

L'OREILLE BRUYANTE

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS POUR PERSONNES AVEC ACOUPHÈNES

Volume 24, numéro 2

Octobre 2012



Le Regroupement
Québécois
pour Personnes
avec Acouphènes

Dans ce numéro :

Mot du président	3
Chronique scientifique par Sylvie Hébert	4
Compte-rendu de l'Assemblée générale annuelle	8
Article : Comment optimiser l'enrichissement sonore Par Gérard Larouche	12
Témoignage : Avoir la piqûre Par Roméo Malenfant	17
Article : La migraine : bien plus qu'un mal de tête Par Sylvie Auger, M.O.A.	18
Article : Hyperacousie Par Dre Anne-Marie Piffaut	21

Revue L'Oreille bruyante
 Mise en page Carole Tremblay

Publication

L'Oreille bruyante est la revue du Regroupement québécois pour personnes avec acouphènes (Rqpa). Elle est publiée 4 fois l'an et son tirage est de 700 copies. Elle s'adresse aux membres du Rqpa, à toutes les personnes qui ont des acouphènes, de l'hyperacousie ainsi que le syndrome de Ménière, à leurs proches, ainsi qu'aux professionnels et organismes intéressés. Le RQPA se réserve le droit d'éditer au complet ou en partie les textes reçus, de même que de refuser de publier certains manuscrits ou publicités. **Toute reproduction de textes publiés dans cette revue doit obtenir l'autorisation du RQPA et en mentionner la source.** Nous tenons à rappeler que L'Oreille bruyante n'a aucun lien confessionnel, et que les articles paraissant dans la revue sont le reflet des opinions des membres qui les ont rédigés.

Recommandation

Les articles insérés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Ne modifiez ou ne cessez jamais un traitement médical à suite de la lecture des informations contenues dans cette revue sans l'avis de votre médecin.

Éditeur : **RQPA**

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Québec- 3e trimestre 2008
 Bibliothèque nationale du Canada -ISSN 1481-2223

Correspondance

Rqpa, 6818, Saint-Denis, bureau 3
 Montréal (Québec) H2S 2S2
 Téléphone : 514 276-7772 Sans frais : 1-877-276-7772
 Courriel : rqa@rqpa.qc.ca
 Site internet : www.rqa.qc.ca

Les bureaux sont ouverts du lundi au jeudi de 8 h à 16 h.
 En tout temps, vous pouvez laisser un message sur la boîte vocale.

Abonnement

25 \$ pour les individus
 30 \$ pour les organismes

Numéro de convention de Poste-Publications :
40032359

Retour des adresses canadiennes non livrées à :
RQPA
6818, rue Saint-Denis, bureau 3
Montréal (Québec) H2S 2S2

Membres du Conseil d'administration
2012-2013

Guy Abel, président

Alain Bédard, 1^{er} vice-président

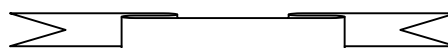
Michel Lacharité, 2^e vice-président

Normand Gour, secrétaire

Pierre Bonin, trésorier

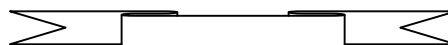
Henri Bergeron, administrateur

Louis Dufresne, administrateur



Adjointe administrative

Carole Tremblay



Révision

Henri Bergeron

Normand Gour

Mot du président

Bonjour chers membres,



C'est avec un immense plaisir que je m'adresse à vous, en tant que président, pour la première fois.

En effet à l'Assemblée générale annuelle, j'ai eu l'honneur d'être élu président. Je peux vous assurer que je mettrai toute l'énergie nécessaire pour faire progresser la cause des acouphènes et faire connaître le RQPA. Je remercie tous les membres pour la confiance qu'ils me témoignent. Mon objectif est de travailler en étroite collaboration avec tous les membres du conseil d'administration et plus particulièrement avec le comité exécutif pour l'avancement de tous les dossiers du RQPA et prioritairement la mise en fonction du plan de communication qui est l'objectif numéro un (1) pour les prochaines années.

Depuis mon implication au RQPA et surtout comme président, j'ai quelques objectifs bien précis qui me tiennent à cœur et qui s'insèrent à l'intérieur du plan de communication. Ce sont le recrutement de bénévoles, la formation des bénévoles pour l'animation des soirées et pour les appels téléphoniques ainsi que la mise en place d'une formation continue pour tous nos bénévoles pour

améliorer un soutien plus soutenu aux membres en régions.

Pour atteindre ces objectifs, il nous faut des personnes qualifiées pour y parvenir. Depuis un certain temps, j'ai communiqué avec des organismes qui touchent aux problèmes de l'audition dont l'acouphène fait partie. À l'intérieur de ces organismes qui aident et défendent les personnes avec ce problème, nous avons rencontré des bénévoles qui ont acquis une expérience non négligeable, c'est pourquoi nous leur avons demandé de partager cette expertise avec nous. De plus, les professionnels qui œuvrent à l'intérieur des institutions gouvernementales offrant des services à la population et les associations représentant les professionnels ont tous manifesté leur intérêt pour une collaboration avec le RQPA.

Nous avons un automne chargé avec tous ces objectifs. En effet, la mise en place des comités de travail, la consultation, l'élaboration des politiques et procédures, etc. sont prévues à l'agenda.

Je vous souhaite à tous un bel automne et c'est ensemble que nous allons faire connaître et progresser notre cause sur les acouphènes.

Guy Abel, président

Chronique scientifique

avec Sylvie Hébert, professeure agrégée

École d'orthophonie et audiologie, faculté de médecine, UdeM



Un article paru en mai dernier dans la prestigieuse revue scientifique *The Lancet* était intitulé (ma traduction) : Acouphènes : la fin du néant thérapeutique. Cet article fait référence à un autre article paru dans la même

revue, et qui rapporte les résultats d'une étude hollandaise comparant un traitement basé sur la thérapie cognitive comportementale à un traitement « habituel » pour les acouphènes.

Le « traitement habituel » était constitué d'examen audiolinguistiques d'environ 2 heures, de vérification de prothèses, et de deux heures de consultation d'un travailleur social qui faisait l'inventaire des plaintes et de l'utilisation de prothèses auditives. Un suivi de plusieurs semaines était assuré par téléphone. Le traitement spécialisé était aussi constitué d'examen audiolinguistiques et de vérifications de prothèses d'environ 2 heures et d'un suivi après 8 semaines avec examen audiolinguistiques. Le traitement spécialisé allait plus loin en intégrant des sessions d'éducation et d'information en groupe de 10 personnes par un psychologue. Par la suite, une équipe pluridisciplinaire incluant entre autres un psychologue, un kinésithérapeute, un audiologiste, un travailleur social, prenaient en charge les patients soit en petits groupes, soit individuellement, pendant 3 mois. Ces séances comprenaient de la thérapie comportementale, des techniques de relaxation et de redirection de l'attention, et des réunions thématiques.

Les résultats sont extrêmement clairs : Le traitement spécialisé est de beaucoup supérieur au traitement habituel pour améliorer la qualité de vie, la sévérité de l'acouphène, et le handicap relié à l'acouphène, de même que pour réduire l'humeur et la crainte reliée à l'acouphène, et ce jusqu'à un an après l'arrêt du traitement.

Une des particularités de cette étude est le nombre impressionnant de patients (492) et la qualité de l'étude. Il ne fait pas de doute que les conclusions sont valables.

Ainsi, l'avenir des traitements avec acouphènes est dans la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire comprenant plusieurs professionnels. Les audiologistes, bien que de mieux en mieux formés, doivent s'associer avec des psychologues et d'autres spécialistes pour assurer une prise en charge efficace et durable des gens qui souffrent d'acouphène. Les milieux cliniques pourraient s'inspirer des thérapies offertes dans d'autres pays comme la Hollande, et qui signent la « fin du néant thérapeutique ».

L'effort qu'on fait pour être heureux n'est jamais perdu.

Alain, (Émile Chartier) 1868-1951

Percée scientifique majeure dans la recherche sur les acouphènes

Compte-rendu d'une conférence prononcée par M. Matthieu J. Guitton, chercheur et professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, devant l'Association des malentendants du Québec (AMQ), le 21 mars 2012.

Par Huguette Simomeau

Aggravés dans les contrées occidentales par la combinaison d'une population vieillissante et une pollution par le bruit de plus en plus présente, les acouphènes, la perception d'un bruit dans le silence, est un problème majeur de santé publique. Malheureusement, en dépit du fait que la qualité de vie des acouphéniques est grandement altérée, aucune stratégie thérapeutique n'existe actuellement. Les connaissances insuffisantes des mécanismes biologiques régissant cette pathologie en sont la cause. Toutefois, la dernière décennie a permis de faire des pas de géant dans notre compréhension de l'évolution du phénomène acouphénique.

Depuis 2003, M. Guitton et son équipe de chercheurs, autant à Québec qu'en France et en Israël, ont pu provoquer des acouphènes chez des rats en laboratoire et ont pu constater que les acouphènes sont une pathologie reliée à la plasticité entre les cellules ciliées de l'oreille interne et les neurones du nerf auditif. En analysant les données résultant de leur recherche, ils ont pu déterminer que les bases biologiques et les mécanismes entraînant l'évolution des acouphènes s'installent en deux temps : une phase initiale attribuée à une composante moléculaire périphérique et une deuxième phase où l'ensemble du

système auditif est touché.

Les causes des acouphènes sont multiples : perte de l'ouïe, hyperacousie, intoxication aux médicaments, surexposition au bruit, etc., d'où les multiples manifestations sonores chez les individus. En dépit des différents sons perçus, le résultat final est le même, c'est-à-dire la transmission d'un message erroné par le système auditif, identifiant ainsi une base biologique commune.

Étant donné que la plupart des cas d'acouphènes puisent leur origine en périphérie de l'oreille interne, la cochlée, organe auditif primordial, représente un sujet d'intérêt comme « générateur d'acouphènes ». À partir de cette conclusion, deux protocoles de recherche sur des animaux ont été élaborés : un premier par injection de fortes concentrations de salicylate, une composante de l'aspirine, et un deuxième par surexposition au bruit. Les acouphènes induits par salicylate se sont avérés facilement contrôlables. Lorsqu'on cesse le salicylate, les acouphènes disparaissent.

Par contre, l'exposition à de hauts niveaux de bruit génère des acouphènes à long terme et la plupart du temps irréversibles. Tous les sujets, humains ou animaux, ne développeront pas nécessairement des acouphènes en présence de dé-

cibels élevés. Ces deux modèles de recherche ont toutefois permis de comprendre les mécanismes qui engendrent la phase initiale des acouphènes. Ainsi, la transmission électrique de l'influx nerveux entre les cellules ciliées de la cochlée et les neurones auditifs primaires eux-mêmes deviennent des sites intéressants pour l'initiation des acouphènes. En observant les effets du salicylate sur les rats, un signal nerveux anormal a été découvert. Le salicylate est un inhibiteur d'un enzyme appelé cyclooxygenase qui provoque une augmentation de l'acide archidonique dans les membranes des cellules ciliées cochléaires. Certains récepteurs de glutamate (NMDA) sont particulièrement sensibles à la présence de cet acide dans la composition lipidique de la membrane de ces cellules.

Toutefois, les acouphènes causés par l'ingestion de médicaments sont plus rares que les acouphènes déclenchés par surexposition au bruit. La découverte de ce mécanisme a permis de comprendre que la molécule pouvant traiter les premiers pouvait également traiter les deuxièmes. Ce traitement qui consiste à injecter dans l'endolymphe de la cochlée un antagoniste des récepteurs NMDA s'est révélé efficace à 100 %. Son efficacité est cependant limitée dans le temps. Sur les rats, le traitement doit être fait dans les quatre premiers jours après l'apparition des acouphènes. On extrapole que chez les humains, le traitement pourrait être efficace dans les premiers six mois après l'apparition des acouphènes.

Cette découverte est très prometteuse. Les différentes phases d'approbation dans les milieux scientifiques ayant été concluantes, les premiers

tests sur des humains ont été approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) américaine. Il faudra toutefois attendre de voir s'il y a des effets secondaires à ce traitement pour que son application à l'ensemble des acouphéniques se concrétise.

La conclusion qui s'impose alors est que les acouphènes sont exclusivement un phénomène physiologique. L'anxiété qui l'accompagne en est le résultat et non le contraire. L'anxiété ne peut produire des acouphènes. Elle peut toutefois les exacerber. De là le soulagement que peut apporter un agent anxiolytique.

En ce qui concerne les acouphènes installés depuis une plus longue période, ces bruits pourraient être encodés dans la mémoire sensorielle et, selon les connaissances actuelles, seraient irréversibles. Divers programmes comportementaux ont été développés afin d'aider les sujets aux prises avec des acouphènes chroniques à sortir de leur isolement et retrouver une meilleure qualité de vie. Il est donc permis à tous les acouphéniques d'espérer des jours meilleurs.

Monsieur Guitton donnera une conférence pour illustrer les résultats et l'avancement de ses recherches le 17 novembre prochain à Québec au Restaurant *Le Bif* 5050, boul. Wilfrid-Hamel, G2E 5X5 à 13 h 30. Si vous désirez y assister, veuillez confirmer votre présence au 514 276-7772 ou par courriel au rqpqa@rqpqa.qc.ca Les places sont limitées

L'entrée est gratuite, nous vous y attendons en grand nombre !

L'insomnie affecte les patients atteints d'acouphènes

Source : www.french.hear-it.org

Une étude montre une association significative entre l'insomnie et la gravité des symptômes des acouphènes perçus. Les patients souffrant d'insomnie signalent une plus grande détresse émotionnelle avec les acouphènes.

L'insomnie peut avoir un effet négatif sur les patients victimes d'acouphènes, l'aggravation du tribut fonctionnel et émotionnel de la sonnerie chronique, des bourdonnements, des sifflements ou des petits bruits dans la tête et dans les oreilles, selon une étude de l'hôpital Henry Ford à Detroit aux États-Unis.

« Les acouphènes impliquent des processus cognitifs, émotionnels et psycho-physiologiques, qui peuvent entraîner une augmentation de la détresse d'un patient », explique le co-auteur Kathleen L. Yaremchuk, MD, président, Département of Otolaryngology-Head & Neck Surgery à Henry Ford. "Des troubles du sommeil, y compris l'insomnie, peuvent entraîner chez ces patients une diminution de la tolérance aux acouphènes."

Prédicateur des troubles du sommeil

Pour l'étude, l'équipe de recherche a mené une analyse rétrospective sur 117 patients traités entre 2009 et 2011 à l'Hôpital Henry Ford.

Des informations ont été recueillies auprès des patients par téléphone ou par interviews écrites en utilisant le Questionnaire sur les Réactions aux Acouphènes (ou QRA, qui détermine les effets émotionnels que les acouphènes ont eu sur les habitudes de vie et le bien-être des personnes) et l'échelle de l'Indice de gravité de l'insomnie (ou

IGI, un bref protocole de mesure de l'insomnie).

La gravité de la réaction aux acouphènes peut être utilisée comme un bon prédicteur des troubles du sommeil et pour définir une association, en particulier avec la composante «émotionnelle» sous-jacente (sensibilité de 96,9% et une spécificité de 55,3% pour l'identification des patients atteints d'acouphènes avec insomnie).

Difficultés "à trouver le sommeil"

L'étude relève que plus le handicap de l'insomnie est grand, plus les plaintes du patient concernant les acouphènes sont importantes.

« Le traitement des patients avec acouphènes est difficile », a fait remarquer le Dr Yaremchuk. «Un patient avec acouphènes chroniques présente un tableau clinique difficile qui peut inclure l'anxiété, la dépression, l'ennui, ou la détresse émotionnelle auto-déclarée. Et l'une des plaintes les plus fréquemment évoquée par les patients avec acouphènes est « de trouver le sommeil »

L'étude donne également une preuve supplémentaire que l'évaluation et le traitement des patients souffrant d'insomnie avec acouphènes peuvent entraîner une réduction de la sévérité des symptômes des acouphènes.

L'étude a été présentée lors des réunions Combined Otolaryngological Spring Meetings à San Diego en Avril 2012.

Sources: www.sciencedaily.com et www.mecicalexpress.com

Compte-rendu de la réunion de l'Assemblée générale annuelle tenue le 16 juin 2012

Par Guy Abel

Cette année, j'ai eu le privilège de présider l'assemblée générale du RQPA.

Encore fois, nous avons eu une très bonne participation des membres compte tenu de la date tardive qui était en juin, les vacances et les activités estivales étaient débutées pour la majorité des membres.

Les régions présentes à cette assemblée générale ont fait rapport de leurs activités et des bons coups réalisés. Le dynamisme débordant qui est ressorti de certaines régions a suscité un étonnement de la part de membres présents et amener des questions très pertinentes. Nous constatons qu'il y a des bénévoles et membres très engagés dans la cause des acouphènes.

Concernant l'instance provinciale, il y a eu une très grande réflexion à la suite du plan d'action présenté en 2011 lors de l'Assemblée générale annuelle. En effet pour atteindre les objectifs présentés, il fallait mettre en place un plan d'action très audacieux.

La création d'un comité de travail était prioritaire, le **PLAN COMMUNICATION** est né de cette réflexion. M. Pierre Bonin pilote ce dossier, avec l'aide d'Henri Bergeron et Normand Gour, car son emploi avant sa retraite était les communications,

il a donc une bonne expérience en la matière. Il a présenté les grandes lignes de ce plan communication accompagnée d'un PowerPoint, qui décrit toutes les étapes de la mise en place qui s'échelonne sur une période de 4 ans.

Les priorités 2012-2013 étant la refonte du logo, du site Web ainsi que de la revue. Donc on peut dire que la priorité sera l'image du RQPA. Par la suite il répondit aux questions de l'assistance en apportant plus de précisions sur sa complexité et de sa mise en application.

Les membres ont élu les nouveaux administrateurs et le conseil d'administration se compose comme suit :

Guy Abel, Président

Alain Bédard, 1er Vice Président

Michel Lacharité, 2e Vice Président

Normand Gour, secrétaire élu par cooptation lors de la réunion du Conseil d'administration du 22 août dernier.

Pierre Bonin, Trésorier

Henri Bergeron, Administrateur

Louis Dufresne, Administrateur

Nous sommes motivés et prêts à travailler dans le but de faire connaître et reconnaître le RQPA.

Voici le PowerPoint du Plan de communication 2012-2015, présenté lors de l'AGA

Ce PowerPoint sort les grandes lignes prioritaires du document officiel «*Plan de communication du RQPA 2012-2015*» contenant 71 pages. Ces points sont nos lignes directrices pour les prochaines années. Vous pouvez demander la version intégrale par courriel au rqa@rqa.qc.ca.

**PLAN DE COMMUNICATION
RQPA 2013-2015**

Regroupement québécois pour personnes avec acouphènes (RQPA)

VERSION DE PRÉSENTATION AUX MEMBRES

PAR PIERRE BONIN LE 16 JUIN 2012

CONFECTION DU PLAN: RICHARD LEGAULT
CONSULTANT EN COMMUNICATION

Pourquoi un plan de communication ?

- Se doter d'une **vue d'ensemble** des actions à réaliser au cours des prochaines années ;
- Fournir **une ligne de conduite** vers ce qui est prioritaire et applicable ;
- Rendre **opérationnel** la programmation et le tableau de bord des stratégies et des actions à entreprendre ;
- Rassembler, voire **catalyser** les énergies humaines pour leur collaboration.

Les 3 ordres d'objectifs du Plan

- **Cognitifs**
faire savoir : qu'est-ce que le Regroupement veut faire connaître à ses clientèles-cibles ?
- **Affectifs**
faire aimer : quelle expérience de mieux-être veut-on faire vivre aux personnes acouphéniques ?
- **Conatifs**
faire agir : Pour chaque cible visée, le RQPA veut réaliser quoi ?

Les grands objectifs du RQPA

- Faire connaître la mission du RQPA au Québec auprès de ses diverses clientèles, de ses contributeurs et de ses partenaires actuels et à venir.
- Planifier, définir et ordonnancer l'ensemble des tâches à réaliser tant en 2012-2013 pour le lancement public du Plan que pour les années ultérieures d'application

Les grands objectifs du RQPA

- Répondre adéquatement à la **mission** et aux objectifs de base du RQPA, à savoir:
 - informer, guider, accompagner et rediriger les acouphéniques sévères vers les services appropriés.
 - sensibiliser les milieux médicaux à l'offre de ressources disponibles.
 - sensibiliser environ 10,000 médecins et thérapeutes du Québec.

Les grands objectifs du RQPA

- Sensibiliser le public à l'importance du défi de soutenir les personnes atteintes ;
- Sensibiliser à la prévention de l'acouphénique des travailleurs exposés aux bruits, les musiciens et tout particulièrement les jeunes si friands de technologies bruyantes.

Corrélation des moyens avec les objectifs pour diverses cibles

- Selon les objectifs, certains moyens ou outils de communication sont plus adéquats pour atteindre les cibles.
- Certains outils peuvent être adaptés pour atteindre plusieurs cibles, d'autres doivent être plus pointus pour être efficaces.
- Le tableau suivant propose des outils pour chaque objectif.

Corrélation des moyens avec les objectifs pour diverses cibles

Objectifs du RQPA	Moyens et outils de communication						
	Site Web	Diapitant & Guide	Lettre & Guide	Bulletin, lettre électron.	Séances de formation, débattéveul es	Médias sociaux	Compagne de sensibilisation
Notoriété/reconnaissance	tout	mem, m	mem, pf	m	mem, pf, pu	tout	tout
Information/sensibilisation	tout	ac, pu, mem, pf	ac, mem, pf, mem	m	ac	tout	
Recrutement de bénévoles	pu, m	pu, m		pu, m	m	pu, m	m
Soutien aux acouphéniques	ac	ac	mem	ac, m, mb	m, mem	mb	mem
Bénévolat des acouphéniques	ac	ac	mem	ac		ac	mem
Prévention	pu	mem	mem	m, mem	m	ac, mem	mem
Participation des bénévoles	mb, m	m		m, mb	m, mb	m, mb	m

A QUI / VERS QUI : auprès de quelles clientèles-cibles?

- **Interne/adhérent**
- L'organisme lui-même : le RQPA, outre son conseil d'administration (CA), peut compter sur 30 bénévoles des instances régionales et environ 600 membres dans des régions du Québec.
- **Externe/clientèle**
- Le Québec compte environ 800 000 personnes ayant des acouphènes dont 10% de sévères.

A QUI / VERS QUI : auprès de quelles clientèles-cibles ?

Externe/ressources

- Ressources médicales globales : hôpitaux, cliniques médicales privées, CLSC, etc.
- Ressources spécialisées : Associations des orthophonistes, des audiologistes, etc.

Externe/partenaires

- Entreprises pharmaceutiques, syndicats de travailleurs, associations caritatives, etc.
- Fédération des commissions scolaires, centres de recherches universitaires, etc.

Le Modèle de communication AIDA en 4 démarches

1- Attention (Attention) - 2- Intérêt (Intérêt) - 3- Désir (Désir) - 4- Action (Action)

Les 10 défis du RQPA

- 1- Veille et cumul d'information
- 2- Sensibilisation
- 3- Recrutement
- 4- Expertise
- 5- Formation
- 6- Consolidation
- 7- Promotion
- 8- Application du Plan
- 9- Financement
- 10- Contrôle et suivi du Plan

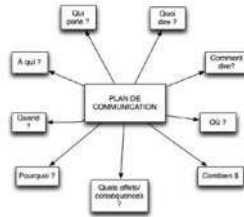
Les 10 défis du RQPA

- Tableau des défis, cibles, stratégies, moyens, porteurs de projets et des périodes approximatives d'application du Plan
- Prenons ici quelques exemples de défis pour discuter en groupes...

13

Composantes du Plan

- Les composantes du Plan sont les moyens pour répondre aux questions qui, quoi, comment, à qui, quand, pourquoi, combien, etc...



14

Composantes du Plan

- L'identité visuelle
- Le message
- Le dépliant du RQPA
- La lettre-type
- Le guide au milieu médical
- Le nouveau site Internet du RQPA
- Le plan de commandites
- Les médias sociaux
- Un nouveau bulletin électronique
- Autres outils tels diagramme des tâches,ancements, etc.

15

Composantes du Plan

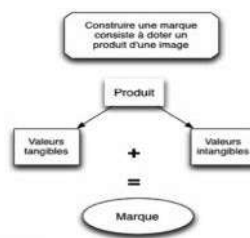
1. L'identité visuelle

Questions à clarifier

- En quoi, sous quels aspects faut-il améliorer notre image ?
- Auprès de qui ?
- Concrètement, cela signifie quoi ? Ça s'exprime comment, en résultats à atteindre ?

16

L'identité visuelle



Cartier, 2011

17

Composantes du Plan

2. Le message

- Exprime de façon directe ou imagée la mission du Regroupement et le fondement de ses actions
- Accueillir, être empathique, écouter, informer, démystifier, sensibiliser, s'entraider, accompagner, «autonomiser», orienter, comprendre, référencer...

18

Composantes du Plan

3. Le dépliant du RQPA

- Préciser les buts du dépliant et à qui il s'adresse principalement. Des explications concises et vulgarisées sur l'acouphène et sur les services d'entraide offerts par le RQPA, et par les autres ressources, etc.
- Faire le plan sommaire des nouveaux contenus et des éléments visuels qui pourraient les illustrer

19

Composantes du Plan

4. Lettres aux milieux médicaux

- Mesurer les avantages / inconvénients des diverses options possibles:
- A: lettres postales
- B: Courriel
- C: utiliser les fédérations de professionnels comme courroies de transmission du message

20

Composantes du Plan

5. Le guide au milieu médical

- Adressé aux personnes responsables des cliniques, bureaux et départements.
- Fascicule attrayant visuellement, accompagné d'un DVD explicatif avec des entrevues d'expertises, des commentaires du milieu et quelques témoignages de personnes acouphéniques.

21

Composantes du Plan

6. Le nouveau site Internet du RQPA

- Pierre d'assise de toutes les communications interactives et collaboratives du Regroupement tant à l'interne qu'avec ses partenaires, ses contributeurs et le public.
- Un prérequis au lancement du Plan de communication
- Réfléchir sur nos besoins et ceux de ses membres et partenaires, préparer le devis fonctionnel du site, etc.

22

Composantes du Plan

Grandes étapes de développement du site Internet

- **Planification**
Devis fonctionnel, des besoins, architecture, etc.
- **Développement**
Installations des gabarits, interfaces, gestion de contenus, tests de fonctionnalités, révision des contenus, etc.
- **Publication**
Mise en ligne, référencement, chartes graphiques, formation.

23

Composantes du Plan

7. Le plan de commandites

- Outil essentiel pour assurer l'épanouissement, la reconnaissance et la consolidation du Regroupement.
- Cibler d'abord les objectifs monétaires.
- Préparer le dossier de demande de commandites.
- Vérifier la réputation, les valeurs et la compatibilité des commanditaires.
- Parvenir à un accord écrit avec le commanditaire.
- Remplir nos obligations, faire le suivi.

24

Composantes du Plan

8. Les médias sociaux

- « ensemble de services permettant de développer des conversations et des interactions sociales sur internet ou en situation de mobilité »
- Démarche de communication pour le passage d'une communication verticale (ou descendante) à une communication horizontale (ou intercollaborative)

25

Les médias sociaux



26

Panorama des médias sociaux 2012



27

Composantes du Plan

9. Un nouveau bulletin électronique (newsletter)

- Renouveler le titre du bulletin et son image, repenser à son accessibilité via Internet, à sa mise en forme et également au style d'écriture approprié au Web.
- Accessible sur le site Internet pour les membres d'office et pour les internautes intéressés.

28

Composantes du Plan

10. Les autres outils

- Réaliser un **diagramme d'ordonnement des tâches** pour la gestion des grandes étapes d'application du Plan avec échéanciers et les résultats escomptés.
- Préparer avec soin le **lancement médiatique** du Plan 2013-2015 au central et avec les régions

29

Les 4 pôles de communication du RQPA



Richard Lapointe, 2010

30

Combien le Plan peut coûter ?

- **Principaux extrants à produire**
- Création d'un logo
- Charte graphique
- Création d'un dépliant
- Réalisation du site Internet
- Design graphique du Bulletin
- Production d'un DVD, du guide
- Cartes d'affaires, bannières, affiches
- Lancement de la campagne

32

Appliqué par qui ?

- Rôle essentiel des membres dans les régions
- Mandater un porte-parole des messages du Regroupement
- Besoin d'un responsable des communications
- Rôle d'un coordonnateur du RQPA
- Impliquer une personne extérieure - une personnalité reconnue qui parrainerait les événements

32

Quoi et quand : application et suivi du Plan de communication

- Créer un **comité de suivi** formel du Plan
- Juger et mesurer si les résultats poursuivis sont atteints
- Faut-il revoir nos stratégies ? nos moyens d'actions étaient-ils pertinents selon les cibles ? les échéanciers réalistes ? Le budget était-il suffisant ?

33

Quelques recommandations globales

- Bonifier les stratégies et les moyens proposés dans ce Plan, notamment par une consultation des membres et collaborateurs.
- Faciliter la mise en place d'une communauté d'internautes intéressés ou affectés par l'acouphène.
- Préparer une budgétisation réaliste et assez souple sur trois ans (2013-2015).
- Prévoir les ressources matérielles et humaines nécessaires, y compris celles pour l'engagement d'un coordonnateur.

34

Quelques recommandations globales

- Assurer un **financement adéquat** au RQPA pour permettre de réaliser les actions du Plan, ex. voir en priorité quelles entreprises peuvent soutenir financièrement le RQPA, analyser les possibilités de créer un membership corporatif.
- Examiner l'ensemble des interventions du Plan pour évaluer les plus pertinentes, les plus réalisables.
- Choisir celles qui sont et seront applicables en fonction des moyens et des ressources obtenus.
- Obtenir l'approbation et le soutien des membres et partenaires.
- Procéder à la **confection finale** du Plan, en hiérarchisant les interventions que le RQPA considère les plus prometteuses en termes de réalisations et d'impacts concrets.

35

Vos idées et suggestions

- Que devrions-nous faire en premier lieu ?
- Quelles ressources sont nécessaires ?
- Qui est prêt à s'impliquer ?
- Comment.
- Quand ?



Diaporama réalisé en jan 2012 par Richard Lapointe consultant en communication

36



Alain Bédard, Guy Abel, Carole Tremblay et Pierre Bonin



Pierre Bonin lors de la présentation PowerPoint du Plan de communication

Comment optimiser l'enrichissement sonore

Gérard Larouche, audiologiste

Centre de réadaptation en déficience physique *Chaudière-Appalache*
(CRDP-CA)



À la suite à une rencontre des membres de l'exécutif du RQPA, secteur Québec, Chaudière-Appalache, j'ai constaté que plusieurs personnes rapportaient des commentaires négatifs au

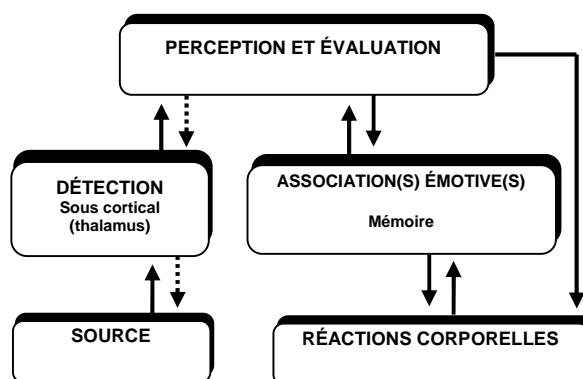
sujet de l'utilisation des appareils auditifs pour leur problème d'acouphène et de l'écoute de bruits dans leur environnement pour tenter de les oublier. J'ai donc proposé une rencontre d'information afin d'expliquer le phénomène d'enrichissement sonore dans le processus d'habituation à l'acouphène et les conditions favorables afin d'optimiser son efficacité.

Voici les commentaires souvent rapportés par les clients suivis en réadaptation au sujet de l'effet des bruits présents dans leur environnement sur leur acouphène :

- « Les bruits m'aident à camoufler mes acouphènes. »
 - « Ça ne marche pas toujours. »
 - « Certains bruits m'agressent. »
 - « Quand je suis dans la nature, j'entends moins mes acouphènes. »
 - « Le jour, mes acouphènes sont moins forts. »
 - « Le bruit augmente mes acouphènes. »
- « C'est le soir pour m'endormir que c'est plus difficile. »

Jastroboff et Hazell (1), auteurs bien connus pour la Thérapie d'habituation à l'acouphène, ont proposé en 1990 un modèle pouvant expliquer le processus de production et de maintien du dérangement lié à l'acouphène. Ils citent : « *Les acouphènes sont le résultat d'un processus d'apprentissage négatif, au cours duquel certains sons insignifiants (acouphènes) deviennent gênants par l'intermédiaire du système autonome et efférent.* »

Modèle neurophysiologique



C'est bien connu, il existe une grande différence individuelle au niveau du dérangement produit par l'acouphène. Pour certains, il est bien toléré alors que pour d'autres, il engendre beaucoup de souffrance. Pourquoi? Lorsqu'on reçoit une stimulation sonore, notre cerveau (Thalamus) procède à un filtrage de cette information et lui accorde une signification particulière. Selon l'interprétation qu'il en fait, il peut y associer une émotion négative ou positive et générer des réactions corporelles. Il en est de même lors de l'apparition de l'acouphène. Dans ce cas, le cerveau peut l'interpréter comme étant un bruit incompris, déplaisant et inconfortable. Il peut y associer une émotion négative (ex : Je suis inquiet, ai-je une maladie grave? Ça me préoccupe. Que se passe-t-il dans mes oreilles?). Cette émotion peut provoquer des réactions diverses : angoisse, irritabilité, stress, problème de sommeil, de concentration, accès difficile à la détente, je m'isole.

Dans le cas d'un acouphène dérangent, ces réactions sont maintenues dans le temps et entretiennent la perception négative de l'acouphène. L'inconfort a laissé une trace dans notre cerveau (comme dans le disque dur d'un ordinateur), de

sorte que dès qu'on écoute l'acouphène, on réactive ce processus. Le cerveau porte alors beaucoup d'attention à l'acouphène et sera moins disponible pour traiter d'autres informations plus utiles. Je serai donc très affecté par l'acouphène. Selon ce modèle, le dérangement lié à l'acouphène serait un processus appris.

(1) Jastroboff P.J. et Hazell J.W.P. (2004), *Tinnitus Retraining Therapy*.

Le **principe d'habituation** à l'acouphène vise à briser les liens existants entre les différents éléments de ce processus tel que décrit dans le modèle. Les actions visent entre autres :

À ce que les centres auditifs détectent moins l'acouphène, en le mettant en compétition avec d'autres bruits (**enrichissement sonore**). La mémoire de mon disque dur sera moins activée et ne réveillera pas les vieilles interprétations auxquelles je suis habitué;

À changer les pensées que j'ai par rapport à mes acouphènes, i.e. les fausses croyances que j'entretiens de façon exagérée (ex : ma vie est un désastre à cause de mes acouphènes) ;

À travailler sur les effets de l'acouphène sur mes habitudes de vie : améliorer mon sommeil, ma concentration, développer des méthodes de relaxation, appliquer des stratégies de communication, recourir à l'amplification auditive afin d'améliorer la compréhension de la parole en raison de ma surdité,...

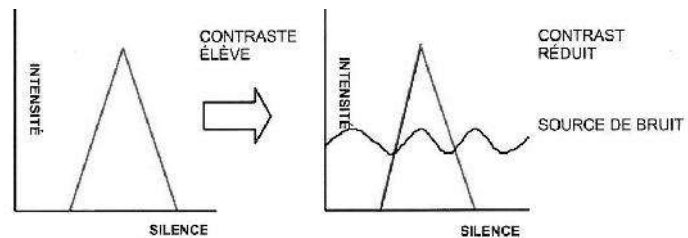
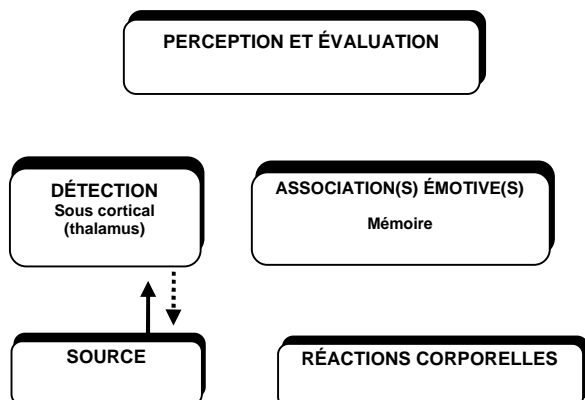
En d'autres termes, malgré la répétition du stimulus (acouphène), on évite le renforcement du pattern (cf modèle neurophysiologique). L'enrichissement sonore va nous aider en ce sens en agissant sur la première étape de ce processus. La répétition de signaux neutres (ex : bruits ambiants) s'accompagne de la disparition progressive des réponses induites, ce qui correspond au **phénomène d'habituation**.

De plus, le cerveau a des prédispositions à l'habituation, en raison de sa plasticité et de sa capacité à apprendre, i.e. à changer les connexions synaptiques entre les neurones. Il faut donc entraîner notre cerveau par une stimulation régulière avec des bruits compétitifs à mon acouphène.

Avec l'habituation, le résultat attendu est que je serai conscient pour une petite portion de l'intensité de l'acouphène, principalement, lorsque j'y porterai mon attention.

Le schéma suivant illustre l'**effet de l'enrichissement sonore sur l'acouphène** et la gestion du niveau de dérangement. Quand je suis dans le silence (ex : je suis seul dans une pièce sans bruit, à l'approche du sommeil), mon acouphène sera davantage perceptible, de sorte que j'y porterai plus attention et je serai plus dérangé par sa présence. En mettant un bruit, je réduis la perception de l'acouphène. Je pourrai alors plus facilement amener mon cerveau à se concentrer sur autre chose. À l'approche du sommeil, en appliquant en présence du bruit une méthode de relaxation ou d'imagerie mentale, je pourrai plus facilement m'endormir.

Modèle neurophysiologique



Le **masquage** de l'acouphène par un bruit qui enterre complètement l'acouphène, de sorte que je ne l'entends plus, est une autre approche d'enrichissement sonore. Il pourra être **utile à court**

terme pour m'aider à réduire un moment d'inconfort important lié à l'acouphène. Il doit être de courte durée et jumelé avec une activité de détente afin de pouvoir revenir à un niveau de bruit moindre que l'acouphène.

MASC L'ACC

À court :

Pour du r
l'acouphé
et intolé

L'enrichissement sonore ne donne pas toujours le résultat attendu à ses débuts et c'est normal. Il faut entraîner progressivement votre cerveau, afin de provoquer des changements de fonctionnement de ce dernier. C'est un apprentissage qui se fait avec la répétition régulière dans son quotidien afin de changer le contenu emmagasiné dans notre disque dur.

Par ailleurs, la persistance de cette habitude dans le temps contribuera à renforcer le maintien du nouveau pattern établi.

Voyons maintenant comment doit se faire l'enrichissement sonore, du moins à ses débuts, afin d'en optimiser les effets :

◆ Choisir un bruit dans son environnement : musique, télévision, radio, ventilateur, fontaine d'eau, bruits de la nature, générateur de bruits disponible commercialement (ex : bruits de pluie, vent, oiseaux), etc. **Se faire une banque de bruits** qui se sont avérés efficaces pour diminuer l'importance de votre acouphène. Un client m'a rapporté que lors d'une promenade à bicyclette en campagne, les chants des grillons et criquets, rendaient son acouphène à peine perceptible. Il a enregistré ces bruits qu'il utilise régulièrement pour enrichir son environnement sonore pour se détendre à la maison.

◆ Le bruit **ne doit pas attirer votre attention**, ni interférer avec la communication ou affecter la réalisation des activités au quotidien. Si le bruit est trop riche en informations, il accaparera votre attention, de sorte que vous serez moins disponible pour réaliser une tâche (ex : lecture, mots croisés).

◆ Le bruit **ne doit pas générer d'émotions négatives**. Il ne faut pas se sentir agressé par le bruit ou y associer une interprétation nuisible ou liée à une expérience négative antérieure.

◆ Le **niveau d'intensité** du bruit doit se situer entre le seuil de détection du bruit et le niveau où l'acouphène sera complètement masqué par le bruit. **Il faut entendre le bruit**, mais il ne doit pas masquer votre acouphène. Vous pouvez augmenter le niveau d'intensité avec le temps si bien toléré. Il est important de diminuer son intensité s'il aggravait l'acouphène.

◆ Il est préférable de **se placer près du générateur de bruit**, afin de profiter d'un bain sonore efficace. Une stimulation bilatérale est préférable afin d'offrir une stimulation symétrique des voies auditives supérieures. Si vous utilisez des écouteurs, ne pas les insérer profondément afin d'éviter l'effet d'occlusion qui contribuera à accroître la perception de l'acouphène et favoriser la stimulation par les bruits ambiants naturels.

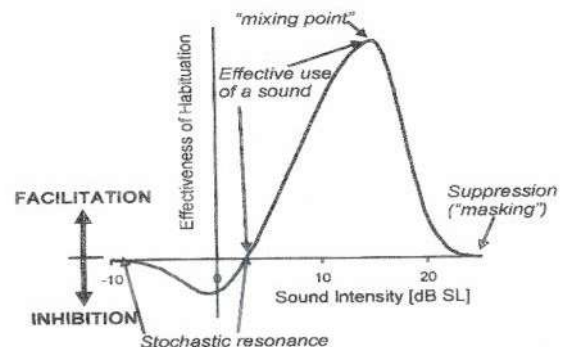


Figure 3.1 Dependence of habituation on sound intensity. Note that for sound levels close to the threshold of detection, inhibition of habituation may occur through stochastic resonance. The probability of habituation decreases to zero when the sound is suppressing tinnitus. The optimal level for tinnitus treatment corresponds to the beginning of partial suppression of tinnitus, typically described by the patient as the "mixing" or "blending" point.

Pour certains clients, nous aurons recours à des outils plus spécifiques pour l'enrichissement sonore : **le générateur de bruit ou l'appareil auditif**. Le générateur produit un bruit blanc ou rose et se présente dans des modèles similaires à un appareil auditif. Le niveau de bruit est ajustable

via un contrôle de volume. L'appareil auditif est proposé dès qu'une atteinte auditive significative est présente. Par l'amplification de l'environnement sonore, le contraste entre l'acouphène et le plancher sonore est moins grand, ce qui facilite l'adaptation à l'acouphène. De plus, l'amplification auditive aidera la personne à mieux communiquer, réduisant ainsi le stress et la fatigue liés aux situations difficiles, d'où la possibilité d'un effet positif sur l'acouphène.

En deuxième partie de la présentation, des exercices ont été réalisées avec les participants en appliquant les principes de l'enrichissement sonore. Des exercices de balayage visant le transfert de l'attention d'un stimulus à un autre ont été proposées suivant la progression suivante : d'un

objet à un autre, d'un bruit à un autre et de l'acouphène à un autre stimulus sonore. Le tout en prenant conscience du contrôle que l'on peut exercer sur notre attention, en dépit de la présence de l'acouphène. Par la suite, nous avons réalisé des tâches de concentration en intégrant l'enrichissement sonore.

En conclusion, l'application du modèle neurophysiologique de Jastroboff dans nos interventions auprès de la clientèle présentant un acouphène dérangeant nous a permis de développer une approche intégrant tous les éléments qui le composent (dont l'enrichissement sonore) en atteignant des résultats probants sur la qualité de vie des clients.

MODÈLE D'INTERVENTION EN ACOUPHÈNE AU CRDP-CA

INFORMATIONS	HABITUATION/ DÉSENSIBILISATION	SURDITÉ	HABITUDES DE VIE	STRESS	PENSÉES ET BESOINS PSYCHOLOGIQUE	ADAPTATION	ENTRAIDE
Réassurance Entretien de l'espoir	Rééducation auditive Thérapie sonore	Compensation	Action sur les facteurs d'influence	Gestion	Modification des pensées et réponse aux besoins psychologiques	Ajustement des stratégies	Support et partage de vécu
Éliminer problème médical Comprendre le phénomène de l'acouphène Informé au fur et à mesure selon les besoins	Enrichir l'environnement sonore Utiliser un générateur de bruit ou appareil auditif Augmenter la tolérance aux bruits normaux dans son environnement	Départager les impacts du problème auditif de l'acouphène Diminuer les situations de handicap : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appareillage auditif ▪ Aide de suppléance ▪ Stratégie de communication ▪ Lecture labiale 	Connaître les effets possibles sur l'acouphène Agir sur les habitudes de vie affectées Réduire les facteurs d'influence	Prendre conscience du lien stress-acouphène Départager facteurs personnels Utiliser des stratégies de gestion	Identifier besoins mal comblés Trouver des solutions pour rétablir l'équilibre Modifier les pensées négatives Entretenir des pensées réalistes	Prendre conscience de nos styles d'adaptation Composer avec les problématiques associées Sensibiliser et supporter l'entourage	Rencontrer d'autres personnes avec acouphènes Participer aux interventions de groupe Participer aux activités RQPA et utiliser les services offerts Consolider les acquis

But : Diminuer le dérangement

*On a besoin de patience avec tout le monde,
mais particulièrement avec soi-même.*

Sales, François de 1567-1622

Chronique bibliophile

Nouvelles parutions en lien avec la problématique des acouphènes. Aucun document cité dans cette chronique n'engage le RQPA. Cette liste est à titre informatif.

Barraqué, Philippe, *Dites stop à vos acouphènes*, 2012, Éditions J. Lyon.

Bordeleau, Nicole, *Méditations pour mieux vivre (CD)*, 2009, Studio YogaMonde.

Kabt-Zinn, Jon, *Méditer : 108 leçons de pleine conscience*, 2010, Marabout.

L. Hay, Louise, *Guérissez votre corps de A à Z : se libérer des maux physiques par la pensée positive*, 2012, ADA éditions.

Pérol, Jean-Yves, Allais, Romain, *Vaincre les insomnies et l'anxiété*, 2012, Édition tournez la page.

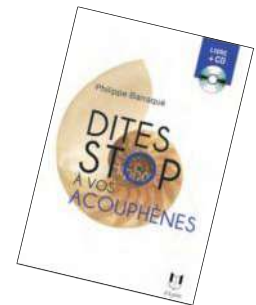
Rouig, Nicolas, *Je me libère du stress, votre méthode pour lâcher prise*, 2012, Presses Universitaires de France.

Thalmann, Yves-Alexandre, *Les fabuleux pouvoirs de la psychologie positive*, 2012, Jouvences éditions.

Résumé de livre

Dites stop à vos acouphènes

Philippe Barraqué



Réunies pour la première fois en un seul ouvrage, toutes les thérapies pour venir à bout des acouphènes et de l'hypersensibilité au bruit : acupuncture, aromathérapie, désintoxication aux métaux lourds, fréquences thérapeutiques, homéopathie, hypnose, magnétisme, nutrithérapie, phytothérapie, PNL, relaxation, reprogrammation cellulaire, sophrologie.

- Les dernières avancées scientifiques pour mieux comprendre et traiter les acouphènes et les troubles auditifs.
- Le plus large éventail de techniques de bien-être et d'auto-guérison pour les soulager efficacement.
- **Un CD thérapeutique sonore** pour une utilisation quotidienne comprenant un bruit blanc pour masquer et déprogrammer les acouphènes, un bruit rose pour les atténuer et mieux les accepter (durée 1 h).

Témoignage

Par Roméo Malenfant

Avoir la piqûre

Mes acouphènes sont apparû il y a environ 10 ans lors d'un incident assez banal : un mouvement brusque du cou lors d'une activité de travail sur mon terrain, une belle fin de semaine d'été. Au début, ce n'était qu'un bourdonnement constant, mais perceptible seulement si je me concentrais. Puis, peu à peu, le son s'est mis à varier. Parfois très faible, occasionnellement une clochette au son très aigu, la plupart du temps, un silement dérangeant. Mes acouphènes se passent littéralement au centre de ma tête, sauf la clochette qui se manifeste toujours du côté gauche de la tête.

Environ deux années plus tard, je rencontre une acupuntrice et commence des traitements pour toute autre chose. Lors d'une séance, cependant, je pense lui poser la question si l'acupuncture pouvait être de quelques secours pour éliminer ou réduire les acouphènes. Elle me répond honnêtement que dans certains cas, oui, l'acupuncture peut apporter un soulagement parfois important, souvent plus atténuer mais perceptible et que si des effets positifs ne sont pas perceptibles après trois séances, il sera alors inutile d'insister.

La semaine suivante, je commence un premier traitement. Vous savez sans doute que l'acupuncture travaille avec le circuit électrique du corps humain en mettant en lien deux points d'acupuncture. Il se produit alors une décharge électrique la plupart du temps perceptible, mais légère, occasionnellement plus violente. Dès la première séance, j'ai senti une diminution de l'intensité de mes acouphènes. J'ai poursuivi pendant cinq séances. J'ai cessé sur les conseils de l'acupuntrice qui notait mes progrès. Selon elle, il était inutile de continuer, il n'y aurait plus d'amélioration évidente.

Le miracle s'était-il produit ? Le niveau de mes acouphènes avait sensiblement diminué au point où je ne subissais plus l'inconfort constant et la clochette avait disparu. Seulement le soir en ressentais-je encore les effets, mais pas au point de perturber mon sommeil.

Cependant, après quelques mois, le niveau des silements a augmenté. Mais je dois dire qu'après plus de trois ans, il n'a jamais atteint le niveau antérieur. Dans mon cas, l'acupuncture a eu un effet certain à court terme et un certain effet à long terme. Je suis persuadé que si je retournais régulièrement en acupuncture, le niveau sonore baisserait encore... pour un temps. Mais j'en suis à un niveau gérable de bruits qui fait que je considère inutile d'investir dans d'autres traitements. Mais je ne l'exclus pas du tout si mon inconfort augmentait.

ARTICLE

LA MIGRAINE : BIEN PLUS QU'UN MAL DE TÊTE !

Sylvie Auger, M.O.A. audiologiste, Audiologie Centre-ouest Inc.



La Presse, Montréal lundi 11 juin 2012 p. A7 : « Migraine : nouveaux gènes localisés. Des chercheurs européens et australiens ont indiqué hier qu'ils avaient localisé quatre nouveaux gènes associés à la forme

la plus répandue de migraine, soulignant ainsi son caractère héréditaire. »

Donc, encore aujourd'hui, le monde scientifique explore les mécanismes d'apparition de la migraine pour tenter de les identifier et, éventuellement de mieux les traiter.

En fait, lorsqu'on parle de migraine, les gens associent habituellement ce mot à « céphalée ou mal de tête sévère ». Cependant, la migraine n'est pas qu'un mal de tête. Dans la littérature médicale, on parle de plus en plus de « syndrome migraïneux ». Avec cette perspective de syndrome migraïneux, nous sommes plus en mesure de comprendre les symptômes audio vestibulaires qui sont présents chez 30% des migraïneux.

Tout d'abord : définissons la migraine.

En fait, même les experts ont du mal à définir cette entité clinique étant donné la grande variabilité des symptômes cliniques rapportés d'un individu à un autre.

En 1988, la société internationale des céphalées (International Headache Society-IHS) définit la migraine selon des caractéristiques spécifiques incluant la récurrence des attaques, la durée limitée de chacune des attaques (4 à 72 heures), la localisation unilatérale

de la douleur, la présence d'un aspect pulsatif, une intensité suffisante pour interrompre l'exécution des activités de la vie quotidienne, avec présence de symptômes associés de nausée, vomissement, photophobie et phonophobie.

Le comité de classification des céphalées a tenté de classer les migraines en 7 sous groupes avec une huitième catégorie fourre-tout.

Voici un résumé succinct des 7 sous-groupes de migraine :

- Migraine
 - Migraine sans aura
 - Migraine avec aura
 - Migraine ophtalmique
 - Migraine rétinienne
 - Syndrome pédiatrique périodique associé à la migraine
 - Migraine avec complications
 - Autres désordres migraïneux
- (voir www.i-h-s.org)

Le terme « aura » est défini comme un problème neurologique focalisé. Habituellement, les auras sont considérées comme étant des perceptions sensorielles anormales comme, par exemple, de voir des taches blanches. En fait, les auras visuelles sont les plus communes.

Parmi les symptômes que des patients migraïneux sont susceptibles de présenter en voici quelques-uns :

Céphalée, vertige, faiblesse, photophobie, démarche ataxique, acouphène, phonophobie, paresthésie, perte auditive, nausée, dysarthrie, vision double, vomissement, douleurs faciales (imitant sinusite).

Parmi ces symptômes, vous pouvez remarquer qu'au-delà du mal de tête, il y a plusieurs symptômes auditifs (acouphène, perte auditive qui est habituellement fluctuante, phonophobie) ainsi que des symptômes vestibulaires (vertige, nausée, vomissement) ou des symptômes affectant l'équilibre.

Prévalence de la migraine :

On estime qu'aux États-Unis et en Europe, 50% des femmes et 40% des hommes vont souffrir au moins une fois dans leur vie d'une attaque de migraine qui va affaiblir la personne de façon significative et affecter ses activités quotidiennes.

Selon les critères de l'IHS, environ 15-18% des femmes et 6-7% des hommes souffriraient d'une forme de syndrome migraineux.

En effet, il est possible de présenter plusieurs symptômes associés à la migraine (voir la liste ci-haut) SANS éprouver de mal de tête. Dans ces cas-là, l'identification du syndrome migraineux peut être beaucoup plus longue.

Malheureusement, on ne s'entend pas encore sur la pathophysiologie de la migraine qui est tantôt identifiée comme un désordre neurologique et tantôt comme étant plutôt d'origine vasculaire. On sait cependant, et l'article publié dans La Presse le met à nouveau en évidence, que le facteur génétique, héréditaire soit un élément clé dans la présence de la migraine ou du syndrome migraineux.

Les symptômes audio vestibulaires associés à la présence de la migraine :

Les symptômes de vertige, acouphène, phonophobie (parfois simple hyperacousie), photophobie et perte auditive sont présents chez au moins 30% des personnes souffrant de migraine. La perte auditive est moins fréquente que les autres symptômes, mais lorsqu'elle se manifeste, elle imite la perte auditive typique que l'on retrouve en présence d'une maladie de Ménière. Elle est donc en basses fréquences et neurosensorielle. Il peut arriver cependant qu'une migraine cause une atteinte cochléaire et vestibulaire permanente.

Très souvent un patient migraineux présentant des symptômes auditifs et vestibulaires peut être confondu avec un patient atteint de la maladie de Ménière.

Que faire, qui consulter :

Typiquement et historiquement, les patients souffrant de migraine sont pris en charge par les neurologues. Cependant, bien que les migraines ophtalmiques soient bien connues les migraines vestibulaires ou auditives le sont moins et leur diagnostic peut être plus long, surtout en l'absence de céphalées.

Habituellement c'est à l'aide de médicaments que l'on réussit à contrôler les symptômes. Cependant, comme le mécanisme déclencheur des migraines n'est pas encore clairement identifié, il se peut que le médecin doive procéder à quelques essais avant de trouver le bon médicament.

La réadaptation vestibulaire peut certainement aider les migraineux qui présentent un problème vestibulaire permanent avec des symptômes chroniques comme une oscillopsie présente avec des mouvements de la tête, un mal des transports exacerbé....

La réadaptation vestibulaire ne traitera pas la migraine, mais bien les symptômes vestibulaires qui y sont associés et qui sont permanents. Cette réadaptation doit se compléter après que la migraine soit contrôlée par les médicaments.

Conclusion :

Tous les problèmes d'acouphène, de surdité fluctuante, d'hyperacousie et de vertiges ne sont pas causés par la présence d'un syndrome migraineux. Cependant, lorsqu'il y a des antécédents familiaux de migraine et que de tels symptômes se manifestent, c'est une des causes possibles et souvent sous-estimées de problèmes audio vestibulaires.

Informations tirées de : www.dizzy.com/CMS/file/migraine2.pdf

Le Conseil régional Québec-métropolitain y était !

Le CR a participé au *Salon mieux vivre 50 ans+* qui a été un franc succès. Des échanges intéressants et cordiaux étaient au rendez-vous. De plus nous avons distribué 400 « *Info-Acouphènes* » et fait la promotion de notre regroupement. Trois nouveaux membres ont adhéré au RQPA et 75 signatures de sympathisants nous ont remis leurs adresses courriels pour être informés de nos activités futures.



Henri Bergeron, président du CR Québec-métropolitain et sa dame Marie-Hélène

Ménière et acouphènes

Compte-rendu de la rencontre-causerie présenté au groupe du RQPA de la région Québec-métropolitain le 18 avril 2012 animée par Mme Marthe Deschênes

C'est sur ce ton enjoué qu'elle nous a parlé des façons de bien vieillir, d'écouter le corps changeant, mais non glissant tristement vers sa fin. Plusieurs convictions habitent notre causeuse, tout en rejetant le culte du corps parfait et l'obsession d'une parfaite santé, parmi ce qui caractérise selon elle notre société occidentale. Sans exagérer, il faut savoir que le corps humain, même fragilisé par l'âge ou la maladie, a des capacités de régénérescence, puissamment secondée en cela par ses fonctions spirituelles; ce qui est bien loin d'être négligeable.

Au contraire c'est un esprit sain qui guide le corps où il demeure inhérent, pour rester en bonne santé ou le redevenir. Ceci est une conviction très forte chez Mme Deschênes: «une bonne vie spirituelle est très thérapeutique».

C'est sur cette affirmation pleine d'espoir qu'elle s'est prêtée avec beaucoup d'aisance aux questions et réactions de notre assemblée. Plus d'une trentaine de personnes plus ou moins acouphéniques se sont montrées attentives et très satisfaites de cette soirée. Notre groupe a aussi beaucoup apprécié l'abondante et excellente bibliographie présentée.



Marthe Deschênes et Henri Bergeron

Hyperacousie

Docteur Anne-Marie Piffaut

Docteur Anne-Marie PIFFAUT, ORL et Phoniatre, s'oriente vers la psychosomatique en 1995. Elle a reçu plus de 3000 sujets souffrant de troubles chroniques principalement d'acouphènes, de vertiges et d'hyperacousie. Elle utilise les psychothérapies de façon intégrative : analyse transactionnelle, hypnose, TCC, techniques d'affirmation de soi et EMDR, thérapie de la désensibilisation et du retraitement de l'information par les mouvements oculaires créée par Francine Shapiro aux USA en 1987, appliquée au traitement du stress post-traumatique.

Témoignage du praticien



J'ai longtemps pratiqué des rééducations de la voix de l'articulation et du langage et ai arrêté la chirurgie depuis 1995 pour me consacrer principalement à la prise en charge psychosomatique des troubles ORL et en Phoniatrie.

Je tenais à vous faire part du bonheur de pratiquer l'EMDR et de constater ses résultats dans ma spécialité ORL. Je ne suis jamais arrivée à **guérir** des patients présentant une hyperacousie douloureuse en utilisant l'Analyse transactionnelle et les thérapies comportementales et cognitives.

EMDR

Le sigle EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) se traduit littéralement par «désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires». Toutefois, l'appellation française officielle est intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires - bien que l'on s'en tienne généralement à EMDR.

Mise au point dans le courant des années 1980, l'EMDR est spécifiquement reconnue pour le traitement des personnes ayant subi des traumatismes importants, et souffrant du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Grâce au processus neurologique mis en œuvre par cette thérapie, le cerveau « intègre » ou « digère » les résidus dysfonctionnels du passé jusque-là restés insidieusement éveillés. À la suite de cela, les souvenirs sources d'angoisse diminuent progressivement leur charge affective, en mettant fin à la souffrance et aux réactions généralement associées (crises de panique, peurs incontrôlées, anxiété, compensations de toutes sortes, etc.).

De plus en plus, l'indication de l'EMDR s'est étendue aux phobies et aux affects dépressifs – suivant l'idée qu'un grand nombre de problèmes personnels découlent d'expériences difficiles vécues dans l'enfance.

Considérée comme une thérapie brève, l'EMDR nécessite une procédure et un cadre rigoureux. Bien que la thérapie ait recours à des pratiques psychothérapeutiques classiques, sa caractéristique est l'utilisation de la stimulation double (visuelle, auditive ou tactile). Tandis que la personne replonge intensément dans ses souvenirs, le thérapeute intervient régulièrement pour provoquer une stimulation sensorielle, comme déplacer rapidement ses doigts devant les yeux de la personne qui doit alors les suivre tout en gardant la tête fixe.

Les personnes souffrant d'hyperacousie ont tendance à s'isoler. Elles arrêtent de travailler ne supportant plus les bruits supportés par la plupart des gens. Elles deviennent phobiques craignant de s'exposer à des bruits qu'elles ne supporteraient pas. Elles ont peur de ces bruits et anticipent que ça va mal se passer si elles se promènent dans la rue du fait des voitures ou des motos ou d'un chien qui aboie. J'en ai reçu plusieurs placées en invalidité. Elles sont obligées de porter un casque pour se protéger des bruits extérieurs. Certaines ne supportent pas ce casque. Leur situation est aggravée par les acouphènes si elles en souffrent. En effet elles se sentent coincées : si elles s'isolent pour se protéger du bruit elles perçoivent encore plus leurs acouphènes, si elles s'exposent aux sons pour masquer les acouphènes, l'intolérance aux bruits prend le dessus. Elles sont désespérées.

Depuis que j'utilise l'EMDR, ces personnes guérissent. Marie qui souffrait d'hyperacousie depuis douze ans, en arrêt de travail à cause de ce trouble, m'a fait remplir un document où j'ai noté sous sa dictée qu'elle se disait guérie. Ce certificat était destiné à son médecin du travail pour éviter l'invalidité, démarche qui était en

cours. Depuis elle a pu circuler dans un train dans la zone entre deux wagons (intensité proche de 80 DB) elle n'a pas souffert. Un enfant a hurlé à côté d'elle, elle n'en a pas souffert. La cible ancienne traitée en EMDR était le bruit intense d'un train passant sur un pont alors qu'elle se trouvait coincée dans un tunnel au-dessous des voies. Situation la pire pour elle, car la plus intense en décibels.

Elle a exploré plusieurs canaux de chaînes associatives en séance d'EMDR, jusqu'à l'apparition d'un souvenir horrible. Les bruits, les paroles, tous les souvenirs auditifs et les émotions liés, les croyances négatives à propos d'elle-même ont été traités grâce à cette méthode. Seule l'EMDR a permis de traiter l'hyperacousie jusqu'à sa disparition. J'ai reçu cette personne 7 fois, 3/4 d'heure.

Avant l'EMDR je suis arrivée à recevoir jusqu'à deux ans les patients hyperacousiques à raison d'une séance tous les quinze jours avec pour résultat une amélioration de leur confort et encore pas toujours. Le bonheur de cette dernière patiente était tel que j'ai tenu à le partager. Depuis elle va sur des forums de discussion pour encourager les personnes qui souffrent de ce trouble.

Il en va de même pour les patients souffrant de troubles chroniques ORL ayant pour cause **un stress post-traumatique** (DSM IV). J'ai reçu principalement des patients souffrant d'acouphènes, de vertiges, de surdité brusque, mais aussi d'obstruction nasale avec anosmie, de polyposse nasale, de troubles de la voix et du fait de mon orientation en audiophonologie des enfants souffrant de bégaiement, de retard scolaire en association avec des troubles de l'attention, des tics, d'énurésie, d'encoprésie ou de troubles du sommeil.

Cette prise en charge s'adresse à des personnes motivées.

Bibliographie :

Docteur Jean Cottraux sur « la psychosomatique et la médecine comportementale »,

Docteur Anne-Marie Piffaut : « l'acouphène dans tous ses états » Editions L'harmattan

Francine Shapiro « Des yeux pour guérir ».

Site API Listen : api.listen.over-blog.net

Courriel : api.listen@gmail.com

Thérapies comportementales et cognitives

Le modèle cognitivo comportemental en psychosomatique

Il s'inspire des découvertes récentes dans le domaine des neurosciences concernant le rôle des cognitions sur les émotions. Tout un pan de cette approche met l'accent sur l'identification des problèmes et les stratégies en vue de leur résolution. Dans le livre du Docteur Jean Cottraux sur « la psychosomatique et la médecine comportementale », l'auteur cite les 5 champs d'études proposés par Lipowski (1977) qui tente de dresser un tableau de la psychosomatique moderne.

Les 5 champs d'étude de la médecine comportementale :

- Le champ numéro un : Étude du rôle de facteurs psychologiques et psychosociologiques bien définis sur l'étiologie des maladies humaines.

- Le champ numéro deux : Étude des mécanismes médiateurs neuroendocriniens, neurophysiologiques et immunitaires.

- Le champ numéro trois : Étude des réponses psychosociales à des maladies physiques et leurs effets sur leurs évolutions.

- Le champ numéro quatre : Étude de l'influence de facteurs somatiques bien définis sur le fonctionnement psychologique.

- Le champ numéro cinq : Étude de l'efficacité des thérapies comportementales sur les maladies physiques.

Dans cet ouvrage, il est considéré que la Médecine comportementale représente l'application de la méthodologie et des techniques issues de l'approche comportementale de la santé et de la maladie. La neurobiologie, la neuroendocrinologie, et l'immunologie en font partie dans la mesure où elles permettent d'expliquer les mécanismes intermédiaires entre les stimuli et les réponses. Il en est de même pour les données de la psychologie cognitive. Son domaine d'application est la prévention, le traitement et la réhabilitation chez les patients et les groupes sociaux qui en font la demande. Névroses et psychoses ne sont incluses que si elles manifestent des perturbations physiques dans leur évolution. Il s'agit d'une tentative d'explication bio psychosociale des comportements de santé et de maladie et de leurs modifications dans un sens favorable.

COMPTE RENDU DE LA CAUSERIE-RENCONTRE PRÉSENTÉE PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE QUÉBEC MÉTROPOLITAIN

Par **Huguette simoneau**

Le 18 septembre dernier, à 19 h, le CR Québec métropolitain recevait M. Francis Tousignant, audiologiste à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP). Détenteur d'une maîtrise en orthophonie-audiologie, spécialisation audiologie, de l'Université de Montréal en 1986, monsieur Tousignant s'est joint à l'IRDQP comme audiologiste au programme enfants-adolescents (stimulation précoce des 0 à 4 ans) de 1986 à 2004, avec de brèves incursions aux programmes scolaires et aux implants cochléaires. À partir de 2004, toujours à l'IRDQP, il s'est intéressé au programme adultes-aînés où il a développé une expertise de l'acouphène, principalement auprès des aînés.

Monsieur Tousignant nous a d'abord défini les acouphènes comme étant la perception d'un bruit causé par un traumatisme au système auditif et perçu uniquement par la personne qui en est affectée. De là la difficulté à pouvoir identifier leur intensité. On réfère souvent à ces bruits comme à des vagues, à des bourdonnements, à des criquets, à des fils de haute tension, à des sifflements, etc.

Il a pu toutefois nous démontrer par un exercice pratique identique aux tests pratiqués à l'IRDQP comment les audiologistes arrivent à mesurer l'intensité de ces bruits grâce aux mêmes appareils utilisés pour mesurer l'audition. Un participant, M. Robert Gendron, s'est porté volontaire pour l'expérience. M. Tousignant a d'abord fait le diagramme des sons perçus par le participant, des sons graves aux sons aigus, ce qui a révélé une légère détériora

tion de la perception des sons aigus. Par d'autres tests, il a réussi à jumeler le son entendu par notre volontaire, à identifier ce son et à déterminer l'intensité de l'acouphène qui s'est avéré directement relié à la perte d'audition des sons aigus. Il a réussi également à mesurer la tolérance à l'acouphène de notre « cobaye » pour l'occasion.

Selon monsieur Tousignant, tout bruit est acheminé par le système auditif et génère un influx électrique perçu par le cerveau. Cette activité électrique est filtrée par le thalamus, un relai sensoriel qui alerte le cerveau aux bruits importants ou les identifie comme négligeables et peut même les rendre imperceptibles. S'il y a hyperactivité cérébrale, le thalamus sera débordé et sa capacité à filtrer les messages au cerveau sera diminuée. De là une augmentation de l'intensité des acouphènes perçue en période de stress.

Cette identification de l'acouphène et de son intensité (chaque son perçu étant différent d'un acouphénique à l'autre) permet de mieux comprendre de quelle façon la personne est affectée et quel est son seuil de tolérance aux bruits, de la rassurer concernant ses symptômes et de planifier différents traitements pour lui redonner une meilleure qualité de vie.

Une conférence des plus intéressantes, ponctuée d'humour et inspirante pour toutes les personnes présentes.

L'ÉCHO DES RÉGIONS

L'ÉCHO DES RÉGIONS



BEAUCE

Personne-ressource : **Martial Grondin**
martialqc@hotmail.com
boîte vocale 418 228-0338

Vous pouvez contacter la personne ressource pour toutes informations.

DRUMMONDVILLE

Personne-ressource : **Marie-Claire Paul 819 398-5300**

Les prochaines rencontres sera les samedis **13 octobre et 8 décembre 2012.**

Les rencontres auront lieu au **CLSC Drummond, 350, boul. St-Jean à Drummondville dès 13 h.**

Au plaisir de vous y rencontrer.

ESTRIE

Personne-ressource : **Jacques Thiboutot, 819 346-7121**
wapiti.libre@sympatico.ca

Notre prochaine rencontre aura lieu le **19 novembre à 19 h** à la **Bibliothèque Éva Senécal de Sherbrooke au 450, rue Marquette, dans la salle 4.** De plus, le stationnement est gratuit au sous-sol via la rue Belvédère nord angle King.

La soirée sera animé par Jacques Thiboutot et Guy Abel.

Nous vous y attendons en grand nombre !

**LAURENTIDES**

Louis Dufresne, président du conseil régional des Laurentides
Personne-ressource : Cécile Lampron 450 438-9265

La prochaine rencontre sera en **novembre**, la date est indéterminée. L'invitée sera madame Amélie Wilkey, audiologiste. Veuillez communiquer avec nous pour être informé de la date.

Veuillez prendre note que la rencontre aura lieu au Pavillon de l'Amitié, situé au **374, rue Laviolette, Saint-Jérôme**.

Au plaisir de vous rencontrer !

**MONTÉRÉGIE**

Personne ressource : Robert Germain
(450) 468-6886

Nos prochaines rencontres sont les **17 octobre et 21 novembre 2012** (3e mercredi de chaque mois) à **18 h 30 à la cafétéria du Centre Montérégien de réadaptation (entrée B), 5300, chemin Chambly à St-Hubert**.

Il est préférable de confirmer votre présence à Robert Germain au 450 468-6886 en cas de changement de date ou d'annulation de dernière minute.

Au plaisir de vous rencontrer.



*On croit que tout est fini, mais alors il y a
toujours un rouge-gorge qui se met à chanter.*

Claudé, Paul 1868-1955

**MONTRÉAL**

Siège social du RQPA
514 276-7772

Les rencontres sont le **2^e mardi de chaque mois** pour les soirées d'information et le **4^e mardi de chaque mois** pour les soirées d'entraide et de partage. Elles ont lieu à 19 h au 6818, rue Saint-Denis à Montréal. Vous devez confirmer votre présence.

N'hésitez pas à communiqué avec nous pour toutes informations supplémentaires.

**QUÉBEC**

Personne-ressources :
Huguette Simoneau : 418 832-5396
Henri Bergeron : 418 658-7911

Les rencontres ont lieu à tous les 3^e mardi de chaque mois à **19h**. Les prochaines auront lieu les **16 octobre** à la Salle des Chevaliers de Colomb au **2504, rue du Viaduc à Charny** et le **20 novembre** au **3236, chemin St-Louis à Québec**.

Nous vous invitons à communiquer avec nous pour être informés des sujets abordés.

Au plaisir de vous y rencontrer !

**TROIS-RIVIÈRES**

Personne-ressource Normand Gour
819 374-6339, normand.gour@hotmail.ca

Les prochaines rencontres seront les **11 octobre et 8 novembre 2012 (2^e jeudi du mois) à 19h, à la Maison de la Madone au 10, rue Denis Caron, près du Sanctuaire.**

Cet horaire est sujet à changement. Vérifiez l'horaire dans la chronique d'activités communautaires des différents médias écrits, parlés et visuels de la région.

SERVICE D'ÉCOUTE

En tout temps, même durant l'été, une personne-ressource est disponible pour vous écouter et vous accompagner dans votre cheminement pour atténuer la souffrance causée par vos acouphènes, l'hyperacousie, le syndrome de Ménière ou simplement pour répondre à vos questions. Vous pouvez la rejoindre à toute heure du jour et de la nuit.

Organismes en relation avec le RQPA

Organismes membres

APMBF
 Association de l'ouïe de l'Outaouais
 Association des devenus sourds et malentendants
 Bibliothèque Gabrielle-Roy
 Centre de réadaptation de la Gaspésie
 Centre de réadaptation Estrie
 Centre de réadaptation l'Interval
 Centre de réadaptation l'Interaction
 Centre de réadaptation La Maison
 CRDP Le Bouclier
 CRDP-CA
 Centre Montérégien de réadaptation
 Centre régional de réadaptation La Res-sourSe—RIA
 CSSS Jardin-Roussillon CHAL
 CSSS de Manicouagan
 CSSS Portneuf
 CSSS Trois-Rivières
 Hôpital Notre-Dame du CHUM
 Hôpital régional d'Edmundston,
 Institut Raymond-Dewar
 IRDPQ
 Office des personnes handicapées du Québec
 Ordre orthophonistes et audiologistes du Québec
 Santé au travail Chaudière-Appalaches

Entreprises membres

Annie Dumontier, audioprothésiste
 Chantal Rivest Audioprothésiste
 ASP Construction
 Audiologie Centre-Ouest Inc.
 Dre Josiane Tremblay, chiropraticienne
 Clinique Dr André Robidoux, chiropraticien
 Denis Lapointe, denturologiste
 Dumais et Laporte, Audioprothésistes
 Gamelin, Bertrant, CA
 Golf associés (Canada) Inc.
 Turcotte Hamel audioprothésistes

Organismes partenaires et échange de publications

ADMSQ
 AMQ
 APTA, France
 AQEPA, Montréal
 Belgique Acouphènes, Liège
 Entraide Ménière, Bruxelles
 France Acouphènes, Paris
 Ligue Belge de la Surdité, Bruxelles

Le RQPA est membre de ces associations et reçoit leurs publications :

A.M.E.C. (Association des malentendants canadiens)
 C.Q.D.A. (Centre québécois de la défiance auditive)
 COPHAN (Confédération des organismes des personnes handicapées du Québec)



Le Regroupement
Québécois
pour Personnes
avec Acouphènes

6818, Saint-Denis, bureau 3
Montréal (Québec) H2S 2S2

Téléphone : 514 276-7772
Sans frais : 1 877 276-7772

VOUS POUVEZ CONSULTER NOTRE SITE WEB AU
www.rqpa.qc.ca

ET

VOUS POUVEZ NOUS ÉCRIRE AU
rqpa@rqpa.qc.ca