

# CHAPITRE 1

## Acouphènes

### Apport de la sophrologie dans la prise en charge en équipe pluridisciplinaire de l'acouphène

I. Fontaine-Gaspar, M. Vertallier

---

Le patient acouphénique est en détresse lorsqu'il décide de consulter. Sa demande est claire, il souhaite retrouver son audition « comme avant » et que ce bruit perpétuel s'arrête, une bonne fois pour toutes ! Il craint qu'il ne soit le signe d'une lésion grave, il craint que ce bruit augmente. Il a besoin de comprendre « l'incompréhensible », l'injustice dont il est victime.

Comment répondre à cette demande ? Comment faire en pratique ?

Agir est bien entendu important pour prendre soin de soi quand on a des acouphènes ou une hyperacousie. Comprendre son trouble l'est tout autant, en approfondissant sa connaissance sur le symptôme, en mettant en place une véritable psychoéducation. Dans le fond, il s'agit de mettre en place une stratégie efficace pour mieux vivre avec ce symptôme.

Le thérapeute ne doit pas imaginer qu'il peut apporter une solution toute faite. C'est le patient qui a en lui-même les ressources nécessaires pour trouver « une » ou « sa » solution. Il est important de le lui faire comprendre, en l'aidant, dans un premier temps par l'écoute, à acquérir suffisamment de confiance en lui-même. Grâce à cette écoute, un mieux-être s'installe déjà à son insu. Chaque patient est unique. Les acouphéniques ont des vécus différents, des personnalités différentes. Il n'y a donc pas une méthode que l'on peut dire appropriée au cas acouphénique. C'est du « sur-mesure ». La personne demande en fait une écoute individuelle, personnelle. C'est bien une « reconnaissance » qu'elle recherche avant tout.

La sophrologie vient, depuis le début de ce siècle, apporter ses techniques et ses pratiques aux modes de prise en charge des acouphènes déjà existants, en particulier dans le domaine médical.

conscience de tous les éléments perturbateurs qui construisent et entretiennent l'acouphène : les troubles du sommeil, la consommation excessive de certains aliments toxiques (café, alcool, sucre, tabac, etc.). La sédentarité, les deuils non faits, tous les facteurs de stress sont à prendre en compte.

## Un peu d'anatomie

Quelques notions d'anatomie sont utiles ; elles permettent de structurer les séances autour du schéma corporel.

Le conduit auditif amène jusqu'au tympan, fine membrane derrière laquelle se trouve la caisse du tympan, remplie d'air, qui communique avec le rhinopharynx par la trompe d'Eustache, qui protège les parties fragiles de l'oreille des brusques variations de la pression d'air. Dans la caisse du tympan se trouve la chaîne des osselets : le marteau, l'enclume et l'étrier, qui transmettent vers l'oreille interne les vibrations sonores venant par le conduit auditif externe. La disposition des osselets en forme de levier permet en outre une amplification des vibrations. En cas de vibrations sonores trop intenses, de petits muscles insérés sur les osselets se contractent de façon réflexe et réduisent la transmission des sons vers l'oreille interne.

L'oreille interne est composée de deux parties. La cochlée, ou le limaçon, en forme d'escargot, contient les cellules sensorielles auditives. L'autre partie est le vestibule, qui contient les organes sensoriels de l'équilibre.

Les cellules sensorielles sont les récepteurs auditifs, constitués par des cellules ultraspécialisées, les « cellules ciliées ». Leur stock est constitué à la naissance et ne se renouvelle pas au cours de la vie. On dénombre environ 3500 cellules ciliées internes et 12 500 cellules ciliées externes. Toute atteinte de ces cellules, notamment lors d'un traumatisme sonore, constitue une perte irréversible, entraînant une baisse de l'audition.

## Un peu d'anatomie du système nerveux

Quelques notions simples de neurophysiologie seront utiles à une meilleure compréhension de l'acouphène, à la fois pour les patients et pour les praticiens.

Chez l'être humain, le système nerveux est estimé à cent milliards de cellules nerveuses, les neurones. Ces neurones sont épaulés par des cellules de soutien (cellules gliales), qui sont dix fois plus nombreuses. Chaque neurone est en communication avec plusieurs centaines de milliers d'autres cellules, réalisant ainsi un réseau de communication éminemment complexe.

Le neurone est organisé en trois zones :

- un corps cellulaire qui contient le noyau, lieu de stockage de l'ADN, et le cytoplasme, lieu de toutes les réactions nécessaires à la vie de la cellule ;
- des dendrites qui sont des ramifications nombreuses et courtes. Ces dendrites recueillent l'information provenant d'autres neurones ;
- un axone : c'est un prolongement très allongé qui se ramifie à l'extrémité. C'est le lieu de sortie de l'information du neurone vers d'autres neurones ou d'autres types de cellules, comme les cellules musculaires.

Cette information, l'influx nerveux, est une propagation électrique qui excite ou inhibe l'activité du neurone concerné. Les neurones forment des contacts entre eux. Ce qui signifie que l'influx nerveux ne se propage pas de façon continue. Le contact se fait *via* une structure spécialisée, la synapse, qui permet la communication entre les dendrites et les axones, *via* des molécules chimiques, appelées neuromédiateurs ou neurotransmetteurs.

1 mm<sup>3</sup> de substance grise du cerveau humain contient jusqu'à 50 000 neurones, établissant jusqu'à 500 millions de connexions nerveuses. Le cerveau est ainsi l'un des organes les plus actifs de l'organisme sur le plan métabolique, utilisant à lui seul 20 % de l'oxygène utilisé par l'organisme.

D'autres cellules jouent également un rôle important : les cellules gliales, qui entourent les neurones, leur procurent de la nourriture (sous forme de glucose), les soutiennent et les protègent, et éliminent aussi les déchets causés par la mort neuronale ; on a également découvert que des cellules souches existent dans le cerveau devenu adulte. Celui-ci reste capable de fabriquer des neurones qui vont s'intégrer aux réseaux existants. L'hippocampe, faisant partie du système limbique, le cerveau émotionnel, est impliqué notamment dans ce processus, qui permet au cerveau adulte de s'adapter aux changements survenant dans son environnement, lors de lésions ou de maladies par exemple.

## L'accueil est le début de la prise en charge

Cet accueil se cristallise dans les tout premiers instants, dès la salle d'attente, par le regard, le sourire, par la poignée de main, par les premiers mots, par l'attitude générale du praticien. Ce sont ces premiers instants qui emportent la confiance de la personne. Savoir accueillir la personne lui permet **d'être recon nue dans son symptôme**. Il est nécessaire d'utiliser des mots simples, adaptés au vocabulaire de chaque personne, et de reformuler pour s'enquérir de la bonne compréhension de ce qui a été dit.

Les questions posées au patient facilitent la recherche de la cause. Depuis quand avez-vous cet acouphène ? Dans quelle oreille ? Comment a-t-il commencé, dans quelles circonstances ? À quoi ressemble ce bruit ? Comment évolue-t-il ? Avez-vous des difficultés à dormir ? Tolérez-vous les sons forts ?

Différents questionnaires aident à préciser le profil de l'acouphène, notamment le THI (« Inventaire du handicap acouphénique »), complété par des sous-échelles, F pour « Fonctionnelle », E pour « Émotionnelle », et C pour « Catastrophique » :

- la sous-échelle F « Fonctionnelle » concerne le stress, la perte de concentration, le sommeil, l'interférence avec le travail, la vie de famille, les activités sociales. Lorsque cette sous-échelle fonctionnelle est très impactée, on proposera une prise en charge sophrologique ;
- la sous-échelle E « Émotionnelle » est liée à l'angoisse, la frustration, l'irritabilité, l'anxiété, la dépression. Sa prédominance dans les réponses amène à une prise en charge en psychologie et/ou en sophrothérapie ;