

INVENTAIRE DU HANDICAP ACOUPHENIQUE

Ce questionnaire vous aidera à identifier les problèmes posés par votre acouphène.

Imprimez-le et cochez votre réponse en face de chaque question.

INVENTAIRE DU HANDICAP ACOUPHENIQUE

POINTS

		4	0	2
1.	A cause de votre acouphène, avez-vous des difficultés de concentration ?	Oui	Non	Parfois
2.	A cause de l'intensité de votre acouphène, avez-vous des difficultés à entendre les gens ?	Oui	Non	Parfois
3.	Votre acouphène vous met-il en colère ?	Oui	Non	Parfois
4.	Votre acouphène vous rend-il confus(e) ?	Oui	Non	Parfois
5.	A cause de votre acouphène, vous sentez vous désespéré(e) ?	Oui	Non	Parfois
6.	Vous plaignez-vous beaucoup de votre acouphène ?	Oui	Non	Parfois
7.	A cause de votre acouphène, avez-vous des difficultés à vous endormir le soir ?	Oui	Non	Parfois
8.	Avez-vous l'impression de ne pas pouvoir échapper à votre acouphène ?	Oui	Non	Parfois
9.	Votre acouphène interfère-t-il sur votre capacité à apprécier des activités sociales (comme par exemple dîner à l'extérieur, aller au cinéma) ?	Oui	Non	Parfois
10.	A cause de votre acouphène, vous sentez vous frustré (e) ?	Oui	Non	Parfois
11.	A cause de votre acouphène, avez-vous l'impression d'être atteint(e) d'une maladie grave ?	Oui	Non	Parfois
12.	A cause de votre acouphène, avez-vous des difficultés à profiter de la vie ?	Oui	Non	Parfois
13.	Votre acouphène interfère-t-il avec vos responsabilités professionnelles ou familiales ?	Oui	Non	Parfois
14.	A cause de votre acouphène, vous trouvez-vous souvent irritable ?	Oui	Non	Parfois
15.	A cause de votre acouphène, avez-vous des difficultés à lire ?	Oui	Non	Parfois
16.	Votre acouphène vous contrarie-t-il ?	Oui	Non	Parfois
17.	Avez-vous l'impression que votre acouphène a rendu stressantes vos relations avec des membres de votre famille et des amis ?	Oui	Non	Parfois
18.	Trouvez-vous difficile de détourner votre attention de l'acouphène et de focaliser votre attention sur d'autres choses ?	Oui	Non	Parfois
19.	Avez-vous l'impression de n'avoir aucun contrôle sur votre acouphène ?	Oui	Non	Parfois
20.	A cause de votre acouphène, vous sentez vous souvent fatigué (e) ?	Oui	Non	Parfois
21.	A cause de votre acouphène, vous sentez-vous déprimé(e) ?	Oui	Non	Parfois
22.	Votre acouphène vous rend-il anxieux ?	Oui	Non	Parfois
23.	Avez-vous l'impression que vous ne pouvez plus supporter votre acouphène ?	Oui	Non	Parfois
24.	Votre acouphène s'aggrave-t-il lorsque vous êtes en situation de stress ?	Oui	Non	Parfois
25.	A cause de votre acouphène, vous sentez vous en insécurité ?	Oui	Non	Parfois
	NOMBRE TOTAL DE POINTS PAR COLONNE			

SCORE TOTAL :

Référence : McCombe, A., Bagueley, 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.

FAITES LA SOMME DE VOS POINTS et comparez ensuite le résultat obtenu par rapport aux niveaux ci-dessous.

de 0 à 16	Handicap léger (uniquement perceptible dans un environnement calme)	NIVEAU 1
de 18 à 36	Handicap modéré (facilement couvert par des sons provenant de l'environnement et facilement oublié lors d'activités)	NIVEAU 2
de 38 à 56	Handicap moyen (perçu en présence d'un bruit de fond ; les activités quotidiennes peuvent malgré tout encore être effectuées)	NIVEAU 3
de 58 à 76	Handicap sévère (presque toujours perceptible, il conduit au dérèglement des structures du sommeil et est susceptible de porter atteinte aux activités quotidiennes)	NIVEAU 4
de 78 à 100	Handicap très sévère (constamment perceptible, structures du sommeil dérégulées, difficultés rencontrées pour toute activité)	NIVEAU 5

- Traduction proposée par l'AERA en 2009 -