

Inventaire du handicap lié aux acouphènes

Ce questionnaire a pour but d'identifier les problèmes que vos acouphènes peuvent éventuellement vous poser. Veuillez cocher « Oui », « Parfois » ou « Non » pour chaque question. Veuillez répondre à toutes les questions.

Nom de patient : _____

Date: _____

		Oui (4)	Parfois (2)	Non (0)
1	Avez-vous des difficultés à vous concentrer à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
2	L'intensité de vos acouphènes rend-elle la compréhension des personnes qui vous entourent difficile ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
3	Vos acouphènes vous rendent-ils en agressif/ve ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
4	Vos acouphènes vous perturbent-ils l'esprit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
5	Vous sentez-vous désespéré(e) à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
6	Vous plaignez-vous souvent de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
7	Avez-vous du mal à trouver le sommeil à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
8	Avez-vous le sentiment de ne pas pouvoir vous libérer de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
9	Vos acouphènes interfèrent-ils dans votre plaisir à pratiquer des activités sociales (exemple : aller au restaurant, au cinéma) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
10	Vos acouphènes sont-ils une source de frustration ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
11	Vos acouphènes vous donnent-ils le sentiment d'avoir une maladie grave ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
12	Vous est-il difficile de profiter de la vie à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
13	Vos acouphènes interfèrent-ils dans vos responsabilités professionnelles ou personnelles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
14	Êtes-vous souvent irritable à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
15	Avez-vous des difficultés à lire à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
16	Vos acouphènes vous contrarient-ils ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
17	Pensez-vous que vos acouphènes ont rendu plus difficile vos relations avec les membres de votre famille ou avec vos amis ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
18	Vous est-il difficile de vous concentrer sur autre chose que vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
19	Pensez-vous ne plus avoir de contrôle sur vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
20	Vous sentez-vous souvent fatigué(e) à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
21	Vous sentez-vous déprimé(e) à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
22	Vos acouphènes vous rendent-ils anxieux(se) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
23	Pensez-vous ne plus pouvoir faire face à vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
24	Vos acouphènes s'aggravent-ils quand vous êtes stressé(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non
25	Vos acouphènes vous rendent-ils peu sûr(e) de vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Non

Ce questionnaire a été reproduit avec l'aimable autorisation de Craig Newman, Ph. D. Il a été traduit en français par Oticon mais n'a pas été validé.

Inventaire du handicap lié aux acouphènes

Réservé à l'usage de l'audioprothésiste uniquement

Score THI total : (nombre de réponses « Oui » x 4) + (nombre de réponses « Parfois » x 2) = _____

Déterminez la perception du handicap lié aux acouphènes sur la base du score THI total.

0-16 : Aucun handicap ou handicap très léger (Grade 1)

18-36 : Handicap léger (Grade 2)

38-56 : Handicap modéré (Grade 3)

58-76 : Handicap sévère (Grade 4)

78-100 : Handicap catastrophique (Grade 5)

Ce questionnaire a été reproduit avec l'aimable autorisation de Craig Newman, Ph. D. Il a été traduit en français par Oticon mais n'a pas été validé.

Références

Newman, C. W., Jacobson, G. P., & Spitzer, J. B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 122, 143-148.

Newman, C.W., Sandridge, S.A., & Jacobson, G.P. (1998). Psychometric adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for evaluating treatment outcome. *J Am Acad Audiol*, 9, 153-160.

McCombe, A., Baguley, D., Coles, 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, 1999. *Clin Otolaryngol*, 26, 388-393.

