à rechercher à deux pour une meilleure efficacité.

Question délicate mais infiniment importante pour nos lecteurs : tout ça coûte cher pour un remboursement limité... Qu'en est-il exactement ? Quel est le prix à payer pour être correctement équipé.

Dans les technologies actuelles il y a 3 à 4 classes d'appareils (on oublie les appareils analogiques). Aujourd'hui la puce électronique va être parfois la même. La différence se fait sur le package offert qui comprend le(s) microphone(s), les écouteurs, les canaux de réglages. Plus on monte en gamme plus le nombre de canaux de réglage est important. De ce fait le prix d'un appareil numérique s'échelonne de 1 400 euros à 2 200 euros par appareil. Dans ce prix est comptabilisé le temps de service qui sera donné au patient. Vous avez des patients plus consommateurs de temps que d'autres, l'acouphénique étant un très grand consommateur de temps.

C'est pourquoi, nous sommes très attachés au système de forfait dans lequel le temps de l'audioprothésiste est forfaitisé. On souhaite conserver ainsi une sorte de mutualisation de la prise en charge.

C'est un prix élevé pour des remboursements qui restent limités...

Les prix sont élevés parce que l'on est dans des produits de haute technologie évoluant rapidement pour s'adapter aux besoins de patients de plus en plus exigeants. Mais je pense que dans quelques temps on devrait trouver des appareils moins chers avec l'efficacité actuelle, tout en sachant que la recherche de l'efficacité maximale a un coût toujours croissant.

Les remboursements sont donnés par la Sécurité Sociale, les mutuelles qui remboursent plus ou moins bien et les Maisons Des Personnes Handicapées (MDPH) qui ont malheureusement des délais de traitement particulièrement longs.

Bien souvent un an. Et on ne peut pas acheter l'appareil avant l'accord. On reste ainsi handicapé...

Ce système est inadapté à certaines urgences et nous oblige à avoir des appareils en prêt pendant des durées très longues. Humainement nous ne pouvons pas retirer l'appareil dans l'attente de l'accord de la MDPH. Par ailleurs, comme vous le savez, à ce jour, la MDPH ne reconnaît pas l'acouphène.

Bien souvent l'appareillage seul ne suffit pas, il faut aussi faire l'acquisition d'équipements complémentaires. Quoi et pour quoi faire ?

En fait, l'appareillage complémentaire type micro HF va correspondre à un besoin particulier (professionnel ou pour les enfants par exemple)... mais cela ne concerne que 5 % de nos patients. À l'exception notoire de ceux qui ont besoin d'un appareil complémentaire type boucle magnétique ou casque pour entendre la télévision.

Quels sont les progrès récents matière d'appareillage dont vont pouvoir profiter les malentendants, les acouphéniques, les hyperacousiques ?

L'amélioration va venir de la meilleure compréhension des problèmes, de la précocité de la prise en charge, de la prévention, des explications que l'on donne, de l'accompagnement, de la technologie du traitement des bruits, de la miniaturisation du matériel, de la prédictivité de ce que vous allez rencontrer, de l'efficacité des traitements directionnels... Les possibilités d'amélioration sont infinies.

Vers quoi s'oriente la recherche et de quoi peut-on rêver en matière d'appareillage dans un avenir proche ?

Un des problèmes majeurs de la personne malentendante est de suivre une conversation en environnement bruyant. On devrait arriver un jour à extraire numériquement une voix donnée pour que la personne appareillée puisse entendre spécifiquement cette voix. En matière d'acouphènes, les progrès devraient plutôt venir de la médecine par l'introduction de nouveaux médicaments performants.

Pour conclure, quels conseils pourriez-vous donner à nos lecteurs acouphéniques ?

Ne pas baisser les bras, ne pas écouter les personnes qui disent qu'il n'y a rien à faire. Il y a des personnes en France qui peuvent les aider, et il faut absolument qu'ils se mettent en rapport avec ces personnes.

* Bruit blanc : c'est un bruit qui contient tous les sons audibles délivrés à une même intensité

1^o trimestre 2009-63