

Acouphène : écouter les patients

Comment les aider à reléguer le symptôme au second plan ?

En médecine générale, la réponse la plus fréquente aux patients se plaignant d'acouphène est la prescription de psychotropes : anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et antidépresseurs. Parmi ces derniers, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO) arrivent en tête.¹ Mais aucune de ces molécules ne peut se targuer d'être un traitement symptomatique de l'acouphène, ce qui pose un problème d'adéquation de la réponse médicale à une question de santé publique concernant plus de 10 % de la population française.² Une appréciation précise de ce symptôme demeure un préalable à un ajustement possible des pratiques, qu'il faut encourager dans l'intérêt des patients. À quelle expérience est confronté le sujet souffrant d'acouphène ?

Expérience initiale

Les premières semaines suivant l'apparition du symptôme dans le champ perceptif du patient sont marquées par plusieurs paramètres, dont l'intensité varie d'une personne à l'autre.

Difficulté à comprendre ce qui lui arrive. D'un point de vue neurophysiologique, la perception de l'acouphène est très différente de ce qu'il connaît. Incessante, variable en intensité de façon soudaine et imprévisible, la comparaison habituelle avec un « son » (généralisé par l'environnement et donc identifiable) est incorrecte.³

Gêne à l'endormissement. C'est un des principaux motifs de plainte, l'acouphène pouvant être relativement oublié dans la journée et le bruit environnant. L'altération

notable de la qualité du sommeil entraîne fatigue, exaspération et majoration de la gêne liée au symptôme.

Incapacité du patient à agir sur son acouphène. Quotidiennement renouvelée, cette incapacité peut entraîner un sentiment de désespoir à l'idée de devoir supporter une gêne à ce degré d'intensité pour le restant de la vie. La conviction que seule la diminution de l'acouphène améliorera son état accompagne fréquemment cette impuissance.

Incompréhension de l'entourage. L'acouphène est une perception individuelle, souvent oubliée et sous-estimée par l'entourage du patient. Celui-ci doit régulièrement justifier ses difficultés à participer aux activités sociales (discussions en groupe, etc.) en raison de sa fatigue morale et physique. Cette incompréhension décourage l'évocation de ses difficultés et redouble son isolement.

Évolution dans le temps

Dans les mois suivants, des événements périphériques influent sur l'expérience individuelle.

Témoignages d'autres personnes souffrant d'acouphène. La recherche *via* Internet d'informations sur les prises en charge et le parcours des patients majore l'inquiétude individuelle. Bien que ne représentant pas l'ensemble de la population, ces témoignages nourrissent la conviction d'une absence de solution aux difficultés rencontrées.

Multiplication des consultations thérapeutiques. Après avoir vu son médecin généraliste, le patient, parfois durant plusieurs années, s'adresse à de nombreux intervenants médicaux et extramédicaux : plusieurs ORL, mais aussi sophrologue, ostéopathe, audioprothésiste, hypnothérapeute, parfois psychologue (TCC ou d'orientation psychanalytique).

Le sentiment dominant est de ne pas en « faire assez », « assez rapidement » ou d'avoir « perdu du temps » dans la prise en charge. Présentée comme une évolution normale, la thèse d'une habitude à l'acouphène conforte, paradoxalement, le sentiment d'échec individuel des patients les plus en difficulté, auxquels elle paraît inaccessible.⁴

Latrogénie verbale non intentionnelle des professionnels de santé. Méconnue des praticiens, l'incidence de paroles entendues en consultation est dévastatrice pour de nombreux patients. Certaines phrases marquent le début d'une condamnation à supporter un état de souffrance sans pouvoir être soignés : « *Il va bien falloir vous habituer, vous aurez ça jusqu'à la fin de votre vie* » ; « *la médecine est actuellement impuissante* » ; « *vos difficultés d'habitude sont peut-être d'origine psychologique* » (évoquant une soi-disant dépression).

Les effets attendus des psychotropes ont en définitive peu ou pas d'impact direct sur l'ensemble de ces paramètres. Devant l'afflux de paroles et de questions que pose le patient, la relation médecin-malade semble préférable à la prescription médicamenteuse isolée.

Deux conduites médicales identifiables

Comment le praticien réagit-il à une telle plainte ?

Désinvestissement vis-à-vis de la situation du patient. Cette réponse est perçue comme un manque d'écoute ou une indifférence à la souffrance. Elle traduit une réticence devant une pathologie jugée complexe, la conviction d'une absence de traitement ou de compétence thérapeutique. Bien que cohérente avec l'expérience du praticien, cette conduite est vécue comme un défaut d'assistance par les patients qui souffrent, confortant l'idée d'absence de solution existante.

* Département de psychologie, université de Poitiers, CAPS EA 4050.
nicolas.dauman@univ-poitiers.fr

** Clinique des acouphènes, département d'ORL, université et CHU de Bordeaux, CNRS UMR 5287.

L'ESSENTIEL

- **L'acouphène est une perception vivante et changeante** selon les moments qui composent la vie du patient. Reconnaître les facteurs qui contribuent à cette expérience individuelle est un travail à part entière.
- **L'écoute du praticien favorise cette reconnaissance** en restituant au patient une capacité de tolérance fondée sur son expérience propre.

Prescription médicamenteuse (psycho-trope ou vasculaire) non ciblée sur le symptôme. Cette deuxième réponse prend acte d'un état de détresse et y répond activement, ce qui peut entraîner un soulagement. Cependant, la persistance de l'acouphène, malgré le traitement reçu, peut devenir une source d'inquiétude comme l'illustrent les patients reconnaissant ne pas toujours « entendre » l'acouphène (c'est-à-dire être gênés) mais constamment « y penser » (être préoccupés par une gêne qu'ils ne pourront pas supprimer).

En définitive, ces réponses ont pour inconvénient de maintenir le sujet dans l'attente d'une solution extérieure à sa personne. Or l'acouphène étant une perception individuelle, il est par nature relatif à l'état psychique de l'individu qui le perçoit. Cette relativité peut être ignorée par le patient lui-même, et constitue à ce titre un terrain propice au dialogue clinique.

Une alternative et ses effets pratiques

Dialoguer autour de l'expérience individuelle. Les patients acouphéniques montrent un réel intérêt à parler de leur vécu, sans doute en raison de l'incompréhension habituelle de leur entourage. S'engageant dans cette voie, le praticien trouvera une ouverture thérapeutique : la possibilité de circonstancier la gêne en lui donnant un contexte affectif et relationnel.⁵ L'appréciation initiale du patient (« je l'entends en permanence ») peut ainsi être réévaluée à partir de son récit. Circonstances sonores (excès de bruit ou de silence), difficultés relationnelles propices à la contrariété, conflits sans solution apparente, mode de vie insatisfaisant... peuvent être abordés en consultation. L'essentiel est d'aider le patient à se familiariser avec une perception à laquelle il participe malgré lui, par son état psychologique, bien qu'il n'en soit pas à l'origine. L'écueil d'une telle attitude est de chercher à convaincre le patient du caractère

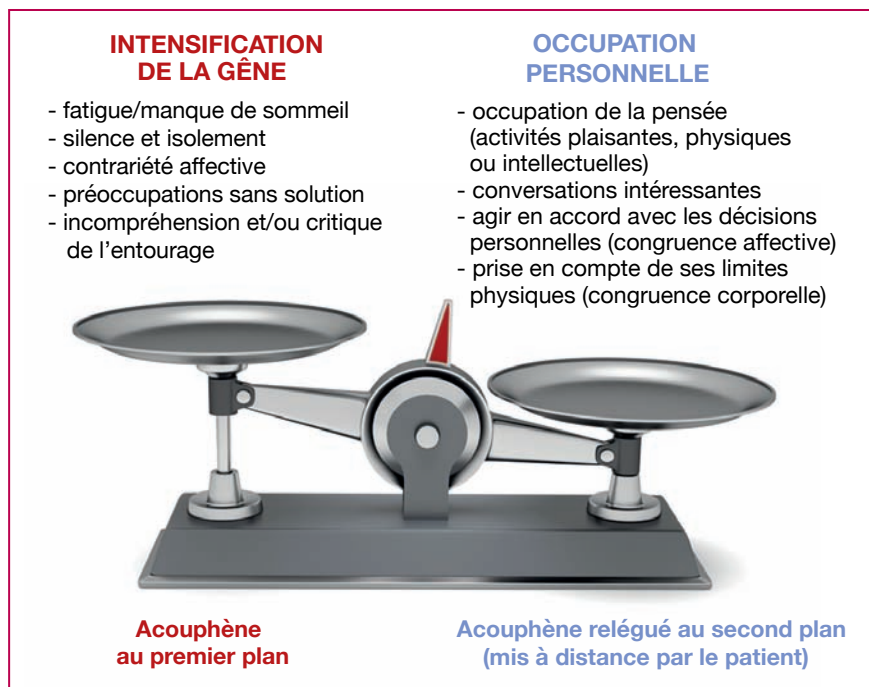


Figure – Balance attentionnelle du patient.

subjectif de sa gêne : ce constat devrait lui être réservé, n'ayant davantage d'effet que lorsqu'il reconnaît lui-même ces circonstances de majoration. En l'aidant à identifier les contours de son expérience, le praticien lui restitue ainsi une responsabilité devant sa souffrance, favorisant une tolérance dont les ressorts sont personnels. Un schéma (figure) peut aider le patient à comprendre l'économie perceptive dans laquelle il se trouve.

Cette balance attentionnelle représente la tension entre l'intensité de la gêne et l'occupation personnelle. L'expérience acquise permet au patient de reléguer l'acouphène au second plan, par un investissement personnel de son temps et de ses activités. Ces facteurs ont été progressivement identifiés à partir de témoignages et n'en excluent pas d'autres. Le dialogue clinique peut permettre d'apprécier leur importance individuellement.

Cette approche relationnelle complète les aides auditives ou les masqueurs

(générateurs de bruit blanc), dont l'usage respectif dépend en particulier du niveau d'audition. ●

RÉFÉRENCES

1. Naudet M, Gallais JL, Duhot D, Hebbrecht G. Étude du contexte pathologique des prescriptions d'antidépresseurs en médecine générale et des coprescriptions de psychotropes. Rev Épidémiol Santé Publique 2009;57:76.
2. Londero A, Blayo A. Acouphènes : diagnostic et prise en charge. EMC - AKOS (Traité de médecine) 2010;1-8 [Article 6-0403].
3. Jastreboff PJ, Hazell JWP. Tinnitus retraining therapy. Implementing the neurophysiological model. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
4. Dauman N, Erlandsson SI, Carlsson SG. Habituation theories in current models of chronic tinnitus: evidence and criticism. In: Buskirk A, ed. Habituation: theories, characteristics and biological mechanisms. New York: Nova Publisher; 2013: 55-90.
5. Dauman N, Erlandsson SI, Lundin L, Dauman R. Intra-individual variability in tinnitus patients: current thoughts and perspective. HNO 2015;63: 302-6.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.