

INVENTAIRE DU HANDICAP ACOUPHÉNIQUE (THI)

Nom du patient : _____ Date: _____

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

1. Avez-vous des problèmes de concentration à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
2. La puissance de vos acouphènes rend-elle la compréhension d'autres personnes difficile ?	Oui	Parfois	Non
3. Vos acouphènes vous rendent-ils agressif/ve ?	Oui	Parfois	Non
4. Vos acouphènes sont-ils source de confusion ?	Oui	Parfois	Non
5. Vous sentez-vous désespéré(e) à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
6. Vous plaignez-vous souvent de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
7. Le soir, avez-vous du mal à trouver le sommeil à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
8. Avez-vous la sensation de ne pas pouvoir « échapper » à vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
9. Vos acouphènes vous empêchent-ils de profiter de vos sorties (au restaurant, au cinéma, etc.) ?	Oui	Parfois	Non
10. Vos acouphènes sont-ils source de frustration ?	Oui	Parfois	Non
11. Vos acouphènes vous donnent-ils l'impression d'être gravement malade ?	Oui	Parfois	Non
12. Vos acouphènes vous donnent-ils l'impression de vous empêcher de profiter de la vie ?	Oui	Parfois	Non
13. Vos acouphènes pèsent-ils sur vos responsabilités professionnelles ou personnelles ?	Oui	Parfois	Non
14. Êtes-vous souvent irritable à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
15. Avez-vous du mal à lire à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
16. Vos acouphènes vous contrarient-ils ?	Oui	Parfois	Non
17. Pensez-vous que vos acouphènes ont introduit du stress dans vos relations familiales ou amicales ?	Oui	Parfois	Non
18. Avez-vous du mal à vous concentrer sur autre chose que vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
19. Avez-vous l'impression d'être impuissant(e) face à vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
20. Vous sentez-vous souvent fatigué(e) à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
21. Vous sentez-vous déprimé(e) à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
22. Vos acouphènes vous rendent-ils anxieux/se ?	Oui	Parfois	Non
23. Ressentez-vous un sentiment de lassitude face à vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
24. Vos acouphènes s'aggravent-ils lorsque vous êtes stressé(e) ?	Oui	Parfois	Non
25. Vos acouphènes vous rendent-ils peu sûr(e) de vous ?	Oui	Parfois	Non

RÉSULTATS UNIQUEMENT
À USAGE CLINIQUE

Total par colonne

x4	x2	x0
	+	+

Score Total

			=	
--	--	--	---	--

Pour interpréter ce résultat, référez-vous à l'échelle d'évaluation de l'impact des acouphènes au verso.

HISTORIQUE DES ACOUPHÈNES

1. Depuis combien de temps avez-vous des acouphènes ? _____
 2. Où entendez-vous les acouphènes ?

<input type="checkbox"/> Oreille droite	<input type="checkbox"/> Oreille gauche	<input type="checkbox"/> Dans la tête
<input type="checkbox"/> Les deux oreilles	<input type="checkbox"/> Ailleurs	
 3. Quand avez-vous entendu vos acouphènes pour la 1^{ère} fois ? _____
 4. Un incident particulier est-il à l'origine de vos acouphènes ?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____
------------------------------	--
 5. Pouvez-vous qualifier vos acouphènes, par exemple sifflement, pulsation, criquets, bourdonnement, etc... _____
-
6. Vos acouphènes sont-ils ? (une seule réponse)

<input type="checkbox"/> Permanents	<input type="checkbox"/> Fluctuants	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------
 7. Avez-vous été exposé au bruit (loisirs et/ou travail) ? Si oui, précisez : _____
 8. Y a-t-il un moment de la journée où vos acouphènes sont les plus ennuyeux ?

<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée
--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------
 9. Depuis le début de vos acouphènes, avez-vous éprouvé d'autre(s) problème(s) ? (cochez la ou les cases)

<input type="checkbox"/> Perte auditive	<input type="checkbox"/> Vertige	<input type="checkbox"/> Infection de l'oreille
<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre	<input type="checkbox"/> Pression dans l'oreille	
 10. Souffrez-vous d'autre(s) trouble(s) :

<input type="checkbox"/> Migraine	<input type="checkbox"/> Vertige	<input type="checkbox"/> Douleur cervicale
<input type="checkbox"/> Syndrome douloureux	<input type="checkbox"/> Problème temporo-mandibulaire	<input type="checkbox"/> Maladie de Ménière
<input type="checkbox"/> Autre problème de santé ou maladie ? Si oui précisez : _____		
 11. Existe-t-il des facteurs qui vous semblent modifier vos acouphènes ? (cochez les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Médicament	<input type="checkbox"/> Sommeil
<input type="checkbox"/> Période du jour	<input type="checkbox"/> Nourriture	<input type="checkbox"/> Environnement d'écoute
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Mouvement du cou ou/et de la tête. (ex : serrer les dents, bouger la mandibule en arrière)	
<input type="checkbox"/> La caféine		
 12. Laquelle de vos activités est la plus perturbée par vos acouphènes ? (une seule réponse) :

<input type="checkbox"/> Sommeil	<input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Concentration
<input type="checkbox"/> Bien-être	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
 13. Etes-vous sensible aux sons forts :

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
 14. Avez-vous essayé un traitement ou plusieurs ? Si oui, le(s)quel(s) et cela vous a-t-il aidé ? _____

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION DES ACOUPHÈNES :

Le patient a-t-il une perte auditive : _____
 Score de l'évaluation de l'impact des acouphènes : _____
 Une consultation est-elle nécessaire ? _____
 Recommandation de traitement : _____

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES ACOUPHÈNES

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

McCombe, A., Baguey, D., Cole, R., McKenna, L., McKinney, C. & Windle-Taylor, P. (2001). Guidelines for the grading of tinnitus severity: the results of a working group commissioned by the British Association of Otolaryngologists, Head and Neck Surgeons, 999. Clin. Otolaryngol 26, 388-393.