

GUIDE PRATIQUE

Reprendre le contrôle sur les acouphènes

*La boîte à outils complète : comprendre, apaiser,
dormir, s'entourer et savoir quand consulter.*

PAR DAVID, AUDIOPROTHÉSISTE

SYNÆ

ÉDITION 2026

Reprendre le contrôle sur les acouphènes

*Comprendre, apaiser, dormir, s'entourer
et savoir quand consulter*

PAR DAVID
AUDIOPROTHÉSISTE

Édition 2026

À lire avant tout

Ce livre est un outil d'information et de pratique. Il ne pose pas de diagnostic et ne remplace ni un médecin ni un audioprothésiste.

Il est écrit pour les personnes qui vivent avec des acouphènes, depuis peu ou depuis des années, et pour leurs proches. Il rassemble des techniques concrètes, des repères de sécurité et ce que la science sait aujourd'hui (octobre 2026).

Ce que ce livre fait

- Il explique ce que l'on sait, et ce que l'on ne sait pas encore.
- Il décrit des techniques précises (étapes, durée, limites, précautions), pas des conseils vagues.
- Il dit pour chaque approche si elle a fait ses preuves, ou non.
- Il vous aide à repérer les signes qui demandent un avis médical.

Ce que ce livre ne fait pas

- Il ne promet ni guérison ni disparition du bruit. Aucune technique n'a démontré qu'elle supprime un acouphène installé. Beaucoup peuvent **réduire la gêne**, et c'est un but réaliste et important.
- Il ne vous dit jamais de « ne plus y penser » ni de « vous faire une raison ».
- Il ne recommande aucune manipulation forcée du cou ou de la mâchoire, et aucun complément comme traitement.



URGENCE MÉDICALE

À consulter sans attendre

Baisse brutale de l'audition, acouphène apparu en quelques heures d'un seul côté, bruit qui bat avec le cœur, vertiges intenses, faiblesse ou engourdissement d'un côté du visage ou du corps, idées sombres : voir la partie XII. En cas de doute, appelez votre médecin, le 15 ou le 112. En cas de détresse, le **3114** répond jour et nuit, gratuitement.

Qui écrit, et sur quelles sources

L'auteur est audioprothésiste diplômé d'État et fondateur de Synæ, une marque de compléments alimentaires. Ce livre ne recommande aucun produit, et les compléments sont traités à part (chapitre 34), selon les recommandations officielles.

Les affirmations de santé s'appuient sur des sources que vous pouvez retrouver : la Haute Autorité de santé (2026), le NICE britannique (2020), les guides américain (2014) et européen (2019), les revues Cochrane. La bibliographie dit, pour chaque source, ce qui a été relu. Quand une information n'a pas pu être confirmée, le livre le dit. En cas de doute, l'avis de votre professionnel de santé passe avant ce texte.

Sommaire

À lire avant tout	3
Comment utiliser ce livre	9
Avant-propos	11
Partie I — Comprendre	12
Ce qu'est (et n'est pas) un acouphène	13
Causes et mécanismes : ce que la science sait, et ce qu'elle suppose . . .	17
Pourquoi cela gêne : le cercle de l'attention et de la peur	21
Formes particulières et bilan de base	26
Partie II — Gérer la perception	32
L'habituation : quand le cerveau apprend à mettre le bruit au second plan.	
Hypervigilance et vérification : le réflexe qui entretient ce que vous voudriez oublier	37
Attention : orienter, élargir, ancrer	44
Pensées, peur et acceptation	51
Partie III — Techniques et manœuvres	58
L'atlas des techniques : un verdict pour chacune	59

Manœuvres, tests et gestes : faire le tri	69
Ce que ce livre met de côté, et pourquoi	74
Partie IV — Stress, respiration, relaxation	78
Stress et système nerveux	79
La respiration lente	84
Relaxation : relâcher ce qui se contracte	89
Partie V — Sommeil	94
Sommeil et acouphènes : un cercle à casser	95
La chambre et la routine du soir	100
Réveils nocturnes et nuits de crise	105
Partie VI — Environnement sonore et protection auditive	109
Silence, contraste et enrichissement sonore	110
Choisir son son, régler le volume	118
Protéger son audition, sans s'isoler du son	123
Partie VII — Mâchoire et cou	127
Quand le bruit change avec le corps	128
S'auto-évaluer avec prudence	131
La mâchoire : relâcher ce qui se serre	136

Le cou et les épaules	141
L'oreille moyenne et la trompe d'Eustache	151
Partie VIII — Fiches par situation	157
Les fiches du quotidien	158
Que faire lorsque...	171
Partie IX — Habitudes de vie	183
Alimentation, café, alcool, activité : ce qui est démontré, ce qui est suggéré	184
Partie X — Erreurs et idées reçues	190
Les erreurs qui entretiennent la gêne	191
Idées reçues : ce qu'on entend, ce que l'on sait	195
Partie XI — Les prises en charge professionnelles	199
Le parcours de soins : qui voir, pour quoi faire	200
Aides auditives, générateurs de sons et thérapie sonore	206
TCC, pleine conscience, hypnose, sommeil	211
Stimulation, médicaments, compléments : ce que disent les recommandations	216
Partie XII — Quand consulter, et à quelle vitesse	221
Signes d'alerte et urgences	222

Partie XIII — Routines et programmes 228

Construire sa routine 229

Les programmes pas à pas 233

Partie XIV — Votre boîte à outils 239

Carnets, listes et feuilles à imprimer 240

Conclusion 247

Glossaire 248

Index des techniques et des fiches 250

Références 254

Avertissement et informations légales 258

Comment utiliser ce livre

Ce n'est pas un livre à lire d'une traite. C'est une boîte à outils : on y revient, on essaie une chose à la fois.

Trois façons de le lire

Lecture suivie. Les parties I et II expliquent ce qui se passe. Elles évitent d'essayer des techniques au hasard.

Usage ciblé. Vous avez un problème précis (le sommeil, le matin, le silence, la mâchoire) : cherchez-le dans le tableau ci-dessous.

Programme. Vous voulez un plan : la partie XIII propose des programmes pas à pas.

Par où commencer ?

VOTRE SITUATION	OÙ ALLER	PARTIE
Mon acouphène date de moins de trois mois	Signes d'alerte, bilan, puis repères de base	XII, I, II
Je dors mal	Sommeil, son de fond, routine du soir	V, XIII
C'est pire au réveil ou le soir	Fiches « réveil » et « pic du soir »	V, VIII
Je ne supporte plus le silence	Environnement sonore	VI
Je vérifie tout le temps s'il est là	Hypervigilance et vérification	II
Ma mâchoire ou ma nuque jouent un rôle	Tests prudents, exercices	VII
J'ai peur que cela empire	Pensées, peur, habitude	II, IV
Je vis avec depuis des années	Thérapies, programmes	XI, XIII
Je veux savoir ce qui est prouvé	Atlas, idées reçues	III, X, XI



EN PRATIQUE

Une seule chose à la fois

Chaque technique demande de la répétition pour montrer si elle vous convient. Choisissez-en une, pratiquez-la une à deux semaines, notez ce qui change, puis ajoutez la suivante. Le carnet de la partie XIV est fait pour cela.

Les étiquettes du livre

Chaque technique porte une étiquette qui indique **la solidité des données**, pas votre chance d'en profiter.

ÉTIQUETTE	SENS
Établi	Soutenue par des essais contrôlés ou des revues solides, et par les guides officiels.
Préliminaire	Quelques petites études, de qualité limitée. Prometteur, pas démontré.
Hypothèse	Mécanisme plausible, mais données insuffisantes.
Avis d'experts	Pratique cohérente et courante en consultation, peu testée dans des essais.
Sans preuve	Aucune donnée, ou données insuffisantes.

Le chapitre 9 ajoute un **verdict** : ce que ce livre en pense.

VERDICT	SENS
Retenue	Sans risque notable : vous pouvez l'essayer seul(e), avec les précautions.
Encadrée	Utile à certaines conditions : précautions, avis préalable ou professionnel formé.
Non recommandée	Efficacité non démontrée, risque identifié, ou position défavorable des guides officiels.

Les encadrés : **À savoir** (un repère), **Ce que dit la science** (les études et leurs limites), **En pratique** (un conseil), **Attention** (un risque), **Situation fictive** (une illustration inventée, qui ne représente aucune personne réelle).

Avant-propos

Pourquoi ce livre existe.

La première version de ce guide tenait en vingt-huit pages. Elle voulait donner des gestes simples à des personnes qui n'avaient rien d'autre sous la main. Elle était trop courte pour être juste.

Les acouphènes ne se résument pas à « mettez un fond sonore et respirez ». Celle qui n'arrive pas à s'endormir, celui dont le bruit change quand il serre la mâchoire, celle qui vit avec depuis dix ans et ne supporte plus le silence : leurs besoins ne sont pas les mêmes. Cette édition les prend un par un. Elle corrige aussi des formules trop affirmatives de la première version : les chiffres de fréquence sont à jour, et les compléments, autrefois présentés comme un levier « validé », sont traités pour ce qu'ils sont : un sujet sur lequel les recommandations officielles sont défavorables.

Le livre part d'une conviction simple, que partagent les recommandations les plus récentes : **on ne peut pas toujours faire disparaître un acouphène, mais on peut presque toujours réduire la place qu'il prend dans la vie.** Cela demande de la patience et de la régularité, jamais de la perfection.

Vous n'avez pas à tout faire. Prenez ce qui répond à votre situation, laissez sans culpabilité ce qui ne vous convient pas, et revenez au reste plus tard. Si ce livre vous épargne ne serait-ce qu'une année d'errance, il aura fait son travail.

David, audioprothésiste

I

Comprendre

Comprendre ne fait pas taire le bruit. Mais cela change ce qu'il représente, et c'est souvent là que tout commence.

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | Ce qu'est (et n'est pas) un acouphène | 13 |
| 2 | Causes et mécanismes : ce que la science sait, et ce qu'elle suppose | 17 |
| 3 | Pourquoi cela gêne : le cercle de l'attention et de la peur | 21 |
| 4 | Formes particulières et bilan de base | 26 |
-

Ce qu'est (et n'est pas) un acouphène

Un son que personne d'autre n'entend : bien réel pour vous, sans source sonore extérieure.

Une définition simple

Un acouphène (*tinnitus* en latin et en anglais) est un son que l'on perçoit alors qu'aucun bruit extérieur ne le produit. Ce n'est pas une imagination, ni un « problème dans la tête » : votre système auditif crée réellement cette sensation.

C'est un **symptôme**, pas une maladie. Comme la toux ou la douleur, il peut avoir des origines très différentes, parfois identifiables, souvent non. C'est pourquoi il n'existe pas « un » traitement des acouphènes, mais **des** démarches adaptées à chaque situation.

À quoi cela ressemble

Il n'y a pas d'acouphène type : sifflement aigu, bourdonnement grave, grésillement, crépitement, chuintement, ou un mélange. Le son peut être stable ou changer d'un jour à l'autre.

CE QU'ON OBSERVE	LES POSSIBILITÉS
Le son	Aigu (sifflement), grave (ronflement, moteur), ou mélangé
Le côté	Une oreille, les deux, ou « dans la tête »
Le rythme	Continu, intermittent, ou qui bat avec le cœur (cas à part, voir plus bas)
L'intensité	De très discrète à envahissante, et elle varie d'un jour à l'autre

Trois familles

- **L'acouphène subjectif**, de loin le plus fréquent : seule la personne l'entend. Il vient d'un fonctionnement modifié du système auditif (oreille interne, nerf, cerveau).
- **L'acouphène objectif**, rare : un vrai bruit produit dans le corps (vaisseaux, muscles de l'oreille, articulation), que le médecin peut parfois entendre aussi.
- **L'acouphène pulsatile**, qui bat au rythme du pouls : il demande un bilan médical particulier (chapitres 4 et 35).



ATTENTION

Quand un avis médical est nécessaire

Un acouphène qui apparaît brutalement, d'un seul côté, avec une baisse d'audition, un vertige ou une faiblesse, qui bat avec le pouls, ou qui reste d'un seul côté depuis des semaines, **doit être examiné par un médecin**. Cela ne veut pas dire que c'est grave : l'examen est simplement nécessaire avant d'aller plus loin. Le chapitre 35 donne les délais.

Combien de personnes sont concernées

Une grande synthèse d'études (Jarach et al., 2022) estime qu'environ **14 % des adultes** ont ou ont eu des acouphènes : 9,7 % entre 18 et 44 ans, 23,6 % après 65 ans. Environ **2 %** en ont de façon sévère. Ce sont des estimations, car les définitions varient d'une étude à l'autre.

Retenez surtout ceci : vous n'êtes pas une exception. Des millions de personnes vivent avec ce symptôme, et la plupart finissent par s'y habituer au point qu'il ne perturbe plus leur vie.

Ce qu'un acouphène n'est pas

- **Ce n'est pas un signe de folie.** Les personnes qui entendent un acouphène savent qu'il n'a pas de source extérieure. Les voix ou les mélodies complètes sont un autre symptôme : à signaler à un médecin.
- **Ce n'est presque jamais le signe d'une maladie grave.** Les causes sérieuses sont rares, et c'est pour les écarter qu'un bilan initial est recommandé.
- **Ce n'est pas une fatalité de souffrance.** L'intensité du bruit et la souffrance qu'il cause sont deux choses différentes (chapitre 3).
- **Ce n'est pas figé pour toujours.** L'intensité et la gêne varient, et chez beaucoup de personnes la gêne s'atténue avec le temps.



SITUATION FICTIVE

Julien et Anna, deux acouphènes presque identiques

Julien et Anna entendent tous deux un sifflement aigu à l'oreille droite, au même niveau lors d'un bilan. Julien en parle à peine : il l'a remarqué après un concert, l'a signalé à son médecin, et n'y pense que dans les pièces très calmes. Anna dort mal depuis trois mois, se réveille en sursaut, vérifie le bruit dix fois par jour et a renoncé à ses sorties du soir. Le son est le même. La **gêne** n'a rien à voir.

(Situation fictive, à titre d'illustration.)

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Un acouphène est un son perçu sans source extérieure : un symptôme, pas une maladie.
- Environ 14 % des adultes sont concernés, environ 2 % de façon sévère : vous n'êtes pas seul.
- Les formes pulsatiles, d'un seul côté ou brutales demandent un avis médical.
- Entendre un bruit et en souffrir sont deux choses différentes : le livre travaille surtout la seconde.

Causes et mécanismes : ce que la science sait, et ce qu'elle suppose

Il n'y a pas de cause unique, ni d'interrupteur unique. Il y a des circonstances d'apparition et des modèles pour comprendre.

Les circonstances les plus fréquentes

Un acouphène apparaît souvent après un événement, mais peut aussi s'installer sans déclencheur. Plusieurs facteurs se cumulent souvent (un traumatisme sonore ancien et une période d'épuisement, par exemple). Ce tableau n'est pas un diagnostic.

CIRCONSTANCE	CE QUE L'ON SAIT	À RETENIR
Bruit fort	Concert, chantier, casque trop fort : acouphène temporaire ou durable	Bilan auditif ; protéger ses oreilles ensuite
Baisse d'audition liée à l'âge	Très fréquente, progressive	Un appareillage peut aider
Bouchon de cérumen, otite	Cause mécanique ou infectieuse, souvent réversible	Examen par un médecin
Certains médicaments	Aspirine à forte dose, certains antibiotiques, diurétiques, quinine	Jamais d'arrêt sans avis médical
Maladies de l'oreille interne	Maladie de Ménière, otospongiose, surdité brusque	Avis ORL

CIRCONSTANCE	CE QUE L'ON SAIT	À RETENIR
Mâchoire, cou	Le son change parfois avec leurs mouvements	Chapitres 21 à 25
Stress, épuisement, deuil	Peuvent précéder ou amplifier un acouphène	Sommeil et charge mentale d'abord
Aucune cause trouvée	Fréquent, et pas alarmant	Le travail sur la gêne reste le même



SITUATION FICTIVE

Un médicament vous inquiète ?

Ne l'arrêtez pas seul(e) : interrompre un traitement pour la tension, le cœur, l'humeur ou la douleur peut être bien plus dangereux que l'acouphène. Notez le nom, la dose et la date de début, puis posez la question à votre médecin ou à votre pharmacien.

Du signal au cerveau

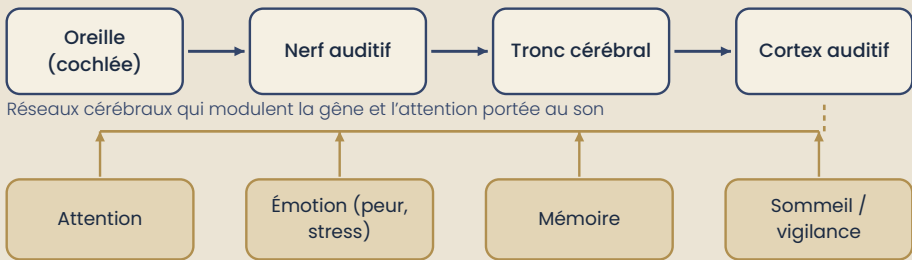


Figure 1 : La voie auditive, et les réseaux cérébraux qui modulent la gêne et l'attention portée au son.

Le son est capté par l'oreille, transformé en signaux électriques par la cochlée, puis transmis par le nerf auditif, le tronc cérébral et le cortex auditif, où il devient une sensation. À chaque étape, des circuits ajustent la sensibilité.

Un acouphène **ne se joue donc pas seulement dans l'oreille**. Même quand le point de départ est dans l'oreille, la perception se construit dans le cerveau,

et d'autres réseaux (attention, émotion, mémoire, vigilance) décident de la place que ce son prendra.

Les principaux modèles

Aucun modèle n'explique tous les acouphènes. Les chercheurs en retiennent plusieurs, qui ne s'excluent pas.

MODÈLE	EN RÉSUMÉ	STATUT
Perte de signal	Quand l'oreille envoie moins d'information, les centres auditifs se réorganisent et peuvent produire un signal sans son (Noreña, 2011)	Hypothèse
Perte auditive « cachée »	Des fibres nerveuses peuvent être touchées sans que l'audiogramme habituel change (Schaette et McAlpine, 2011)	Hypothèse
Gain central	Face à un signal réduit, le cerveau « monte le volume » interne et rend audible une activité spontanée	Hypothèse
Modèle neurophysiologique	Le son vient du système auditif, mais la gêne dépend des circuits de l'émotion et de l'attention (Jastreboff, 1990)	Avis d'experts
Modulation somatosensorielle	Des informations de la mâchoire, du cou ou de la peau rejoignent les voies auditives et peuvent changer le son	Préliminaire



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que la science ne sait pas encore

Les causes exactes des acouphènes chroniques restent incomplètement comprises. Aucune méthode validée ne supprime durablement le son lui-même (HAS, 2026 ; NICE, 2020). Les modèles ci-dessus sont des **hypothèses de travail**. Ce qui est établi, c'est que **la détresse associée peut être réduite**, notamment par les thérapies cognitivo-comportementales (Fuller et al., 2020).

Un audiogramme « normal » n'exclut rien

Un audiogramme classique teste les sons purs sur les fréquences centrales. Il ne teste pas toutes les hautes fréquences, ni les voies nerveuses. On peut donc avoir un acouphène avec un audiogramme normal : cela n'invalide pas votre symptôme. Si le doute persiste, un bilan plus complet peut être discuté avec l'ORL ou l'audioprothésiste.

Pourquoi le silence fait ressortir le bruit

Dans la journée, les sons de l'environnement recouvrent en partie l'acouphène. Le soir, dans une chambre calme, l'écart entre le bruit interne et le silence extérieur est maximal : le bruit n'a pas forcément changé, c'est le **contraste** qui a augmenté. Une explication possible s'y ajoute : privé de sons, le système auditif devient plus sensible. Le chapitre 18 en tire les conséquences pour le fond sonore.

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Il y a des circonstances et des modèles, pas une cause unique ; beaucoup d'acouphènes n'ont pas de déclencheur identifiable, et ce n'est pas un mauvais signe.
- L'acouphène se construit dans un système (oreille, nerf, cerveau) que l'attention et les émotions modulent.
- Les modèles sont des hypothèses ; ce qui est établi, c'est qu'on peut agir sur la gêne.
- Un audiogramme normal n'exclut pas un acouphène ; le contraste avec le silence explique les soirs difficiles.

Pourquoi cela gêne : le cercle de l'attention et de la peur

Deux personnes peuvent entendre le même son et le vivre très différemment. Ce qui fait la différence est précisément ce que l'on peut travailler.

Entendre n'est pas souffrir

Un acouphène a deux dimensions. La **perception** : tonalité, intensité, côté. La **réaction** : peur, agacement, tension, attention, sommeil perturbé, retentissement sur la concentration et l'humeur. Dans de nombreuses études, l'intensité mesurée du bruit explique assez peu la gêne ressentie. C'est la réaction qui décide si l'acouphène est un détail ou un problème.

C'est une bonne nouvelle : la perception est difficile à modifier, mais la réaction peut être travaillée. C'est la cible de presque toutes les approches utiles, de la thérapie cognitivo-comportementale à l'enrichissement sonore.

Le cercle de l'attention et de la peur

Le cerveau prête attention à ce qui paraît important ou dangereux. Un bruit inexpliqué, apparu soudainement, est le candidat parfait : il attire l'attention, qui le rend plus présent, ce qui nourrit l'inquiétude, qui entretient la vigilance.

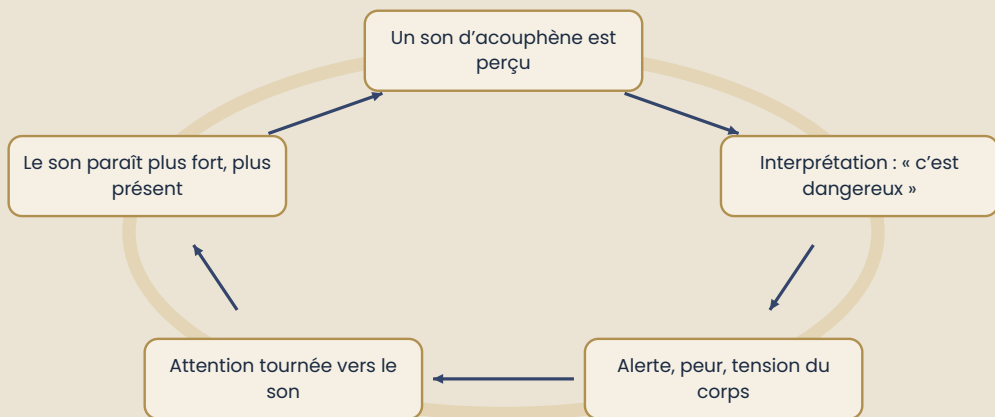


Figure 2 : Le cercle de l'attention. Chaque maillon peut être un point d'entrée pour agir.

Ce cercle a **plusieurs points d'entrée**. Vous n'avez pas besoin d'agir sur le bruit lui-même pour l'enrayer :

- *L'interprétation* : comprendre ce qu'est un acouphène et qu'il est le plus souvent sans danger (chapitres 1 à 3, 8).
- *L'alerte et la tension* : respiration, relaxation, activité physique (partie IV).
- *L'attention* : vérifier moins, élargir l'attention (partie II).
- *Le contraste* : un environnement sonore pour que le bruit ne soit pas le seul signal (partie VI).
- *Le sommeil* : un cerveau reposé filtre mieux (partie V).

Ce qui est stable, ce qui varie

On croit souvent que « tout est figé ». C'est faux en partie. Le point de départ, quand il existe (une perte auditive, par exemple), peut être stable. Mais **l'intensité perçue**, la place du bruit dans la journée, la fatigue, la tension et l'attention que vous lui portez **varient chaque jour**, et ce sont elles qui font la gêne. Une atteinte stable n'impose pas une perception stable.

Le temps : trois repères

Beaucoup de personnes traversent des étapes semblables. C'est un **repère d'expérience** (avis d'experts), pas une classification médicale : on passe de l'une à l'autre dans les deux sens.

ÉTAPE	CE QUI DOMINE	CE QUI AIDE D'ABORD
L'alerte	Panique, recherches sur internet, nuits courtes	Faire le bilan médical ; éviter le silence total ; ne pas passer ses nuits à lire des témoignages alarmistes
La résignation	« Il faut vivre avec » : on réorganise sa vie autour du bruit (moins de sorties, moins de projets)	Repérer ses automatismes (vérifier, éviter) ; reprendre une activité à la fois
L'action lucide	On accepte que le bruit ne disparaîtra peut-être pas, sans se sentir impuissant	Travailler ce qui varie : sommeil, stress, attention, environnement sonore



À SAVOIR

L'ancienneté : ni condamnation, ni fatalité

Avec le temps, le cerveau traite l'acouphène de façon plus automatique, dans un sens ou dans l'autre : une **vigilance automatique** (il surveille le bruit) ou une **habitation** (il le laisse en arrière-plan). Ce qui s'est appris peut être réappris, plus lentement parfois, mais réellement. Au début, ce que vous faites compte beaucoup ; après des années, la régularité vaut mieux que l'intensité : une action tenue trois mois vaut mieux que dix essayées trois jours.

Évaluer sa gêne

Les professionnels utilisent des questionnaires validés (le Tinnitus Functional Index, Meikle et al., 2012, ou le THI). Ils sont protégés par des droits d'auteur et ne sont pas reproduits ici. Voici une échelle simple à remplir toutes les deux semaines. Elle sert à **voir une tendance**, pas à poser un diagnostic.

Gêne ressentie sur la dernière semaine (0 = aucune, 10 = insupportable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gêne légère

Gêne modérée

Gêne forte

Autogestion

Autogestion + avis pro

Avis pro recommandé

Figure 3 : Repères de gêne et orientation. À partir de 6, un avis professionnel est recommandé ; en dessous, l'autogestion est une bonne première étape.

CHECK-LIST

Mon repère personnel (0 = aucune gêne, 10 = insupportable)

- ☐ Gêne globale de l'acouphène cette semaine : ____ / 10
- ☐ Difficulté à m'endormir : ____ / 10
- ☐ Difficulté à me concentrer : ____ / 10
- ☐ Irritabilité, anxiété ou tristesse liées au bruit : ____ / 10
- ☐ Évitement de situations (sorties, silence, réunions) : ____ / 10
- ☐ Peur que cela empire : ____ / 10



ATTENTION

Quand la gêne devient une détresse

Si votre note globale dépasse **6**, si vous dormez très mal depuis des semaines, si vous ressentez une anxiété importante, une tristesse persistante ou des idées sombres, parlez-en à votre médecin. Cette détresse se soigne, et la thérapie cognitivo-comportementale est la prise en charge la mieux documentée (HAS, 2026). Le **3114** répond jour et nuit.



SITUATION FICTIVE

Anna, six mois plus tard

Anna ne s'attaque qu'à une chose : le sommeil. Elle règle un fond sonore doux pour la nuit, arrête de regarder l'heure, et se lève quand l'endormissement tarde. Après trois semaines, son bruit n'a pas changé, mais ses nuits sont plus régulières et elle vérifie moins souvent. Sa note de gêne passe de 8 à 6. Elle prend rendez-vous pour une thérapie, mieux armée.

(Situation fictive : une trajectoire possible, pas une promesse.)



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Un acouphène a une dimension de perception et une dimension de réaction ; la gêne dépend surtout de la seconde.
- Le cercle attention-peur-tension-sommeil a plusieurs points d'entrée : inutile de « faire taire » le bruit pour le casser.
- L'intensité perçue varie chaque jour ; l'ancienneté n'est ni une condamnation ni une fatalité.
- Une gêne forte ou une détresse justifie un avis professionnel, sans attendre.

Formes particulières et bilan de base

Quelques situations demandent un regard médical rapide. Les repérer vous évite aussi des inquiétudes inutiles.

Six situations à connaître

La plupart des acouphènes chroniques sont continus, des deux côtés ou « dans la tête », sans cause grave. Six situations changent la démarche. Elles ne sont pas toutes des urgences : ce sont des **repères**.

SITUATION	CE QUE CELA CHANGE	DÉMARCHE
Acouphène d'un seul côté	Un bilan ORL avec test auditif est recommandé, même s'il est ancien et bien toléré	Rendez-vous ORL, sans urgence s'il est stable depuis longtemps
Apparition brutale, avec baisse d'audition	Possible surdité brusque : l'efficacité du traitement dépend de la rapidité	Consultation en urgence, dans les 24 à 72 heures (partie XII)
Le son bat avec le pouls	Catégorie à part, souvent vasculaire ou mécanique, parfois traitable	Avis médical d'abord (test du pouls ci-dessous)
Son rythmé sans lien avec le pouls (claquements)	Peut venir de petits muscles de l'oreille ou du palais	Avis ORL
Sons ordinaires insupportables	Hyperacousie ou misophonie : prise en charge spécifique	Bilan auditif, avis spécialisé

SITUATION	CE QUE CELA CHANGE	DÉMARCHE
Vertiges importants, faiblesse, trouble de la parole ou de la vue	Signe neurologique ou d'équilibre possible	Urgence (15 ou 112)

Le test du pouls

Un acouphène « pulsatile » suit le rythme du cœur. C'est une famille à part, qui a souvent une cause identifiable et relève d'abord d'une démarche médicale. Ce test d'une minute vous dit dans quelle catégorie vous êtes. Il ne pose aucun diagnostic.

FICHE TECHNIQUE · 30 SECONDES, TROIS FOIS		AVIS D'EXPERTS
Le test du pouls		
OBJECTIF	Savoir si le son suit le rythme du cœur ou s'il est continu.	
PRÉPARATION	Une pièce silencieuse. C'est la seule situation de ce livre où l'on cherche volontairement le silence, pour une minute.	
POSITION	Assis, yeux fermés, rien contre l'oreille (ni oreiller, ni main) : en appuyant l'oreille sur un oreiller, tout le monde entend son propre pouls, et cela n'a rien d'inquiétant.	
ÉTAPES	1. Prenez le pouls au poignet, côté pouce, avec l'index et le majeur. Jamais au cou : appuyer à cet endroit peut provoquer un malaise. 2. Écoutez votre acouphène en suivant le pouls sous vos doigts pendant 30 secondes. 3. Les deux rythmes coïncident-ils ? 4. Refaites le test à trois moments (matin, soir, après un effort léger).	
RÉSULTAT ATTENDU	Soit les rythmes coïncident (acouphène pulsatile), soit non (acouphène continu).	
LIMITES	Un acouphène très faible peut rendre le test difficile. En cas de doute, dites-le à votre médecin sans chercher à trancher seul(e).	
PRÉCAUTIONS	Aucune pression sur le cou.	

Ce que vous avez trouvé

- **Il bat avec mon pouls.** Acouphène pulsatile. Les causes sont variées, certaines bénignes, d'autres traitables ; seul un examen peut trancher. **Prenez rendez-vous avec votre médecin ou un ORL** sans trop attendre. Notez avant : un côté ou les deux, depuis quand, si le son change quand vous tournez la tête ou vous allongez.
- **Il est continu.** Le cas le plus fréquent. Pas d'urgence particulière, mais un bilan auditif reste utile.
- **Il est rythmé, sans lien avec le pouls.** Notez la cadence et les circonstances, et parlez-en à un ORL.



URGENCE MÉDICALE

Pulsatile : sans attendre dans ces cas

Consultez sans attendre un acouphène pulsatile **apparu brutalement, avec un mal de tête inhabituel**, des troubles de la vision, des vertiges, une baisse d'audition, une douleur du cou, ou **après un traumatisme du cou ou de la tête**. En cas de faiblesse d'un côté, de trouble de la parole ou de visage affaissé : **15 ou 112**.



ATTENTION

Pas de diagnostic en ligne

Pour un acouphène pulsatile, internet liste des causes du plus banal au plus inquiétant, sans moyen de savoir laquelle vous concerne. Une consultation répond en une fois à ce que des heures de lecture aggravent. Un complément alimentaire ne remplace pas cet examen.

Le test gauche / droite

Savoir de quel côté vous l'entendez est une information simple et utile pour le bilan. Ce test ne mesure rien d'objectif : il vous aide à **décrire**.

FICHE TECHNIQUE · 1 MINUTE

AVIS D'EXPERTS

Le test gauche / droite

OBJECTIF	Décrire de quel côté vous entendez l'acouphène, et s'il diffère entre les deux oreilles.
PRÉPARATION	Un endroit calme, de quoi noter.
POSITION	Assis, yeux fermés.
ÉTAPES	1. Écoutez sans rien faire : le son est-il à droite, à gauche, des deux côtés, ou au centre de la tête ? 2. Fermez doucement une oreille en appuyant avec le doigt sur le tragus (le petit cartilage devant le conduit) pendant 10 secondes, puis l'autre. Ne mettez jamais un doigt ou un objet dans le conduit. 3. Le son est-il plus fort, plus net, plus aigu d'un côté ? 4. Notez, puis refaites le test sur trois jours.
RÉSULTAT ATTENDU	Une description : côté, centre ou les deux, plus fort d'un côté ou comparable.
LIMITES	Boucher une oreille rend les sons internes plus audibles chez tout le monde. C'est la différence entre les deux côtés qui compte.
PRÉCAUTIONS	Pression légère. Rien dans le conduit.

Ce que cela signifie : **nettement plus fort d'un seul côté** = à faire évaluer par un ORL, même s'il est ancien et bien toléré (c'est une règle de prudence, pas une urgence). **Des deux côtés, de façon comparable** = la situation la plus courante. **Au centre de la tête** = description fréquente, qui évoque plutôt un phénomène du cerveau que de l'oreille seule. **Apparition soudaine d'un côté avec baisse d'audition** = urgence (partie XII).

Hyperacousie et misophonie

Deux difficultés voisines peuvent coexister avec l'acouphène.

- **L'hyperacousie** : les sons ordinaires sont perçus comme trop forts, parfois douloureux (une vaisselle qui cliquette). Ce qui compte, c'est le **volume**.
- **La misophonie** : une réaction forte (colère, dégoût, anxiété) à des sons précis (mastication, respiration, stylo qui clique), même faibles. Ce qui compte, c'est le **sens** du son pour la personne.

Les deux demandent un avis spécialisé (ORL, audioprothésiste, psychologue formé). Dans les deux cas, **fuir les bruits (bouchons en permanence, isolement) entretient le problème** : le cerveau devient encore plus sensible. Les chapitres 19 et 20 expliquent comment réintroduire les sons à un volume confortable.

Le bilan de base : à quoi s'attendre

Un bilan pour un acouphène ne se résume pas à « on n'y peut rien ». Il comprend, selon les cas :

- **Un interrogatoire** : circonstances, ancienneté, côté, pouls, médicaments, bruit, stress et sommeil.
- **L'examen de l'oreille** (otoscopie) : pour écarter un bouchon de cérumen, une otite ou une anomalie du tympan.
- **Un test d'audition** (audiométrie) : une perte d'audition est fréquente, parfois ignorée, et corrigable par un appareillage.
- **Une mesure de l'oreille moyenne** (tympanométrie).
- **Un questionnaire de retentissement** (THI, TFI, chapitre 38) : un point de départ pour juger de l'évolution.
- **Un dépistage de l'anxiété, de la dépression et de l'insomnie** : ils sont fréquents avec les acouphènes, et ils se traitent.
- **Une imagerie** (IRM, scanner), pas systématique : discutée en cas d'acouphène d'un seul côté, pulsatile, ou avec signes neurologiques.

Un acouphène sans cause grave trouvée ne veut pas dire « rien à faire » : la prise en charge de la gêne commence là. Le chapitre 31 décrit le parcours complet.

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Six situations demandent un avis médical rapide ou sans attendre : un seul côté, brutal, baisse d'audition, pulsatile, signes neurologiques, détresse.
- Le test du pouls (au poignet, assis) sépare pulsatile et continu ; il ne diagnostique rien.
- Pour décrire le côté, appuyez sur le tragus, jamais d'objet dans le conduit.
- Hyperacousie et misophonie sont différentes de l'acouphène ; fuir les sons les aggrave.

II

Gérer la perception

*Vous ne pouvez pas décider de ne plus entendre votre acouphène.
Vous pouvez changer la place qu'il occupe dans votre attention.*

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|---|---|----|
| 5 | L'habituation : quand le cerveau apprend à mettre le bruit au second plan | 33 |
| 6 | Hypervigilance et vérification : le réflexe qui entretient ce que vous voudriez oublier | 37 |
| 7 | Attention : orienter, élargir, ancrer | 44 |
| 8 | Pensées, peur et acceptation | 51 |
-

L'habituation : quand le cerveau apprend à mettre le bruit au second plan

Vous n'entendez plus le réfrigérateur. Il n'a pourtant pas cessé de ronronner.

Ce que l'on vise vraiment

Le réfrigérateur de votre cuisine fait du bruit toute la journée. Vous ne l'entendez pas, sauf s'il s'arrête, ou si vous y prêtez attention. Votre cerveau a classé ce son comme sans importance : c'est l'**habituation**.

Elle ne supprime pas le son. Elle réduit la **réaction** qu'il provoque (alerte, peur, attention) et le fait sortir de la conscience la plupart du temps. C'est le mécanisme sur lequel reposent presque toutes les prises en charge utiles. L'objectif n'est pas de ne plus l'entendre. C'est qu'il cesse d'avoir de l'importance quand vous l'entendez.

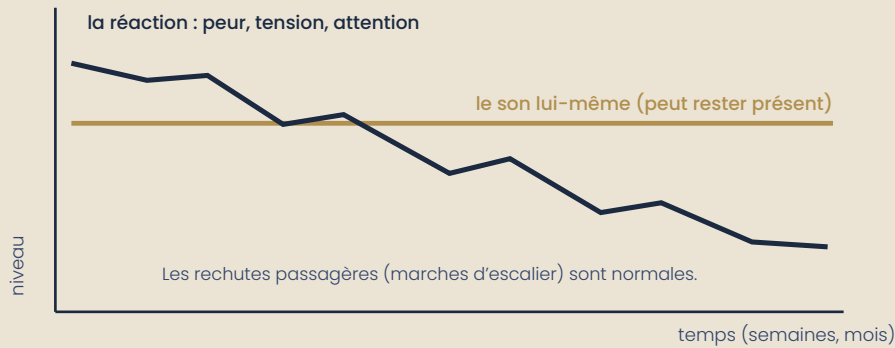


Figure 4 : Le son peut rester constant pendant que la réaction diminue. Les « marches d'escalier » (reprises temporaires) font partie du processus.



À SAVOIR

Habituation, ce n'est pas résignation

Se résigner, c'est renoncer (« il faut vivre avec », moins de sorties, moins de projets). S'habituer, c'est laisser le cerveau faire son tri **en continuant à vivre**. La première réduit la vie ; la seconde la libère.

Ce qui l'aide, ce qui la freine

CE QUI L'AIDE	CE QUI LA FREINE
Une vie active, des activités qui captent l'attention	Le repli, l'évitement des sorties
Un environnement sonore riche	Le silence recherché, les bouchons portés au calme
Un sommeil régulier	Les nuits très courtes
Un stress géré	La tension chronique, la rumination
Comprendre ce qu'est l'acouphène	Les recherches angoissées, les témoignages alarmistes
Peu de vérifications du bruit	Le contrôle répété (« est-il toujours là ? »)

En pratique, trois conditions suffisent : **ne pas se mettre au défi** (un bruit qu'on teste reste un bruit important), **garder de la vie sonore autour de soi** (chapitre 18), et **rester actif**, même au ralenti. C'est une posture, pas un exercice. Elle ne suffit pas si la détresse est forte ou si l'insomnie est installée : il faut alors se faire accompagner (partie XI).

Combien de temps cela prend

Il n'y a pas de calendrier garanti. Pour certaines personnes, la gêne diminue nettement en quelques semaines ; pour d'autres, il faut plusieurs mois, parfois avec un thérapeute. Trois repères honnêtes :

- **Le chemin n'est pas linéaire.** Une mauvaise semaine n'efface pas ce qui est acquis.
- **Les bons indicateurs sont lents** : y pensez-vous moins souvent ? Dort-on mieux ? Comparez la semaine 4 à la semaine 1, jamais un jour à l'autre.
- **Si rien ne bouge après plusieurs mois d'efforts réguliers**, ce n'est pas un échec personnel : c'est le signe qu'un accompagnement professionnel est justifié (partie XI).



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science

L'habituation est au cœur du modèle de Jastreboff (1990) et des approches de conseil structuré. Sa validité comme explication complète reste discutée, mais les approches qui s'en inspirent visent la **gêne**, pas le **volume**. La TCC est la mieux documentée (Fuller et al., 2020 ; HAS, 2026). Dans un essai de 151 personnes, la thérapie dite « de rééducation » (TRT) n'a pas fait mieux que la prise en charge habituelle : tous les groupes se sont améliorés (Scherer et Formby, 2019).

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- L'habituation est un processus naturel qui réduit la réaction au bruit, pas le bruit lui-même.
- Ce n'est pas de la résignation : on continue à vivre, à sortir, à agir.
- Elle prend des semaines à des mois, avec des retours en arrière normaux.
- Si elle ne vient pas malgré des efforts réguliers, un accompagnement structuré est indiqué.

Hypervigilance et vérification : le réflexe qui entretient ce que vous voudriez oublier

Presque tout le monde le fait. Le problème n'est pas de vérifier, c'est ce que cela apprend à votre cerveau.

Le réflexe de vérification

Au réveil, dans le silence, quand quelqu'un en parle : on tend l'oreille une seconde pour savoir s'il est toujours là. Et il l'est. Ce n'est pas une faiblesse : c'est le fonctionnement normal de l'attention. Ce que l'on surveille devient plus présent.

Chaque contrôle envoie pourtant à votre cerveau la même consigne : *ce signal compte, garde-le en priorité*. Vous nourrissez le circuit d'attention que vous voudriez voir s'éteindre.

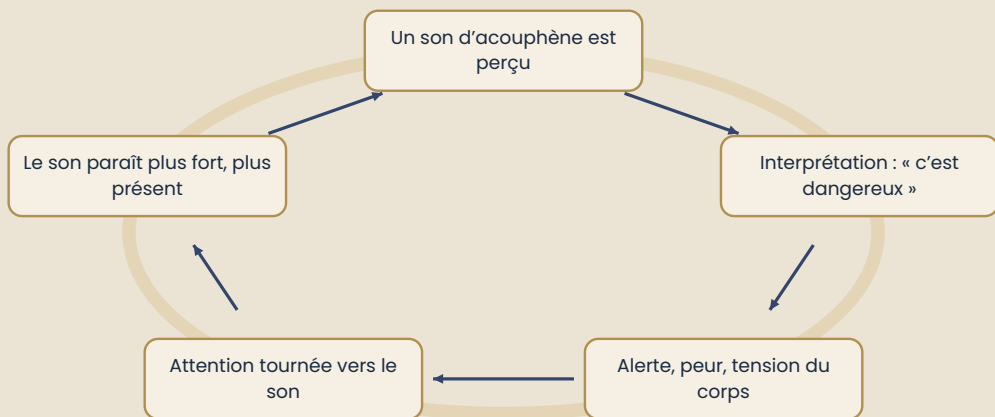


Figure 5 : Vérifier › le signal est marqué comme important › il paraît plus présent › l'attention s'y fixe › on vérifie à nouveau.

L'objectif n'est **pas** de ne plus jamais y penser (c'est impossible, et le viser met la pression). C'est de **vérifier moins souvent**, et de ne plus lui donner la première place.

Les vérifications que l'on ne voit pas

COMPORTEMENT	POURQUOI C'EST UN PIÈGE	ALTERNATIVE
Tendre l'oreille au réveil	Le premier contrôle donne le ton de la journée	Mettre du son, se lever (chapitre 26)
S'enfermer dans le silence pour « tester »	Le contraste maximal donne l'impression d'une aggravation	Garder un fond sonore discret
Se boucher les oreilles pour comparer	Fausse la perception	Ne pas le refaire ; en parler au professionnel
Chercher sur internet, lire des forums	Entretient l'anxiété, surtout la nuit	Des horaires et des sources fiables
Noter et comparer chaque jour	Le suivi devient une surveillance	Comparer d'une semaine à l'autre
Demander aux proches « tu l'entends, toi ? »	Une réassurance qui ne dure pas	Un seul bilan professionnel, puis s'y tenir

Quatre techniques pour couper l'automatisme

Aucune ne demande de lutter contre la pensée (lutter la renforce). Toutes consistent à **faire autre chose** au moment où le réflexe apparaît. Choisissez-en une, tenez-la une semaine, puis ajoutez la suivante.

FICHE TECHNIQUE · 10 SECONDES

AVIS D'EXPERTS

Changer de canal sensoriel

OBJECTIF	Déplacer l'attention hors de l'écoute au moment où le réflexe apparaît.
PRINCIPE	L'attention ne peut pas être partout à la fois. Occuper un autre sens la retire du son.
ÉTAPES	1. Remarquez que vous vérifiez. 2. Occupez un autre sens : touchez une texture marquée (tissu, bois), sentez une odeur franche, ou portez l'attention sur vos pieds dans vos chaussures. 3. Restez 10 secondes sur cette sensation, puis reprenez ce que vous faisiez.
FRÉQUENCE	À chaque fois que le réflexe apparaît.
RÉSULTAT ATTENDU	Une interruption de la boucle, pas une disparition du son.
LIMITES	Le but est de déplacer l'attention, pas de choquer : rien de désagréable ni de douloureux.

FICHE TECHNIQUE · 60 SECONDES

AVIS D'EXPERTS

Retarder d'une minute

OBJECTIF	Montrer à votre cerveau que l'envie de vérifier passe, même si on ne la satisfait pas.
PRINCIPE	Une envie monte, atteint un pic, puis redescend en quelques minutes si on ne la nourrit pas. Cette idée est utilisée pour les compulsions et les ruminations ; elle est transposée ici.
ÉTAPES	1. Quand l'envie survient, notez-la : « il y a une envie de vérifier ». 2. Lancez un minuteur discret sur 60 secondes. 3. Faites une action simple (boire un verre d'eau, ranger un objet). 4. À la fin, l'envie est-elle moins forte ? Allongez à deux minutes la fois suivante.
FRÉQUENCE	Chaque fois que l'envie est forte.
LIMITES	Si l'envie envahit la vie quotidienne, l'aide d'un thérapeute est préférable.

FICHE TECHNIQUE · 3 × 2 MIN PAR JOUR

AVIS D'EXPERTS

Planifier des créneaux de vérification

OBJECTIF	Réduire les contrôles en les autorisant à heure fixe.
PRINCIPE	Emprunté aux techniques de « temps dédié » contre les ruminations : autoriser à heure fixe réduit la fréquence le reste du temps.
ÉTAPES	1. Fixez trois créneaux dans la journée (par exemple 11 h, 16 h, 20 h). 2. À chaque créneau, écoutez volontairement votre acouphène deux minutes, sans chercher à le changer. 3. Hors créneau, quand le réflexe apparaît, dites « je reporte au prochain créneau » et reprenez votre activité.
FRÉQUENCE	Tous les jours pendant 2 à 3 semaines, puis espacer.
LIMITES	Utile surtout si les vérifications sont très fréquentes. Pas adapté si l'écoute prolongée provoque une anxiété forte : en parler à un thérapeute.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES DE PRÉPARATION

AVIS D'EXPERTS

Le plan « si... alors »

OBJECTIF	Décider à l'avance de ce que vous ferez dans les situations qui déclenchent le réflexe.
PRINCIPE	Une réaction préparée à l'avance se déclenche plus facilement au bon moment (les « intentions d'implémentation » en psychologie).
PRÉPARATION	Papier et crayon.
ÉTAPES	1. Notez vos trois moments de vérification les plus fréquents (au réveil, en s'allongeant, après une dispute). 2. Pour chacun, écrivez : « Si [situation], alors [mon geste] ». Exemple : « Si j'ouvre les yeux le matin, alors je mets le son et je me lève. » 3. Relisez la feuille chaque soir pendant une semaine.
LIMITES	Pas plus de trois situations à la fois.

Au bout de trois semaines

Ces techniques n'agissent pas sur le son : elles agissent sur la **place qu'il prend**. Beaucoup de personnes décrivent un acouphène tout aussi présent, mais nettement moins envahissant. Cela demande des semaines, pas des jours.

- **Semaine 1** : observer sans rien changer. Noter le soir si vous avez vérifié beaucoup, moyennement ou peu.
- **Semaine 2** : ajouter une seule technique, la plus facile.
- **Semaine 3** : ajouter la deuxième. Comparer à la semaine 1, pas à hier.



ATTENTION

Si la peur domine

Une anxiété forte, des pensées catastrophiques ou des idées noires dépassent ce que ces techniques peuvent traiter. Parlez-en à votre médecin : la thérapie cognitivo-comportementale est la mieux documentée (HAS, 2026). Le 3114 répond jour et nuit.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Vérifier, c'est dire à son cerveau que le bruit est prioritaire ; ce n'est pas une faiblesse.
- Il existe des vérifications cachées (silence « test », doigts dans les oreilles, internet) à repérer.
- Quatre techniques : changer de canal, retarder, planifier des créneaux, plan « si... alors ».
- Une technique à la fois ; comparez d'une semaine à l'autre.

Attention : orienter, élargir, ancrer

« Ne plus y penser » ne marche pas. Donner à l'attention autre chose à faire, si.

Pourquoi l'effort vous piège

Essayez, pendant dix secondes, de ne pas penser à un éléphant blanc. Impossible : pour vérifier que vous n'y pensez pas, vous devez y penser. C'est ce qui se passe avec un acouphène : « je ne dois plus y penser » oblige votre cerveau à vérifier sans cesse, donc à garder le bruit au premier plan.

Ce qui marche, ce n'est pas de chasser le signal, c'est de donner à votre attention **autre chose à faire**. La nuance paraît mince ; en pratique, elle change tout. C'est pourquoi ce livre ne vous demandera jamais de « ne plus y penser » ni de « faire abstraction ».



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science

Les approches fondées sur l'attention et la pleine conscience réduisent la **détresse** liée aux acouphènes, pas nécessairement le volume. Dans un essai contrôlé de 75 personnes, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) a davantage fait baisser la sévérité de l'acouphène qu'un entraînement à la relaxation (McKenna et al., 2017). La HAS (2026) et le NICE (2020) recommandent les approches cognitivo-comportementales, qui travaillent ces mécanismes.

Cinq techniques d'attention

Aucune ne demande de lutter contre une pensée. Elles s'installent sur quatre semaines (voir plus bas).

FICHE TECHNIQUE · 3 MINUTES	
L'exercice ZOOM	
OBJECTIF	Élargir l'attention de l'acouphène vers d'autres sons, pour qu'il redevienne « un son parmi d'autres ».
PRINCIPE	Quand toute la concentration se fixe sur un son, le cerveau lui donne plus de poids. Élargir l'attention lui retire ce statut de signal unique et menaçant. Technique inspirée de la pleine conscience : sa logique est solide, mais elle n'a pas fait l'objet d'essais propres.
PRÉPARATION	Un endroit où plusieurs sons sont présents (frigo, voiture au loin, vent, horloge). Pas de silence complet.
POSITION	Assis, dos soutenu, yeux fermés si cela vous convient.
ÉTAPES	1. Écoutez votre acouphène sans le juger, environ 5 secondes, sans chercher à l'ignorer ni à le combattre. 2. Élargissez à un deuxième son de l'environnement. Les deux coexistent dans votre attention. 3. Ajoutez un troisième son. L'acouphène est toujours là, mais il n'occupe plus seul tout l'espace. 4. Revenez à votre respiration, calme et régulière, quelques secondes.
FRÉQUENCE	2 fois par jour pendant 21 jours (programme au chapitre 37), puis selon le besoin.
RÉSULTAT ATTENDU	Un acouphène moins « collant ». Le volume du son ne change pas.
LIMITES	Agit sur la détresse, pas sur le volume. Si l'étape 1 augmente votre anxiété, réduisez-la à 2 secondes ou passez directement à l'étape 2.

FICHE TECHNIQUE · 3 SECONDES

HYPOTHÈSE

Nommer, puis laisser passer

OBJECTIF	Interrompre la boucle d'écoute ou de vérification sans lutter.
PRINCIPE	Mettre un mot sur ce que l'on fait suffit souvent à interrompre un automatisme. Des travaux d'imagerie montrent que mettre des mots sur une émotion calme l'amygdale ; ils portaient sur les émotions, non sur les acouphènes : le principe est transposé, non démontré pour ce symptôme.
ÉTAPES	1. Quand vous vous surprenez à écouter ou à vérifier, dites-vous simplement « je l'écoute » ou « je vérifie ». 2. Reprenez ce que vous faisiez, sans jugement ni agacement.
FRÉQUENCE	À chaque fois. En semaine 1, comptez simplement combien de fois par jour (sans vous évaluer).
LIMITES	C'est la technique de départ, la plus simple : ne l'abandonnez pas parce qu'elle paraît trop simple. Ne vous reprochez pas d'avoir vérifié : le reproche est lui-même une pensée sur l'acouphène.

FICHE TECHNIQUE · 2 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Les cinq sens pour ancrer l'attention

OBJECTIF	Ramener l'attention dans le présent quand l'écoute devient envahissante.
PRINCIPE	L'attention ne peut pas être partout : l'occuper dans plusieurs sens la retire de l'acouphène. Cette technique d'ancrage est utilisée en thérapie pour l'anxiété.
ÉTAPES	1. Nommez cinq choses que vous voyez. 2. Quatre choses que vous touchez (le tissu de votre pull, la chaise, le sol sous vos pieds). 3. Trois sons extérieurs à l'acouphène. 4. Deux odeurs, ou deux choses que vous pourriez sentir. 5. Un goût (celui de votre bouche, d'une gorgée).
FRÉQUENCE	Pendant une montée d'inquiétude, ou plusieurs fois par jour au début.
LIMITES	Rien de désagréable ni de douloureux : le but est d'ancrer, pas de choquer.

FICHE TECHNIQUE · 15 MINUTES MINIMUM

AVIS D'EXPERTS

S'engager dans une tâche exigeante

OBJECTIF	Occuper durablement l'attention avec une activité qui demande une vraie concentration.
PRINCIPE	Les activités passives (télévision de fond, défilement de réseaux) ne mobilisent pas assez l'attention ; les activités exigeantes, si.
ÉTAPES	1. Choisissez une activité qui demande de la concentration : bricolage, cuisine élaborée, instrument, jeu de réflexion, lecture active, conversation. 2. Fixez un minimum de 15 minutes, sans téléphone. 3. À la fin, notez simplement si le bruit a été moins présent.
FRÉQUENCE	Au moins une fois par jour, aux moments où le bruit occupe tout l'espace (creux de l'après-midi, soirée).
LIMITES	Choisissez une activité agréable, pas une corvée. Si elle demande un silence complet, ajoutez un fond sonore doux.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

PRÉLIMINAIRE

Entraîner l'attention au calme

OBJECTIF	Entraîner la capacité à déplacer l'attention volontairement.
PRINCIPE	C'est le retour répété de l'attention vers un point d'ancrage qui entraîne cette capacité (entraînement attentionnel en pleine conscience).
POSITION	Assis, dos droit, épaules basses.
ÉTAPES	1. Portez l'attention sur la sensation de votre respiration (ventre qui se soulève, air aux narines). 2. Quand elle part vers l'acouphène, constatez-le (« je l'écoute ») et ramenez-la sans vous reprocher d'être parti. 3. Répétez ce va-et-vient pendant cinq minutes.
FRÉQUENCE	Une fois par jour, dans un moment calme, avec un fond sonore doux (pas dans une pièce vide).
RÉSULTAT ATTENDU	Plus de facilité à décrocher du bruit, qui se construit en semaines.
LIMITES	L'objectif est le retour de l'attention, pas la sensation de calme.

Les trois erreurs qui sabotent l'entraînement

- **Se reprocher d'y repenser.** Le reproche est lui-même une pensée sur l'acouphène. Constatez, revenez, c'est tout.
- **Chercher le silence pour s'entraîner.** Cela se fait dans la vie réelle, avec un fond sonore doux.
- **Mesurer chaque jour.** Vous transformeriez l'exercice en surveillance.

Installer en quatre semaines

- **Semaine 1** : uniquement « nommer, puis laisser passer ».
- **Semaines 2 et 3** : ajoutez le changement de canal (ou les cinq sens) et une tâche exigeante par jour. Commencez ZOOM, 2 fois 3 minutes.
- **Semaine 4** : ajoutez l'entraînement de cinq minutes. Comparez à la semaine 1.

Le programme ZOOM de 21 jours est détaillé au chapitre 37.

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- « Ne plus y penser » est un piège : l'effort entretient ce qu'il veut éteindre. Donner à l'attention autre chose à faire fonctionne.
- Cinq techniques : ZOOM, nommer, cinq sens, tâche exigeante, entraînement au calme.
- Elles agissent sur la détresse et la place du bruit, pas sur le volume.
- Installez-les progressivement, sur quatre semaines.

Pensées, peur et acceptation

Ce n'est pas le bruit qui fait peur : c'est ce qu'on se dit à son sujet.

Ce que disent les pensées

Quand un acouphène s'installe, l'esprit fabrique vite des scénarios : « ça va empirer », « je ne dormirai plus jamais », « c'est peut-être une tumeur », « je ne pourrai pas le supporter ». Ces pensées sont **compréhensibles**, et elles ont un effet réel : elles déclenchent l'alerte, qui nourrit l'attention, qui rend le bruit plus présent (chapitre 3).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) n'essaie pas de remplacer ces pensées par des pensées positives : elle apprend à les **examiner**, à les relier à des faits, et à agir autrement. C'est l'approche la mieux documentée pour réduire la gêne (Fuller et al., 2020, Cochrane, 28 essais, plus de 2 700 adultes ; HAS, 2026).



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science

La revue Cochrane de 2020 conclut que la TCC peut réduire l'impact des acouphènes sur la qualité de vie, avec des données de qualité faible à modérée. Les effets sur l'anxiété et la dépression sont plus variables. Des essais ont aussi évalué la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), avec des résultats encourageants sur la gêne (Westin et al., 2011). Ces données soutiennent des **approches psychologiques structurées**, idéalement avec un thérapeute formé ; la TCC accompagnée à distance existe aussi.

Les pensées qui reviennent le plus

PENSÉE FRÉQUENTE	CE QUI EST EXACT	UNE PENSÉE PLUS JUSTE
« Ça va empirer. »	Le niveau perçu varie, mais le point de départ est généralement stable	« Le niveau varie ; je peux agir sur ce qui le fait varier. »
« Je ne dormirai plus jamais. »	Les nuits sont perturbées en période de crise, et le sommeil se travaille	« Cette nuit est difficile. Une nuit ne prédit pas la suivante. »
« C'est grave. »	Le plus souvent non ; un bilan écarte les causes rares	« J'ai fait le bilan (ou je vais le faire). Je ne peux rien de plus ce soir. »
« Je ne le supporterai pas. »	La détresse peut être très forte, et elle diminue chez la plupart avec le temps et l'aide appropriée	« C'est très dur en ce moment, et j'ai des soutiens. »

FICHE TECHNIQUE · 10 MINUTES

ÉTABLI

La fiche de pensée en quatre colonnes

OBJECTIF	Prendre du recul sur une pensée angoissante en la confrontant aux faits.
PRINCIPE	Outil central de la TCC : plutôt que de croire ou de combattre une pensée, on l'examine. L'étiquette « établi » concerne la TCC guidée par un thérapeute ; pratiqué seul, l'outil est moins documenté.
PRÉPARATION	Une feuille, quatre colonnes.
ÉTAPES	1. Situation : où et quand l'angoisse est montée (« 23 h, au lit, silence »). 2. Pensée automatique : ce que vous vous êtes dit (« ça empire »), telle quelle. 3. Émotion et intensité : peur 8/10, tension 7/10. 4. Pensée alternative réaliste : ce que vous diriez à un ami dans la même situation. Réévaluez l'émotion.
FRÉQUENCE	Quand une pensée angoissante revient, idéalement le soir, pas au lit.
RÉSULTAT ATTENDU	Une baisse de l'intensité de quelques points, qui se renforce avec la pratique.
LIMITES	Ce n'est pas se persuader que tout va bien. Si la fiche ne calme rien, ou si l'angoisse envahit la vie, consultez : la TCC guidée est plus efficace.

FICHE TECHNIQUE · 30 SECONDES

PRÉLIMINAIRE

Défusion : « j'ai la pensée que... »

OBJECTIF	Se distancer d'une pensée sans la combattre.
PRINCIPE	Issue de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) : une pensée est un événement mental, pas un fait.
ÉTAPES	1. Repérez la pensée (« ça va empirer »). 2. Reformulez : « J'ai la pensée que ça va empirer ». 3. Puis : « Je remarque que j'ai la pensée que ça va empirer ». 4. Laissez-la passer sans la discuter et reprenez ce que vous faisiez.
FRÉQUENCE	À chaque pensée récurrente.
LIMITES	Ne cherchez pas à rendre la pensée « fausse » : regardez-la simplement comme une pensée.

FICHE TECHNIQUE · 3 MINUTES

PRÉLIMINAIRE

L'espace de respiration de trois minutes

OBJECTIF	Interrompre une montée d'anxiété et revenir au moment présent.
PRINCIPE	Issu de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT, évaluée dans McKenna et al., 2017). Trois temps : constater, rassembler, élargir.
POSITION	Assis, dos droit, yeux fermés ou regard posé devant soi.
ÉTAPES	1. Constater (1 minute). Que se passe-t-il en moi ? Pensées, émotions, sensations du corps, son de l'acouphène. Sans rien changer. 2. Rassembler (1 minute). Toute l'attention sur la respiration : le souffle dans le ventre. 3. Élargir (1 minute). Étendez l'attention au corps entier, à la posture, puis à la pièce et aux sons autour. Gardez ce regard large en reprenant votre activité.
FRÉQUENCE	3 fois par jour (matin, midi, soir) en entraînement ; en plus lors d'une montée d'inquiétude.
RÉSULTAT ATTENDU	Un emballement qui retombe, au fil des séances.
LIMITES	L'effet se construit avec la répétition. Si écouter l'acouphène à l'étape 1 est trop désagréable, commencez par l'étape 2.

La peur d'aggravation

La peur de voir son acouphène « empirer » est l'une des plus fréquentes.

- Un acouphène **fluctue** naturellement avec la fatigue, le stress, le bruit ambiant, l'heure. Une variation n'est pas une aggravation.
- Ce qui peut réellement **aggraver** un acouphène, ce sont des causes précises : un nouveau traumatisme sonore, certains médicaments, une maladie de l'oreille. Elles sont connues, et l'on peut s'en protéger (chapitres 20 et 35).

- La peur elle-même, et l'insomnie qu'elle provoque, augmentent la gêne, sans changer l'oreille.



SITUATION FICTIVE

Marc, huit ans d'acouphène

Marc a décidé qu'il « vivait avec ». En réalité, il a renoncé : plus de cinéma, plus de restaurant, le silence du bureau lui est devenu insupportable. Il lit que l'habituation est un processus actif, et que ce qui s'est appris peut se réapprendre. Il remet un fond sonore au bureau (semaine 1), retourne au restaurant (semaine 3), puis demande un rendez-vous avec un psychologue formé aux TCC. Son acouphène est le même. Sa vie, non.

(Situation fictive, à titre d'illustration.)

Accepter ne veut pas dire abandonner

Dans l'ACT, accepter n'est pas se résigner. C'est reconnaître que le bruit est là **et** que vous pouvez choisir ce que vous faites. La question utile n'est plus « comment le faire disparaître ? » mais « qu'est-ce qui compte pour moi, et comment y aller avec ce bruit ? ».

CHECK-LIST

Ce qui compte pour moi (une ou deux lignes par rubrique)

- ☐ Mes relations (personnes que je veux voir) : _____
- ☐ Mon travail ou mes activités : _____
- ☐ Ma santé, mon repos : _____
- ☐ Ce que le bruit m'a fait abandonner et que je voudrais retrouver :

- ☐ Un petit pas que je peux faire cette semaine : _____

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Ce n'est pas le bruit qui fait peur, c'est l'interprétation qu'on en fait ; la TCC apprend à examiner ces pensées.
- La TCC est l'approche la mieux documentée : elle vise la gêne, pas le volume (Fuller et al., 2020 ; HAS, 2026).
- Trois outils à essayer seul : fiche de pensée, défusion, espace de respiration ; ils sont plus efficaces guidés.
- Une variation n'est pas une aggravation ; ce qui aggrave réellement est identifiable et évitable.

III

Techniques et manœuvres

Une technique n'est utile que si l'on sait à quoi elle sert, ce qu'elle ne fait pas, et à partir de quand elle cesse d'être prudente.

DANS CETTE PARTIE

9	L'atlas des techniques : un verdict pour chacune	59
10	Manœuvres, tests et gestes : faire le tri	69
11	Ce que ce livre met de côté, et pourquoi	74

L'atlas des techniques : un verdict pour chacune

La carte du livre : où se trouve chaque technique, ce que la science en dit, et ce que ce livre en pense.

Ce chapitre ne décrit pas les techniques : les chapitres précédents le font, étape par étape. Il sert à les **retrouver**, à les **comparer**, et à savoir ce que ce livre en pense, y compris pour celles qu'il met de côté. Il se consulte comme un index commenté.

Comment le lire

Chaque technique porte deux informations distinctes : un **niveau de preuve** (ce que la recherche a établi) et un **verdict** (ce que ce livre recommande, et dans quelles conditions). Les étiquettes sont expliquées au début du livre. Les deux ne vont pas toujours ensemble : un geste sans étude peut être sans risque et utile à essayer ; une approche étudiée peut rester réservée à un cadre professionnel. Quand la preuve vient d'un autre trouble (insomnie, anxiété, douleur), la fiche le précise : une méthode efficace sur l'insomnie n'a pas forcément été testée sur l'acouphène.

Le socle : dix techniques pour commencer

Si vous ne devez retenir qu'une liste, c'est celle-ci. Ces dix techniques couvrent l'essentiel de ce qui est utile à la plupart des personnes, avec peu de risque. Le chapitre 37 propose un ordre pour les installer.

TECHNIQUE	POURQUOI DANS LE SOCLE	CH
Un fond sonore réglé au point de mélange	Réduit le contraste, facilite le soir et la nuit	18
La respiration 4-6	Le geste le plus simple pour faire baisser l'alerte	13
Créneaux de vérification et retard d'une minute	Défont le réflexe qui entretient le bruit	6
Le plan « si... alors »	Prépare la réponse avant la montée	6
L'exercice ZOOM	Élargit l'attention sans lutter	7
La fiche de pensée en quatre colonnes	Examine les pensées catastrophes	8
La routine du soir	Protège le sommeil, le levier le plus rapide	16
La position de repos de la mâchoire	Relâche une tension fréquente, sans risque	23
Marcher vingt à trente minutes	Sommeil, humeur, tension	12
Le carnet de gêne	Montre ce que la mémoire déforme	38

Choisir par problème

SI VOUS VIVEZ...	COMMENCEZ PAR	CH
« Je vérifie sans arrêt si le bruit est là »	Créneaux de vérification, retard d'une minute, changer de canal	6
« Le soir ou la nuit, ça monte »	Fond sonore au point de mélange, routine du soir, plan des 3 h du matin	16, 17, 18
« Le silence m'est insupportable »	Enrichissement sonore, silence par paliers	18

SI VOUS VIVEZ...	COMMENCEZ PAR	CH
« Je panique quand ça monte »	Respiration 4-6, espace de respiration, fiche « Quand ça s'emballe »	8, 13, 27
« Je n'arrête pas d'y penser »	ZOOM, tâche exigeante, cinq sens	7
« Je me répète des phrases catastrophes »	Fiche à quatre colonnes, défusion	8
« Je dors mal »	Chambre, routine du soir, règle des 15 à 20 minutes ; TCC de l'insomnie si installée	15 à 17, 33
« Ma mâchoire se serre, ma nuque est tendue »	Les huit manœuvres, position de repos, gestes de base du cou	22 à 24
« Oreille bouchée, pression »	Les trois tests, puis ORL	25
« Les bruits du quotidien me font mal »	Repérer hyperacousie ou misophonie ; ne pas se protéger en continu	4, 20
« Je sors, je vais au concert »	Protection adaptée, récupération	20, 26
« Je n'en peux plus » ou « J'ai tout essayé »	Fiches « Détresse » et « Rien ne bouge depuis des mois », professionnel, thérapies	27, 31, 33
« Je ne sais pas par où commencer »	Le socle ci-dessus, puis le programme de 7 jours	36, 37

L'atlas, famille par famille

A. SE SITUER ET MESURER

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Test du pouls	Repérer un bruit qui bat avec le cœur : avis médical	Avis d'experts	Retenue	4
Test gauche / droite	Décrire le côté ; repérer une asymétrie	Avis d'experts	Retenue	4
Carnet de gêne de 0 à 10	Suivre l'évolution sans se fier à la mémoire	Avis d'experts	Retenue	38
Questionnaires THI et TFI	Mesurer l'impact avec un professionnel	Établi	Retenue	31
Test de fermeture des oreilles	Illustrer le rôle du contraste	Avis d'experts	Retenue	18

B. ATTENTION, VÉRIFICATION, PENSÉES

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Changer de canal sensoriel	Couper une vérification en dix secondes	Avis d'experts	Retenue	6
Retarder d'une minute	Laisser passer l'envie de vérifier	Avis d'experts	Retenue	6
Créneaux de vérification	Trois moments choisis au lieu d'un automatisme	Avis d'experts	Retenue	6
Plan « si... alors »	Préparer sa réponse avant le déclencheur	Avis d'experts	Retenue	6
Exercice ZOOM	Élargir l'attention du bruit vers l'environnement	Préliminaire	Retenue	7
Nommer, puis laisser passer	Désamorcer une pensée ou une sensation	Hypothèse	Retenue	7
Les cinq sens	Revenir à l'instant	Avis d'experts	Retenue	7
Tâche exigeante	Occuper l'attention sans lutter	Avis d'experts	Retenue	7

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Entraîner l'attention au calme	Rester avec le bruit sans réagir, par paliers	Préliminaire	Retenue	7
Fiche de pensée à quatre colonnes	Examiner une pensée catastrophe	Établi	Retenue	8
Défusion	Prendre du recul par rapport à une pensée	Préliminaire	Retenue	8
Espace de respiration de trois minutes	Faire une pause structurée pendant une montée	Préliminaire	Retenue	8

C. STRESS, RESPIRATION, RELAXATION

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Respiration 4-6	Faire baisser l'alerte en deux minutes	Avis d'experts	Retenue	13
Cohérence cardiaque 5-5	Rythme régulier, cinq minutes	Avis d'experts	Retenue	13
Relaxation musculaire progressive	Relâcher les tensions, douze minutes	Avis d'experts	Retenue	14
Scan corporel	Ramener l'attention dans le corps	Avis d'experts	Retenue	14
Lieu sûr (imagerie guidée)	Apaier avant le sommeil ou en crise	Avis d'experts	Retenue	14
Relâchement express	Détendre épaules, mâchoire, ventre en une minute	Avis d'experts	Retenue	14
Geste du tragus	Appui rassurant pendant une montée de stress	Hypothèse	Encadrée	12

D. SOMMEIL

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Créneau de pic	Repérer à quelle heure la gêne monte	Avis d'experts	Retenue	15
Régler la chambre ; fond sonore de nuit	Obscurité, fraîcheur, éviter le silence à l'endormissement	Avis d'experts	Retenue	16
Routine du soir (90 minutes)	Préparer l'endormissement	Avis d'experts	Retenue	16
Écrire avant de dormir	Vider les préoccupations	Préliminaire	Retenue	16
Fiche du dimanche soir	Désamorcer l'anticipation du lundi	Avis d'experts	Retenue	16
Règle des 15 à 20 minutes	Ne pas lutter au lit (preuve : insomnie)	Établi	Retenue	17
Fiche « Trois heures du matin »	Savoir quoi faire au réveil nocturne	Avis d'experts	Retenue	17
Écouteurs intra-auriculaires pour dormir	Aucun avantage ; risques de volume et de pression	Avis d'experts	Non recommandée	16

E. SON, SILENCE ET PROTECTION

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Point de mélange	Régler un fond sonore qui n'efface pas le bruit	Avis d'experts	Retenue	18
Enrichissement sonore, pièce par pièce	Ne pas laisser le silence s'installer	Avis d'experts	Retenue	18
Silence par paliers	Retrouver un calme sans angoisse	Avis d'experts	Encadrée	18
Choix du bruit : blanc, rose, brun, nature	Trouver un son agréable à garder longtemps	Avis d'experts	Retenue	19
Musique filtrée (notched)	Piste préliminaire, à tester avec recul	Préliminaire	Encadrée	19

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Protection dans le bruit fort	Éviter un traumatisme sonore	Établi	Retenue	20
Protection permanente au calme	Aucun : peut accentuer la sensibilité	Avis d'experts	Non recommandée	20
Masquage à fort volume	Soulagement immédiat, mais risque pour l'audition	Avis d'experts	Non recommandée	19

F. MÂCHOIRE, COU ET ÉPAULES

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Test des huit manœuvres	Voir si mâchoire ou cou modulent le son	Avis d'experts	Retenue	22
Tests ciblés : mâchoire, tempes, nuque, épaules, muscle du cou	Repérer la zone qui module	Avis d'experts	Retenue	22
Position de repos de la mâchoire	Relâcher le serrement de la journée	Avis d'experts	Retenue	23
Massages de la mâchoire et de la tempe	Détendre les muscles masticateurs	Avis d'experts	Retenue	23
Ouverture guidée	Souplesse de la mâchoire	Avis d'experts	Retenue	23
Rétraction du menton, massage sous-occipital	Gestes de base du cou	Avis d'experts	Retenue	24
Étirements et mobilité douce	Souplesse du cou, amplitude réduite	Avis d'experts	Retenue	24
Épaules : serrer, puis relâcher	Posture, relâchement	Avis d'experts	Retenue	24
Pincé-roulé du muscle du cou	Détendre un muscle souvent tendu	Avis d'experts	Encadrée	24
Manipulations cervicales rapides ou forcées	Aucun bénéfice démontré, risque rare mais grave	Avis d'experts	Non recommandée	24

G. OREILLE MOYENNE ET OREILLE EXTERNE

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Trois tests : bâillement, déglutition, serrement	Orienter vers la trompe ou la mâchoire	Avis d'experts	Retenue	25
Test du lobe d'oreille	Observer, sans attendre d'effet durable	Hypothèse	Encadrée	25
Valsalva forcé	Aucun bénéfice, risque pour le tympan	Avis d'experts	Non recommandée	25
Objets dans le conduit, bougies d'oreille	Aucun bénéfice, lésions et brûlures possibles	Avis d'experts	Non recommandée	11

H. HABITUDES DE VIE

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Test d'un aliment, avec réintroduction	Savoir si un aliment précis joue un rôle	Avis d'experts	Encadrée	28
Activité physique régulière	Sommeil, humeur, tension	Avis d'experts	Retenue	28
Café : l'horaire plutôt que l'interdit	Protéger le sommeil	Avis d'experts	Retenue	28
Régimes d'exclusion, jeûnes, « detox »	Aucun bénéfice démontré, risque de carences	Avis d'experts	Non recommandée	28

I. TEST D'OBSERVATION ET FICHES DE SITUATION

TECHNIQUE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Test d'inhibition résiduelle	Observer une baisse brève après un son	Avis d'experts	Encadrée	10
Fiches du quotidien (réveil, travail, sorties...)	Une conduite par situation	Avis d'experts	Retenue	26
Fiches « Que faire lorsque... » (poussée, peur, silence...)	Une conduite par moment difficile	Avis d'experts	Retenue	27

J. PRISES EN CHARGE PROFESSIONNELLES

Le détail est aux chapitres 31 à 34. Le tableau situe seulement chaque approche.

APPROCHE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Bilan : médecin, ORL, audiogramme	Éliminer une cause traitable, mesurer l'audition	Établi	Retenue	31
Aides auditives, si perte d'audition	Rétablir l'audition, réduire la gêne	Avis d'experts	Retenue	32
Générateurs de sons, TRT	Soutenir une prise en charge	Préliminaire	Encadrée	32
Thérapie cognitivo-comportementale	Réduire l'impact de l'acouphène	Établi	Retenue	33
Pleine conscience, acceptation et engagement	Changer la relation au bruit	Préliminaire	Retenue	33
TCC de l'insomnie	Traiter l'insomnie installée	Établi	Retenue	33
Hypnose, sophrologie	Détente, gestion du stress	Hypothèse	Encadrée	33
Stimulation magnétique ou bimodale	Recherche, hors usage courant	Préliminaire	Encadrée	34
Médicaments contre l'acouphène	Aucun n'a démontré d'efficacité sur le bruit	Sans preuve	Non recommandée	34

APPROCHE	SERT À	PREUVE	VERDICT	CH
Compléments alimentaires	Aucun reconnu comme traitement	Sans preuve	Non recommandée	34



À SAVOIR

Ce que l'atlas montre

- Parmi toutes les approches de la liste, **aucune** n'est donnée comme supprimant un acouphène chronique.
- Les approches les mieux établies visent la **réaction** au bruit (TCC, sommeil) plutôt que le bruit lui-même.
- Ce qui est simple, sûr et à votre portée (son, respiration, attention, mâchoire, sommeil) repose surtout sur l'avis d'experts : à essayer avec méthode, et à juger après quelques semaines.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- L'atlas distingue le niveau de preuve (ce que la recherche a établi) du verdict (ce que ce livre recommande).
- Le socle tient en dix techniques : son au point de mélange, respiration 4-6, vérification, « si... alors », ZOOM, fiche de pensée, routine du soir, mâchoire, marche, carnet.
- Choisissez par problème plutôt que par technique.
- Les approches non recommandées sont listées avec leur raison au chapitre 11.

Manœuvres, tests et gestes : faire le tri

Des gestes de quelques secondes circulent partout. Les uns mesurent, les autres soulagent, certains sont à éviter.

Une **manœuvre** est un geste bref : bouger la mâchoire, tirer le lobe, boucher les oreilles, couper un son. Elles circulent beaucoup dans les vidéos et les forums, souvent avec des promesses qu'aucune étude ne soutient. Trois questions suffisent à les trier :

- **Le geste mesure-t-il, ou soulage-t-il ?** Un test d'observation ne soulage pas, et un geste de soulagement n'est pas un diagnostic.
- **Quel est le risque ?** Un geste sans risque peut s'essayer ; un geste qui sollicite le tympan, l'artère du cou ou un nerf demande un professionnel.
- **Quelle est la preuve ?** « Ça marche dans une vidéo » n'est pas une preuve, et un effet de quelques secondes ne dit rien du long terme.

Les tests d'observation

Ces gestes ne cherchent pas à faire baisser le bruit : ils servent à **observer** s'il réagit. Un acouphène qui varie sous un geste n'est ni plus grave ni plus rare : c'est une information qui oriente vers une piste (mâchoire, cou, pression de l'oreille, contraste sonore).

TEST	CE QU'IL CHERCHE	CHAPITRE
Test du pouls ; test gauche / droite	Un bruit synchrone avec le cœur ; une asymétrie	4
Fermeture des oreilles	L'effet du contraste	18
Huit manœuvres et tests par zone	Modulation par la mâchoire, le cou, les épaules	22
Bâillement, déglutition, serrement ; lobe d'oreille	Trompe d'Eustache, mâchoire, composante locale	25
Inhibition résiduelle	Une baisse brève après un son	ci-dessous

Deux règles valent pour tous : **ne rien forcer**, et **répéter à des moments différents** avant de conclure, parce qu'un acouphène varie tout seul.

L'inhibition résiduelle

Après l'écoute d'un son qui couvre l'acouphène, il arrive que celui-ci **baisse, voire disparaisse, quelques secondes ou minutes** après l'arrêt du son. Ce phénomène est connu des audiologistes et étudié en laboratoire (Roberts et al., 2008). Il n'apparaît pas chez tout le monde, sa durée varie beaucoup, et son mécanisme reste discuté.

C'est un **phénomène réel et un outil d'évaluation** utilisé par certains professionnels. Ce n'est pas un traitement : aucun essai ne montre que le répéter fait baisser durablement un acouphène.



ATTENTION

Le piège de l'inhibition résiduelle

Refaire le test plusieurs fois par jour « pour avoir une pause » installe sans le dire deux habitudes que ce livre cherche à défaire : **vérifier** si le bruit baisse (chapitre 6) et **couvrir** le bruit à chaque montée (chapitre 18). Le soulagement est réel, mais il apprend au cerveau que le bruit est un problème à éteindre. Faites-le comme un test, une fois.

FICHE TECHNIQUE · 3 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le test d'inhibition résiduelle

OBJECTIF	Observer, une fois, si votre acouphène baisse brièvement après un son, et en parler à votre audioprothésiste.
PRINCIPE	Un son continu écouté une minute peut être suivi d'une baisse transitoire de l'acouphène chez certaines personnes (Roberts et al., 2008). Le phénomène est documenté ; son intérêt pour choisir une thérapie sonore est discuté.
INDICATIONS	Curiosité, ou demande d'un professionnel. Acouphène stable depuis plusieurs semaines.
PRÉPARATION	Une enceinte (pas d'écouteurs), un bruit blanc ou de pluie, une pièce calme. Pas le soir, pas avant le sommeil.
ÉTAPES	1. Lancez le son très bas, puis montez jusqu'à ce qu'il couvre ou se mêle à l'acouphène. Le volume reste au plus celui d'une conversation. 2. Écoutez-le 60 secondes, sans rien faire d'autre. 3. Coupez le son d'un coup. 4. Écoutez 30 secondes : l'acouphène est-il plus faible, identique, ou plus fort ? 5. Notez la gêne de 0 à 10 avant le test et trois minutes après.
FRÉQUENCE	Une fois pour voir ; ensuite, une fois par semaine au plus si vous voulez comparer.
RÉSULTAT ATTENDU	Trois issues normales : une baisse brève, aucun changement, ou une hausse brève. Aucune ne dit quoi que ce soit de grave.

FICHE TECHNIQUE · 3 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le test d'inhibition résiduelle

LIMITES	Effet bref, parfois absent. Il ne prouve pas qu'une thérapie sonore marchera pour vous, ni le contraire. Il utilise un son plus fort que le fond sonore du chapitre 18, qui se règle sous l'acouphène et se garde longtemps.
PRÉCAUTIONS	Volume confortable, jamais fort. Pas d'écouteurs intra-auriculaires. Arrêtez si le son est inconfortable ou si l'acouphène monte durablement. Hyperacousie ou baisse d'audition récente : avis professionnel avant de commencer.

Les gestes dits « de soulagement »

Certains gestes sont proposés pour « calmer » l'acouphène sur le moment.

GESTE	CE QUE L'ON SAIT	PREUVE	VERDICT
Appui sur le tragus	Appui rassurant pendant une montée ; pas d'effet démontré sur le bruit (chapitre 12)	Hypothèse	Encadrée
Traction du lobe	Outil d'observation, pas un traitement (chapitre 25)	Hypothèse	Encadrée
Massage de la mâchoire, des tempes	Détend des muscles souvent serrés ; effet sur l'acouphène variable (chapitre 23)	Avis d'experts	Retenue
Mettre un son doux	Réduit le contraste ; le geste le plus sûr de la liste	Avis d'experts	Retenue
Respirer lentement	Fait baisser l'alerte (chapitre 13)	Avis d'experts	Retenue

Les manœuvres de pression de l'oreille

Ce sont les gestes qui cherchent à « déboucher » l'oreille : se pincer le nez et souffler fort (Valsalva), ou se pincer le nez et avaler (Toynbee). Pour un acouphène, **aucune n'a de bénéfice démontré**, et la première peut abîmer le tympan ou l'oreille interne, surtout lors d'un rhume. Un bâillement ou une gorgée suffisent à ouvrir la trompe d'Eustache dans la plupart des cas (chapitre 25).



ATTENTION

Une oreille bouchée qui dure

Si la sensation d'oreille bouchée dure plus de quelques jours, ou s'accompagne de douleur, d'écoulement, de baisse d'audition ou de vertiges, ne cherchez pas à la déboucher vous-même : consultez (chapitre 35).

Quand une manœuvre fait varier le son

- **Ce n'est pas une aggravation.** Le son varie, l'oreille n'est pas plus abîmée.
- **Ce n'est pas un danger.** Une modulation par la mâchoire ou le cou est fréquente et n'indique pas de maladie grave (chapitre 21).
- **Ce n'est pas une raison de répéter.** Refaire le geste dix fois « pour voir si ça recommence » est une vérification (chapitre 6).



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Un geste bref mesure, soulage, ou est à éviter : trois questions les trient (mesure ou soulage, risque, preuve).
- L'inhibition résiduelle existe, mais c'est un test à faire une fois, pas un traitement.
- Les gestes de soulagement n'ont pas d'effet démontré sur le bruit ; leur valeur est d'observation ou d'appui.
- Les manœuvres de pression de l'oreille n'apportent rien et peuvent blesser.

Ce que ce livre met de côté, et pourquoi

Une technique absente d'un livre n'est pas oubliée. Voici celles qu'il a écartées ou encadrées, avec la raison.

Un livre de techniques se juge aussi à ce qu'il refuse de proposer. Les pratiques ci-dessous circulent beaucoup. Elles sont écartées parce qu'elles sont **dangereuses, sans bénéfice démontré**, fondées sur une **promesse fausse**, ou **bonnes dans un autre contexte** (des bouchons en permanence au calme, par exemple).

Le tableau d'ensemble

PRATIQUE ÉCARTÉE	POURQUOI	À LA PLACE
Manipulation du cou rapide ou forcée, y compris « se faire craquer »	Dissection d'une artère du cou associée dans le temps à ces gestes (AHA/ASA, 2014) ; pas de bénéfice démontré	Mobilité douce (24) ; professionnel formé
Pincer le nez et souffler fort	Risque pour le tympan et l'oreille interne	Bâiller, avaler ; ORL si persistant (25)
Objets dans le conduit, bougies d'oreille	Lésions, bouchons de cire, brûlures ; aucun bénéfice démontré	ORL
Monter le volume pour couvrir l'acouphène	Risque pour l'audition ; entretient la vigilance	Point de mélange (18)
Chercher le silence complet	Contraste maximal	Enrichissement sonore (18)

PRATIQUE ÉCARTÉE	POURQUOI	À LA PLACE
Bouchons ou casque tout le temps, au calme	Peut accentuer la sensibilité aux sons	Protection dans le bruit fort seulement (20)
Écouteurs intra-auriculaires pour dormir	Pression, volume, aucun avantage	Enceinte à distance (16)
Compléments à fortes doses, cures vendues comme traitement	Non recommandés par la HAS (2026) ; interactions possibles	Chapitre 34 ; avis médical
Arrêter un médicament de soi-même	Risque parfois supérieur à l'acouphène	Avis du médecin (27, 34)
Corticoïdes ou antibiotiques sans ordonnance	Risques ; une baisse d'audition brutale est une urgence	Consultation rapide (35)
Régimes d'exclusion, jeûnes, « détox »	Pas de bénéfice démontré ; carences possibles	Alimentation variée (28)
« Fréquences miracles », vidéos promettant la disparition	Aucune étude solide ; volume souvent trop fort	Choix du son (19)
Somnifères ou alcool pour dormir, sans avis	Dépendance, sommeil fragmenté	Routine du soir ; TCC-I (17, 33)
Chercher la cause sur internet la nuit	Anxiété, fausses certitudes	Fiche « Trois heures du matin » (17)
Vérifier en boucle (écoute, applications de « mesure »)	Renforce l'hypervigilance	Créneaux de vérification (6)

Trois façons de forcer

FORCER LE COU

Les manipulations rapides du cou, en fin d'amplitude, sont écartées **y compris en auto-manipulation** : le bénéfice sur les acouphènes n'est pas démontré, et la dissection d'une artère du cou, rare mais grave, a été associée dans le temps à ces gestes (AHA/ASA, 2014). La HAS (2026) retient toutefois la possibilité d'une prise en charge manuelle du cou et de la mâchoire par un **professionnel formé**. Ce livre propose des gestes de mobilité lents, sans extension ni rotation forcée (chapitre 24).

FORCER L'OREILLE

On ne débouche pas une oreille par la force. Le Valsalva fort, les cotons-tiges, les bougies ou tout objet dans le conduit exposent à une lésion du tympan, à un bouchon de cérumen ou à une brûlure, sans bénéfice sur l'acouphène. Une oreille bouchée se fait examiner par un ORL, qui dispose de moyens sûrs.

FORCER LE SON

Monter le volume pour ne plus entendre l'acouphène est un réflexe compréhensible. Mais il expose l'oreille, il apprend au cerveau qu'il faut éteindre le bruit à chaque montée, et il ne réduit pas l'attention. Le chapitre 18 propose l'inverse : un fond **sous** le niveau de l'acouphène, gardé longtemps.



ATTENTION

Les compléments : une question à part

Aucun complément alimentaire n'est reconnu comme traitement des acouphènes : les recommandations ne les retiennent pas, et les revues Cochrane ne trouvent pas de bénéfice clair pour le ginkgo ou le zinc. Certaines substances ont des interactions ou des effets indésirables rares. Le chapitre 34 les passe en revue. **Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien avant de commencer**, surtout si vous prenez un traitement.

Comment juger une nouveauté

Chaque mois apparaît une nouvelle méthode. Cinq questions (la fiche « Solution miracle » du chapitre 27 les détaille) :

- Promet-elle de **supprimer** un acouphène ? Méfiez-vous.
- Cite-t-elle des **études publiées**, vérifiables, sur des personnes avec acouphènes ?
- Dit-elle ses **limites** et ses **risques** ?
- Vous demande-t-elle d'**arrêter** un traitement ou un suivi ?
- Est-elle **chère**, avec un engagement ou un achat d'avance ?

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Ce livre écarte les pratiques dangereuses, sans bénéfice démontré, aux promesses fausses ou utiles seulement dans un autre contexte.
- Forcer le cou, l'oreille ou le volume : trois réflexes courants, trois à éviter.
- Aucun complément n'est un traitement des acouphènes ; n'arrêtez aucun médicament seul.
- Pour juger une nouveauté : promesse de suppression, études citées, limites dites, pression d'achat.

IV

Stress, respiration, relaxation

Le stress ne fabrique pas l'acouphène. Il change l'attention que le cerveau lui accorde. C'est précisément ce qu'on peut apaiser.

DANS CETTE PARTIE

12	Stress et système nerveux	79
13	La respiration lente	84
14	Relaxation : relâcher ce qui se contracte	89

Stress et système nerveux

Un système nerveux en alerte traite tout signal comme important, y compris celui-là.

Ce que le stress fait, et ne fait pas

Le stress n'agit pas sur l'oreille elle-même. Il modifie la façon dont le système nerveux filtre les signaux, donc l'attention portée à l'acouphène. Une même personne peut le vivre très différemment selon son niveau de stress, sans que rien n'ait changé dans son oreille.

Le cercle du chapitre 3 (un son perçu, une interprétation inquiète, l'alerte du corps, l'attention tournée vers le son) est celui du stress : chaque tour le renforce, et chaque levier de ce chapitre l'interrompt à un endroit différent.

Ce que l'on sait : stress, anxiété et gêne sont liés, dans les deux sens (l'acouphène stresse, le stress aggrave le vécu). Ce que l'on sait moins : le rôle précis des hormones du stress. Les résultats sont variables, et ce lien reste une **hypothèse**.



À SAVOIR

Pas de « terrain » mystérieux

On parle souvent d'un « terrain » (inflammatoire, circulatoire, nerveux) à « nourrir » ou « apaiser ». Seules certaines composantes sont étayées : le rôle de l'attention, du stress et du sommeil est bien décrit ; celui d'une « inflammation de bas grade » ou d'une « mauvaise microcirculation » dans les acouphènes chroniques n'est pas établi. Ce livre parle donc de **leviers** concrets plutôt que de terrain.

Reconnaître le stress qui s’installe

- Mâchoire serrée, épaules hautes en fin de journée : tension physique entretenue (chapitres 23, 24).
- Sommeil léger, réveils précoces : vigilance de fond élevée (chapitre 17).
- Irritabilité, difficulté à se concentrer : charge mentale excessive.
- Un acouphène qui monte les jours de forte pression : effet du stress sur l’attention.
- Anticipation (« ce soir, ça va monter ») : boucle de peur (chapitre 3).

Les leviers, du plus utile au moins utile

Cet ordre est une orientation, cohérente avec les connaissances actuelles, et non issue d’un essai qui les comparerait.

RANG	LEVIER	EN PRATIQUE
1	Sommeil	Horaires réguliers, lumière tamisée le soir, fond sonore, ne pas rester au lit à guetter le sommeil (partie V)
2	Respiration lente	Cinq minutes, deux fois par jour (chapitre 13)
3	Activité physique	Trente minutes la plupart des jours : marche, vélo, natation
4	Vérifier moins	Chaque contrôle dit au cerveau que le signal est prioritaire (chapitre 6)
5	Relaxation, pleine conscience	Chapitres 7 et 14
6	Soutien psychologique	La TCC est la mieux documentée (chapitre 33)



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science sur l'activité physique

L'activité physique régulière a des effets bien établis sur le sommeil, l'anxiété et l'humeur. Pour les acouphènes eux-mêmes, quelques petites études suggèrent un bénéfice sur la gêne, mais les données sont insuffisantes. Elle est recommandée pour la santé en général, pas comme traitement de l'acouphène. Niveau de preuve : **Établi** (stress, sommeil), **Préliminaire** (acouphène).

Un geste d'appui pendant une montée

Quand l'angoisse monte, avoir quelque chose à faire aide à ne pas subir. Ce geste n'est ni un traitement ni un « interrupteur ».

FICHE TECHNIQUE · 1 MINUTE 30

HYPOTHÈSE

Le geste du tragus

OBJECTIF	Avoir un point d'appui pendant une montée d'anxiété.
PRINCIPE	Le geste donne quelque chose à faire, fixe l'attention sur une sensation et impose une pause et un décompte, donc un ralentissement. Ce n'est pas une stimulation démontrée du nerf vague : les travaux sur ce sujet utilisent une stimulation électrique de l'oreille externe, pas une pression des doigts.
POSITION	Assis ou debout, n'importe où.
ÉTAPES	1. Le tragus est le petit cartilage devant l'entrée du conduit. Pincez-le entre le pouce et l'index, pression ferme mais confortable, continue. 2. Comptez jusqu'à vingt. 3. Relâchez, respirez, pause de dix secondes. 4. Répétez trois fois.
FRÉQUENCE	À la demande, pendant une montée.
RÉSULTAT ATTENDU	Un petit ralentissement, une prise de distance. Pas d'effet sur le bruit.
LIMITES	Un point d'appui pendant la montée ; le vrai travail se fait en dehors des crises (respiration, sommeil, thérapie).
PRÉCAUTIONS	Ne pincez jamais fort : si c'est douloureux, le corps passe en alerte. Pas de piercing ni de lésion récente de l'oreille.



ATTENTION

Détresse, idées sombres : parlez-en

Si l'acouphène s'accompagne d'une détresse importante, de troubles du sommeil installés, d'une perte d'intérêt, de désespoir ou d'idées sombres, parlez-en à votre médecin. Personne ne devrait rester seul avec cela, et des prises en charge existent. En cas de pensées suicidaires : **3114**, gratuit, jour et nuit, ou **15 / 112** en urgence.

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Le stress n'agit pas sur l'oreille : il modifie l'attention portée à l'acouphène.
- Sommeil, respiration, activité, vérifier moins : les leviers concrets.
- Le tragus offre un point d'appui ; ce n'est pas une stimulation démontrée du nerf vague.
- Détresse marquée ou idées sombres : médecin, 3114, 15.

La respiration lente

Inspirer 4, expirer 6, sans blocage. La technique la plus simple de ce livre, et l'une des plus utiles.

Pourquoi l'expiration change quelque chose

Quand le système nerveux est en alerte, le cerveau traite le moindre signal comme important, y compris l'acouphène. Une respiration lente, avec une expiration au moins aussi longue que l'inspiration, aide le corps à revenir au calme et fait baisser la vigilance. Le bruit cesse alors d'être traité en priorité. Il n'a pas disparu : il est repassé au second plan.



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science

Une synthèse d'études (Zaccaro et al., 2018) rapporte que la respiration lente (environ six cycles par minute) s'accompagne d'une meilleure variabilité de la fréquence cardiaque et d'une baisse de l'anxiété et du stress chez des adultes sans acouphènes. Les études sont petites et variées. **Aucun essai solide n'a testé la respiration lente sur la gêne liée à l'acouphène** : c'est un outil de régulation du stress. Niveau de preuve : **Avis d'experts** (acouphène), **Préliminaire** (stress).

FICHE TECHNIQUE · 2 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

La respiration 4-6

OBJECTIF	Faire baisser le niveau de vigilance et retirer sa priorité au bruit.
PRINCIPE	Une expiration plus longue que l'inspiration, environ six cycles par minute (4 + 6 secondes).
INDICATIONS	Montée d'angoisse, avant de dormir, en prévention.
POSITION	Assis ou allongé, au calme.
ÉTAPES	1. Une main sur le ventre, l'autre sur la poitrine. C'est la main du bas qui doit se soulever. 2. Inspirez par le nez, 4 secondes, calmement : ce n'est pas une grande inspiration. 3. Expirez par le nez, 6 secondes, lentement, en continu. C'est la longueur de l'expiration qui compte. 4. Sans blocage : pas de rétention, on enchaîne. 5. Faites douze cycles (environ deux minutes). Comptez les cycles plutôt que de regarder l'heure.
FRÉQUENCE	Deux fois par jour, à heure fixe, même quand tout va bien.
RÉSULTAT ATTENDU	Une détente progressive. Chez certains, l'effet se sent dès la première fois ; chez d'autres, il demande de la répétition.
LIMITES	Ne cherchez pas à évaluer le résultat pendant l'exercice : c'est une vérification, elle vous ramène au bruit.
PRÉCAUTIONS	Arrêtez en cas d'étourdissement, de fourmillements ou de malaise, et reprenez une respiration normale. Jamais en conduisant. Maladie respiratoire ou cardiaque : avis médical avant des exercices réguliers.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

La cohérence cardiaque 5-5

OBJECTIF	Pratiquer une respiration lente régulière, à six respirations par minute.
PRINCIPE	Inspirer 5 secondes, expirer 5 secondes, pendant 5 minutes (environ 30 cycles). C'est une variante du 4-6 : choisissez celle qui vous est la plus confortable.
POSITION	Assis, dos soutenu.
ÉTAPES	1. Inspirez par le nez, ventre qui se gonfle, 5 secondes. 2. Expirez lentement, 5 secondes (nez ou bouche, comme c'est le plus confortable). 3. Poursuivez cinq minutes.
FRÉQUENCE	Idéalement trois moments par jour (matin, midi, soir), deux au minimum. La régularité compte plus que la durée.
RÉSULTAT ATTENDU	Détente ; effet sur l'acouphène non démontré.
LIMITES	L'expression « validé par la recherche » ne s'applique pas à l'acouphène : l'effet sur la gêne n'a pas été testé de manière solide.
PRÉCAUTIONS	Les mêmes que pour la respiration 4-6. Des applications gratuites existent ; l'essentiel est le rythme, pas l'application.

Trois usages

- **Pendant une montée** : deux minutes, main sur le ventre. Ne pas évaluer le résultat pendant ; faire, puis passer à autre chose.
- **Au coucher** : cinq minutes allongé, lumière éteinte, fond sonore en route. Si vous vous endormez avant la fin, c'est réussi.
- **En prévention**, deux fois par jour à heure fixe : c'est l'usage le plus important et le plus négligé, car la régularité fait baisser la vigilance de fond.

L'erreur la plus fréquente : n'utiliser la respiration qu'en cas de crise. C'est comme aller à la salle de sport seulement les jours où l'on se sent faible.

Installer l'habitude

- **Semaine 1** : une séance par jour, le matin. L'objectif est l'habitude, pas le résultat.
- **Semaines 2 et 3** : deux séances par jour (matin et fin d'après-midi), plus la version du coucher si vos nuits sont difficiles.
- **À partir de la 4** : le rythme est installé. Utilisez en plus la version courte pendant les montées, sans remplacer les séances régulières.

Trois erreurs à éviter

- **Respirer trop fort ou trop profond.** L'amplitude n'apporte rien et peut donner des étourdissements : calme et régulier plutôt que grand.
- **Vérifier si ça marche pendant l'exercice.** C'est une surveillance du bruit.
- **Abandonner après trois essais.** Un système nerveux sollicité depuis longtemps ne se recalibre pas en une semaine.



À SAVOIR

Pourquoi pas de rétention ?

Certaines méthodes comportent des blocages (« respiration carrée », apnées volontaires). Ici, on n'en veut pas : la rétention peut augmenter l'inconfort et l'anxiété chez des personnes déjà tendues, sans bénéfice démontré pour l'acouphène.

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Inspirer 4 secondes, expirer 6, ventre qui se gonfle, sans blocage : douze cycles, deux minutes.
- La cohérence cardiaque 5-5 est une variante ; l'effet sur l'acouphène n'est pas démontré, celui sur le stress est plausible.
- L'usage préventif, deux fois par jour, compte plus que l'usage en crise.
- Étourdissements ou fourmillements : on arrête. Maladie cardiaque ou respiratoire : avis médical.

Relaxation : relâcher ce qui se contracte

Se détendre n'est pas « ne plus y penser ». C'est donner au corps l'occasion de baisser la garde.

Ce que la relaxation peut et ne peut pas faire

La relaxation ne fait pas disparaître l'acouphène. Elle réduit la tension physique et la vigilance, ce qui peut diminuer la gêne, aider le sommeil et rendre le bruit moins envahissant. La meilleure méthode est celle que vous pratiquerez vraiment.

MÉTHODE	CE QUE L'ON SAIT	PREUVE
Relaxation musculaire progressive	Méthode ancienne, bien connue contre la tension et l'anxiété ; utilisée dans certains protocoles de TCC	Avis d'experts
Scan corporel, imagerie guidée	Régulation du stress, aide à l'endormissement	Avis d'experts
Pleine conscience (MBCT)	Un essai de taille modeste (McKenna et al., 2017) a trouvé un bénéfice sur la gêne, par rapport à un entraînement à la relaxation	Préliminaire
Hypnose, sophrologie, yoga, tai-chi, biofeedback	Peu d'études, de qualité limitée, sur les acouphènes ; bénéfices généraux sur le stress et le sommeil	Hypothèse

FICHE TECHNIQUE · 12 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

La relaxation musculaire progressive

OBJECTIF	Repérer la tension et obtenir un vrai relâchement.
PRINCIPE	Contracter un groupe de muscles, puis le relâcher, permet de sentir la différence entre tension et détente (méthode d'Edmund Jacobson, années 1930).
PRÉPARATION	Un endroit calme, un fond sonore doux ; pas de silence imposé.
POSITION	Allongé sur le dos, ou assis dans un fauteuil, vêtements souples.
ÉTAPES	1. Respirez lentement trois fois. 2. Pour chaque groupe, contractez 5 secondes sans aller jusqu'à la douleur, puis relâchez 15 secondes en observant la détente : mains et avant-bras (poings serrés) ; bras ; front (sourcils levés) ; yeux (paupières serrées) ; mâchoire (dents légèrement serrées, puis desserrées) ; nuque et épaules (haussées) ; ventre ; cuisses ; mollets et pieds. 3. Terminez par 3 minutes d'attention au souffle.
DURÉE	12 minutes en version complète ; 5 minutes en version courte (mains, épaules, mâchoire, ventre).
FRÉQUENCE	Une fois par jour pendant deux semaines, de préférence le soir.
RÉSULTAT ATTENDU	Une détente musculaire nette, parfois du sommeil.
LIMITES	Les premières séances paraissent longues. Si l'attention part vers l'acouphène, ramenez-la au groupe musculaire suivant.
PRÉCAUTIONS	Ne contractez jamais jusqu'à la douleur. Évitez les muscles blessés ou douloureux. En cas de crampe, relâchez.

FICHE TECHNIQUE · 8 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le scan corporel

OBJECTIF	Porter l'attention sur le corps, partie par partie, sans rien chercher à changer.
PRINCIPE	Pratique issue de la pleine conscience : on observe les sensations (pesanteur, chaleur, contact) sans les juger. L'attention est occupée ailleurs que sur le bruit.
PRÉPARATION	Un fond sonore doux.
POSITION	Allongé, ou assis.
ÉTAPES	1. Fermez les yeux ou fixez un point. Trois respirations lentes. 2. Portez l'attention sur les pieds : contact avec le sol ou le lit, chaleur, picotements. 20 à 30 secondes. 3. Remontez lentement : mollets, genoux, cuisses, bassin, ventre, dos, poitrine, mains, bras, épaules, cou, visage, mâchoire. 4. Si l'esprit s'échappe ou revient vers le bruit, ce n'est pas une erreur : notez-le (« pensée », « bruit ») et revenez à la zone. 5. Terminez par une vue d'ensemble du corps, puis trois respirations.
FRÉQUENCE	Une fois par jour, ou au coucher.
RÉSULTAT ATTENDU	Un calme progressif. Rien de spectaculaire.
LIMITES	Chez certaines personnes, l'attention portée à l'intérieur du corps augmente la perception de l'acouphène. Préférez alors la relaxation musculaire ou la respiration avec un fond sonore.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le lieu sûr (imagerie guidée)

OBJECTIF	Donner à l'esprit un lieu calme sur lequel se poser.
PRINCIPE	Imaginer en détail un lieu apaisant mobilise l'attention et les sens, et donne autre chose à traiter que le bruit.
POSITION	Assis ou allongé.
ÉTAPES	1. Choisissez un lieu réel ou imaginaire où vous vous sentez en sécurité (plage, forêt, chambre d'enfance). 2. Décrivez-le avec les cinq sens : ce que vous voyez, entendez (vagues, vent), sentez, touchez. 3. Respirez lentement et installez-vous dedans quelques minutes. 4. Revenez doucement à la pièce, ouvrez les yeux.
FRÉQUENCE	Selon le besoin, au coucher.
PRÉCAUTIONS	Choisissez un lieu neutre . S'il évoque un souvenir pénible, changez-en.

FICHE TECHNIQUE · 1 MINUTE

AVIS D'EXPERTS

Le relâchement express

OBJECTIF	Désamorcer la tension en milieu de journée.
PRINCIPE	Combinaison relâchement et respiration en gestes brefs, au bureau ou en déplacement.
ÉTAPES	1. Mâchoire : lèvres jointes, dents écartées, langue au palais. 2. Épaules : les hausser 5 secondes, relâcher. 3. Mains : à plat sur les cuisses, doigts desserrés. 4. Souffle : trois expirations longues (inspirer 4 secondes, expirer 6).
FRÉQUENCE	Toutes les heures environ, ou à chaque rappel du « check épaules » (chapitre 24). Variante simple, la règle 20-2-20 : toutes les deux heures, vingt respirations lentes puis vingt pas (environ deux minutes).



EN PRATIQUE

Et si le calme fait monter l'acouphène ?

Pour certaines personnes, fermer les yeux et se tourner vers l'intérieur ramène l'attention vers le bruit. Gardez alors les yeux ouverts, mettez un fond sonore doux, choisissez la relaxation musculaire plutôt que le scan corporel, ou pratiquez en marchant. Ce n'est pas un échec : c'est un réglage à trouver.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- La relaxation ne guérit pas l'acouphène ; elle réduit la tension et la vigilance, et aide le sommeil.
- Choisissez la méthode que vous pratiquerez vraiment : Jacobson, scan corporel, imagerie, relâchement express.
- Un fond sonore doux et les yeux ouverts aident si le calme ramène l'attention vers le bruit.
- Pleine conscience : piste préliminaire. Hypnose, sophrologie, yoga : preuves limitées, intérêt général pour le stress.



Sommeil

Un cerveau fatigué filtre moins bien. Le sommeil est souvent le levier qui change le plus vite le vécu de l'acouphène.

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|----|--|-----|
| 15 | Sommeil et acouphènes : un cercle à casser | 95 |
| 16 | La chambre et la routine du soir | 100 |
| 17 | Réveils nocturnes et nuits de crise | 105 |

Sommeil et acouphènes : un cercle à casser

La nuit, le silence est maximal, il n'y a plus de distraction, et l'attente fait le reste.

Un lien dans les deux sens

Les troubles du sommeil sont fréquents avec les acouphènes, et le lien va dans les deux sens : l'acouphène gêne l'endormissement, et un sommeil court ou haché rend l'acouphène plus pénible le lendemain, parce qu'un cerveau fatigué filtre moins bien et gère moins bien le stress. Ce lien est bien décrit ; son poids varie selon les personnes.

La nuit réunit les pires conditions : un silence maximal, aucune distraction, un corps immobile. S'y ajoute l'**attente** : vous savez que le bruit sera audible, donc vous le guettez, et le guetter suffit à le placer au premier plan.



À SAVOIR

Le cercle de la nuit

L'acouphène est audible dans le silence > l'inquiétude monte > l'endormissement se retarde > la nuit est courte > le cerveau fatigué filtre moins bien le lendemain > le soir suivant, on recommence un cran plus haut. **Ce cercle a plusieurs points d'entrée** : l'environnement sonore, l'attente ou l'endormissement suffisent à l'enrayer, sans agir sur le bruit.

Le but de cette partie n'est pas de vous faire dormir malgré l'acouphène. C'est **d'arrêter d'en faire le sujet de vos nuits**.

Plus fort le soir, plus fort le jour ?

Beaucoup de personnes constatent que leur acouphène varie au fil de la journée. Ce n'est pas un hasard.

PROFIL	CE QUI JOUE LE PLUS SOUVENT	CE QUI AIDE
Plus présent le soir et la nuit	Moins de bruit ambiant (contraste), attention fatiguée, attente du coucher	Fond sonore avant le pic, routine du soir, respiration (chapitres 16, 13)
Plus présent en journée	Stress, tensions de la mâchoire et de la nuque, concentration, stimulants	Pauses mâchoire et épaules, respiration, fond sonore discret (chapitres 23, 24)
Plus fort au réveil	Fin de nuit sans fond sonore, tension nocturne, vérification au lever	Fiche « réveil » (chapitre 26)

Ce n'est pas forcément l'acouphène qui monte, c'est parfois le reste qui descend : moins de bruit autour, une attention fatiguée par la journée. Une bougie est invisible en plein jour et éblouissante dans le noir. Il peut aussi varier réellement, mais ce point reste mal compris : mieux vaut agir sur ce que l'on maîtrise.

FICHE TECHNIQUE · 7 JOURS

AVIS D'EXPERTS

Trouver son créneau de pic

OBJECTIF	Repérer le moment de la journée où la gêne est maximale, pour agir une heure avant .
PRINCIPE	Agir avant le pic est plus efficace que de le calmer une fois installé : une fois l'attention captée, elle est difficile à détourner.
PRÉPARATION	La grille ci-dessous, cinq minutes le soir.
ÉTAPES	1. Notez chaque jour, pour chaque tranche horaire, la gêne de 1 à 5 (1 = à peine perceptible, 3 = présent mais supportable, 5 = très envahissant). 2. Au bout de sept jours, repérez la colonne aux notes les plus hautes : c'est votre créneau. Beaucoup situent leur pic entre 18 h et 22 h ; le vôtre peut tomber ailleurs. 3. Commencez votre routine d'anticipation une heure avant (chapitre 16).
RÉSULTAT ATTENDU	Un créneau clair, et la preuve que la gêne varie.
LIMITES	Noter peut devenir une vérification de plus : une note par tranche, le soir seulement.

Gêne par tranche horaire (1 à 5)

JOUR	MATIN	MIDI	16-18 H	18-20 H	20-22 H	APRÈS 22 H

Les bases du sommeil

- **Une heure de lever fixe, tous les jours** : c'est l'ancrage le plus puissant du rythme veille-sommeil.
- **Lumière du jour le matin, lumière basse le soir** : des signaux pour l'horloge interne.
- **Pas de caféine après le début d'après-midi** : son effet sur le sommeil est établi et dure plusieurs heures.
- **Alcool** : **pas pour s'endormir**. Il endort, puis hache la seconde moitié de la nuit.
- **Activité physique dans la journée**, mais pas d'effort intense juste avant le coucher.
- **Le lit sert à dormir** : évitez d'y travailler, d'y ruminer, de s'y informer.



ATTENTION

Ronflements, pauses respiratoires, somnolence : parlez-en

Des ronflements importants, des pauses respiratoires signalées par un proche, une somnolence marquée la journée malgré des nuits suffisantes, des maux de tête au réveil : une **apnée du sommeil** est possible. Elle est fréquente, souvent non diagnostiquée, et se traite. Parlez-en à votre médecin.



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science sur l'insomnie

Pour l'insomnie chronique (au moins trois nuits par semaine depuis au moins trois mois), les recommandations européennes (Riemann et al., 2023) placent la **thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)** en première intention, avant les médicaments. L'AASM va dans le même sens (Edinger et al., 2021). Ces recommandations portent sur l'insomnie en général ; chez les personnes avec acouphènes, la TCC-I est logique, mais les essais spécifiques sont moins nombreux. Niveau de preuve : **Établi** pour l'insomnie, **Préliminaire** pour l'insomnie liée aux acouphènes.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Sommeil et acouphène s'entretiennent : un cerveau fatigué filtre moins bien.
- Le cercle de la nuit a plusieurs points d'entrée : environnement sonore, attente, endormissement.
- Repérez votre créneau de pic sur sept jours et agissez une heure avant.
- Ronflements marqués, pauses respiratoires, somnolence : dépistage de l'apnée.
- Insomnie installée depuis plus de trois mois : TCC-I avec un professionnel formé.

La chambre et la routine du soir

Le sommeil ne se décide pas au moment où l'on se couche : il se prépare dans l'heure et demie qui précède.

Régler la chambre

- **Le son** : un fond sonore doux, plutôt de type bruit rose (pluie, vent, vagues) que bruit blanc, réglé **sous le niveau de l'acouphène** (chapitre 18).
- **L'enceinte** : posée à un ou deux mètres, **pas d'écouteurs** intra-auriculaires pour dormir. Pas de compression du conduit, pas de risque de volume excessif, et le son occupe la pièce.
- **La lumière** : chambre sombre ; éclairage indirect et chaud en soirée.
- **La température** : plutôt fraîche (souvent conseillée entre 16 et 19 °C), bien aérée.
- **Le réveil** : tourné contre le mur. Connaître l'heure ne sert à rien la nuit et lance le calcul « il me reste trois heures ».
- **Le téléphone** : hors de la chambre, ou hors de portée de main.

Son en continu ou avec minuteur ?

Les guides ne s'accordent pas, et **aucun essai ne tranche**. Voici comment décider.

VOTRE SITUATION	CONSEIL	POURQUOI
Vous vous réveillez la nuit et le silence fait monter l'angoisse	Son continu, volume très bas	À chaque réveil, vous n'entrez pas dans un silence total
Vous dormez d'une traite et le son gêne l'endormissement	Minuteur de 60 à 90 minutes	Le son aide à s'endormir ; sans réveil, le silence est sans conséquence
Vous hésitez	Continu une semaine, puis minuteur une semaine	Votre expérience est la seule donnée qui compte

Dans tous les cas : volume très bas, sous le niveau de l'acouphène, enceinte à distance.

FICHE TECHNIQUE · 90 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

La routine du soir

OBJECTIF	Faire redescendre la vigilance progressivement, au lieu de passer d'un coup de l'activité au lit.
PRINCIPE	Chaque étape envoie un signal au corps ; l'ordre compte plus que l'heure exacte. Cohérent avec l'hygiène du sommeil et les approches cognitivo-comportementales ; peu testé chez les personnes avec acouphènes.
PRÉPARATION	Un fond sonore prêt, un carnet près du lit, le téléphone chargé hors de la chambre.
ÉTAPES	1. H-90 : baissez la lumière. Lampes basses, pas de plafonnier. 2. H-60 : arrêtez les sujets activants (écrans, travail, actualités) : le contenu relance la vigilance, pas seulement la lumière. 3. H-30 : lancez le fond sonore pendant que vous vous préparez, avant d'être au lit. 4. H-15 : relâchez la mâchoire. Lèvres jointes, dents écartées, langue au palais, 30 secondes (chapitre 23). 5. H-5 : respirez lentement, cinq minutes : inspirez 4 secondes, expirez 6 (chapitre 13). 6. Au lit : si des soucis tournent, notez-les ; éteignez ; ne vérifiez pas l'acouphène.
FRÉQUENCE	Tous les soirs, y compris le week-end.
RÉSULTAT ATTENDU	Un endormissement moins long ; surtout, une soirée moins centrée sur le bruit.
LIMITES	Les premières semaines, la routine peut sembler artificielle. Elle devient un repère.
PRÉCAUTIONS	Les soirs de fatigue extrême, raccourcissez : une routine imparfaite vaut mieux qu'aucune.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

PRÉLIMINAIRE

Écrire avant de dormir

OBJECTIF	Sortir les préoccupations de la tête et les poser sur le papier.
PRINCIPE	Dans une étude en laboratoire du sommeil (Scullin et al., 2018), des adultes qui écrivaient pendant cinq minutes la liste de ce qu'ils avaient à faire s'endormaient plus vite que ceux qui notaient ce qu'ils avaient fait. Petit effectif, personnes sans acouphènes : prometteur, pas démontré pour vous.
PRÉPARATION	Un carnet et un stylo, pas d'écran.
ÉTAPES	1. Une heure avant le coucher, écrivez ce que vous avez à faire demain, même en vrac. 2. Gardez trois priorités au maximum : une liste trop longue recrée l'anxiété qu'elle devait calmer. 3. Refermez le carnet. Si une idée revient au lit : « c'est noté ».
FRÉQUENCE	Chaque soir ou chaque dimanche soir.
LIMITES	Cela ne règle pas une anxiété installée (chapitre 8).

Dormir sur le bon côté

Si une oreille siffle plus fort, évitez de dormir dessus : écrasée contre l'oreiller, elle est en partie bouchée, et le bruit interne ressort davantage (explication plausible, avis d'experts). Tournez-la vers le haut, quitte à essayer un oreiller plus fin ou en U. Si une oreille est toujours plus sensible, c'est aussi une information pour votre ORL (chapitre 4).

FICHE SITUATION

Le dimanche soir

L'anticipation du lundi fait monter la tension. On la désamorce dès l'après-midi.

POURQUOI	Anticiper la semaine peut déclencher un stress anticipatoire. Le stress ne touche pas l'oreille : il modifie l'attention portée à l'acouphène.
DANS L'APRÈS-MIDI	Préparez vos affaires du lundi et écrivez trois priorités sur un papier. Terminez une petite tâche en suspens.
AVANT LE DÎNER	Marchez 20 minutes dehors, si possible sans téléphone : la marche fait redescendre la tension et donne de la lumière du jour.
LE SOIR	Dîner, lumière tamisée, pas d'actualités professionnelles . Douche tiède, étirements doux de la nuque et des épaules, routine du soir.
COUCHER	À votre heure habituelle , avec le fond sonore. Ne vous couchez pas en avance pour « fuir » le lundi : cela allonge souvent l'endormissement.
À ÉVITER	Planifier toute la semaine ; consulter ses mails professionnels ; alcool et écrans tard.
QUAND CONSULTER	Si l'anxiété du dimanche s'accompagne d'un sommeil très perturbé sur plusieurs semaines, ou d'une détresse qui dépasse le dimanche, parlez-en à votre médecin.

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Chambre sombre et fraîche, réveil et téléphone hors de vue, enceinte à distance plutôt qu'écouteurs.
- Son continu ou minuteur : décidez selon vos réveils, et comparez sur deux semaines.
- Routine des 90 minutes : lumière basse, fin des écrans, fond sonore, mâchoire, respiration.
- Écrire trois priorités le soir aide à lâcher prise ; le dimanche soir se prépare dès l'après-midi.

Réveils nocturnes et nuits de crise

*Le réveil à trois heures du matin est le moment le plus difficile.
La conduite à tenir est contre-intuitive.*

Ce que l'on fait, et ce que l'on ne fait pas

Vous êtes fatigué, seul, dans le noir, et le silence est total. Le premier geste de presque tout le monde est de vérifier si l'acouphène est toujours là, ce qui termine le réveil. Voici la conduite recommandée.

FICHE SITUATION

Trois heures du matin : que faire ?

Un plan à lire à l'avance, pas à improviser dans le noir.

OBJECTIF	Ne pas transformer un réveil en nuit blanche.
TOUT DE SUITE	Ne vérifiez pas si l'acouphène est là. Si vous le faites, nommez-le (« je vérifie ») et ramenez l'attention sur le fond sonore ou la respiration lente (4 secondes, 6 secondes). Ne regardez pas l'heure.
DANS LE QUART D'HEURE	Si le sommeil ne revient pas après environ 15 à 20 minutes (estimées sans regarder l'heure), levez-vous. Allez dans une autre pièce, lumière basse, faites quelque chose de calme et ennuyeux (lecture papier, étirements doux). Pas d'écran, pas de nourriture, pas de téléphone.
AU RETOUR	Retournez au lit seulement quand l'envie de dormir revient. Sinon, recommencez. Cette règle vient de la TCC-I (contrôle du stimulus) : elle empêche le cerveau d'associer le lit à l'attente et à la frustration.
LE LENDEMAIN	Même heure de lever , même après une mauvaise nuit. Pas de grasse matinée, pas de longue sieste (courte, avant 15 heures, si nécessaire).
À ÉVITER	Le téléphone (lumière, contenus activants, témoignages alarmistes) ; chercher à dormir de force ; compenser avec de l'alcool.
PHRASES UTILES	« Une mauvaise nuit ne prédit rien. » « Mon corps sait dormir. » « Je n'ai pas besoin de vérifier. »
LIMITES	Ne remplace pas une prise en charge de l'insomnie chronique.



À SAVOIR

Se lever, mais ne pas regarder l'heure : pas de contradiction

On ne regarde pas l'heure pour éviter le calcul qui réveille ; on estime le temps à l'impression. Les 15 à 20 minutes sont **indicatives** : si vous êtes clairement éveillé, tendu ou frustré, c'est le signal de vous lever, pas le chronomètre.

Les pièges qui entretiennent le cercle

- **L'alcool du soir** : il endort puis réveille, et la seconde moitié de nuit est hachée.
- **La caféine l'après-midi** : à limiter **pour le sommeil**, dont l'effet est établi. Son effet sur l'acouphène n'est pas démontré (chapitre 28).
- **Le téléphone la nuit** : lumière, contenu activant, récits alarmistes.
- **Rester au lit éveillé des heures** : le lit s'associe à l'attente et à la frustration.
- **Compenser la nuit suivante** (grasse matinée, longues siestes) : cela dérègle le rythme.
- **Chercher à dormir** : l'effort produit l'inverse. Appliquez la règle des 15 à 20 minutes plutôt que d'insister.

La nuit de crise

Certaines nuits, tout s'emballe : l'acouphène semble envahissant, la panique monte.

- Allumez ou augmentez très légèrement un fond sonore doux, **sans dépasser le point de mélange**.
- Respirez lentement 5 minutes (chapitre 13), mains sur le ventre.
- Si l'angoisse domine, levez-vous : lumière douce, boisson tiède sans caféine, étirements doux.
- Relisez la **phrase d'ancrage** : « Une mauvaise nuit ne signifie pas que mon acouphène s'aggrave. Elle signifie que cette nuit-là a été difficile. »
- Le lendemain, gardez votre heure de lever et votre routine.

Si cette nuit s'accompagne d'idées sombres ou du sentiment de ne plus pouvoir tenir, appelez le **3114** (gratuit, jour et nuit) ou le **15** ; voir le chapitre 35.


ATTENTION
Somnifères, mélatonine : pas sans avis

Ne démarrez, n'augmentez ni n'arrêtez un médicament du sommeil sans avis médical. Les somnifères (benzodiazépines et apparentés) exposent à une dépendance et à des effets indésirables. Votre médecin peut aussi vérifier que l'un de vos traitements ne joue pas un rôle (chapitre 2).

Quand consulter pour le sommeil

- **Insomnie installée depuis plus de trois mois** : médecin traitant ; TCC-I avec un professionnel formé.
- **Ronflements importants, pauses respiratoires, somnolence** : dépistage de l'apnée.
- **Réveils très précoces avec tristesse, perte d'intérêt** : une dépression est possible, consultez.
- **Détresse importante, idées sombres** : médecin, psychologue ; en urgence, 3114 ou 15.


L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Au réveil nocturne : ne pas vérifier, ne pas regarder l'heure, respiration lente, fond sonore doux.
- Après environ 15 à 20 minutes d'éveil, levez-vous et revenez quand l'envie de dormir revient.
- Heure de lever fixe, pas de compensation le lendemain.
- Alcool, caféine tardive et téléphone entretiennent le cercle.
- Détresse ou insomnie installée : consultez ; le 3114 est gratuit, jour et nuit.

VI

Environnement sonore et protection auditive

Le silence complet n'est pas votre allié, le bruit fort non plus. Entre les deux, il y a un réglage à trouver.

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|----|---|-----|
| 18 | Silence, contraste et enrichissement sonore | 110 |
| 19 | Choisir son son, régler le volume | 118 |
| 20 | Protéger son audition, sans s'isoler du son | 123 |
-

Silence, contraste et enrichissement sonore

Le bruit paraît plus fort quand tout se tait. Ce n'est pas qu'une impression : c'est une question de contraste.

Pourquoi le bruit monte quand le monde se tait

Dans une pièce très calme, l'acouphène devient le son le plus présent. Il n'y a plus rien contre quoi le comparer, et l'attention se fixe dessus. Trois mécanismes se cumulent :

- **Le contraste** : plus l'écart est grand entre l'acouphène et les sons de fond, plus il ressort. Dans une pièce silencieuse, la nuit, il est maximal.
- **L'attention** : sans autre son à écouter, le cerveau s'oriente vers le seul signal disponible (chapitre 3).
- **L'anticipation** : le silence devient associé à la gêne (« le soir, ça va monter »), et cette tension accentue à son tour la perception.

Une **hypothèse** de la recherche s'y ajoute : quand le cerveau reçoit moins de sons, il pourrait augmenter sa sensibilité pour compenser, ce qui rendrait le signal interne plus audible (Noreña, 2011 ; Schaette et McAlpine, 2011). Ce modèle reste discuté, et il n'est pas nécessaire pour agir : il suffit de ne pas laisser le silence s'installer.

FICHE TECHNIQUE · 8 SECONDES

AVIS D'EXPERTS

Le test de fermeture des oreilles

OBJECTIF	Voir comment réagit votre acouphène quand les sons extérieurs disparaissent.
PRINCIPE	Boucher les oreilles supprime les sons de fond et renforce les sons graves transmis par les os du crâne (voix, pouls) : c'est l'effet d'occlusion, bien connu en audiologie. Le test illustre le rôle du contraste . Il ne diagnostique rien.
POSITION	Assis, au calme, yeux fermés.
ÉTAPES	1. Fermez doucement les oreilles avec les paumes ou en appuyant sur les tragus, 5 secondes. Ne mettez jamais un doigt ou un objet dans le conduit. 2. Écoutez : l'acouphène est-il plus fort, plus net, plus aigu, ou identique ? 3. Relâchez et retrouvez les sons de la pièce : le bruit s'éloigne-t-il ? 4. Notez la gêne de 0 à 10.
RÉSULTAT ATTENDU	Le plus souvent, un acouphène plus présent : c'est le comportement le plus fréquent et il ne signale aucune maladie. Si rien ne change, l'environnement sonore reste utile, surtout le soir.
PRÉCAUTIONS	Pression légère. Pas de test en cas de douleur d'oreille.

Enrichissement sonore, masquage, silence

L'**enrichissement sonore** consiste à ne jamais laisser le silence complet : on ajoute un fond sonore doux, qui donne autre chose à traiter au cerveau. Il se distingue du **masquage**, qui cherche à couvrir complètement l'acouphène.

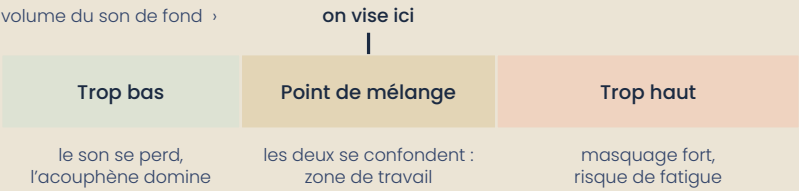
APPROCHE	BUT	VOLUME
Masquage complet	Ne plus entendre l'acouphène	Au-dessus du niveau de l'acouphène
Enrichissement	Réduire le contraste, détourner l'attention	Sous le niveau de l'acouphène : le son et l'acouphène se mêlent
Silence	Aucun	À éviter, sauf moments choisis



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science sur la thérapie sonore

Les guides officiels ne présentent pas le son seul comme un traitement. La revue Cochrane (Sereda et al., 2018 ; 8 essais, 590 personnes) n'a pas montré que la thérapie sonore fasse mieux que la liste d'attente, le placebo ou la simple information (certitude faible). La HAS (2026) ne recommande pas la thérapie sonore **seule** en l'absence de perte auditive : elle l'associe à d'autres approches (enrichissement sonore et soins non auditifs pour une gêne légère ; générateur de sons et TCC pour une gêne plus importante). Le son prend sa place **dans une prise en charge globale**, où il réduit le contraste, facilite le sommeil et détourne l'attention. Niveau de preuve : **Avis d'experts**.



Le réglage décisif : le point de mélange

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Trouver son point de mélange

OBJECTIF	Régler un fond sonore qui ne couvre pas l'acouphène et ne le laisse pas seul.
PRINCIPE	Le but n'est pas de faire disparaître l'acouphène, mais de donner autre chose à traiter au cerveau, en lui laissant percevoir les deux. Si vous le couvrez complètement, le soulagement est immédiat, mais à chaque coupure le cerveau va le rechercher. C'est le raisonnement de la plupart des approches de réhabilitation, comme la TRT.
INDICATIONS	Silence mal supporté, soirée, endormissement, tâches calmes.
PRÉPARATION	Un son que vous aimez (chapitre 19), une enceinte ou un appareil, un endroit calme.
ÉTAPES	1. Lancez le son à très faible volume. 2. Montez le volume jusqu'à ne plus entendre votre acouphène. 3. Redescendez lentement, jusqu'au moment précis où vous le percevez de nouveau, mêlé au son. Vous y êtes. 4. Gardez ce réglage plusieurs jours sans y toucher. 5. Refaites le réglage de temps en temps : votre acouphène varie.
FRÉQUENCE	Au réglage, puis à chaque changement de situation.
RÉSULTAT ATTENDU	Un acouphène moins « au premier plan », un soir plus facile. Pas de disparition.
LIMITES	L'habituation est progressive : jugez après deux à trois semaines , pas le premier soir.
PRÉCAUTIONS	Volume confortable et modéré, jamais au niveau d'un son qui fatigue . Un fond fort et prolongé n'apporte rien de plus et sollicite l'oreille. Hypersensibilité aux sons, baisse d'audition ou vertiges : avis professionnel avant de commencer.

**À SAVOIR****Vous masquez depuis des années ?**

Ne culpabilisez pas : couvrir complètement l'acouphène soulage vraiment, et c'est parfois nécessaire pour traverser une période difficile. Pour passer au point de mélange, **baissez d'un cran par semaine**, sans à-coup. Si la baisse ramène trop d'angoisse, restez un temps au palier précédent.

Pièce par pièce

- **Chambre** : enceinte à un ou deux mètres, volume bas, jamais d'écouteurs intra-auriculaires pour dormir (chapitre 16).
- **Bureau, télétravail** : fond discret (nature, ambient), une fenêtre entrouverte ou un ventilateur. Évitez le silence complet.
- **Salon, cuisine** : radio basse, playlist calme. Le silence ne s'installe jamais complètement.
- **Voiture, transports** : le bruit ambiant joue déjà ce rôle. Écouteurs ouverts à faible volume plutôt que couper le monde.
- **Le soir** : commencez le fond sonore une heure avant le coucher, pour que le passage au sommeil ne se fasse pas dans le silence.
- **Montée de stress** : allumez tout de suite un son doux plutôt que de rester seul avec le bruit.

Réapprivoiser le silence, par paliers

Il ne s'agit pas de vivre dans le bruit. Un moment de calme pour lire, méditer ou se reposer est légitime. C'est le **silence subi**, entretenu par la peur, qu'il faut défaire : si vous évitez le calme parce qu'il vous angoisse, l'évitement entretient la peur (chapitre 3). Une exposition progressive, comme on le fait en thérapie pour d'autres craintes, peut aider.

FICHE TECHNIQUE · 1 À 10 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le silence par paliers

OBJECTIF	Retrouver la possibilité d'un calme sans angoisse.
PRINCIPE	Exposition graduée, utilisée en thérapie cognitivo-comportementale et appliquée ici par extension : on s'expose à une dose supportable, on laisse l'angoisse redescendre seule, puis on augmente. Pas d'essai spécifique sur ce geste.
INDICATIONS	Vous évitez le calme, ou vous le redoutez.
PRÉPARATION	Un moment où vous êtes plutôt bien (pas le soir tardif, pas en crise). Un son doux à portée de main.
POSITION	Assis confortablement, dans une pièce calme mais pas silencieuse (bruits de la maison).
ÉTAPES	1. Notez votre angoisse de 0 à 10. 2. Restez une minute sans fond sonore, attention sur la respiration puis sur les sons de la pièce. 3. Notez de nouveau. Si l'angoisse dépasse 6 sur 10, allumez le son doux : l'objectif est la progression, pas l'épreuve de force. 4. Ajoutez une minute chaque semaine, jusqu'à dix minutes.
FRÉQUENCE	Deux à trois fois par semaine.
RÉSULTAT ATTENDU	Une angoisse qui diminue d'elle-même, séance après séance.
LIMITES	Ne remplace pas un accompagnement si l'angoisse est importante.
PRÉCAUTIONS	Pas après un événement stressant, ni la nuit. Jamais comme « test » pour vérifier si l'acouphène est là.

🔑 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Le bruit paraît plus fort dans le silence : contraste, attention verrouillée, anticipation.
- Enrichir d'un fond doux, sans couvrir l'acouphène : c'est l'objectif, pas l'effacement.
- Le volume se règle au point de mélange, sous l'acouphène, et reste confortable.
- Les preuves du son seul sont limitées : il s'insère dans une prise en charge globale.
- Jugez après deux à trois semaines ; si vous masquez depuis longtemps, baissez d'un cran par semaine.

Choisir son son, régler le volume

Il n'existe pas de son universel. L'essentiel est de choisir un son que vous trouvez agréable et de le garder assez longtemps pour juger.

Blanc, rose, brun : ce qui change vraiment

Ces trois « bruits colorés » ne diffèrent pas par leur volume mais par la répartition entre graves et aigus.

- **Bruit blanc** : toutes les fréquences à niveau égal, un son sifflant, riche en aigus. Le plus courant, mais souvent fatigant sur plusieurs heures pour une oreille sensible.
- **Bruit rose** : moins d'aigus, comme la pluie, le vent, les vagues. Plus doux, souvent mieux toléré la nuit. Un bon point de départ.
- **Bruit brun** : encore plus de graves (cascade lointaine, grondement). Préféré par certains, étouffant pour d'autres.

Aucun essai ne montre qu'un de ces bruits est supérieur aux autres. Le conseil est donc simple : **testez trois sons, trois minutes chacun, et gardez celui qui vous plaît.**

Les autres sons, et leurs pièges

SON	À SAVOIR
Sons de la nature (pluie, vagues, vent, forêt)	Agréables, naturellement variés, ils aident à la détente. Évitez les enregistrements avec des éléments soudains (cris d'oiseaux, tonnerre)
Musique douce sans paroles	Évitez les paroles, qui captent l'attention, et les passages très forts ou très aigus
Ventilateur, petite fontaine, radio très basse	Un fond constant, sans écouteurs ni application
Oreiller sonore (petit haut-parleur sous l'oreiller)	Pratique la nuit : volume très bas, minuteur long, pas d'écouteurs
Applications de bruits	Pratiques : choisissez-en une sans publicité ni coupure entre deux boucles, avec minuteur
« Fréquences miracles » (vidéos qui promettent de guérir en quelques minutes)	Non recommandé : aucune preuve
Sons binauraux, « 432 Hz », « 528 Hz »	Pas de preuve d'un effet sur les acouphènes. Si vous les trouvez relaxants, ils peuvent servir de fond sonore, sans plus

La musique filtrée (notched music) : une piste préliminaire

Le principe : retirer d'une musique que vous aimez la bande de fréquences correspondant à votre acouphène. L'hypothèse est que cela pourrait réduire l'activité du cortex auditif à cette fréquence.



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science sur la musique filtrée

Une étude pilote (Okamoto et al., PNAS, 2010) a rapporté, après un an d'écoute de musique filtrée à la fréquence de l'acouphène, une baisse de l'intensité perçue et de l'activité du cortex auditif par rapport à un groupe écoutant une musique filtrée ailleurs. Les effectifs étaient très réduits. Un essai plus large (Stein et al., BMC Neurology, 2016) n'a pas retrouvé de différence sur ses critères principaux. Niveau de preuve : **Préliminaire**, voire contrasté. Les guides officiels ne la recommandent pas.

FICHE TECHNIQUE · 1 À 2 H PAR JOUR

PRÉLIMINAIRE

La musique filtrée

OBJECTIF	Expérimenter une piste sans coût, avec méthode.
PRINCIPE	Retirer de la musique, par un filtre « coupe-bande », une bande d'une octave centrée sur la fréquence de l'acouphène.
INDICATIONS	Acouphène tonal (sifflement ou son de hauteur identifiable), fréquence inférieure ou égale à 8 kHz.
PRÉPARATION	Une musique que vous aimez, un logiciel gratuit (Audacity), la fréquence de votre acouphène (idéalement mesurée par un audioprothésiste ou un ORL : acouphénométrie).
ÉTAPES	1. Trouver la fréquence : avec un générateur de sons purs, repérez celle qui ressemble le plus à votre acouphène. Comparez aussi l'octave supérieure ($\times 2$) et inférieure ($\div 2$) : on confond souvent une fréquence avec son double ou sa moitié. 2. Calculer la bande : de la fréquence $\div 1,41$ à la fréquence $\times 1,41$. Exemple : 4 000 Hz $\div$ de 2 830 à 5 660 Hz. 3. Appliquer un filtre coupe-bande sur ces deux bornes, puis exporter le fichier. 4. Écouter régulièrement, à volume modéré, sur enceinte ou casque ouvert.
FRÉQUENCE	Quotidienne, une à deux heures dans les protocoles décrits, sur des semaines à des mois.
RÉSULTAT ATTENDU	Incertain. Si rien ne change après quelques mois, arrêtez.
LIMITES	Pas adapté à un acouphène en souffle large ou pulsatile. L'étude de 2010 portait sur des personnes sélectionnées. Un bilan chez un audioprothésiste reste la première étape. Le filtrage change le timbre de la musique.
PRÉCAUTIONS	Volume toujours modéré : écouter fort et longtemps expose l'oreille, exactement ce qu'il faut éviter. Ce n'est pas un traitement et cela ne remplace pas un bilan auditif.

Le volume : la règle commune

- **Sous l'acouphène** (point de mélange) : réduire le contraste sans masquer.
- **Au niveau d'une conversation calme, au plus** : au-delà, le fond sonore fatigue l'oreille sans bénéfice de plus.
- **Jamais un volume qui oblige à élever la voix** : c'est un repère d'exposition excessive (chapitre 20).
- **Même réglage plusieurs semaines** : changer de son chaque jour empêche de juger.
- **Enceinte plutôt qu'écouteurs, surtout la nuit.**



ATTENTION

Monter le volume pour couvrir : le piège

Augmenter le son pour ne plus entendre l'acouphène soulage sur le moment, mais fatigue l'oreille et peut aggraver les choses à long terme. Si l'envie de monter le volume revient souvent, voyez les chapitres 27 et 33.



À SAVOIR

Si tous les sons vous gênent

Si les bruits du quotidien vous paraissent douloureux ou trop forts (hyperacousie, chapitre 4), commencez à très faible volume et parlez-en à un audioprothésiste : un bilan auditif complet est utile avant d'enrichir l'environnement sonore.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Blanc, rose, brun, nature, musique douce : essayez trois sons trois minutes chacun, et gardez celui qui vous plaît.
- Aucune « fréquence miracle » ni son binaural n'a de preuve ; un son agréable et régulier vaut mieux.
- La musique filtrée est une piste préliminaire, pas un traitement.
- Volume : sous l'acouphène, au niveau d'une conversation calme au plus, même réglage plusieurs semaines.

Protéger son audition, sans s'isoler du son

Se protéger du bruit fort est essentiel. Se protéger du bruit normal est contre-productif.

Deux erreurs opposées

L'une est de **négliger la protection** : un bruit fort répété abîme les cellules de l'oreille interne, peut déclencher ou aggraver un acouphène, et provoque une perte auditive définitive. L'autre est de **sur-protéger** : porter des bouchons ou un casque antibruit en permanence, dans un environnement normal, prive le système auditif de stimulation et peut augmenter la sensibilité aux sons (hypothèse cohérente avec la notion de gain central, chapitre 18).

La règle : **protéger quand c'est fort, ne pas protéger quand c'est normal.**

Les repères d'exposition

SITUATION	NIVEAU INDICATIF	PROTECTION
Conversation normale	60 dB	Aucune
Rue animée, aspirateur	70 à 85 dB	Pas nécessaire en général
Tondeuse, perceuse, moto, métro bruyant	85 à 100 dB	Recommandée si prolongé
Concert, boîte de nuit, casque à fort volume	95 à 110 dB	Recommandée
Tronçonneuse, marteau-piqueur, tir, pétards	110 dB et plus	Indispensable

Ces niveaux sont des repères ; ils varient selon la distance et l'appareil.

Repère pratique : si vous devez élever la voix pour vous faire entendre à un mètre, le niveau est sans doute élevé.



CE QUE DIT LA SCIENCE

Le repère de l'OMS

L'OMS et l'UIT recommandent, pour les appareils d'écoute personnels, une exposition ne dépassant pas **80 dB(A) pendant 40 heures par semaine** pour un adulte, avec une durée plus courte à niveau plus élevé. C'est une norme de prévention, pas un seuil sous lequel tout serait sans danger : chacun réagit différemment, surtout après un acouphène.

Quand protéger, quand ne pas protéger

- **Concert, boîte de nuit, festival** : bouchons adaptés à la musique (filtres plats) ; à l'entracte, reposez l'oreille.
- **Chantier, bricolage bruyant, tondeuse, tronçonneuse** : bouchons en mousse bien insérés ou casque antibruit passif.
- **Moto, tir** : bouchons ou protections spécifiques au sport.

- **Avion, train, transports très bruyants** : bouchons ou casque à réduction de bruit **active** peuvent aider à ne pas monter le volume ; pas tout le temps.
- **Domicile calme, bureau, marche** : **pas de bouchons ni de casque antibruit**.
- **Nuit** : pas de bouchons par défaut ; enceinte douce à distance. Les bouchons de sommeil ne sont envisagés que si un bruit extérieur empêche vraiment de dormir, après avis professionnel.

Choisir ses protections

- **Mousse jetable** : réduction forte, efficace si bien insérée. Chantier, tir, moto, avion.
- **Filtres pour musique** : réduction plus uniforme, la musique reste claire. Concerts, musiciens.
- **Sur mesure** (audioprothésiste) : moulage de l'oreille, filtres interchangeables, confort. Usage fréquent.
- **Casque antibruit passif** : coquilles qui recouvrent l'oreille. Chantier, outils.

Une protection mal insérée perd une grande partie de son efficacité : demandez à un audioprothésiste de vous montrer le bon geste.



EN PRATIQUE

Casque à réduction de bruit : un bon usage

Dans un transport bruyant, la réduction active permet d'écouter à un volume plus bas, ce qui protège l'oreille. À la maison, dans une pièce calme, elle supprime les sons de fond et augmente le contraste : évitez.

Écouter de la musique au casque

- Réglez le volume **dans un endroit calme**, pas dans un lieu bruyant où vous serez tenté de monter.
- Utilisez la limitation de volume de votre téléphone, et faites des pauses.
- Des écouteurs de bonne qualité à volume moyen valent mieux que des écouteurs médiocres poussés à fond.



ATTENTION

Après une exposition forte

Si, après un concert ou un bruit fort, l'audition reste étouffée ou si le sifflement persiste le lendemain, ne l'ignorez pas : consultez rapidement un médecin ou un ORL. Un traumatisme sonore peut justifier un traitement urgent (partie XII).



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Protégez-vous dès que c'est fort (concerts, outils, tir, moto) ; pas dans un environnement normal.
- Repère pratique : si vous devez élever la voix à un mètre, protégez-vous.
- OMS : 80 dB(A) pendant 40 heures par semaine au plus pour l'écoute personnelle.
- Après un bruit fort, un son étouffé ou un sifflement qui persiste justifie une consultation rapide.

VII

Mâchoire et cou

Pour certaines personnes, le bruit change quand la mâchoire serre ou que la nuque bouge. C'est une piste concrète, à explorer sans excès et sans crainte.

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|----|---|-----|
| 21 | Quand le bruit change avec le corps | 128 |
| 22 | S'auto-évaluer avec prudence | 131 |
| 23 | La mâchoire : relâcher ce qui se serre | 136 |
| 24 | Le cou et les épaules | 141 |
| 25 | L'oreille moyenne et la trompe d'Eustache | 151 |
-

Quand le bruit change avec le corps

Un mouvement de la mâchoire ou du cou qui fait varier le son : fréquent, utile à connaître, souvent surestimé.

Deux systèmes qui se parlent

Les nerfs de la mâchoire, du visage et du haut de la nuque rejoignent, dans le tronc cérébral, des relais communs avec les voies de l'audition. Chez certaines personnes, ce dialogue est assez marqué pour qu'un muscle qui se contracte, un mouvement ou une pression change le son : plus fort, plus faible, plus aigu, déplacé. On parle d'acouphène **somatosensoriel** (du grec *soma*, le corps) ou de **modulation somatosensorielle**.



À SAVOIR

Ce que cela veut dire, et ne veut pas dire

- Un acouphène qui bouge n'est **ni plus grave ni moins grave** qu'un autre. C'est une porte d'entrée de plus, sur laquelle on peut agir.
- Cela ne signifie pas que « tout vient du cou » ou « tout vient de la mâchoire » : c'est une **piste fréquente, pas une cause universelle**.
- Elle ouvre d'autres interlocuteurs : chirurgien-dentiste, kinésithérapeute, en plus de l'ORL.

À quelle fréquence ?

Plusieurs documents diffusés sur internet, dont la première version de ce guide, affirmaient que « deux tiers des personnes » modulent leur acouphène. **Ce chiffre n'est pas confirmé** : il était attribué à tort à une revue de 2023 qui portait en réalité sur l'efficacité d'interventions physiques (Bousema et al., 2023). Les études donnent des proportions très différentes, car les méthodes de test varient. En 2018, un groupe d'experts a proposé des critères pour reconnaître un acouphène somatosensoriel (variation avec les mouvements, signes associés) ; aucun n'est obligatoire à lui seul (Michiels et al., 2018).

Retenez ceci : **la modulation est fréquente, sa fréquence exacte est incertaine, et son absence n'exclut rien.**



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science

- Douleurs de mâchoire, serrement, troubles de l'articulation et acouphènes sont souvent associés (Bury et al., 2025). L'association est établie ; la cause, non.
- Les interventions physiques (kinésithérapie, thérapies manuelles, stimulation) donnent des résultats variables, d'une qualité souvent faible (Bousema et al., 2023). Aucune ne permet de conclure à une efficacité certaine sur le son.
- La HAS (2026) envisage une prise en charge manuelle du cou ou de la mâchoire **par un professionnel formé**, sans garantie de résultat.
- Les manipulations forcées du cou sont à écarter : elles ont été associées à des dissections artérielles (déclaration AHA/ASA, 2014).

Les indices qui renforcent la piste

Le test du chapitre 22 ne suffit pas seul. Ces éléments, s'ils vous concernent, la rendent plus plausible :

- des **douleurs** de mâchoire, de nuque ou d'épaules, même modérées ou anciennes ;

- une apparition **après** un long soin dentaire, un « coup du lapin » ou une période de tensions cervicales ;
- un son qui **change avec la posture** (assis, allongé, après des heures d'écran) ;
- un **serrement de dents** de jour ou de nuit : réveils avec la mâchoire tendue, dents usées, grincements signalés par un proche.



ATTENTION

Un acouphène d'un seul côté demande d'abord un avis ORL

S'il est apparu d'un seul côté, ou s'il est nettement plus fort d'un côté, **voyez un ORL** avant de l'attribuer à la mâchoire ou au cou. Les deux explorations ne s'excluent pas : on commence par celle qui écarte une cause à traiter.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- La modulation par la mâchoire ou le cou est réelle ; sa fréquence exacte est incertaine. Le chiffre « deux tiers » n'est pas confirmé.
- Un acouphène qui bouge n'est pas plus grave : c'est une piste de plus, pas la cause.
- Les approches physiques ont des preuves limitées : prudence, aucune manipulation forcée, idéalement un professionnel formé.
- Un acouphène d'un seul côté impose d'abord un avis ORL.

S'auto-évaluer avec prudence

Les tests prennent quelques minutes. Ils donnent une piste, pas un diagnostic.

Les règles communes



EN PRATIQUE

Avant de commencer

- Installez-vous **assis, au calme**, sans fond sonore. C'est l'un des rares moments où l'on cherche le silence, pour quelques minutes.
- Écoutez **avant, pendant et dans les cinq secondes qui suivent** chaque geste : c'est souvent là que le changement s'entend.
- **Rien ne doit faire mal.** Ne forcez jamais.
- **Refaites le test un autre jour.** Un acouphène varie tout seul d'une heure à l'autre : une seule séance donne de faux positifs. **Seules les réponses reproduites comptent.**
- Arrêtez tout de suite en cas de vertige, d'étourdissement, de fourmillements ou de douleur.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le test des huit manœuvres

OBJECTIF	Repérer quelles zones (mâchoire, cou, épaules) font varier votre acouphène.
PRINCIPE	Chaque manœuvre sollicite une zone. Si le son change de façon reproductible, une modulation est probable. C'est un test d'orientation, pas un diagnostic.
INDICATIONS	Douleurs de mâchoire ou de nuque, serrement de dents, son qui varie avec la posture.
PRÉPARATION	Une chaise avec dossier, un endroit calme, la grille ci-dessous.
POSITION	Assis, dos soutenu, épaules relâchées.
ÉTAPES	1. Serrez les dents, sans excès, 5 secondes. 2. Ouvrez grand la bouche, aussi loin que confortable, 5 secondes. 3. Avancez la mâchoire inférieure, 5 secondes. 4. Décalez la mâchoire à droite, puis à gauche, lentement. 5. Tournez la tête à droite, puis à gauche, jusqu'à la limite confortable. 6. Penchez la tête en avant, menton vers la poitrine. 7. Appuyez doucement avec les pouces sur les muscles à la base du crâne. 8. Haussez les épaules vers les oreilles, 5 secondes.
DURÉE	5 minutes, avec une pause entre chaque geste.
FRÉQUENCE	Une fois, puis un autre jour pour vérifier.
RÉSULTAT ATTENDU	Une grille qui montre quels gestes, le cas échéant, modifient le son.
LIMITES	Ne conclut pas à une cause. Un test négatif n'exclut rien.
PRÉCAUTIONS	Sautez les gestes 5 à 7 en cas d'arthrose cervicale connue, d'ancien traumatisme du cou ou de vertiges positionnels, sauf avis médical.

Votre grille de résultats (cochez ce que vous avez constaté)

MANŒUVRE	PLUS FORT	PLUS FAIBLE	DIFFÉRENT	INCHANGÉ

Lire la grille

RÉSULTAT REPRODUIT UN AUTRE JOUR	CE QUE CELA SIGNIFIE
Aucune manœuvre, ou une seule	Modulation peu probable. Cela n'exclut rien et ne change pas votre prise en charge : vos leviers restent le sommeil, l'environnement sonore et l'attention
Deux manœuvres ou plus	Modulation probable. C'est une information utile pour votre professionnel de santé, et une piste de plus (chapitres 23 et 24)
Réponse d'un seul côté	À noter : surtout si la douleur est du même côté

Pour cibler une zone

Si une zone vous intrigue, ces gestes permettent de la tester seule. Même consigne : on écoute avant, pendant et juste après, et on refait un autre jour.

ZONE	GESTE	PRÉCAUTION
Mâchoire	Serrez 5 s ; ouvrez la bouche contre la résistance de votre poing sous le menton ; avancez la mâchoire contre la paume ; poussez-la à gauche puis à droite contre la main à plat sur la joue. 5 s chacun, 10 s de pause	Résistance modérée. Arrêt si douleur de l'articulation ou blocage
Tempes	Doigts à plat sur les tempes, serrez les dents : vous sentez le muscle gonfler. Desserrez, puis massez en petits cercles 10 s	Pression moyenne, jamais douloureuse
Nuque	Mains à plat sur la nuque, pouces sous le rebord du crâne : appui doux 10 s, puis relâchez	Uniquement l'arrière de la nuque. Pas sans avis en cas d'arthrose, de hernie ou de chirurgie du cou
Épaules	Haussez-les à fond 5 s en respirant, puis laissez-les tomber. Variantes : tête tournée, tête penchée, une épaule à la fois	Arrêt si douleur, fourmillements ou vertige
Muscle du cou (sterno-cléido-mastoïdien)	Tête tournée à gauche, le muscle saillant à droite du cou se pince doucement entre pouce et index, de derrière l'oreille vers la clavicule, 10 s par côté	Jamais l'avant du cou ni la carotide. Pas après un traumatisme récent ni sous anticoagulants sans avis médical

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Les tests se font au calme, assis, sans forcer ; on écoute avant, pendant et dans les 5 secondes après.
- Seuls les résultats reproduits un autre jour comptent ; deux manœuvres positives rendent la modulation probable.
- Un test négatif n'exclut rien ; un test positif n'est pas un diagnostic, mais une piste à transmettre à un professionnel.
- Si rien ne change nulle part, ce n'est pas un échec : la piste est écartée, et vos leviers principaux (sommeil, sons, attention, stress) n'en dépendent pas.
- Évitez les gestes du cou sans avis en cas d'arthrose, de hernie, de traumatisme ou de vertiges positionnels.

La mâchoire : relâcher ce qui se serre

Le muscle, c'est ce sur quoi vous avez le plus de prise.

Un muscle puissant, au mauvais endroit

Le masséter descend de la pommette à l'angle de la mâchoire, juste devant l'oreille. Il travaille des milliers de fois par jour. Derrière lui se trouve l'articulation de la mâchoire (l'ATM), collée au conduit auditif. Le temporal, large muscle en éventail sur la tempe, travaille avec lui. Quand ils restent tendus toute la journée (stress, écran, serrement de nuit), toute la région est sous contrainte.

Relâcher la mâchoire ne fait pas disparaître un acouphène. C'est un levier concret, gratuit et souvent négligé : un muscle moins tendu fait moins mal, et un système nerveux moins sollicité réagit moins.



À SAVOIR

Serrer le jour, serrer la nuit

Le **serrement du jour** (concentration, stress) est le plus accessible : on peut le repérer et le corriger. Le **bruxisme de nuit** se voit moins : réveils avec la mâchoire tendue, dents usées, grincements entendus par un proche. S'il est suspecté, **un avis dentaire s'impose**. N'achetez jamais de gouttière sur internet : mal adaptée, elle peut aggraver les choses. Seul un professionnel en fait une sur mesure.

Les gestes de relâchement

Commencez par le plus important, la position de repos, qui se pratique toute la journée.

FICHE TECHNIQUE · TOUTE LA JOURNÉE

AVIS D'EXPERTS

La position de repos de la mâchoire

OBJECTIF	Interrompre le serrement involontaire du jour et soulager muscles et articulation.
PRINCIPE	Au repos, les dents ne se touchent pas. C'est le geste le plus efficace de la série : masser un muscle qu'on recontracte dix heures par jour n'a qu'un effet limité. Cette consigne est classique pour le serrement de l'éveil.
ÉTAPES	1. Lèvres jointes. 2. Dents légèrement écartées (1 à 2 mm). 3. Pointe de la langue au palais, derrière les dents du haut. Astuce : prononcez « N », puis restez dans cette position. 4. Joues et mâchoire relâchées. 5. Placez trois ou quatre rappels visuels dans votre journée (écran, volant, téléphone, frigo) : à chaque fois, vérifiez et desserrez.
DURÉE	Quelques secondes à chaque vérification.
FRÉQUENCE	10 à 20 fois par jour au début ; cela devient un réflexe.
RÉSULTAT ATTENDU	Une mâchoire moins tendue en fin de journée, des réveils moins douloureux.
LIMITES	Cela demande de la répétition ; au début, on oublie. Ne cherchez pas la perfection.

FICHE TECHNIQUE · 3 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Les massages de la mâchoire et de la tempe

OBJECTIF	Détendre le masséter (la joue) et le temporal (la tempe).
PRINCIPE	Le muscle répond au temps de contact, pas à la force.
PRÉPARATION	Mains propres, ongles courts, pulpes des doigts.
POSITION	Assis, dos droit, épaules basses, bouche entrouverte de la largeur d'un doigt . C'est la règle clé : bouche fermée, le muscle est contracté et vous massez un muscle dur, sans effet.
ÉTAPES	Masséter : trois doigts à plat sur la joue, juste devant l'oreille. Descendez lentement en mouvements verticaux jusqu'à l'angle de la mâchoire, puis remontez (3 à 4 secondes par aller-retour). Pression ferme et confortable, environ 5 sur 10. Une minute par côté. Temporal : trois doigts sur la tempe, au-dessus et devant l'oreille. Petits cercles lents, en remontant peu à peu vers le haut du crâne. Une demi-minute par côté. Points sensibles : sur un point plus dur, restez 20 à 30 secondes sans appuyer davantage, en respirant lentement. Deux ou trois points par côté au maximum. - Terminez par quelques secondes de chaleur : un gant tiède (jamais brûlant, vérifié sur l'avant-bras) ou la chaleur de vos paumes sur la joue et la tempe.
DURÉE	3 minutes en tout.
FRÉQUENCE	Une à deux fois par jour, de préférence le soir.
RÉSULTAT ATTENDU	Un muscle moins dur au toucher. Il peut être un peu sensible les premiers jours.
PRÉCAUTIONS	Pas en cas de douleur vive de l'articulation, de blocage, de craquements douloureux, d'infection ou de lésion de la peau, ni après une chirurgie dentaire ou de la mâchoire récente. Arrêtez si la douleur augmente pendant ou après. Une douleur qui s'installe n'est pas normale.

FICHE TECHNIQUE · 2 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

L'ouverture guidée

OBJECTIF	Retrouver une ouverture droite et fluide de la mâchoire.
PRINCIPE	Garder la langue au palais guide le mouvement et évite les déviations.
POSITION	Assis, langue collée au palais, derrière les dents du haut.
ÉTAPES	1. Langue au palais, ouvrez lentement la bouche aussi loin que la langue le permet sans se décoller. 2. Tenez 2 secondes, puis refermez lentement. 3. Dix répétitions.
FRÉQUENCE	Deux fois par jour.
PRÉCAUTIONS	L'ouverture doit rester bien droite. Si la mâchoire dévie, craque douloureusement ou bloque, arrêtez et parlez-en à votre dentiste.

Ce qui entretient le serrement

- **Le stress**, moteur principal. Quelques minutes d'expiration allongée (4 secondes d'inspiration, 6 d'expiration) détendent la mâchoire (chapitre 13).
- **Chewing-gum, ongles et stylos mordillés** : les mêmes muscles, toute la journée. Remplacez-les par quelques respirations.
- **Aliments très durs** en période de tension : choisissez des textures plus souples.
- **Café et alcool le soir** : ils peuvent accentuer le serrement de nuit (avis d'experts, preuve limitée).

Un programme sur quatre semaines

SEMAINE	CE QUE VOUS FAITES
1	Position de repos et massage du masséter, pression légère
2 et 3	Les trois gestes, matin et soir. Refaites les tests de mâchoire (chapitre 22) en fin de semaine 3
4	Faites le point : le muscle est-il moins dur ? Les réveils sont-ils moins tendus ? Si oui, gardez la position de repos et un massage le soir. Sinon, arrêtez sans culpabilité

Quand consulter

SIGNE	QUI CONSULTER
Douleur de la mâchoire au réveil, dents usées, grincements	Chirurgien-dentiste (bruxisme de nuit)
Blocage, craquements douloureux, ouverture qui dévie	Chirurgien-dentiste ou spécialiste de l'ATM
Douleur ou tension du cou en plus	Kinésithérapeute formé à la région cervico-mandibulaire
Ni modulation ni douleur	Pas de piste mâchoire : poursuivez le bilan ORL et audiolgique

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Le geste clé est la position de repos : lèvres jointes, dents écartées, langue au palais, avec des rappels dans la journée.
- Les massages se font bouche entrouverte, pression moyenne, jamais dans la douleur.
- Chewing-gum, mordillements et gouttière achetée en ligne : à éviter.
- Un avis dentaire s'impose en cas de douleur au réveil, de blocage ou de craquements douloureux.
- Si rien ne bouge, la mâchoire n'est probablement pas la piste principale. Ce n'est pas un échec, et relâcher la mâchoire reste bon pour le confort.

Le cou et les épaules

Aucun exercice ne compense huit heures de tête en avant. Les habitudes comptent autant que les gestes.

Ce que ce chapitre peut apporter

Le haut de la nuque envoie ses informations dans le tronc cérébral, là où se trouvent aussi des relais de l'audition (chapitre 21). Chez certaines personnes, une tension du cou ou des épaules fait varier le son ; pour elles, une nuque plus mobile et des muscles moins contractés peuvent alléger la gêne.

Ce chapitre ne dit pas que le cou est la cause de votre acouphène. Il ne dit pas non plus qu'on améliore « la circulation de l'oreille » en massant les muscles : les vaisseaux de l'oreille interne ne passent pas dans les muscles que l'on travaille, et cet argument, souvent répété, n'est pas établi. Le bénéfice plausible est plus simple : moins de tension, plus de mobilité, moins de signaux d'alerte venant de la région.



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science

Une revue avec méta-analyse (Bousema et al., 2023) a réuni les essais d'interventions physiques sur les acouphènes. Les études sont petites, variées et souvent fragiles : aucune conclusion ferme n'en sort. La HAS (2026) envisage une prise en charge manuelle du cou ou de la mâchoire **par un professionnel formé**, quand le son varie avec ces zones. Les gestes de ce chapitre relèvent de l'**avis d'experts** : prudents, cohérents avec la physiologie, et utiles pour le confort du cou en tout cas.



ATTENTION

Règles de sécurité : à lire avant de pratiquer

- **Lentement** : trois à quatre secondes par mouvement.
- **Jamais dans la douleur**. Un étirement se sent ; s'il pince, brûle ou lance, vous êtes allé trop loin.
- **Assis, dos droit**, pieds au sol.
- **Pas de grands cercles de la tête**, pas de renversement en arrière, pas de rotation forcée.
- **Ne jamais presser l'avant du cou** (pomme d'Adam, côtés de la gorge) : c'est là que passent les carotides et la thyroïde. On ne travaille que l'arrière et les côtés.
- **Arrêtez et consultez** en cas de vertige, nausée, fourmillements dans les bras, trouble de la vue ou mal de tête inhabituel.
- **Avis préalable obligatoire** en cas d'arthrose cervicale, de hernie discale, de traumatisme ou d'opération du cou, d'ostéoporose, de vertiges positionnels ou de traitement anticoagulant.

Les gestes de base

Quelques gestes courts, de préférence en fin de journée. Commencez par les deux premiers.

FICHE TECHNIQUE · 1 MINUTE

AVIS D'EXPERTS

La rétraction du menton

OBJECTIF	Corriger la position « tête en avant » devant un écran et soulager le dessous du crâne.
PRINCIPE	C'est l'exercice de référence pour cette posture. Il remet la tête dans l'axe des épaules, sans effort de force.
POSITION	Assis, dos droit, regard droit devant.
ÉTAPES	1. Reculez le menton à l'horizontale, comme pour faire un double menton, sans baisser la tête ni lever le nez. 2. Tenez trois secondes, puis relâchez. 3. Dix répétitions, lentement.
FRÉQUENCE	Une fois par jour, puis deux.
RÉSULTAT ATTENDU	Une nuque plus longue, un peu de détente à la base du crâne. L'effet est progressif.
LIMITES	Un recul léger et bien aligné suffit.
PRÉCAUTIONS	Stop si vertige, picotements ou douleur vive. Pas sans avis en cas de hernie discale ou d'arthrose cervicale connue.

FICHE TECHNIQUE · 1 MINUTE

AVIS D'EXPERTS

Le massage sous-occipital

OBJECTIF	Relâcher les petits muscles profonds à la base du crâne, tout près de l'oreille et très sollicités par l'écran.
POSITION	Assis, tête légèrement inclinée en avant, coudes sur une table si possible.
ÉTAPES	1. Posez les pouces (ou deux doigts) de chaque côté de la colonne, juste sous le rebord osseux du crâne. 2. Faites de petits cercles lents, ou maintenez un appui simple 30 secondes en respirant. 3. Restez sur les muscles, jamais directement sur la colonne.
FRÉQUENCE	Une fois par jour.
PRÉCAUTIONS	Pression modérée. Douleur vive, vertige ou mal de tête : relâchez aussitôt.

FICHE TECHNIQUE · 4 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Étirements et mobilité douce

OBJECTIF	Allonger les muscles du cou et retrouver de l'amplitude sans forcer.
POSITION	Assis, dos droit, épaules basses.
ÉTAPES	1. Éirement latéral : penchez l'oreille vers l'épaule, sans tourner la tête, et laissez le poids de la tête faire le travail. Tenez 20 à 30 secondes en respirant, puis changez de côté. 2. Rotations lentes : tournez la tête vers la droite, comme pour regarder par-dessus l'épaule, jusqu'à la limite confortable. Deux secondes, retour au centre, puis à gauche. Cinq fois de chaque côté. Les épaules ne bougent pas. 3. Flexion douce : descendez le menton vers la poitrine, bouche fermée et mâchoire relâchée. Trois secondes, puis remontez. Dix fois.
FRÉQUENCE	Matin et soir.
RÉSULTAT ATTENDU	Un cou plus souple, surtout en fin de journée.
PRÉCAUTIONS	Ne tirez jamais sur la tête avec les mains. Vertige, étourdissement ou nausée : arrêt immédiat et avis médical.

FICHE TECHNIQUE · 2 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Épaules : serrer, puis relâcher

OBJECTIF	Repérer la tension des épaules et la défaire.
PRINCIPE	Les épaules remontent sans qu'on s'en aperçoive sous l'effet du stress, de la concentration et de l'écran. Contracter volontairement permet ensuite de sentir un vrai relâchement (principe de la relaxation progressive, chapitre 14).
POSITION	Assis ou debout, bras le long du corps.
ÉTAPES	1. Haussez les épaules vers les oreilles, 5 secondes, sans retenir votre souffle. 2. Laissez-les tomber d'un coup et restez 10 secondes à sentir la différence. Cinq fois. 3. Pour ouvrir la posture : reculez légèrement le menton, rapprochez doucement les omoplates comme pour glisser un crayon entre elles (sans cambrer), 5 secondes. Cinq fois. 4. Terminez par trois longues expirations (4 secondes d'inspiration, 6 d'expiration).
FRÉQUENCE	Une à trois fois par jour.
PRÉCAUTIONS	Stop en cas de douleur à l'épaule, de crampe ou de vertige.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le pincé-roulé du muscle du cou

OBJECTIF	Relâcher le sterno-cléido-mastoïdien, long muscle du côté du cou qui relie le derrière de l'oreille à la clavicule.
PRINCIPE	Sa proximité avec l'oreille en fait un « suspect » classique quand le son varie avec la position de la tête. Des études ont décrit plus de points de tension douloureux dans la tête et le cou chez des personnes avec acouphènes, et leur traitement a été associé à une amélioration de la gêne chez une partie d'entre elles ; le niveau de preuve reste faible.
INDICATIONS	Le son change quand on pince ce muscle (chapitre 22), ou il est douloureux au toucher.

FICHE TECHNIQUE · 5 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Le pincé-roulé du muscle du cou

PRÉPARATION	Mains propres. Une douche chaude avant rend le geste plus confortable.
POSITION	Assis, dos droit, épaules basses, mâchoire relâchée.
ÉTAPES	1. Chaleur : paume sur le côté du cou, 30 secondes. 2. Tournez la tête à gauche : le muscle qui ressort sur le côté droit du cou est le bon. 3. Pincé-roulé : pincez le corps du muscle entre pouce et index, de l'os derrière l'oreille jusqu'à la clavicule, par petits déplacements de 1 à 2 cm. Un passage dure environ 10 secondes ; trois passages par côté. 4. Points sensibles : sur un nœud, gardez une pression stable 20 à 30 secondes en respirant lentement. Deux ou trois points par côté au maximum. 5. Étirement doux : pour le muscle droit, inclinez l'oreille gauche vers l'épaule gauche, épaule droite basse, 20 secondes. 6. Écoute : yeux fermés, notez la gêne de 0 à 10.
DURÉE	Environ 5 minutes.
FRÉQUENCE	Une à deux fois par jour pendant 14 jours, puis selon votre ressenti.
RÉSULTAT ATTENDU	Un muscle moins dur, parfois un son qui varie. Rien de spectaculaire. Un effet immédiat est souvent temporaire.
PRÉCAUTIONS	Jamais l'avant du cou ni la zone de la carotide, de chaque côté de la pomme d'Adam. Restez sur le corps du muscle. Pas de massage sur un cou blessé, après un traumatisme récent, ni sous anticoagulants sans avis médical. Douleur vive, picotements, vertige : relâchez aussitôt.

Le trapèze et la chaleur

Le trapèze relie le sommet de l'épaule à la base du cou ; le stress et l'écran le contractent. Saisissez-le entre le pouce et les quatre doigts (la main opposée travaille mieux), pressez lentement, tenez 5 secondes, relâchez, et répétez le long du muscle : une minute par côté, une fois par jour, jamais jusqu'à la douleur. Un gant de toilette tiède posé sur la nuque et le haut des épaules, cinq minutes en fin de journée, prépare ou prolonge le geste (jamais brûlant, pas sur une peau abîmée).

Le quotidien : le vrai levier

La posture est au cou ce que la position de repos est à la mâchoire : le levier de fond.

ÉLÉMENT	RÉGLAGE
Écran	Haut de l'écran à hauteur des yeux, à bout de bras, bien en face (un écran décalé impose une rotation permanente)
Téléphone	À hauteur du regard plutôt que tête penchée ; ne le coincez pas entre l'épaule et l'oreille
Assise	Dos calé, pieds au sol, avant-bras soutenus, épaules basses
Pauses	Une pause de mouvement toutes les 45 à 60 minutes : rouler les épaules, se lever, regarder au loin (avis d'experts)
Oreiller	Nuque dans l'axe, ni trop haut ni trop plat

Nos habitudes sont rarement symétriques : on dort, on mâche, on porte son sac et on téléphone presque toujours du même côté. Notez de quel côté vous faites chaque chose. Si c'est toujours le même, **corrigez une seule habitude à la fois, pendant deux semaines** : alterner l'épaule du sac, changer de côté pour dormir quand c'est possible, recentrer l'écran. Ces corrections ne soignent rien, mais elles retirent une contrainte permanente sur une zone déjà sollicitée.



EN PRATIQUE

Le « check » de l'heure pile

Régalez un rappel discret chaque heure. Trois questions, dix secondes : mes épaules sont-elles hautes ? ma mâchoire est-elle serrée ? ma tête est-elle en avant ? Corrigez, expirez longuement une fois, et reprenez. Ce rappel prolonge celui de la mâchoire (chapitre 23).

Un programme sur quatre à six semaines

SEMAINE	CE QUE VOUS FAITES
1	Rétraction du menton et massage sous-occipital, une fois par jour, doucement. Réglez l'écran et le téléphone
2 et 3	Les gestes de base une fois par jour, plus le « check » horaire. Refaites le test de la nuque (chapitre 22) en fin de semaine 3
4	Faites le point : nuque plus souple en fin de journée ? Points durs moins marqués ? Son modifié ?
5 et 6	Si cela vous fait du bien, gardez trois à cinq minutes par jour. Sinon, arrêtez sans culpabilité : la piste n'est probablement pas la principale

Pourquoi ce livre ne recommande pas les manipulations du cou

Les manipulations rapides, en fin d'amplitude (« faire craquer les cervicales »), sont exclues de ce livre, y compris en auto-manipulation. D'abord pour un risque rare mais grave : une déclaration de l'American Heart Association et de l'American Stroke Association (2014) note une **association dans le temps** entre manipulation cervicale et dissection d'une artère du cou, qui peut causer un AVC. Les données ne prouvent pas un lien de cause à effet et le risque absolu est faible ; mais pour un geste dont le bénéfice sur les acouphènes n'est pas démontré, la prudence s'impose.

Les prises en charge manuelles à explorer, quand elles sont indiquées, relèvent d'un **professionnel formé** (kinésithérapeute, ostéopathe ou médecin

formé à la région cervico-mandibulaire), qui adapte douceur, amplitude et indications à votre cas.



URGENCE MÉDICALE

Douleur de cou brutale et inhabituelle : urgence

Une douleur intense et inhabituelle du cou, surtout avec un mal de tête violent, un bruit qui bat avec le pouls, des vertiges, une vision double, une difficulté à parler, un visage affaissé ou une faiblesse d'un côté, après un mouvement du cou ou un traumatisme : appelez le **15** ou le **112** sans attendre.

Quand consulter

SIGNE	QUI CONSULTER
Douleurs persistantes du cou, raideur, fourmillements dans les bras	Médecin traitant, puis kinésithérapeute
Tension du cou et son qui varie, sans autre signe	Kinésithérapeute formé à la région cervico-mandibulaire
Vertiges lors des mouvements de tête	Médecin ou ORL, avant tout exercice
Aucun changement du son, aucune douleur	Pas de piste cervicale : poursuivez le bilan ORL et audilogique



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Un cou ou des épaules tendus peuvent moduler le son chez certaines personnes ; l'argument de la « circulation » n'est pas démontré.
- Commencez par la rétraction du menton et le massage sous-occipital : assis, lentement, sans douleur.
- Jamais l'avant du cou, jamais de grands cercles ni d'extension, jamais de manipulation forcée.
- La posture et le « check » horaire sont le levier de fond ; corrigez une asymétrie à la fois.
- Si rien ne change, la piste n'est probablement pas la principale. Gagner en mobilité reste bon pour le confort.

L'oreille moyenne et la trompe d'Eustache

Parfois le bruit ne vient pas du muscle, mais d'une variation de pression. Savoir distinguer, c'est savoir qui consulter.

Un petit canal qui équilibre la pression

La trompe d'Eustache relie l'oreille moyenne, derrière le tympan, à l'arrière du nez et de la gorge. Elle s'ouvre brièvement quand on avale ou quand on bâille, et rééquilibre la pression de part et d'autre du tympan. Quand elle reste trop fermée (**dysfonction tubaire**) ou s'ouvre trop (**trompe patuline**), la pression varie de façon inhabituelle : oreille bouchée, bourdonnement, son changé.

C'est fréquent (rhume, allergie, altitude) et le plus souvent passager. Ce n'est pas la cause habituelle d'un acouphène chronique, mais cela se traite autrement que la mâchoire ou le cou, d'où l'intérêt de les séparer.



À SAVOIR

Pas la même piste que la mâchoire

Un son qui varie quand on bâille peut venir de la trompe, de la mâchoire, ou des deux : un bâillement ouvre la trompe **et** étire puis relâche les muscles de la mâchoire. D'où les trois tests ci-dessous, qui tentent de les séparer.

FICHE TECHNIQUE · 3 MINUTES

AVIS D'EXPERTS

Les trois tests : bâillement, déglutition, serrement

OBJECTIF	Voir si le son varie avec la trompe, avec la mâchoire, ou avec les deux.
PRINCIPE	Le bâillement sollicite la trompe et la mâchoire ; la déglutition surtout la trompe ; le serrement la mâchoire seule. Cette séparation reste approximative : avaler fait aussi travailler la langue et le cou.
INDICATIONS	Un son qui change quand on bâille ou avale ; oreille bouchée ou sensation de pression.
POSITION	Assis, dos droit, dans un endroit calme.
ÉTAPES	1. Bâillez largement, sans forcer. 2. Avalez votre salive fermement, deux ou trois fois. 3. Serrez les dents 5 secondes, puis relâchez. 4. Écoutez juste avant, pendant et dans les 5 secondes qui suivent. Notez : plus fort, plus faible, différent, inchangé. 5. Refaites les trois tests matin, après-midi et soir, pendant une semaine.
DURÉE	3 minutes par séance.
RÉSULTAT ATTENDU	Un tableau de réponses qui oriente (ci-dessous). Ce n'est pas un diagnostic.
LIMITES	Un acouphène varie tout seul ; seule la répétition donne une information fiable.
PRÉCAUTIONS	Aucun geste douloureux. Ne vous pincez jamais le nez pour souffler fort. Douleur de la mâchoire, blocage ou bruit qui bat avec le pouls : arrêtez et consultez.

Lire vos résultats

CE QUE VOUS OBSERVEZ	CE QUE CELA SUGGÈRE
Bouge au bâillement et à la déglutition, pas au serrement	Piste de la trompe : à faire évaluer par un ORL
Bouge au bâillement et au serrement, pas à la déglutition	Piste de la mâchoire, la plus probable (chapitre 23)
Bouge aux trois	Les deux pistes sont possibles. Commencez par le plus simple : relâcher la mâchoire au quotidien
Ne bouge à aucun	Cela n'exclut rien. Votre acouphène passe par d'autres voies

Trompe fermée, trompe trop ouverte

PROFIL	TROMPE TROP FERMÉE	TROMPE TROP OUVERTE (PATULINE)
Ce que l'on ressent	Oreille bouchée, pression, audition étouffée ; le son varie parfois quand on avale ou bâille	On entend sa propre respiration, sa voix « dans la tête » ; parfois soulagé allongé
Contexte fréquent	Rhume, allergie, sinusite, avion, altitude	Perte de poids rapide, déshydratation, effort, grossesse
Que faire	Avis ORL : examen, tympanométrie, traitement selon la cause	Avis ORL : le diagnostic repose sur l'examen et des mesures de l'oreille moyenne


ATTENTION
Ne forcez jamais

- **Valsalva fort** (nez pincé, bouche fermée, souffler fort) : à éviter. Il peut abîmer le tympan ou l'oreille interne, surtout en cas de rhume.
- **Manœuvre de Toynbee** (nez pincé, puis on avale) : plus douce, mais à ne pas enchaîner ni pratiquer en cas de rhume, d'infection ou de douleur d'oreille.
- **Rien dans le conduit** : ni coton-tige, ni doigt, ni objet.
- Une oreille bouchée qui dure plus de quelques jours, ou avec douleur, écoulement, baisse d'audition ou vertige : consultez. Les « dispositifs de rééducation de la trompe » vendus en ligne n'ont pas d'efficacité démontrée.

Le lobe d'oreille et le tragus

Deux gestes de l'oreille externe circulent beaucoup. Voici ce qu'ils sont, et ce qu'ils ne sont pas.

FICHE TECHNIQUE · 20 SECONDES

HYPOTHÈSE

Le test du lobe d'oreille

OBJECTIF	Voir si une stimulation douce de l'oreille module votre perception.
PRINCIPE	Le lobe est relié au nerf grand auriculaire , un nerf sensitif du cou (racines C2-C3). Comme pour la mâchoire et le cou, ses informations rejoignent le tronc cérébral. Aucun essai n'a testé ce geste : c'est un outil d'observation.
ÉTAPES	1. Saisissez le lobe (la partie souple) entre pouce et index. 2. Tirez doucement vers le bas, puis légèrement vers l'arrière, sans douleur, 10 secondes en respirant normalement. 3. Relâchez et écoutez quelques secondes.
RÉSULTAT ATTENDU	Un changement bref chez une minorité de personnes ; sinon rien.
LIMITES	L'effet, s'il existe, est ponctuel. Ce n'est pas un traitement.
PRÉCAUTIONS	Pas en cas de douleur, d'inflammation ou de piercing récent.



CE QUE DIT LA SCIENCE

Lobe, tragus et nerf vague : mise au point

On lit parfois que tirer le lobe stimule le nerf vague. C'est faux : le lobe dépend du nerf grand auriculaire (cervical). Le rameau du nerf vague qui irrigue l'oreille innerve surtout la **conque** et, en partie, le **tragus**. Des dispositifs de recherche stimulent cette zone par électricité avec des paramètres précis ; un pincement manuel ne l'équivaut pas, et **aucun effet manuel sur les acouphènes n'est démontré**. Le pincement du tragus (chapitre 12) vaut comme appui pendant une montée de stress, pas comme interrupteur.

Qui consulter, pour quoi

SITUATION	QUI CONSULTER
Oreille bouchée ou pression de plus de quelques jours, ou récurrente	Médecin traitant, ORL
Son qui change à la déglutition ou au bâillement, avec pression	ORL
On entend sa propre voix ou sa respiration trop fort	ORL
Mâchoire qui craque, douleur à l'ouverture, usure dentaire	Chirurgien-dentiste (chapitre 23)
Douleur du cou, raideur, fourmillements	Médecin traitant, kinésithérapeute (chapitre 24)
Bruit qui bat avec le pouls, baisse d'audition brutale	Urgence ou consultation rapide (chapitre 35)

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- La trompe d'Eustache équilibre la pression de l'oreille moyenne ; trop fermée ou trop ouverte, elle peut moduler le son.
- Les trois tests (bâillement, déglutition, serrement) orientent sans diagnostiquer : refaites-les avant de conclure.
- Ne forcez jamais : pas de Valsalva fort, rien dans le conduit.
- Le lobe n'est pas relié au nerf vague ; le geste est un outil d'observation, pas un traitement.
- Oreille bouchée persistante, voix qui résonne ou bruit qui bat avec le pouls : avis médical.

VIII

Fiches par situation

Une situation, une fiche : ce qui se passe, ce que vous pouvez faire, ce qu'il vaut mieux éviter. À ouvrir au moment où vous en avez besoin.

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|----|-------------------------|-----|
| 26 | Les fiches du quotidien | 158 |
| 27 | Que faire lorsque... | 171 |
-

Les fiches du quotidien

Chaque moment de la journée a ses pièges et ses leviers. Ces fiches se lisent en deux minutes.

Comment les utiliser

Chaque fiche dit ce qui se passe, ce que vous pouvez faire, ce qu'il vaut mieux éviter, et quand consulter. Elles reprennent les techniques des parties précédentes ; les numéros de chapitre vous y renvoient.

Ne les appliquez pas toutes. Prenez **la situation qui vous pèse le plus**, essayez-la quelques semaines, puis passez à la suivante.

FICHE SITUATION

Le réveil

Les dix premières minutes donnent souvent le ton de la journée.

CE QUI SE PASSE	Le silence de la chambre (contraste maximal), le réflexe de vérifier dès l'ouverture des yeux, une nuit hachée et parfois une mâchoire serrée se cumulent. Rien de tout cela ne change le volume réel de l'acouphène : cela change la place qu'il prend.
AU RÉVEIL	N'écoutez pas. Si vous vous surprenez à vérifier, nommez-le (« je vérifie ») et enchaînez.
DANS LA MINUTE	Mettez du son : radio basse, pluie, fenêtre ouverte, juste sous l'acouphène.
DANS LES DIX MINUTES	Levez-vous plutôt que de rester dans le silence. Vérifiez votre mâchoire : dents écartées, langue au palais.
POUR LA SUITE	Un bon matin se prépare la veille : heures de coucher et de lever stables, fond sonore bas la nuit, mâchoire relâchée au coucher (chapitres 16 et 23).
À ÉVITER	Le téléphone en premier geste ; guetter l'acouphène depuis le lit.
QUAND CONSULTER	Vertiges, baisse d'audition, bruit qui bat avec le pouls, détresse le matin. Douleur de mâchoire plusieurs matins de suite : avis dentaire.

FICHE SITUATION

Au travail : bureau, open space, réunions

Le bruit fatigue l'attention, le calme fait ressortir l'acouphène.

CE QUI SE PASSE	En open space, bruit de fond, interruptions et effort d'attention vident la capacité de tri : en fin de journée, l'acouphène ressort. Dans une salle de réunion très calme, le contraste est fort et la tentation d'écouter le bruit aussi.
AVANT	Choisissez si possible un poste loin des sources de bruit, dos au mur. Prévoyez un fond doux et discret (nature, ambient) à faible volume.
PENDANT	Une pause de vingt secondes chaque heure : dents écartées, épaules basses, regard au loin, trois expirations longues. En réunion, ramenez l'attention sur la personne qui parle (son visage, ses mains, ses mots) et prenez des notes. Si l'acouphène passe au premier plan : nommez-le, laissez-le passer, revenez à la tâche (chapitre 7). Pour travailler, des blocs de 25 minutes suivis de 5 minutes de pause aident.
APRÈS	Respiration 4-6 en rentrant (chapitre 13), puis coupure nette avec les mails.
À ÉVITER	Le casque antibruit toute la journée (privation de sons), le casque fort pour couvrir, le café à répétition l'après-midi, le « il ne faut pas que j'y pense ».
PHRASES UTILES	« J'entends mal dans le bruit : pouvez-vous me faire face ? » ; « Peut-on baisser la ventilation ? »
POUR LA SUITE	Parlez-en au médecin du travail : des aménagements existent (zone plus calme, pauses).
QUAND CONSULTER	Si la gêne perturbe durablement le travail, ou si vous comprenez mal en réunion : bilan auditif (chapitre 31).

FICHE SITUATION

En télétravail

Moins de bruit, moins de rythme : le terrain idéal pour le contraste et la vérification.

CE QUI SE PASSE	Le silence du domicile, l'absence de trajets et de pauses collectives, la tentation de tendre l'oreille toute la journée. L'isolement ajoute de la rumination.
LE MATIN	Faites comme si vous alliez au bureau : lever à heure fixe, douche, habillé. Démarrez avec un fond sonore discret.
DANS LA JOURNÉE	Pauses mâchoire et épaules chaque heure (chapitres 23 et 24), vraie pause déjeuner hors de l'écran, quinze minutes de marche dehors.
LE SOIR	Fermez l'ordinateur à heure fixe, faites un petit rituel de fin de journée (marche, douche), puis la routine du soir (chapitre 16).
À ÉVITER	Le silence complet « pour se concentrer », travailler au lit, vérifier l'acouphène à chaque pause.
QUAND CONSULTER	Si l'isolement s'installe, que l'humeur baisse ou que le sommeil se dégrade.

FICHE SITUATION

Transports, avion et voyages

Un fond sonore naturel, mais parfois trop fort. Et la rupture de routine qui fatigue.

CE QUI SE PASSE	Métro, train, avion ou moto peuvent atteindre ou dépasser 85 dB. En voyage s'ajoutent un nouveau lit, des horaires décalés, de la chaleur, de l'alcool : les ingrédients d'un mauvais sommeil, donc d'une moins bonne tolérance.
AVANT	Emportez ce qui crée votre routine : petite enceinte, application de sons, bouchons à filtres pour les lieux bruyants. Gardez, autant que possible, votre heure de lever.
PENDANT	Ne montez pas le volume du casque pour couvrir le bruit : un casque à réduction de bruit active permet d'écouter plus bas. En avion, avalez ou bâillez à la descente ; ne forcez jamais un Valsalva (chapitre 25). À destination, reproduisez la routine du soir et gardez un fond sonore doux dans la chambre.
APRÈS	Laissez l'oreille se reposer quelques minutes dans un son doux, puis reprenez doucement le rythme.
À ÉVITER	Le volume élevé, les bouchons ou le casque antibruit en permanence, un programme trop dense.
PLAN B	Une mauvaise nuit ? Appliquez la conduite des réveils (chapitre 17) ; la suivante sera plus facile.
QUAND CONSULTER	Oreille bouchée plus de quelques jours après un vol, douleur, baisse d'audition (chapitre 25).

FICHE SITUATION

Lieux calmes : bibliothèque, cinéma, salle d'attente*Plus il y a de calme, plus l'acouphène ressort.*

CE QUI SE PASSE	Le contraste augmente, et l'attente (« ça va monter ») fait le reste.
AVANT	Arrivez sans courir. Deux minutes de respiration lente (chapitre 13). Placez-vous près d'un bruit de fond discret.
PENDANT	Donnez à l'attention un objet : lecture, film, technique des cinq sens (chapitre 7). Si ça monte : nommez, laissez, reprenez. Au cinéma, les pics sonores peuvent être forts : des bouchons à filtres limitent le volume sans déformer le son.
APRÈS	Un moment de son ou de mouvement en sortant.
À ÉVITER	Vous imposer de rester coûte que coûte jusqu'à l'angoisse. Réduisez la durée, puis allongez-la par paliers (chapitre 18).
QUAND CONSULTER	Si vous évitez systématiquement ces lieux : une TCC aide à reprendre la vie sociale (chapitre 33).

FICHE SITUATION

Repas, restaurants et conversations

Entendre dans le bruit coûte de l'énergie ; ne pas être compris coûte de la confiance.

CE QUI SE PASSE	Un restaurant dépasse souvent 80 dB : les conversations demandent un effort, la fatigue monte, l'acouphène aussi. L'acouphène s'accompagne souvent d'une baisse d'audition discrète. Résultat possible : retrait, fatigue, rumination. La mastication des autres peut aussi gêner (misophonie, chapitre 4).
AVANT	Choisissez le lieu, l'heure et la place : table à l'écart des haut-parleurs et de la cuisine, moment moins plein. Dites-le simplement à vos proches : « J'ai un bruit permanent dans l'oreille. Ce n'est pas grave, mais je fatigue dans le bruit. »
PENDANT	Placez-vous face à la personne, sans chercher à tout entendre. Mangez lentement. Si c'est trop, sortez une minute.
APRÈS	Rien à rattraper : une soirée difficile n'annonce rien.
À ÉVITER	Faire semblant de comprendre ; refuser tous les repas (l'évitement entretient la peur).
PHRASES UTILES	« J'entends mal dans le bruit, on peut changer de place ? » ; « Je prends l'air une minute. »
POUR LA SUITE	Un bilan auditif complet (chapitre 31). Une aide auditive, quand elle est indiquée, améliore la compréhension et peut alléger la gêne (chapitre 32).

FICHE SITUATION

Sorties, fêtes, concerts

On peut sortir. Il faut seulement protéger l'oreille et organiser la récupération.

CE QUI SE PASSE	Une musique amplifiée peut dépasser 100 dB, un niveau où des dommages peuvent survenir en peu de temps. Une exposition mal protégée peut déclencher ou aggraver un acouphène.
AVANT	Munissez-vous de bouchons à filtres pour la musique (chapitre 20). Prévoyez des pauses.
PENDANT	Éloignez-vous des enceintes, sortez dix minutes toutes les heures, gardez les bouchons en place.
APRÈS	Rentrez avec un son doux plutôt que dans le silence, sans casque fort.
À ÉVITER	Retirer les bouchons « pour la dernière chanson » ; compenser avec de l'alcool.
QUAND CONSULTER	Si le lendemain l'audition reste étouffée ou le sifflement persiste, consultez vite (partie XII).

FICHE SITUATION

Sport et activité

Bouger aide le sommeil, l'humeur et la tension. Peu de précautions suffisent.

CE QUI SE PASSE	L'activité physique est bonne pour la santé générale. Deux points d'attention : une salle de sport parfois très bruyante, et l'effort intense, qui peut faire apparaître des bruits du corps.
AVANT	Échauffez-vous. Si la salle est bruyante, bouchons ou autre lieu. Pas de volume fort au casque.
PENDANT	Respirez par le nez tant que possible ; relâchez la mâchoire (on serre souvent à l'effort).
APRÈS	Étirements doux de la nuque et des épaules, douche tiède (chapitre 24).
À ÉVITER	Les efforts intenses en retenant son souffle ; arrêter le sport par peur.
QUAND CONSULTER	Bruit qui bat avec le pouls à l'effort, vertiges ou malaise : avant de reprendre.

FICHE SITUATION

Le pic du soir

Anticiper le pic est plus efficace que de le calmer une fois installé.

CE QUI SE PASSE	En fin de journée, le bruit ambiant baisse (contraste), la capacité de tri est épuisée et l'attente du soir s'installe. Ce n'est pas forcément l'acouphène qui monte : c'est le reste qui descend.
AVANT	Marchez quinze minutes , dehors si possible. Installez le fond sonore avant que ça monte, sous le niveau de l'acouphène. Respirez 4-6 pendant cinq minutes (chapitre 13).
SUR LE MOMENT	Mâchoire relâchée, tâche absorbante, pas de vérification.
À ÉVITER	Le silence complet ; vérifier si ça monte.
POUR LA SUITE	Repérez votre créneau sur une semaine (chapitre 15) et installez la routine du soir (chapitre 16).

FICHE SITUATION

Stress ou fatigue intense

Examens, deuil, surcharge : le système nerveux est en alerte, l'acouphène s'en ressent.

CE QUI SE PASSE	Le stress ne touche pas l'oreille, mais il réduit la capacité de filtrage et renforce l'attention portée au bruit. Une période difficile peut faire reculer sans que ce soit un échec.
CETTE SEMAINE	Gardez le minimum : sommeil à heures fixes, fond sonore, respiration deux fois par jour, un peu de mouvement. Pas de nouveautés.
DANS LA JOURNÉE	Pauses mâchoire et épaules, vraie pause à midi, moins de café et d'alcool. Routine du soir raccourcie, mais présente.
À ÉVITER	Annuler toute vie sociale ; l'alcool ; chercher des solutions miracles.
SI CELA NE SUFFIT PAS	Parlez-en à votre médecin ; une aide psychologique est pertinente quand la tension dure (chapitre 33).
QUAND CONSULTER	Détresse importante, idées sombres : 3114 , 15 ou médecin (chapitre 35).

FICHE SITUATION

Bruit fort inattendu

Pétard, alarme, chantier : que faire dans les heures qui suivent.

CE QUI SE PASSE	Après une forte exposition, un sifflement passager est fréquent et disparaît le plus souvent en quelques heures. Il peut aussi persister, ou s'accompagner d'une baisse d'audition.
TOUT DE SUITE	Éloignez-vous de la source. Reposez l'oreille dans un endroit calme mais pas silencieux , avec un son très doux. Pas de bruit fort, pas d'écouteurs.
DANS L'HEURE	Notez ce que vous entendez : audition étouffée ? un seul côté ?
LE LENDEMAIN	Si le sifflement persiste ou si l'audition reste étouffée, consultez rapidement (médecin traitant, ORL ou urgences ORL) : un traumatisme sonore peut justifier un traitement dont l'efficacité dépend de la rapidité. Ne vous soignez pas seul.
À ÉVITER	Attendre plusieurs jours que ça passe ; surveiller l'acouphène heure par heure ; paniquer.
POUR LA SUITE	Protection systématique dans les lieux bruyants (chapitre 20).



SITUATION FICTIVE

Thomas, commercial en déplacement

Thomas a vingt-neuf ans, un acouphène depuis un an, et dort une nuit sur deux à l'hôtel, où le silence le réveille à trois heures. Il emporte désormais une petite enceinte avec un bruit de pluie qu'il règle sous son acouphène, garde son heure de lever et marche vingt minutes le soir. La première semaine ne change rien. La troisième, il remarque qu'il y pense moins en voiture. Il n'a rien « guéri » : il a retrouvé des routines qui voyagent avec lui.

🔑 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Chaque situation a ses pièges (contraste, vérification, fatigue de l'attention) et ses leviers (son, mouvement, respiration, relâchement).
- Choisissez la situation qui vous pèse le plus et travaillez-la quelques semaines avant de passer à la suivante.
- Protégez-vous du bruit fort, mais ne vous isolez pas du bruit normal.
- Un bruit fort suivi d'une audition étouffée ou d'un sifflement qui dure : consultez vite.

Que faire lorsque...

Onze moments qui reviennent sans cesse, avec une conduite claire. À lire à l'avance, pour savoir quoi faire quand ça arrive.

FICHE SITUATION

Quand ça s'emballe

Une poussée n'est pas une aggravation. C'est un pic, et un pic redescend.

CE QUI SE PASSE	Fatigue, contrariété, mauvaise nuit, semaine chargée : le filtre se relâche et le signal reprend le premier plan. L'inquiétude monte, le corps se tend, l'attention se braque, et la poussée s'entretient elle-même. C'est là que vous pouvez agir. Le plus souvent, l'atteinte de départ n'a pas changé ; ce qui varie, c'est le niveau d'alerte. Exception : après un bruit fort, une baisse d'audition ou un nouveau médicament, consultez.
TOUT DE SUITE	Nommez ce qui se passe : « C'est une poussée, elle va redescendre. » Mettre un mot interrompt l'emballement.
DANS LA MINUTE	Mettez du son , sous le niveau de l'acouphène (pluie, ventilateur, radio basse).
DANS LES DEUX MINUTES	Respirez 4-6 , douze cycles, une main sur le ventre (chapitre 13).
DANS LES DIX MINUTES	Bougez : marchez, montez un escalier. C'est le geste le plus sous-estimé. Relâchez la mâchoire.
DANS LES JOURS QUI SUIVENT	Protégez le sommeil (horaires fixes, fond sonore, pas de téléphone au réveil), gardez vos activités même au ralenti, évitez les recherches sur internet, surtout la nuit. Notez une ligne par jour (1 à 5) : la courbe redescend, plus vite qu'on ne le croit en la vivant.
À ÉVITER	Monter le volume pour couvrir ; essayer cinq méthodes en trois jours ; arrêter un traitement seul.
QUAND CONSULTER	Baisse d'audition brutale (urgence), bruit qui bat avec le pouls, vertiges intenses ou répétés, détresse ou idées sombres.
PHRASES UTILES	« Je me suis déjà senti ainsi, et c'est retombé. » « Ce que je fais maintenant décide surtout de la vitesse à laquelle ça redescend. »

FICHE SITUATION

Peur que ça empire

« Et si ça empire ? » La peur est compréhensible. Elle n'est pas un signal d'alerte médical.

CE QUI SE PASSE	Cette peur nourrit l'hypervigilance : on surveille, on vérifie, on anticipe, et cela entretient la perception. Les variations d'intensité sont normales ; elles ne signalent pas une dégradation de l'oreille.
TOUT DE SUITE	Posez deux questions. Y a-t-il un signe d'alerte ? (baisse d'audition brutale, un seul côté, bruit qui bat avec le pouls, vertiges, signes neurologiques : partie XII). Si non, c'est une variation , pas un danger.
DANS L'HEURE	Remplissez une fiche de pensée (chapitre 8) : situation, pensée (« ça va empirer »), émotion, alternative plausible (« les variations sont normales »). Puis respiration 4-6.
DANS LES JOURS QUI SUIVENT	Gardez le cap : sommeil, son, activité. Notez la gêne chaque soir, sans la scruter dans la journée.
À ÉVITER	Chercher des témoignages ; guetter l'acouphène à chaque minute ; passer des tests d'audition en ligne.
SI CELA NE SUFFIT PAS	Une TCC (chapitre 33) cible précisément ces peurs.

FICHE SITUATION

Le silence devient insupportable

Quand le calme, souvent recherché, devient une épreuve.

CE QUI SE PASSE	Dans le calme, le contraste est maximal, l'attention se verrouille et l'anxiété monte. Fuir le silence soulage sur le moment et l'entretient à long terme.
TOUT DE SUITE	Allumez un son doux , sous le niveau de l'acouphène.
DANS L'HEURE	Respiration 4-6 pendant cinq minutes, puis activité absorbante.
DANS LES JOURS QUI SUIVENT	Silence par paliers (chapitre 18) : une minute sans fond, puis deux, puis cinq, à un moment où vous allez bien.
À ÉVITER	Le silence pour « tester » ; les bouchons permanents ; masquer complètement et durablement.
QUAND CONSULTER	Si le silence déclenche panique, insomnie ou évitement massif : TCC.

FICHE SITUATION

Je vérifie sans cesse

Presque tout le monde le fait. Le problème est ce que cela apprend au cerveau.

CE QUI SE PASSE	Chaque contrôle (« est-il toujours là ? ») signale au cerveau que ce son est prioritaire. La vérification est un réflexe appris, donc un réflexe qui se désapprend.
SUR LE MOMENT	Nommez (« je vérifie »), puis revenez à une activité. Retardez d'une minute : « je vérifierai dans une minute » (chapitre 6).
DANS LA JOURNÉE	Si le besoin est fort, vérifiez à des créneaux fixes , brefs, jamais au lit, jamais en silence.
DANS LES JOURS QUI SUIVENT	Repérez vos vérifications cachées (tests en silence, doigts dans les oreilles, recherches sur internet) et remplacez-en une à la fois.
À ÉVITER	Vous punir ; vous répéter « je ne dois plus vérifier » (cela renforce l'idée).
QUAND CONSULTER	Si le besoin de vérifier vous envahit malgré vos efforts : TCC (chapitre 33).

FICHE SITUATION

Mon acouphène a changé

Un changement de ton, de côté ou de volume mérite une réponse à sa mesure.

CE QUI SE PASSE	Les variations sont fréquentes et le plus souvent bénignes (fatigue, stress, posture, mâchoire). Certains changements demandent un avis.
TOUT DE SUITE	Notez la date, ce qui a changé, le côté et les circonstances (bruit fort, médicament, infection, fatigue).
DANS LA SEMAINE	Un changement simple (ton, volume), sans autre signe : appliquez vos leviers habituels. Sans amélioration au bout de quelques jours, un avis ORL est raisonnable.
À ÉVITER	Prendre chaque variation pour une aggravation.
QUAND CONSULTER	Sans attendre en cas de début d'un seul côté, de baisse d'audition, de bruit qui bat avec le pouls, de vertiges, d'oreille bouchée persistante, d'écoulement ou de douleur (partie XII).

FICHE SITUATION

« Il faut vivre avec »

La phrase est souvent vraie sur le fond, et très insuffisante dans la forme.

CE QUI SE PASSE	Après avoir écarté une cause grave, un professionnel dit : « Il n'y a rien à faire, il faut vivre avec. » C'est compréhensible (aucun traitement ne fait disparaître un acouphène chronique), mais cela laisse de côté tout ce qui réduit la gêne : thérapies, appareillage, sommeil, son.
TOUT DE SUITE	« Vivre avec » est un objectif réaliste. Ce n'est pas la même chose que « ne rien pouvoir faire ».
DANS LA SEMAINE	Demandez : « Que peut-on faire pour réduire la gêne ? » Interrogez sur la TCC , un bilan auditif avec éventuel appareillage, et un accompagnement du sommeil. Préparez la consultation avec la liste de questions du chapitre 38.
POUR LE DIRE	« Je comprends qu'aucun traitement ne le supprime. Je voudrais savoir ce qui peut m'aider à mieux le supporter. »
QUAND CONSULTER	Si l'on vous répond qu'il n'y a rien à faire alors que vous êtes en détresse ou que votre sommeil se dégrade : demandez un deuxième avis ou un centre spécialisé (chapitre 31).

FICHE SITUATION

Parler avec ses proches

Un bruit que personne d'autre n'entend est difficile à expliquer. Et difficile à accompagner.

CE QUI SE PASSE	L'entourage minimise (« tu y penses trop »), s'inquiète à l'excès ou conseille des remèdes. On se sent incompris, et seul. Du côté du proche, on se sent impuissant.
POUR LE DIRE	« J'ai un son permanent dans l'oreille. Ce n'est pas dangereux, mais cela me fatigue, surtout dans le bruit et dans le silence. » / « Ce n'est pas que j'y pense trop : c'est un son que mon cerveau percevait. » / « Ce qui m'aide : qu'on baisse le bruit, qu'on me répète sans s'agacer, qu'on respecte mes soirées calmes. » Si vous accompagnez: Croyez ce qu'on vous dit. Ne minimisez pas . Baissez le bruit quand c'est possible. Proposez d'aller ensemble à un rendez-vous. Invitez à bouger, à sortir, à dormir. Dites : « Je suis là. Dis-moi ce qui t'aiderait. »
À ÉVITER	Les conseils non demandés, les solutions miracles, les reproches ; se justifier longuement ; s'isoler.
POUR LA SUITE	Des associations de patients et des groupes de parole rompent l'isolement ; votre médecin ou audioprothésiste peut vous orienter.
QUAND CONSULTER	Si un proche parle de ne plus vouloir vivre : 3114 ou 15 , et restez avec lui.

FICHE SITUATION

Rien ne bouge depuis des mois

Après beaucoup d'essais, ou des années de vie réorganisée autour du bruit : faire le point.

CE QUI SE PASSE	On essaie dix choses à la fois, ou chacune trop peu de temps, sans mesure, et l'on conclut que « rien ne marche ». Avec les années s'installe aussi une résignation : moins de sorties, moins de bruit, moins de projets. Ce n'est pas définitif.
ÉTAPE 1	Faites le point : quelles techniques, combien de temps, avec quelle régularité ? Une technique demande deux à quatre semaines.
ÉTAPE 2	Mesurez : relisez votre carnet (partie XIV) ; notez ce qui a changé, même un peu (sommeil, détresse, évitement).
ÉTAPE 3	Cherchez ce qui manque : bilan auditif récent ? dépistage de l'apnée du sommeil ? anxiété ou dépression non traitées ? TCC ?
ÉTAPE 4	Demandez une aide structurée : TCC, audioprothésiste formé aux acouphènes, centre spécialisé (partie XI). L'ancienneté n'est pas un obstacle : les thérapies aident aussi les acouphènes anciens.
DANS LE MOIS	Choisissez une seule reprise (restaurant, cinéma, une heure de calme choisi) et reprenez-la par paliers, avec un fond sonore.
À ÉVITER	Multiplier les nouveautés, acheter des produits miracles, vous reprocher de ne pas en avoir fait assez, penser que « c'est trop tard ».
PHRASES UTILES	« Mon acouphène est le même. Ma vie peut ne pas l'être. »

FICHE SITUATION

Bruits ordinaires insupportables

Un cliquetis, une mastication, une vaisselle : des sons banals deviennent pénibles.

CE QUI SE PASSE	Selon le cas, c'est de l' hyperacousie (sons ordinaires trop forts ou douloureux) ou de la misophonie (réaction émotionnelle à des sons précis) (chapitre 4). Les deux peuvent accompagner l'acouphène.
TOUT DE SUITE	Éloignez-vous de la source, respirez lentement. Pas de bouchons systématiques.
DANS LA SEMAINE	Prenez rendez-vous pour un bilan auditif complet : ORL ou audioprothésiste.
POUR LA SUITE	Réintroduction progressive des sons à un volume confortable, avec un professionnel, en partant de très bas ; TCC pour la misophonie.
À ÉVITER	Éviter tous les sons ; porter bouchons ou casque antibruit en permanence ; vous isoler.
QUAND CONSULTER	Dès que cela limite votre vie quotidienne.

FICHE SITUATION

Un médicament semble en cause

Un traitement a démarré, et le bruit a changé.

CE QUI SE PASSE	Certains médicaments peuvent provoquer ou aggraver un acouphène (liste indicative au chapitre 2). Le lien n'est pas toujours évident et dépend de la dose.
TOUT DE SUITE	Ne l'arrêtez pas seul. Interrompre un traitement peut être bien plus dangereux que l'acouphène.
DANS LA SEMAINE	Contactez le prescripteur ou votre pharmacien avec la date de début, la dose et la chronologie. Votre médecin jugera du lien, adaptera ou proposera une alternative.
À ÉVITER	Arrêter, diminuer ou augmenter seul ; vous fier à une liste en ligne.
QUAND CONSULTER	Rapidement si le bruit est apparu avec une baisse d'audition ou des vertiges.

FICHE SITUATION

Une solution miracle

Une publicité promet de faire disparaître votre acouphène.

Comment juger ?

CE QUI SE PASSE	Les acouphènes sont un terrain de choix pour les promesses : désarroi, absence de traitement, et variations naturelles qui donnent l'illusion d'efficacité.
LES CINQ QUESTIONS À SE POSER	1. Promet-on la disparition ou la guérison ? (signal d'alarme) 2. Existe-t-il un essai contrôlé contre placebo publié, sur les acouphènes, et non sur autre chose ? 3. Les recommandations officielles (HAS, NICE) le recommandent-elles ? 4. Qui le vend, et a-t-il un intérêt financier ? 5. Combien cela coûte-t-il, et est-ce remboursé ?
À ÉVITER	Arrêter une prise en charge ; croire des témoignages isolés.
POUR LA SUITE	Parlez-en à votre médecin ou audioprothésiste avant d'acheter. Les compléments sont traités au chapitre 34.

FICHE SITUATION

Détresse, idées sombres

Quand le bruit, la fatigue ou le désespoir deviennent trop lourds.

CE QUI SE PASSE	Un acouphène très gênant peut s'accompagner d'une dépression ou d'une anxiété importantes. Ce n'est pas de la faiblesse. Cela se traite.
TOUT DE SUITE	Si vous pensez à mettre fin à vos jours, appelez le 3114 (gratuit, jour et nuit), ou le 15 ou le 112 . Si vous ne pouvez pas rester seul, allez aux urgences ou appelez un proche.
DANS LA JOURNÉE	Prévenez une personne de confiance. Parlez à votre médecin traitant.
POUR LA SUITE	Un accompagnement psychologique, parfois médicamenteux, est efficace. Les TCC ont montré leur intérêt pour réduire la détresse liée à l'acouphène (chapitre 33).
À ÉVITER	Rester seul ; l'alcool ; arrêter un traitement.
PHRASES UTILES	« Je ne vais pas bien et j'ai besoin d'aide. »

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Les fiches « Que faire lorsque... » servent à agir vite, avec une conduite claire.
- Une poussée est un pic, pas une aggravation ; la réaction compte plus que le pic.
- « Il faut vivre avec » est un objectif réaliste, mais ne doit pas empêcher thérapies, bilan et appareillage.
- Après des essais sans résultat : faire le point, mesurer, chercher ce qui manque, demander une aide structurée.
- Détresse ou idées sombres : 3114, 15 ou 112, sans attendre.

IX

Habitudes de vie

Aucun aliment ne provoque un acouphène. Certaines habitudes peuvent changer la façon dont on le vit : à tester avec méthode, sans interdits inutiles.

DANS CETTE PARTIE

28 Alimentation, café, alcool, activité : ce qui est démontré, ce qui est suggéré

184

Alimentation, café, alcool, activité : ce qui est démontré, ce qui est suggéré

Association n'est pas causalité. Savoir distinguer évite de se priver pour rien.

Trois niveaux d'information

Sur l'alimentation, on lit beaucoup d'affirmations. Pour s'y retrouver, il faut distinguer trois niveaux.

NIVEAU	CE QUE CELA SIGNIFIE	EXEMPLE
Causalité démontrée	Des essais contrôlés montrent qu'un facteur provoque l'effet	Certains médicaments à forte dose peuvent provoquer des acouphènes
Association	Deux choses vont de pair dans des études d'observation, sans preuve que l'une cause l'autre	Une alimentation riche en fruits va de pair avec moins d'acouphènes
Hypothèse	Un mécanisme est plausible, sans données solides chez des personnes avec acouphènes	Le sel, le glutamate ou les fromages affinés comme déclencheurs

Une règle simple : **ne supprimez pas un aliment sur la foi d'une association ou d'une hypothèse sans le tester, et ne vous privez jamais d'un groupe d'aliments sans avis.** Les régimes d'exclusion larges n'ont pas de bénéfice démontré sur les acouphènes et peuvent nuire.

Ce qu'on sait, facteur par facteur

FACTEUR	CE QUE L'ON SAIT	NIVEAU
Sel en excès	Réduire le sel est un conseil classique dans la maladie de Ménière, sur des preuves limitées. Pour un acouphène seul, le lien n'est pas démontré ; moins de sel reste bon pour la tension	Hypothèse
Caféine	Les études d'observation ne montrent pas d'effet aggravant (une grande cohorte de femmes, Glicksman 2014, a même associé une consommation plus élevée à moins d'acouphènes). Son effet sur le sommeil est établi et dure plusieurs heures : c'est l'horaire qui compte	Association
Alcool	Pas d'essai spécifique. Il fragmente le sommeil (établi) ; certaines personnes rapportent une hausse passagère du son	Avis d'experts
Tabac	Associé à la perte d'audition et aux acouphènes dans plusieurs études. Arrêter est bon pour le cœur et pour la santé en général	Association
Glutamate, fromages affinés, charcuterie	Pas de lien démontré avec l'acouphène (la tyramine est liée à la migraine chez certains). Ces aliments sont aussi riches en sel	Hypothèse
Quinine (tonic)	Le médicament est toxique pour l'oreille à dose thérapeutique. Un tonic en contient bien moins : un verre occasionnel ne pose pas de problème, une consommation quotidienne mérite d'être connue	Établi (médicament)



CE QUE DIT LA SCIENCE

Ce que dit la science sur l'alimentation

Une synthèse de la littérature (Zhang et al., BMJ Open, 2025) a regardé quinze habitudes alimentaires dans dix études d'observation, dont huit ont pu être réunies (plus de 300 000 personnes). Manger plus de **fruits, de fibres, de produits laitiers** et boire de la **caféine** allait de pair avec un peu moins d'acouphènes ; onze autres habitudes ne montraient aucun lien. Mais la plupart des études sont des photographies à un instant donné, la qualité globale est jugée faible, et les auteurs rappellent que la cause n'est pas démontrée (le lien avec la caféine reste discuté). Ces résultats invitent à bien manger, ce qui est bon pour la santé de toute façon. Ils ne permettent pas de « traiter » l'acouphène par l'assiette.



CE QUE DIT LA SCIENCE

Le gingembre

Les données se résument à **une seule petite étude de 1986** (Grøntved et Hentzer) : huit volontaires sains, contre placebo, avec moins de vertige provoqué expérimentalement. Elle ne porte **ni sur les acouphènes ni sur des personnes malades**. Rien ne permet d'affirmer que le gingembre traite ou réduit un acouphène. En cuisine ou en infusion, il est sans danger pour la plupart des gens ; en complément concentré, demandez conseil si vous prenez des médicaments, notamment des anticoagulants.

Tester un aliment avec méthode

Si vous soupçonnez un aliment, vous pouvez le tester. Sans méthode, on supprime dix aliments, on ne sait rien, et la vie se complique pour rien.

FICHE TECHNIQUE · 5 SEMAINES

AVIS D'EXPERTS

Le test d'un aliment

OBJECTIF	Savoir si un aliment précis influence votre gêne, sans vous priver au hasard.
PRINCIPE	Un acouphène varie naturellement d'un jour à l'autre. Seul un test assez long, avec réintroduction, distingue un effet réel du bruit de fond.
INDICATIONS	Vous soupçonnez un aliment précis, après avoir vérifié sommeil, stress et mâchoire.
ÉTAPES	1. Un seul aliment à la fois : si vous en retirez trois et que cela s'améliore, vous ne saurez jamais lequel comptait. 2. Deux semaines minimum sans cet aliment, pas moins. 3. Notez chaque soir la gêne de 1 à 5 (1 = à peine perceptible, 5 = très envahissant). C'est le carnet qui décide, pas la mémoire, qui retient surtout les mauvais jours. 4. Réintroduisez l'aliment une semaine. Si rien ne remonte, gardez-le.
RÉSULTAT ATTENDU	Comparez la moyenne des deux semaines sans l'aliment à celle de la semaine de réintroduction. Un écart d'un point ou plus mérite attention ; en dessous, c'est très probablement la variation normale.
LIMITES	Cela ne prouve rien au sens d'un essai ; cela vous renseigne sur vous.
PRÉCAUTIONS	Ne le faites pas si vous avez, ou avez eu, un trouble du comportement alimentaire, ni en période de forte anxiété autour de l'alimentation. N'excluez jamais plusieurs groupes d'aliments sans avis diététique. L'objectif n'est pas de supprimer, c'est de savoir.

Carnet de test (gêne de 1 à 5, chaque soir)

PHASE	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7

Ligne 1 : première semaine sans l'aliment. Ligne 2 : deuxième semaine sans l'aliment. Ligne 3 : semaine de réintroduction. Comparez les moyennes.

Ce qui aide vraiment, au quotidien

- **Fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes**, et des produits laitiers ou alternatives enrichies selon vos habitudes. Cuisiner davantage : le sel se cache surtout dans les produits transformés (pain, plats préparés, charcuterie, fromages).
- **Le café** : gardez celui du matin. Après le début de l'après-midi, passez au déca, aux infusions ou au thé léger **si votre sommeil en souffre**. Ne stoppez jamais brutalement une grosse consommation : le sevrage donne maux de tête et irritabilité.
- **Une activité physique régulière** (marche, vélo, natation, environ trente minutes la plupart des jours) soutient le sommeil, l'humeur et le cœur (chapitre 12). Il n'existe pas de régime « anti-acouphènes ».
- **Les médicaments** : certains peuvent provoquer ou aggraver un acouphène (liste indicative au chapitre 2). **N'arrêtez jamais un traitement de votre propre initiative** ; demandez à votre médecin ou pharmacien de passer vos médicaments en revue.

Ce que ce livre ne recommande pas

PRATIQUE	POURQUOI
Régimes d'exclusion larges (sans gluten, sans lactose, « détox ») sans indication	Aucun bénéfice démontré ; risque de carences et de rigidité alimentaire
Jeûnes et cures « détox »	Aucune donnée ; risque
Fortes doses de vitamines ou de minéraux sans carence prouvée	Aucun bénéfice démontré (chapitre 34) ; effets indésirables possibles
« Aliments miracles » (gingembre, ail, vinaigre de cidre)	Aucune preuve ; ne retardez pas un bilan

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Distinguez causalité démontrée, association et hypothèse : la plupart des conseils alimentaires relèvent des deux derniers niveaux.
- Une alimentation riche en fruits, légumes et fibres va de pair avec moins d'acouphènes dans des études d'observation ; elle est bonne pour la santé quoi qu'il arrive.
- La caféine agit sur le sommeil, pas de façon démontrée sur l'acouphène : l'horaire compte plus que la quantité.
- Testez un aliment à la fois, deux semaines, avec réintroduction ; pas de test en cas d'antécédent de troubles alimentaires.
- Ne supprimez pas de groupes d'aliments, n'arrêtez aucun médicament seul, ne croyez pas aux aliments miracles.



Erreurs et idées reçues

Ce qui entretient la gêne est rarement ce que l'on croit. Souvent, ce sont des gestes très compréhensibles, faits avec les meilleures intentions.

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|----|--|-----|
| 29 | Les erreurs qui entretiennent la gêne | 191 |
| 30 | Idées reçues : ce qu'on entend, ce que l'on sait | 195 |

Les erreurs qui entretiennent la gêne

Presque tout le monde en fait plusieurs. Les repérer n'est pas se juger : c'est trouver où agir.

Une « erreur » n'est pas une faute. Ce sont des **réflexes** qui apaisent sur le moment (couvrir le bruit, vérifier, se retirer) et qui, répétés, entretiennent ce qu'on voudrait éteindre. Les repérer est la partie la plus utile du travail : on peut défaire un réflexe sans jamais faire disparaître le son.

Les douze erreurs les plus fréquentes

ERREUR	POURQUOI ELLE ENTRETIENT LA GÊNE	À LA PLACE	CH
1. Chercher le silence	Le contraste est maximal, l'attention se verrouille sur le bruit	Un fond sonore doux, réglé sous le bruit	18
2. Vérifier si le bruit est toujours là	Chaque vérification apprend au cerveau que le bruit est important	Créneaux de vérification, retard d'une minute	6
3. Monter le volume pour couvrir	Risque pour l'audition ; le cerveau apprend à « éteindre » le bruit	Point de mélange	18
4. Porter bouchons ou casque au calme	Peut accentuer la sensibilité aux sons	Se protéger seulement dans le bruit fort	20

ERREUR	POURQUOI ELLE ENTRETIENT LA GÊNE	À LA PLACE	CH
5. Lire des témoignages la nuit	Les histoires les plus alarmantes sont les plus partagées ; l'angoisse monte	Fiche « Trois heures du matin »	17
6. Éviter les situations (sorties, calme, réunions)	Le monde se rétrécit ; la peur reste intacte	Reprendre une activité à la fois	27
7. Essayer cinq méthodes en même temps	On ne peut en juger aucune ; on s'épuise	Une seule nouveauté à la fois, deux à trois semaines	36
8. Lutter (« je ne dois plus y penser »)	L'effort pour ne pas penser ramène l'attention	Orienter l'attention plutôt que la supprimer	7
9. Juger trop vite	L'habituatation prend des semaines à des mois	Comparer à il y a un mois, jamais à hier	5
10. Attendre, quand il faudrait consulter	Un acouphène brutal, d'un seul côté ou pulsatile demande un avis rapide	Les signes d'alerte	35
11. Se priver au hasard (café, sel, alcool, gluten)	Frustration, carences, aucun bénéfice démontré	Tester un aliment à la fois, avec méthode	28
12. Se juger (« j'aurais dû »)	La culpabilité augmente la tension	S'aider comme on aiderait un ami	8

Trois d'entre elles pèsent plus que les autres, et elles s'enchaînent comme le cercle du chapitre 3 : **la vérification** nourrit l'attention, **l'évitement** nourrit la peur du calme, **la lutte** nourrit la tension, qui nourrit le bruit. Si vous ne devez en défaire que trois, ce sont celles-ci.



À SAVOIR

Écrans, café : des interdits à comprendre

Les consignes « pas d'écran au lit » et « pas de café l'après-midi » sont faciles à retenir, mais elles faussent l'explication. Aucune étude ne montre que l'écran ou la caféine aggravent l'acouphène **en eux-mêmes** : ce qui compte, c'est un sommeil dégradé (lumière, stimulation, heure tardive ; effet de la caféine sur l'endormissement, établi). Comprendre la raison permet de garder ce qui compte (l'horaire, la régularité) et de lâcher l'interdit.



SITUATION FICTIVE

Karim, cinq méthodes en dix jours

Karim a 52 ans, un sifflement apparu après une période de surmenage. Au troisième mois, il a déjà essayé un complément, des bouchons de nuit, une application de bruits blancs à fort volume, des massages du cou chaque soir et un régime sans gluten. Il vérifie le bruit au réveil, au bureau, au coucher. Il dort cinq heures et ne sait pas ce qui, de tout cela, joue un rôle. Son audioprothésiste lui propose de **tout arrêter sauf le fond sonore**, réglé plus bas, et de ne garder qu'un suivi écrit : sommeil, gêne de 0 à 10, horaires. Après trois semaines, il dort six heures et demie et vérifie moins souvent. Le bruit est toujours là, mais son soir est plus supportable. Ensuite seulement, il ajoute la respiration lente.

(Situation fictive, à titre d'illustration.)

CHECK-LIST

Mes réflexes du moment (cochez ceux que vous reconnaissez, sans vous juger)

- ☐ Je vérifie le bruit au réveil, au coucher, ou dès que c'est calme
- ☐ Je monte le son pour ne plus l'entendre
- ☐ Je cherche le silence, ou je le redoute
- ☐ J'évite des sorties, des réunions, des lieux calmes
- ☐ Je lis des témoignages le soir ou la nuit
- ☐ J'ai essayé plusieurs nouveautés dans la même semaine
- ☐ Je me reproche de ne pas y arriver
- ☐ Mon acouphène a changé de côté ou de nature, et je n'ai pas consulté



EN PRATIQUE

Un seul réflexe à la fois

Choisissez, dans la liste, **un seul** réflexe à défaire pendant deux semaines. Notez dans le carnet (chapitre 38) comment la gêne évolue. Puis seulement, passez au suivant. C'est aussi la règle pour tout nouvel outil.

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Les erreurs sont des réflexes qui apaisent sur le moment et entretiennent le bruit à terme.
- Les trois plus lourdes : vérifier, éviter, lutter.
- Écrans et café ne sont pas des interdits en soi : c'est le sommeil qu'il faut protéger.
- Défaites un seul réflexe à la fois, deux semaines, avec un carnet.

Idées reçues : ce qu'on entend, ce que l'on sait

Beaucoup de phrases rassurantes ou effrayantes circulent sur les acouphènes. Les passer au crible aide à choisir ses efforts.

Ces phrases viennent des forums, de l'entourage, parfois de professionnels pressés. Chacune contient un grain de vérité que l'on a transformé en loi générale. La colonne de droite renvoie au chapitre qui détaille la réponse.

Sur ce qu'est un acouphène

CE QU'ON ENTEND	CE QUE L'ON SAIT	CH
« C'est dans votre tête »	Le bruit est réel pour vous et il a des bases neurologiques. Ce que le stress et l'attention modulent, c'est la gêne , pas la réalité du son	1
« C'est une maladie de l'oreille »	C'est un symptôme. L'oreille est souvent impliquée, mais le cerveau, les nerfs, la mâchoire et le cou peuvent participer	2
« Un audiogramme normal, donc rien »	L'audiogramme standard n'explore pas tout. Il n'invalide pas votre symptôme	2
« Plus c'est fort, plus c'est grave »	L'intensité perçue et la gêne ne vont pas ensemble. Deux sons identiques peuvent être vécus très différemment	3

Sur l'évolution

CE QU'ON ENTEND	CE QUE L'ON SAIT	CH
« Ça va forcément empirer »	Non. Beaucoup de personnes constatent que la gêne diminue avec le temps	5
« Si ça varie, c'est que ça s'aggrave »	Non. Une variation est normale ; l'atteinte de départ ne varie pas d'un jour à l'autre	3
« Après des années, c'est trop tard »	Non. Ce qui s'est appris peut se réapprendre, plus lentement parfois	3
« Il faut vivre avec »	Souvent juste sur le fond, trop court comme conseil : de vraies approches réduisent la gêne	27

Sur le son, le silence et l'attention

CE QU'ON ENTEND	CE QUE L'ON SAIT	CH
« Le silence, c'est reposant »	Avec un acouphène, le silence augmente le contraste. Un calme choisi est possible, pas un calme subi	18
« Il faut couvrir le bruit le plus possible »	Le but est de réduire le contraste, pas d'effacer le bruit	18
« Il faut fuir tout bruit »	Un bruit fort se fuit ; un bruit normal est un allié. Les bouchons protègent dans le bruit fort, au calme ils peuvent accentuer la sensibilité	20
« 50 % du volume, c'est sans danger »	Le niveau réel dépend de l'appareil et de l'écouteur : le même curseur peut donner des niveaux très différents. Repère : si vous devez élever la voix à un mètre, c'est trop ; limite OMS-UIT : 80 dB(A), 40 heures par semaine au plus	20
« Cette fréquence ou cette vidéo fait disparaître le bruit »	Aucune étude solide chez des personnes avec acouphènes. Méfiez-vous aussi du volume	19
« Ne plus y penser »	Se forcer à ne pas penser à quelque chose ramène l'attention dessus. Orienter l'attention marche mieux	7
« Vérifier me rassure »	Brièvement. À la longue, cela apprend au cerveau que le bruit est un danger	6

Sur les traitements et les produits

CE QU'ON ENTEND	CE QUE L'ON SAIT	CH
« Les appareils auditifs font disparaître l'acouphène »	Non, mais en cas de perte d'audition, mieux entendre peut réduire la gêne	32
« Il n'y a rien à faire »	Faux. Les thérapies cognitivo-comportementales ont des preuves ; sommeil, attention et son sont des leviers	33
« Un médicament le fait taire »	Aucun médicament n'a démontré qu'il supprime l'acouphène	34
« Les compléments soignent les acouphènes »	Aucun n'est reconnu comme traitement. Les recommandations ne les retiennent pas	34
« Faire craquer les cervicales débloque »	Aucun bénéfice démontré, risque rare mais grave	24

Sur les causes et le moral

CE QU'ON ENTEND	CE QUE L'ON SAIT	CH
« C'est le café, le sel, le vin rouge »	Pas de lien démontré avec l'acouphène. Les effets sur le sommeil, eux, sont réels	28
« C'est le stress »	Le stress ne fabrique pas l'acouphène ; il change l'attention que le cerveau lui accorde	12
« C'est forcément l'oreille »	La mâchoire, le cou, la pression de l'oreille moyenne peuvent moduler le son	21
« Un battement avec le cœur, c'est le stress »	Non : il justifie un bilan médical à part entière	4
« Un seul côté, brutal, ce n'est rien »	Non : c'est une urgence, à voir dans les 24 à 72 heures	35
« Les autres n'ont pas ce problème »	Environ 14 % des adultes ont ou ont eu des acouphènes	1
« Je n'y arriverai pas »	Les thérapies existent et ont des résultats. Parler à un professionnel est un bon début	33

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Les idées reçues contiennent presque toutes un grain de vérité transformé en règle universelle.
- Le bruit est réel, il n'est pas « dans la tête » ; ce que l'attention et le stress modulent, c'est la gêne.
- Silence, volume, vérification et lutte sont les quatre terrains où les idées fausses coûtent le plus cher.
- Aucun médicament, complément, régime ou manipulation n'a démontré qu'il supprime un acouphène chronique.

XI

Les prises en charge professionnelles

Ce que les professionnels peuvent faire, ce qu'ils ne peuvent pas, et comment s'y repérer sans se laisser vendre une promesse.

DANS CETTE PARTIE

31	Le parcours de soins : qui voir, pour quoi faire	200
32	Aides auditives, générateurs de sons et thérapie sonore	206
33	TCC, pleine conscience, hypnose, sommeil	211
34	Stimulation, médicaments, compléments : ce que disent les recommandations	216

Le parcours de soins : qui voir, pour quoi faire

Un acouphène gênant se traite rarement seul, ni par un seul professionnel. Savoir qui fait quoi évite des détours.

Ce livre propose des outils à utiliser seul(e). Il ne remplace pas un bilan, et il ne dit pas que tout se règle seul. La **Haute Autorité de santé** (HAS) a publié en 2026 des recommandations pour les acouphènes invalidants de l'adulte. Ce chapitre et les trois suivants s'en servent comme fil conducteur, avec les recommandations britanniques (NICE, 2020), américaines (AAO-HNSF, 2014) et européennes (Cima et al., 2019). Une précision : la plupart des recommandations de la HAS reposent sur un **accord d'experts** ou un niveau de preuve **faible** ; aucune n'est de niveau élevé. Cela reflète l'état de la recherche, pas un défaut du travail.

Qui fait quoi

PROFESSIONNEL	CE QU'IL APPORTE	QUAND
Médecin généraliste	Premier examen, recherche de signes de gravité, coordination, soin des troubles associés (sommeil, anxiété)	Dès le début
ORL	Examen de l'oreille, audiométrie, imagerie si besoin, recherche de la cause	Pour tout acouphène persistant
Audioprothésiste	Bilan auditif, aide auditive, générateur de sons, conseil et suivi	Perte auditive, hyperacousie, thérapie sonore

PROFESSIONNEL	CE QU'IL APPORTE	QUAND
Psychologue clinicien, psychiatre	TCC, anxiété, sommeil, détresse	Gêne importante
Chirurgien-dentiste, kinésithérapeute	Mâchoire, bruxisme, mobilité du cou (chapitres 23 et 24)	Piste mâchoire ou cou
Médecin du travail	Adaptation du poste, exposition au bruit	Bruit au travail
Équipe pluridisciplinaire	Prise en charge coordonnée	Quand rien ne bouge
Association de patients	Information fiable, soutien entre pairs	À tout moment

Le premier rendez-vous

Un bon premier rendez-vous cherche d'abord à **écarter ce qui ne doit pas attendre**, puis à comprendre ce qui entretient la gêne. Selon la HAS (2026), le professionnel s'intéresse au côté, au mode d'apparition (progressif ou brutal), à la nature du son (continu, rythmé, **pulsatile**), à ce qui l'aggrave ou le soulage, au retentissement (sommeil, concentration, humeur, travail), à l'anxiété et à la dépression, à l'exposition au bruit, aux **médicaments**, aux pistes de **mâchoire et de cou**, et il examine le conduit et le tympan (otoscopie).



EN PRATIQUE

Préparez votre rendez-vous

Notez avant d'y aller : la date et le mode d'apparition, le côté, vos médicaments, ce qui fait varier le son, votre sommeil, votre gêne de 0 à 10. Le chapitre 38 propose une feuille prête à imprimer.

Le bilan : ce qui est systématique, ce qui dépend

EXAMEN	À QUOI IL SERT	QUAND
Audiométrie tonale	Mesurer l'audition, même une perte légère	Systématique
Otoscopie	Voir le conduit et le tympan : cérumen, otite, perforation	Dès le premier rendez-vous
Tympanométrie	Évaluer l'oreille moyenne et la trompe d'Eustache	Si doute sur l'oreille moyenne
Audiométrie des hautes fréquences, parole dans le bruit, otoémissions	Détecter une atteinte qu'un audiogramme standard ne montre pas	Selon l'indication
IRM (ou scanner)	Écarter une lésion rare du nerf auditif ou une anomalie vasculaire	Acouphène d'un seul côté, asymétrique, fluctuant ou pulsatile ; scanner si IRM impossible ou traumatisme
Examen de l'équilibre	Explorer le système vestibulaire	Si vertiges ou instabilité
Acouphénométrie	Mesurer la hauteur et l'intensité apparentes du son	Avant une thérapie sonore ; sinon optionnel



À SAVOIR

Pas d'imagerie systématique

Pour un acouphène **des deux côtés, symétrique**, avec une perte auditive de type neurosensoriel, la HAS (2026) ne recommande pas d'imagerie systématique. Ne vous inquiétez pas si on ne vous prescrit pas d'IRM : c'est cohérent. À l'inverse, un acouphène d'un seul côté, asymétrique, variable ou qui bat avec le pouls justifie une IRM (chapitre 4). Si vous en passez une, le bruit de l'appareil est fort : demandez des **protections auditives adaptées**, ce que la HAS recommande de prévoir.

Mesurer l'impact : les questionnaires

Ce qui oriente la prise en charge, c'est surtout l'**impact** du bruit. Les professionnels utilisent des questionnaires validés : le **THI** (*Tinnitus Handicap Inventory*), le **TFI** (*Tinnitus Functional Index*), une échelle de 0 à 10, des échelles d'anxiété, de dépression et d'insomnie. Ils sont protégés par des droits d'auteur : ils ne sont pas reproduits ici, mais votre professionnel peut vous les proposer. On les reprend au fil des mois pour **décider**, puis **suivre**.

Pour le THI (score de 0 à 100), la HAS (2026) distingue trois zones et propose, à titre d'**accord d'experts**, une orientation.

SCORE THI	ORIENTATION (ACCORD D'EXPERTS)	CE QUI S'AJOUTE
36 ou moins	Information guidée, thérapie d'acceptation et d'engagement ou pleine conscience	Enrichissement sonore, activité physique, sommeil
38 à 56	TCC adaptée	Aide auditive d'emblée si perte d'audition ; générateur de sons selon le cas
58 ou plus, ou anxiété, dépression modérées à sévères	TCC systématique, psychiatre si anxiété confirmée	Essai d'aide auditive discuté même hors critères de remboursement ; générateur de sons

Ces seuils ne sont pas des étiquettes. Un score élevé n'est pas une condamnation : il indique que l'aide professionnelle est particulièrement utile.

Quel parcours pour quel profil ?

VOTRE SITUATION	UN PARCOURS TYPIQUE
Acouphène récent, des deux côtés, sans signe d'alerte	Médecin traitant, puis ORL avec audiométrie ; conseil, sommeil, environnement sonore
Perte d'audition associée	ORL, puis audioprothésiste : essai d'aide auditive (chapitre 32)
Gêne importante, sommeil perturbé, anxiété	Médecin traitant, puis TCC (chapitre 33)
Le son varie avec la mâchoire ou le cou	Chirurgien-dentiste, kinésithérapeute formé (chapitres 21 à 24)
Sons du quotidien douloureux	Audioprothésiste ou ORL : bilan d'hyperacousie (chapitres 4 et 32)
Pulsatile, d'un seul côté, brutal, vertiges	ORL ou urgences selon la rapidité (chapitre 35)
Tout essayé, rien ne bouge	Équipe pluridisciplinaire, association de patients

Quand rien ne bouge

Les recommandations conseillent alors l'orientation vers une **équipe pluridisciplinaire** (ORL, audioprothésiste, psychologue ou psychiatre), idéalement avec des séances d'information ou des groupes de soutien. Elles encouragent aussi à connaître, dès le premier rendez-vous, une **association de patients** : information fiable, soutien entre pairs, vigilance sur les pratiques sans preuve. En France, **France Acouphènes** en fait partie. Pour signaler une pratique qui vous semble abusive ou sectaire, la HAS cite la **MIVILUDES** (mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires).

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Un acouphène gênant se prend en charge à plusieurs : médecin, ORL, audioprothésiste, psychologue, parfois dentiste ou kinésithérapeute.
- Le bilan de base est une audiométrie ; l'IRM est réservée aux acouphènes d'un seul côté, asymétriques, variables ou pulsatiles.
- Le THI et le TFI mesurent l'impact et orientent : plus le score est élevé, plus la TCC est recommandée.
- Si rien ne bouge, une équipe pluridisciplinaire et une association de patients sont des relais fiables.

Aides auditives, générateurs de sons et thérapie sonore

Le son peut aider, à condition d'être prescrit pour la bonne situation. Seul, il ne suffit pas.

Ce que disent les recommandations

La HAS (2026) demande d'**informer** la personne sur les aides auditives, les générateurs de sons et l'enrichissement sonore, avec leurs avantages et leurs limites. Le point de départ est la présence ou non d'une **perte auditive**.

SITUATION	Ce que recommande la HAS (2026), accord d'experts sauf mention
Perte auditive, THI de 38 à 56 (ou échelle de 0 à 10 à 6 ou plus)	Aide auditive en première intention
Perte auditive, THI de 58 ou plus	Essai d'aide auditive discuté, même hors critères de remboursement
Pas de perte auditive, THI de 36 ou moins	Enrichissement sonore, associé à des soins non auditifs (preuve faible)
Pas de perte auditive, THI de 38 à 56	Enrichissement sonore et/ou générateur de sons, associé à une TCC
Pas de perte auditive, THI de 58 ou plus	Générateur de sons associé à une TCC
Hyperacousie sans perte auditive	Générateur de sons associé à une TCC
Pas de perte auditive, thérapie sonore seule	Non recommandée : à associer à une approche du corps et de la psyché

Si vous entendez moins : l'aide auditive

Une perte auditive, même légère, force le cerveau à travailler davantage pour comprendre, et l'acouphène en profite : moins de sons extérieurs, plus de contraste, plus de fatigue d'écoute. Corriger la perte rend à l'oreille les sons de fond et réduit l'effort. Certaines aides proposent aussi des **sons de masquage** réglables.

Que dit la recherche ? La revue Cochrane sur les aides auditives (Hoare et al., 2014) n'a trouvé qu'**un seul essai** (91 personnes) : trop peu pour confirmer ou écarter un bénéfice. Les recommandations, fondées sur la pratique et l'accord d'experts, retiennent malgré tout l'aide auditive comme **première étape**

quand une perte est associée, parce qu'elle améliore la communication, la fatigue et souvent la gêne.

FICHE TECHNIQUE · 2 MOIS

AVIS D'EXPERTS

Évaluer un essai d'aide auditive

OBJECTIF	Savoir, après un essai encadré, si l'aide auditive réduit votre gêne.
PRINCIPE	Le ressenti du premier jour trompe : l'adaptation prend des semaines. La HAS (2026) propose un essai d'environ deux mois, avec un questionnaire avant et après.
INDICATIONS	Perte auditive associée à un acouphène gênant.
PRÉPARATION	Un bilan auditif complet chez un audioprothésiste ; des réglages adaptés à votre perte et à votre acouphène ; les questionnaires de départ (THI ou TFI, échelle de 0 à 10).
ÉTAPES	Notez votre gêne de 0 à 10 et votre score avant de commencer. Portez l'aide chaque jour, dans des situations variées (silence, bruit, conversation, téléphone). Revenez pour des réglages : la première programmation est rarement la bonne. Notez la gêne chaque semaine. À deux mois, refaites le questionnaire. La HAS considère l'essai comme réussi si le score THI baisse d'au moins 7 points.
DURÉE	Environ 2 mois, contrôle toutes les 2 à 3 semaines.
RÉSULTAT ATTENDU	Une meilleure compréhension, un acouphène souvent moins au premier plan. Pas de disparition.
LIMITES	Un essai non concluant ne veut pas dire que vous ne pouvez pas être aidé : d'autres réglages, d'autres modèles ou une autre approche existent. Le seuil de 7 points est un repère d'experts.
PRÉCAUTIONS	Choisissez un professionnel diplômé ; demandez la durée exacte de l'essai et les conditions de restitution avant de signer. Un appareil acheté en ligne sans bilan est un amplificateur : il ne remplace pas une aide auditive adaptée.

Les générateurs de sons et la TRT

Un **générateur de sons** est un petit appareil porté à l'oreille (ou intégré à une aide auditive) qui diffuse un bruit large et doux : la version professionnelle du fond sonore du chapitre 18, réglée par un audioprothésiste. La HAS le propose surtout en cas d'**hyperacousie**, avec une mise en place **prudente et progressive**, toujours **associé** à une thérapie. Le principe de réglage est le même que dans ce livre : le son se mêle à l'acouphène sans le couvrir, et le volume reste confortable.

La **thérapie par rééducation des acouphènes** (Tinnitus Retraining Therapy, TRT) combine un **conseil structuré** et une **thérapie sonore** sur un an à dix-huit mois, selon le modèle d'habituation de Jastreboff (1990). Un essai américain (151 personnes ; Scherer, Formby et al., 2019) a comparé la TRT complète, la TRT avec des appareils placebo et une prise en charge habituelle (conseil et enrichissement sonore) : les trois groupes se sont améliorés, sans différence nette. Cela n'invalide pas la méthode ; cela suggère que le **conseil et le suivi** comptent probablement autant que l'appareil.



ATTENTION

Hyperacousie : pas de protection permanente

Si les sons du quotidien vous font mal, ne vous protégez pas en permanence avec bouchons ou casque : cela peut accentuer la sensibilité (chapitre 20). Le traitement est une exposition progressive aux sons, encadrée par un professionnel.

CHECK-LIST

Avant d'accepter un appareil ou un programme de thérapie sonore

- ☐ Un bilan auditif complet a-t-il été fait avant toute proposition ?
- ☐ Mon score au questionnaire (THI ou TFI) a-t-il été noté au départ ?
- ☐ Quelle est la durée de l'essai, et que se passe-t-il si cela ne m'aide pas ?
- ☐ Combien de rendez-vous de réglage sont prévus ?
- ☐ L'appareil est-il associé à un conseil ou à une thérapie, ou proposé seul ?
- ☐ Me promet-on la disparition du bruit ? (si oui, méfiance)
- ☐ Quel est le coût total, et qu'est-ce qui est remboursé ?



À SAVOIR

Implant cochléaire

Pour une surdité profonde, un implant cochléaire est parfois proposé. Ce n'est pas un traitement de l'acouphène, mais il le réduit chez certaines personnes. La HAS le mentionne pour des situations rares (surdité profonde des deux côtés, ou sévère à profonde d'un seul côté avec une gêne importante), après un bilan spécialisé.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Avec une perte auditive, l'aide auditive est la première étape recommandée ; sans perte, la thérapie sonore seule n'est pas recommandée.
- Évaluez un essai sur deux mois, avec un questionnaire avant et après : une baisse d'au moins 7 points au THI est un repère de réussite.
- Les générateurs de sons s'associent à une thérapie, surtout en cas d'hyperacousie, avec un réglage progressif.
- Dans l'essai le plus important sur la TRT, aucune différence nette avec les soins habituels : le conseil et le suivi comptent.
- Méfiez-vous des appareils vendus sans bilan et des promesses de disparition.

TCC, pleine conscience, hypnose, sommeil

La seule famille de thérapies qui a montré un bénéfice sur la gêne liée aux acouphènes est psychologique. Ce n'est pas un jugement sur la réalité du bruit.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC est la seule approche pour laquelle la HAS (2026) retient des preuves chez les personnes avec acouphènes (niveau de preuve faible). La revue Cochrane de 2020 (Fuller et al.) porte sur 28 essais et plus de 2 700 adultes : elle conclut que la TCC peut réduire l'**impact** des acouphènes sur la qualité de vie (certitude faible à modérée), sans effet grave rapporté. La TCC ne cherche pas à baisser le **volume** : elle vise la gêne.

Ce qu'on y travaille ressemble aux chapitres 6 à 8 de ce livre, avec un thérapeute qui adapte rythme et outils à votre histoire : les **pensées** qui emballent, les **comportements** (évitement, vérification), l'**attention**, le **stress** et le **sommeil**, avec des questionnaires au début et en cours de route pour mesurer ce qui change.

 À SAVOIR

Ce que la TCC ne fait pas

- Elle ne **supprime pas** le son. Elle change ce que le son fait de vous.
- Elle ne dit pas que « c'est dans la tête » : le bruit est réel, et la thérapie le prend comme tel.
- Elle ne demande pas de penser positif : elle demande de penser **juste**.

Qui, où, comment

La HAS (2026) recommande que la thérapie soit conduite par un **psychiatre**, un **psychologue clinicien** ou un professionnel spécifiquement formé, qui précise le nombre de séances et vérifie régulièrement vos progrès. Plus l'impact est important (THI élevé, anxiété ou dépression), plus la TCC est recommandée (chapitre 31). Des programmes par internet ou application existent ; les recommandations privilégient pour l'instant le **suivi en présentiel**, car les preuves en ligne sont plus limitées. Un programme en ligne peut compléter un suivi ; il remplace difficilement un thérapeute quand la détresse est importante.

CHECK-LIST

Pour choisir un thérapeute

- ☐ Est-il psychiatre, psychologue clinicien ou formé aux TCC ?
- ☐ A-t-il l'habitude de recevoir des personnes avec acouphènes ?
- ☐ Me présente-t-il un plan clair : nombre de séances, objectifs, mesures ?
- ☐ Me demande-t-il de remplir des questionnaires au début, puis en cours de route ?
- ☐ Me promet-il la disparition du bruit ? (si oui, méfiance)

Acceptation, pleine conscience, hypnose

D'autres approches s'intéressent à la **relation** au bruit plutôt qu'à son contenu.

APPROCHE	EN QUOI ELLE CONSISTE	CE QUE L'ON SAIT
Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	Accepter la présence du bruit, clarifier ses valeurs, agir dans leur sens	Essais encourageants sur la gêne (Westin et al., 2011) ; retenue par la HAS pour les gênes légères
Pleine conscience, programme de huit semaines (MBCT)	Méditation, observation des pensées, en groupe	Essai de 75 personnes : baisse de la sévérité plus marquée qu'avec la relaxation intensive (McKenna et al., 2017)
Hypnose, sophrologie, neurofeedback, yoga	Relaxation, imagerie, attention	Pas d'essais suffisants pour les recommander en routine contre l'acouphène ; compléments possibles pour le stress, l'anxiété, le sommeil (HAS, 2026)

Pour ces dernières, choisissez un praticien formé qui ne promet pas la disparition du bruit, jugez-les sur leur effet sur votre stress et votre sommeil (pas sur le volume du son), et ne les substituez pas à un bilan ni à une TCC si la gêne est importante.

FICHE TECHNIQUE · 3 MOIS

AVIS D'EXPERTS

Évaluer une thérapie sur trois mois

OBJECTIF	Savoir objectivement, sans espoir excessif ni découragement, si une approche vous aide.
PRINCIPE	Les impressions varient d'un jour à l'autre. Une mesure à intervalles réguliers, avec le même outil, est la seule façon de juger un changement.
INDICATIONS	Début d'une thérapie, d'une aide auditive, d'une nouvelle pratique.
PRÉPARATION	Un carnet (chapitre 38) ; un questionnaire de référence, si votre professionnel en propose.
ÉTAPES	1. Avant, notez la gêne de 0 à 10 chaque soir pendant une semaine. 2. Pendant, notez chaque semaine : gêne moyenne, nuits, situations difficiles. 3. À trois mois, comparez la moyenne de la semaine « avant » à celle de la dernière semaine. 4. Discutez du résultat avec votre professionnel : continuer, ajuster ou arrêter.
DURÉE	5 minutes par semaine.
RÉSULTAT ATTENDU	Un changement visible dans la courbe, modeste ou net. Ou aucun changement, ce qui est aussi une information.
LIMITES	Votre état varie de toute façon d'une semaine à l'autre : un écart d'un point sur 10 reste dans la variation normale.
PRÉCAUTIONS	Si la gêne augmente nettement ou si vous vous sentez très mal, parlez-en sans attendre à votre professionnel ou à votre médecin.

Sommeil, anxiété, dépression

Si votre insomnie est installée (au moins trois nuits par semaine depuis plus de trois mois), la **TCC de l'insomnie** est le traitement de première intention (Riemann et al., 2023 ; Edinger et al., 2021), avant les médicaments. Elle comprend le contrôle du stimulus (chapitre 17), la restriction du temps passé au lit, un travail sur les pensées liées au sommeil, la relaxation. Elle se fait avec un professionnel formé, parfois en groupe ou en ligne. Le sommeil est l'un des leviers les plus rentables pour l'acouphène (chapitre 15).

Quand le bruit s'accompagne d'une **anxiété marquée**, d'une **tristesse persistante** ou d'un stress post-traumatique, le travail avec un psychiatre ou un psychologue devient prioritaire. Un médicament est parfois utile, mais il vise alors le trouble associé (sommeil, anxiété, dépression), pas le bruit, et s'accompagne d'un **suivi** (chapitre 34).



URGENCE MÉDICALE

Idées de mort, désespoir

Si vous avez des idées de mort ou le sentiment de ne plus pouvoir continuer, **appelez le 3114** (numéro national de prévention du suicide, gratuit, 24 h sur 24), ou le **15** ou le **112** en cas de danger immédiat. Un acouphène peut être très pesant ; la souffrance est entendue et se traite.



L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- La TCC est l'approche psychologique la mieux documentée sur la gêne (preuve faible à modérée) : elle vise l'impact, pas le volume.
- Elle se fait avec un psychiatre, un psychologue clinicien ou un thérapeute formé, avec des mesures régulières.
- ACT et pleine conscience conviennent aux gênes légères ; hypnose, sophrologie et neurofeedback sont des compléments possibles, sans preuve spécifique.
- Pour juger une approche : une semaine de notes avant, des notes chaque semaine, une comparaison à trois mois.
- Idées de mort : 3114, 15 ou 112.

Stimulation, médicaments, compléments : ce que disent les recommandations

Aucun médicament, aucune stimulation ni aucun complément n'a démontré qu'il supprime un acouphène chronique. Ce chapitre dit ce qu'on sait, produit par produit.

La règle de départ

Après des décennies de recherche, les recommandations s'accordent : **il n'existe pas de traitement démontré pour supprimer un acouphène chronique** (HAS, 2026 ; NICE, 2020 ; Cima et al., 2019). Ce qui a fait ses preuves, c'est la réduction de la **gêne** : TCC, aide auditive en cas de perte, conseil structuré. Les acouphènes sont aussi un terrain de choix pour les produits vendus avec de l'espoir : la gêne varie, baisse souvent avec le temps, et cette amélioration est attribuée au produit. D'où l'importance des **essais contrôlés** contre placebo.

APPROCHE	CE QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS	PREUVE	VERDICT
Stimulation magnétique (rTMS)	Preuves insuffisantes ; non recommandée en cas d'acouphène réfractaire, surtout avec hyperacousie	Préliminaire	Encadrée
Autres neuromodulations (électrique, bimodale, nerf vague)	Preuves insuffisantes pour les recommander	Préliminaire	Encadrée

APPROCHE	CE QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS	PREUVE	VERDICT
Acupuncture, laser, stimulation transcutanée	Non recommandés spécifiquement contre l'acouphène ; l'acupuncture peut se discuter pour une douleur associée	Sans preuve	Non recommandée
Médicaments « contre l'acouphène »	Preuves insuffisantes ; on traite les troubles associés	Sans preuve	Non recommandée
Psychotropes	Réservés à un trouble associé (sommeil, anxiété, dépression), avec suivi	Avis d'experts	Encadrée
Mélatonine	Peut se discuter pour le sommeil ou l'anxiété, après évaluation individuelle	Avis d'experts	Encadrée
Autres compléments alimentaires	Preuves insuffisantes pour les recommander	Sans preuve	Non recommandée

Stimulation, acupuncture, laser

La **stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)** applique de brefs champs magnétiques sur le cortex. Testée dans de nombreux essais aux résultats contrastés, elle n'est pas recommandée : la HAS (2026) juge les preuves insuffisantes pour **toute neuromodulation** et déconseille la rTMS dans les acouphènes réfractaires, surtout avec hyperacousie, car la stimulation expose à un bruit élevé. Des dispositifs qui combinent un son et une stimulation (de la langue ou du nerf vague, par exemple) sont commercialisés, mais pas retenus faute de preuves suffisantes. Si on vous en propose, demandez : sur quels essais contrôlés publiés, chez quels patients, avec quel suivi ? L'acupuncture, le laser et la stimulation transcutanée ne sont pas recommandés spécifiquement ; l'acupuncture peut être discutée pour une douleur associée, à ce titre.

Médicaments

La HAS (2026) conclut qu'aucun médicament ne peut être recommandé **spécifiquement** contre l'acouphène ; le NICE (2020) déconseille d'en proposer. Les **psychotropes** peuvent être utiles quand un trouble du sommeil, une anxiété ou une dépression sont présents, **avec un suivi**. Trois précisions :

- **Une baisse d'audition brutale** est une urgence : la HAS demande des corticoïdes en urgence (chapitre 35). Cela traite la surdité, pas l'acouphène.
- **N'arrêtez jamais un traitement seul** : si vous suspectez un médicament, parlez-en à votre médecin ou pharmacien (chapitre 28).
- **Pas d'automédication** (corticoïdes, anti-inflammatoires à forte dose, anxiolytiques) : elle peut être dangereuse.

Compléments alimentaires

La HAS (2026) juge les données insuffisantes pour recommander **un complément** contre l'acouphène. Les revues Cochrane vont dans le même sens pour les deux plus étudiés : le **ginkgo** (Sereda et al., 2022 ; douze essais) et le **zinc** (Person et al., 2016 ; trois essais) n'ont pas montré de bénéfice clair, avec des preuves de très faible qualité. Le NICE (2020) déconseille de proposer ginkgo, mélatonine ou zinc contre l'acouphène. La HAS admet toutefois qu'une **mélatonine** peut se discuter pour le sommeil ou l'anxiété, après évaluation et vérification des interactions.



ATTENTION

Déclaration d'intérêts

L'auteur de ce livre est audioprothésiste et fondateur de Synæ, une marque de compléments alimentaires. Pour cette raison, ce chapitre s'en tient aux sources publiques, applique les mêmes critères à tous les produits, y compris ceux de la marque, et **ne recommande aucun complément contre les acouphènes**. Les allégations autorisées pour un complément (par exemple, pour la vitamine B12, la contribution à la réduction de la fatigue et au fonctionnement normal du système nerveux) ne portent pas sur les acouphènes.

Ce que l'on trouve dans les compléments « pour les acouphènes »

Voici, pour les substances les plus fréquentes, ce que l'on sait de leur effet **sur l'acouphène**, et ce qu'il faut savoir avant d'en prendre.

SUBSTANCE	CE QUE L'ON SAIT POUR L'ACOUPHÈNE	À SAVOIR AVANT DE PRENDRE
Ginkgo	Revue Cochrane (2022) : pas de bénéfice démontré	Interactions possibles avec anticoagulants et antiagrégants
Zinc	Revue Cochrane (2016) : pas de bénéfice démontré	Un excès prolongé peut provoquer une carence en cuivre
Mélatonine	Peut aider le sommeil chez certaines personnes ; aucun effet démontré sur l'acouphène	Avis médical ; interactions (certains antidépresseurs notamment)
Vitamine B12	Une ancienne étude d'observation a trouvé plus de carences chez des personnes avec acouphènes et perte auditive due au bruit (Shemesh et al., 1993) ; aucun essai ne montre qu'en prendre améliore l'acouphène	Un dosage sanguin est utile en cas de risque de carence (alimentation végétalienne, âge avancé, certains traitements) ; la supplémentation corrige une carence, rien de plus
Écorce de pin maritime	Quelques petites études, non contrôlées ; pas d'essai solide sur l'acouphène	Interactions possibles avec les anticoagulants ; avis médical
Palmitoylethanolamide (PEA)	Étudié surtout dans la douleur ; à notre connaissance, pas d'essai contrôlé de qualité sur l'acouphène	Peu de recul sur l'usage prolongé
Ashwagandha	Étudié sur le stress et l'anxiété ; pas d'essai sur l'acouphène	Cas rares d'atteinte du foie signalés ; déconseillé pendant la grossesse et l'allaitement ; avis médical en cas de maladie du foie ou de la thyroïde, ou de traitement

Cinq réflexes avant d'acheter un complément

- **Demandez l'avis** de votre médecin ou pharmacien, surtout si vous prenez un traitement, êtes enceinte ou allaitez, ou avez une maladie chronique.
- **Cherchez la preuve** : un essai contrôlé publié, sur les acouphènes, chez des adultes, avec le même produit et la même dose. Un taux de « satisfaction » n'est pas une preuve.
- **Méfiez-vous des mots** « terrain », « soutient », « favorise » quand il n'y a pas de données directes sur le symptôme.
- **Un seul produit à la fois**, deux à trois mois, avec votre carnet ; arrêtez en cas d'effet indésirable.
- **Ne retardez jamais** un bilan, une thérapie ou un traitement prescrit pour un complément.

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Aucun traitement n'a démontré qu'il supprime un acouphène chronique ; ce qui a des preuves réduit la gêne (TCC, aides auditives si perte).
- Neuromodulations, acupuncture, laser : preuves insuffisantes ; rTMS déconseillée dans l'acouphène réfractaire, surtout avec hyperacousie.
- Pas de médicament spécifique ; les psychotropes visent un trouble associé, avec suivi ; jamais d'automédication ni d'arrêt seul.
- Aucun complément n'est recommandé (HAS, 2026) ; la mélatonine peut se discuter pour le sommeil ; la vitamine B12 corrige une carence prouvée.
- Avant d'acheter : avis médical, essai contrôlé publié, un produit à la fois, bilan jamais retardé.

XII

Quand consulter, et à quelle vitesse

Presque tous les acouphènes ne sont pas une urgence. Quelques-uns le sont, et c'est la rapidité qui compte. Cette partie sert à faire la différence.

DANS CETTE PARTIE

35 Signes d'alerte et urgences

222

Signes d'alerte et urgences

Quatre niveaux de rapidité, des signes précis, des numéros à connaître. À lire une fois au calme, pour ne pas avoir à improviser.

La grande majorité des acouphènes n'ont rien d'urgent. Il est pourtant important de connaître les rares situations où il ne faut pas attendre : ce n'est pas l'**intensité** du bruit qui compte, c'est la **façon dont il est arrivé** et **ce qui l'accompagne**. En cas de doute, appelez votre médecin, le 15 ou le 112 : mieux vaut une consultation inutile qu'une consultation trop tardive.



URGENCE MÉDICALE

À appeler tout de suite : le 15 ou le 112

Un acouphène, ou n'importe quel autre symptôme, **accompagné de l'un de ces signes** :

- un **visage qui s'affaisse**, une faiblesse ou un engourdissement d'un côté du corps, une difficulté soudaine à parler, une vision double ou une perte de vision ;
- un **mal de tête violent, brutal, inhabituel** ;
- un acouphène apparu juste après un **traumatisme de la tête ou du cou** ;
- une **douleur intense du cou**, inhabituelle, avec vertiges, vision double ou difficulté à parler ;
- des **idées de mort** ou un danger immédiat : 3114, 15 ou 112.

Les quatre niveaux

NIVEAU	SITUATION	QUI, À QUELLE VITESSE
1. Immédiat	Signes ci-dessus (AVC possible, traumatisme, mal de tête brutal, détresse suicidaire)	15 ou 112, sans attendre
2. Le jour même	Baisse d'audition brutale, d'un ou des deux côtés ; acouphène brutal avec oreille bouchée ou vertiges intenses ; douleur d'oreille forte avec fièvre ou écoulement	Urgences ORL ou médecin le jour même
3. Dans la semaine	Bruit qui bat au rythme du cœur ; acouphène d'un seul côté qui persiste ; changement net d'un acouphène ancien ; baisse d'audition progressive ; maux de tête nouveaux ; acouphène qui apparaît après un médicament	Médecin traitant, ORL, rapidement
4. Planifié	Acouphène bilatéral, stable, sans signe d'alerte, avec gêne modérée à importante	Médecin traitant puis ORL, sans urgence (chapitre 31)

La baisse d'audition brutale

C'est la situation où la rapidité décide le plus. Une **surdité brusque** (perte d'audition qui s'installe en quelques heures à quelques jours, le plus souvent d'une oreille) est une urgence : la HAS (2026) recommande un traitement par **corticoïdes en urgence** quand on la suspecte, suivi d'un bilan auditif. Les chances de récupération sont meilleures quand le traitement est débuté tôt.

FICHE SITUATION

Baisse d'audition brutale

Vous entendez moins d'un coup, parfois avec un sifflement.

Chaque heure compte.

CE QUI SE PASSE	Une atteinte soudaine de l'oreille interne, dont la cause n'est pas toujours trouvée. Le sifflement qui l'accompagne est fréquent. Ce n'est ni un acouphène ordinaire ni une gêne à attendre.
TOUT DE SUITE	Ne temporisez pas. Appelez votre médecin ou allez aux urgences ORL le jour même . Si vous ne trouvez pas de rendez-vous, appelez le 15.
DANS L'HEURE	Notez l'heure d'apparition, le côté, les autres symptômes (vertiges, oreille bouchée, douleur), les médicaments pris. Ne prenez pas de corticoïdes sans ordonnance.
POUR LA SUITE	Un examen de l'oreille, une audiométrie et un traitement adapté, puis un suivi. L'IRM est discutée selon la situation.
À ÉVITER	Attendre le week-end ou « voir si ça passe » ; se déboucher l'oreille de force ; la rassurer par la lecture de forums.
PHRASES UTILES	« Je n'entends plus de l'oreille droite depuis ce matin, avec un sifflement. J'ai besoin d'être vu aujourd'hui. »

Le bruit qui bat avec le cœur

Un acouphène **pulsatile** (qui bat au rythme du pouls) a, plus souvent qu'un acouphène ordinaire, une cause identifiable, parfois vasculaire, qu'il faut rechercher. Le test du chapitre 4 aide à le repérer. La HAS (2026) recommande, pour un acouphène pulsatile, de mesurer la pression artérielle, d'écouter les vaisseaux du cou et de prescrire une **IRM** avec étude des vaisseaux, en lien avec un neurologue si besoin. S'il est **apparu brutalement ou change vite**, consultez dans les jours qui suivent, et appelez le 15 s'il s'accompagne d'un mal de tête brutal ou d'un signe neurologique.

Un seul côté, qui varie, qui change

Un acouphène **unilatéral**, **asymétrique** ou **qui fluctue** justifie un avis ORL avec une IRM de l'oreille interne (HAS, 2026), pour écarter les rares causes de l'oreille ou du nerf. Dans l'immense majorité des cas, le résultat est rassurant ; mais il faut l'avoir fait. Le test gauche/droite du chapitre 4 vous aide à décrire ce que vous entendez.

Vertiges

Des **vertiges**, c'est-à-dire une sensation de rotation ou de déséquilibre, accompagnés d'un acouphène peuvent évoquer un trouble de l'oreille interne (maladie de Ménière, atteinte vestibulaire). Un premier vertige intense avec baisse d'audition est une urgence (niveau 2). Des vertiges répétés, même moins forts, relèvent d'un avis ORL dans la semaine (niveau 3). **Ne faites aucun exercice cervical ni test de mouvement** (chapitres 22 et 24) si vous avez des vertiges.

Après un bruit très fort

Un concert, une explosion, un coup de feu peuvent provoquer un acouphène et une baisse d'audition passagers. Consultez rapidement si le sifflement ou l'audition étouffée **persiste le lendemain** ; le jour même si l'audition est nettement diminuée. Que faire en attendant : voir la fiche du chapitre 26 (« Bruit fort inattendu »).

La détresse

Un acouphène très gênant peut s'accompagner d'une anxiété et d'une dépression importantes. Ce n'est pas une faiblesse, et c'est un motif de consultation **à part entière**. Les signes à ne pas laisser passer : sommeil très perturbé depuis des semaines, perte d'intérêt pour tout, pensées sombres, envie de fuir. Parlez-en à votre médecin dans la semaine. **Si vous pensez à mettre fin à vos jours : 3114** (gratuit, jour et nuit), ou **15**, ou **112**.

CHECK-LIST

Mes signes d'alerte (à cocher ; un seul « oui » justifie un avis)

- ☐ Mon acouphène est apparu en quelques heures
- ☐ Je n'entends plus ou j'entends beaucoup moins d'une oreille
- ☐ Il bat au rythme de mon cœur
- ☐ Je l'entends d'un seul côté, et cela dure
- ☐ Il a changé nettement de ton, de côté ou de volume
- ☐ J'ai des vertiges
- ☐ J'ai mal à l'oreille, avec fièvre ou écoulement
- ☐ Un nouveau médicament a été démarré juste avant
- ☐ Je suis tombé(e) ou me suis cogné(e) la tête ou le cou
- ☐ J'ai un mal de tête brutal, une faiblesse, un trouble de la parole ou de la vue
- ☐ Je ne dors plus, ou j'ai des idées sombres

À SAVOIR

Comment parler au médecin ou au 15

Dites **en une phrase** : ce qui est arrivé, depuis quand, de quel côté. Puis : « J'ai aussi... » (vertiges, perte d'audition, mal de tête). Puis les médicaments pris. C'est ce qui permet de décider de l'urgence. Le chapitre 38 propose une feuille à préparer.

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- La grande majorité des acouphènes ne sont pas urgents ; ce qui compte, c'est la façon dont le bruit est arrivé et ce qui l'accompagne.
- 15 ou 112 : visage qui s'affaisse, faiblesse d'un côté, mal de tête brutal, traumatisme de la tête ou du cou, idées de mort.
- Le jour même : baisse d'audition brutale, vertiges intenses avec baisse d'audition, douleur d'oreille avec fièvre.
- Dans la semaine : bruit qui bat avec le pouls, un seul côté qui persiste, changement net, vertiges répétés.
- En cas de doute, consultez : mieux vaut une consultation pour rien.

XIII

Routines et programmes

Peu de choses, tenues longtemps, valent mieux que beaucoup de choses essayées une fois.

DANS CETTE PARTIE

- | | | |
|----|--------------------------|-----|
| 36 | Construire sa routine | 229 |
| 37 | Les programmes pas à pas | 233 |
-

Construire sa routine

*Ce livre contient beaucoup d'outils. Personne n'a besoin de tous.
Voici comment en choisir quelques-uns et les tenir.*

Trois règles simples

- **Une chose à la fois.** Essayez un outil pendant deux semaines avant d'en ajouter un autre. Sinon, vous ne saurez jamais ce qui vous aide.
- **Petit, mais régulier.** Cinq minutes par jour valent mieux qu'une heure le dimanche. Le cerveau apprend par la répétition.
- **Noter pour juger.** Une note de gêne de 0 à 10 chaque soir (chapitre 38). Votre mémoire garde surtout les mauvais jours ; le carnet, lui, montre la tendance.

Par où commencer ?

Regardez ce qui vous pèse le plus aujourd'hui, et commencez par la ligne qui vous ressemble.

CE QUI VOUS PÈSE	COMMENCEZ PAR	CH
Je vérifie sans cesse si le bruit est là	Retarder d'une minute, puis des créneaux de vérification	6
Mes nuits sont mauvaises	Un fond sonore doux, une routine du soir	16
Le soir, ça monte	Repérer l'heure du pic, puis agir une heure avant	15
Le silence m'angoisse	Régler le fond sonore, puis le silence par paliers	18

CE QUI VOUS PÊSE	COMMENCEZ PAR	CH
Je panique quand ça monte	Respiration lente, puis la fiche « Quand ça s'emballe »	13, 27
Je ne pense qu'à ça	L'exercice ZOOM, une tâche qui m'occupe	7
Ma mâchoire se serre, ma nuque est tendue	Les huit manœuvres, puis la position de repos	22, 23
J'entends moins bien	Un bilan auditif, puis l'aide auditive	31, 32
Tout est trop pesant	En parler à mon médecin, la thérapie (TCC)	31, 33
Je ne sais pas	Le programme « Premiers pas » de 7 jours	37

PROGRAMME

La routine de dix minutes

Pour les semaines chargées. Elle tient dans une journée normale.

OBJECTIF	Garder quelques gestes simples, même quand tout va vite.
LE MATIN	Gardez le fond sonore allumé au réveil. Avant de regarder votre téléphone, faites douze respirations lentes (inspirez sur 4 temps, expirez sur 6). Deux minutes.
DANS LA JOURNÉE	Chaque fois que vous buvez un verre d'eau, relâchez la mâchoire (lèvres fermées, dents écartées) et les épaules . Si l'envie de vérifier le bruit vient, attendez une minute .
LE SOIR	Une heure avant de dormir, baissez la lumière, réglez le fond sonore, et écrivez cinq minutes ce qui vous préoccupe pour demain. Si possible, marchez vingt minutes avant le dîner.
COUCHER	Enceinte posée à distance, volume en dessous de l'acouphène.
SI ÇA MONTE	Relisez la fiche « Quand ça s'emballe » (chapitre 27).
RÉSULTAT ATTENDU	Pas de miracle : un soir un peu plus facile, une tension un peu moindre, au bout de deux à trois semaines.
LIMITES	Cette routine ne remplace ni un bilan, ni une thérapie si la gêne est importante.

La routine de trente minutes

Quand vous avez plus de temps (week-end, période calme), ajoutez des outils un par un.

MOMENT	QUOI	DURÉE	CH
Matin	Respiration lente ; étirements doux de la nuque	5 min	13, 24
Midi	L'exercice ZOOM	3 min	7
Après-midi	Relâchement express ou gestes de la mâchoire	5 min	14, 23
Soir	Relaxation musculaire ou scan corporel	10 min	14
Coucher	Écrire ce qui préoccupe ; lieu sûr	5 min	16, 14

Ces durées sont indicatives. Une routine trop chargée ne se tient pas : si vous décrochez, revenez à la routine de dix minutes, sans reproche.

Quand la routine dérail

Cela arrive à tout le monde : une mauvaise semaine, des vacances, une poussée. Trois réflexes aident.

- **Revenir au minimum** : le fond sonore, la respiration lente, l'heure du coucher. Rien d'autre.
- **Reprendre au repas suivant**, pas « lundi prochain ». Un jour raté n'est pas un échec.
- **Chercher ce qui a changé** : sommeil, stress, bruit, calendrier. Souvent, la réponse se trouve là.

CHECK-LIST

Mon plan personnel (une ligne par rubrique)

- ☐ Mon moment le plus difficile : _____
- ☐ Mon premier outil (une seule chose) : _____
- ☐ Mon fond sonore (son, volume, heure) : _____
- ☐ Ma phrase « si... alors » pour une montée : _____
- ☐ La personne à prévenir si ça devient trop dur :

- ☐ Mon rendez-vous à prendre : _____

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Choisissez peu d'outils : une chose à la fois, deux semaines, avec un carnet.
- La routine de dix minutes tient dans une journée chargée ; celle de trente minutes se construit peu à peu.
- Si vous décrochez, revenez au minimum (son, respiration, sommeil) et reprenez sans reproche.
- Écrivez votre plan personnel : moment difficile, premier outil, fond sonore, phrase « si... alors », personne à prévenir.

Les programmes pas à pas

Quatre programmes à suivre jour après jour, de sept jours à huit semaines. Chacun se tient seul.

Tous les programmes du livre

PROGRAMME	DURÉE	POUR QUI	CH
Premiers pas	7 jours	Pour démarrer sans se perdre	37
Plan sonore	7 jours	Silence difficile, soirées, nuits	37
ZOOM	21 jours	Attention happée par le bruit	37
Reprendre pied	8 semaines	Vue d'ensemble, gêne installée	37
Trouver son créneau de pic	7 jours	Gêne plus forte à certaines heures	15
Routine du soir	90 minutes, chaque soir	Endormissement difficile	16
Vérification	3 semaines	Vérifier sans cesse	6
Attention	4 semaines	Ne pas arriver à penser à autre chose	7
Mâchoire	4 semaines	Mâchoire serrée, son qui varie	23
Cou et épaules	4 à 6 semaines	Nuque tendue, son qui varie	24

PROGRAMME

Premiers pas

Sept jours, dix à vingt minutes par jour. Le point de départ conseillé.

OBJECTIF	Poser les bases (son, souffle, sommeil, vérification) sans tout changer d'un coup.
JOUR 1	Notez votre gêne de 0 à 10 ce soir. Installez un fond sonore doux dans la pièce où vous passez la soirée (chapitre 18).
JOUR 2	Respirez lentement deux minutes le soir (inspirer 4, expirer 6) et notez la gêne de la journée (chapitre 13).
JOUR 3	Repérez vos vérifications. Ne cherchez pas à les empêcher : comptez-les simplement (chapitre 6).
JOUR 4	Essayez le « retard d'une minute » : quand l'envie de vérifier arrive, attendez une minute avant de faire quoi que ce soit (chapitre 6).
JOUR 5	Essayez la routine du soir en version courte : lumière douce, pas de nouvelles anxiogènes, cinq minutes d'écriture (chapitre 16).
JOUR 6	Marchez vingt minutes et relâchez la mâchoire plusieurs fois dans la journée (chapitres 12 et 23).
JOUR 7	Faites le bilan : moyenne de la gêne, qualité des nuits, ce qui a aidé. Choisissez un seul outil à garder la semaine suivante.
RÉSULTAT ATTENDU	Une idée claire de ce qui vous aide. Pas une disparition du bruit.
LIMITES	Sept jours ne suffisent pas pour juger l'effet d'un outil : ils servent à bien démarrer.

PROGRAMME

Plan sonore*Sept jours pour installer un fond sonore qui vous convient.*

OBJECTIF	Ne plus laisser le silence s'installer, sans couvrir le bruit.
JOUR 1	Faites le test de fermeture des oreilles (8 secondes) pour voir l'effet du contraste. Écoutez trois sons de trois minutes chacun (pluie, bruit rose, ventilateur) et gardez celui que vous aimez (chapitre 19).
JOUR 2	Réglez le « point de mélange » au salon : montez le volume jusqu'à ne plus entendre l'acouphène, puis redescendez lentement jusqu'à l'entendre de nouveau, mêlé au son (chapitre 18).
JOUR 3	Faites la même chose dans votre pièce de travail, avec un fond plus discret.
JOUR 4	Installez l'enceinte dans la chambre, à un ou deux mètres du lit. Pas d'écouteurs pour dormir.
JOUR 5	Lancez le fond sonore une heure avant le coucher , puis choisissez : continu toute la nuit, ou avec minuteur (chapitre 16).
JOUR 6	Essayez une minute de calme sans fond sonore, dans la journée, quand vous êtes bien (chapitre 18).
JOUR 7	Faites le bilan : le soir est-il plus facile ? Gardez le même réglage deux à trois semaines avant de le changer.
RÉSULTAT ATTENDU	Un soir un peu moins difficile. L'habitude se joue sur plusieurs semaines.
PRÉCAUTIONS	Le volume reste confortable, jamais fort. Si les sons vous gênent (hyperacousie), parlez-en à un audioprothésiste avant de commencer.

PROGRAMME

ZOOM, vingt et un jours

Un exercice d'attention de trois minutes, installé sur trois semaines.

OBJECTIF	Apprendre à l'attention à ne pas se coller au bruit. L'exercice agit sur la gêne, pas sur le volume.
PRINCIPE	Vous élargissez l'écoute de l'acouphène vers d'autres sons, puis vous revenez à la respiration (chapitre 7). C'est une technique inspirée de la pleine conscience, avec une logique solide mais sans essai spécifique : niveau de preuve avis d'experts .
SEMAINE 1	Découverte. Faites l'exercice en entier, deux fois par jour (matin et soir), trois minutes. Ne cherchez pas de résultat : l'objectif est de vous familiariser.
SEMAINE 2	Approfondissement. Ralentissez : prenez une ou deux secondes de plus pour chaque son. Trois à quatre minutes, deux fois par jour. Notez si le bruit est un peu moins « collant ».
SEMAINE 3	Intégration. Gardez vos deux séances et glissez l'exercice dans un moment déjà présent de votre journée : transport, salle d'attente, pause.
BILAN	Après vingt et un jours, comparez la gêne moyenne de la semaine 1 à celle de la semaine 3. Gardez l'exercice s'il vous aide.
LIMITES	Ne le faites pas « pour vérifier si le bruit baisse » : ce serait une vérification déguisée. Si l'étape 1 augmente l'anxiété, raccourcissez-la (chapitre 7).
PRÉCAUTIONS	Pas pendant une crise de panique. Si l'anxiété est forte, parlez-en à un professionnel (chapitre 33).

PROGRAMME

Reprendre pied

Huit semaines, dix à vingt-cinq minutes par jour. Un seul sujet par semaine.

OBJECTIF	Passer en revue les leviers du livre dans un ordre logique, et finir avec trois outils qui vous correspondent.
POUR MESURER	Une note de gêne de 0 à 10 chaque soir. À la fin de la semaine 4, puis de la semaine 8, calculez la moyenne de la semaine.
SEMAINE 1	Dormir et mettre du son. Heures de coucher et de lever régulières ; fond sonore au point de mélange (chapitres 16 et 18).
SEMAINE 2	Respirer. Respiration lente le matin et le soir (chapitre 13), en gardant la semaine 1.
SEMAINE 3	Défaire la vérification. Repérer le réflexe, retarder d'une minute, trois créneaux de vérification par jour (chapitre 6).
SEMAINE 4	Élargir l'attention. L'exercice ZOOM, deux fois trois minutes (chapitre 7). Faites votre premier bilan : comparez avec la semaine 1.
SEMAINE 5	Les pensées. Une fiche à quatre colonnes par jour pendant quatre jours, un exercice de défusion chaque jour (chapitre 8).
SEMAINE 6	Le corps. Faites les huit manœuvres une fois (chapitre 22). Si le son varie : mâchoire ou nuque, cinq minutes par jour (chapitres 23, 24). Sinon : relaxation musculaire (chapitre 14).
SEMAINE 7	La vie. Reprenez une activité mise de côté (sortie, réunion, un moment de calme), avec votre fond sonore (chapitres 26, 27).
SEMAINE 8	Bilan et plan. Comparez les semaines 1 et 8. Gardez trois outils au plus . Écrivez votre plan personnel (chapitre 36).
BILAN	Si la gêne est restée aussi forte, ou si elle a augmenté, ou si elle dépasse 6 sur 10, prenez rendez-vous avec votre médecin (chapitre 31). Ce n'est pas un échec : cela veut dire qu'un accompagnement professionnel va vous aider.
SI VOUS DÉCROCHEZ	Reprenez à la semaine où vous vous êtes arrêté(e). Ne recommencez pas tout.

PROGRAMME

Reprendre pied

Huit semaines, dix à vingt-cinq minutes par jour. Un seul sujet par semaine.

LIMITES

Ce programme est une aide, pas un traitement. Il ne remplace pas un bilan médical.

 L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Quatre programmes : « Premiers pas » (7 jours), « Plan sonore » (7 jours), « ZOOM » (21 jours), « Reprendre pied » (8 semaines).
- Un seul sujet à la fois, avec une note de gêne chaque soir et un bilan à la fin.
- Si vous décrochez, reprenez là où vous en étiez, sans reproche.
- Si la gêne reste forte à la fin du programme, consultez : c'est la suite logique, pas un échec.

XIV

Votre boîte à outils

*Des feuilles à remplir, à imprimer, à emporter chez le médecin.
Elles servent à décider avec des faits plutôt qu'avec la mémoire.*

DANS CETTE PARTIE

38 Carnets, listes et feuilles à imprimer

240

Carnets, listes et feuilles à imprimer

Un acouphène varie. Un carnet montre ce que la mémoire déforme : c'est l'outil le plus simple et le plus utile du livre.

Le carnet de gêne

Chaque soir, une note de 0 à 10 : 0 = « je n'y ai pas pensé », 10 = « insupportable ». Ajoutez les heures de sommeil et une ligne sur ce que vous avez fait. Deux semaines suffisent pour voir une tendance.

Carnet de gêne, quatorze jours

JOUR	GÊNE 0 À 10	SOMMEIL (H)	MOMENT DIFFICILE	CE QUE J'AI FAIT

Le bilan de la semaine

Une fois par semaine, cinq minutes. Calculez la moyenne de vos notes de gêne et notez ce que vous gardez.

Bilan de la semaine

SEMAINE	GÊNE MOYENNE	BONNES NUITS (SUR 7)	OUTIL ESSAYÉ	JE GARDE ?

Mon pic du soir

Pendant sept jours, notez l'heure où le bruit monte le plus. Le chapitre 15 explique comment agir une heure avant.

Mon pic du soir, sept jours

JOUR	HEURE DU PIC	GÊNE	CE QUE JE FAISAIS	CE QUE J'AI FAIT



EN PRATIQUE

Un carnet qui reste simple

Si le carnet devient une corvée, réduisez-le à **un chiffre par soir**. Un carnet tenu vaut mieux qu'un carnet parfait. Et si noter vous fait vérifier le bruit, ne le notez qu'une fois par semaine : l'objectif est de mesurer, pas de surveiller.

Préparer son rendez-vous

Un médecin dispose de peu de temps. Arrivez avec l'essentiel en une page.

CHECK-LIST

Mon histoire en une page

- ☐ Quand est-ce arrivé, et comment (d'un coup, progressivement) ?

- ☐ De quel côté, et à quoi ça ressemble (sifflement, bourdonnement, battement) ? _____
- ☐ Est-ce continu ou intermittent ? Est-ce que ça bat au rythme du cœur ?

- ☐ Ce qui le fait monter, ce qui le calme : _____
- ☐ Mon audition : est-ce que j'entends moins, ou j'ai l'oreille bouchée ?

- ☐ Mes vertiges, maux de tête, douleurs de mâchoire ou de cou :

- ☐ Mes médicaments et compléments : _____
- ☐ Mon sommeil et mon moral (note de gêne de 0 à 10) :

- ☐ Ce que j'ai déjà essayé : _____

Les questions à poser

À QUI	QUESTIONS UTILES
À l'ORL	Mon audition est-elle normale, y compris dans les aigus ? Faut-il une IRM, et pourquoi ? Y a-t-il une cause à traiter ? Quels signes doivent me faire revenir plus vite ?
À l'audioprothésiste	Un bilan complet est-il fait avant toute proposition ? Une aide auditive m'aiderait-elle ? Quelle est la durée de l'essai, et que se passe-t-il s'il ne m'aide pas ?
Au psychologue	Êtes-vous formé aux thérapies cognitivo-comportementales ? Combien de séances, avec quels objectifs ? Comment mesure-t-on le progrès ?
Au dentiste ou au kiné	Ma mâchoire ou mon cou peuvent-ils influencer le son ? Que puis-je faire seul(e) ? Y a-t-il des gestes à éviter ?

Choisir son son

Il n'existe pas de son idéal : le bon est celui que vous aimez et que vous pouvez garder longtemps. Le réglage est toujours le même : en dessous du niveau de l'acouphène, à un volume de conversation au plus (chapitre 19).

SITUATION	SON CONSEILLÉ	REMARQUE
Soirée à la maison	Pluie, bruit rose, ambiance douce	Une heure avant le coucher
Nuit	Bruit rose ou brun, nature	Enceinte à un ou deux mètres, pas d'écouteurs
Bureau, télétravail	Ventilateur, bruits de nature, musique sans paroles	Discret, au ras du bruit ambiant
Concentration	Bruit blanc ou rose très doux	Éviter les paroles
Transports	Le bruit ambiant, écouteurs ouverts à faible volume	Ne pas isoler du monde
Moment de crise	Le son le plus apaisant	Sous l'acouphène, jamais plus fort

Les repères à garder

CHECK-LIST

Les repères à garder sous la main

- ☐ Fond sonore : en dessous du bruit, toute la soirée, jamais fort
- ☐ Respiration : inspirer sur 4, expirer sur 6, deux minutes
- ☐ Vérification : attendre une minute avant de vérifier
- ☐ Une seule nouveauté à la fois, deux semaines, un carnet
- ☐ Bilan sans attendre : baisse d'audition brutale, bruit qui bat avec le cœur, un seul côté, vertiges
- ☐ Détresse : 3114, 15 ou 112

L'ESSENTIEL DU CHAPITRE

- Le carnet de gêne (un chiffre par soir) est l'outil le plus simple pour juger ce qui marche.
- Préparer son rendez-vous en une page rend la consultation plus efficace.
- Posez des questions précises à chaque professionnel et notez les réponses.
- Pour le son : un son qui vous plaît, sous l'acouphène, au volume d'une conversation au plus.

Conclusion

Ce qu'il faut garder de tout cela.

Vous avez maintenant entre les mains beaucoup d'outils. Vous n'avez pas à tous les utiliser, et surtout pas tous ensemble.

Voici ce qui compte. Un acouphène **n'est pas un danger** dans l'immense majorité des cas, et il n'est pas une fatalité de souffrance. Ce qui le rend pesant, ce n'est pas seulement le son, c'est tout ce qui s'est construit autour : la peur, la vérification, le silence qu'on redoute, les nuits courtes. Et **cela, on peut le défaire**, doucement, avec méthode, souvent avec de l'aide.

Choisissez **un seul outil** aujourd'hui. Tenez-le deux semaines. Gardez une note de gêne chaque soir. Regardez ce qui change. Demandez de l'aide quand le poids est trop lourd : c'est un bon réflexe, et il existe des professionnels formés pour cela.

Le silence complet n'est pas l'objectif. L'objectif, c'est de retrouver de la place pour tout le reste : dormir, parler, rire, être là. C'est déjà beaucoup.

Prenez soin de vous.

David

Glossaire

Les mots utilisés dans ce livre, en clair.

MOT	EN CLAIR
Acouphène	Un son perçu sans source sonore extérieure (sifflement, bourdonnement, souffle)
Acouphénométrie	Mesure de la hauteur et de l'intensité apparentes de l'acouphène, par comparaison avec des sons de test
Audiométrie	Test de l'audition par des sons de différentes fréquences
Audioprothésiste	Professionnel diplômé qui évalue l'audition et adapte les aides auditives
Bruxisme	Serrement ou grincement des dents, souvent inconscient
Cochlée	Organe de l'oreille interne qui transforme les sons en signaux nerveux
Contraste	Écart entre l'acouphène et les sons de fond ; plus il est grand, plus le bruit ressort
Défusion	Prendre du recul par rapport à une pensée (« j'ai la pensée que... »)
Enrichissement sonore	Ajouter un fond sonore doux pour ne jamais laisser le silence complet
Habitude	Le cerveau classe peu à peu le bruit en arrière-plan, comme un bruit familier
Hyperacousie	Sons ordinaires ressentis comme trop forts ou douloureux
Hypervigilance	Surveiller sans cesse un signal perçu comme important ou menaçant
Inhibition résiduelle	Baisse brève de l'acouphène après l'écoute d'un son
Masquage	Couvrir le son avec un autre, au point de ne plus l'entendre
Misophonie	Sons précis (mastication, cliquetis) qui déclenchent irritation ou détresse
Modulation somatosensorielle	Variation du son quand la mâchoire, le cou ou les épaules bougent
Musique filtrée (notched)	Musique dont on a retiré la zone de fréquence proche de l'acouphène

MOT	EN CLAIR
Neuromodulation	Stimulation du cerveau ou des nerfs (magnétique, électrique) à visée thérapeutique
Ototoxique	Qui peut abîmer l'oreille interne (certains médicaments à fortes doses)
Perte neurosensorielle	Perte d'audition due à l'oreille interne ou au nerf auditif
Point de mélange	Réglage d'un fond sonore où on perçoit l'acouphène et le son ensemble
Presbyacousie	Baisse d'audition liée à l'âge
Pulsatile	Qui bat au rythme du pouls
rTMS	Stimulation magnétique transcrânienne répétée
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale : travailler les pensées et les comportements
TCC-I	TCC de l'insomnie
TFI, THI	Questionnaires qui mesurent l'impact de l'acouphène
TRT	Thérapie par rééducation : conseil structuré et thérapie sonore
Trompe d'Eustache	Petit conduit qui équilibre la pression de l'oreille moyenne
Tympanométrie	Mesure de la mobilité du tympan et de l'état de l'oreille moyenne
Unilatéral	D'un seul côté
Vestibulaire	Qui concerne l'équilibre et l'oreille interne

Index des techniques et des fiches

Toutes les techniques, fiches par situation et programmes, par ordre alphabétique, avec leur page.

« Il faut vivre avec »	177
Au travail : bureau, open space, réunions	160
Baisse d'audition brutale	224
Bruit fort inattendu	169
Bruits ordinaires insupportables	180
Changer de canal sensoriel	40
Défusion : « j'ai la pensée que... »	54
Détresse, idées sombres	182
Écrire avant de dormir	103
En télétravail	161
Entraîner l'attention au calme	49
Épaules : serrer, puis relâcher	146
Étirements et mobilité douce	145
Évaluer un essai d'aide auditive	208
Évaluer une thérapie sur trois mois	214
Je vérifie sans cesse	175
La cohérence cardiaque 5-5	86
La fiche de pensée en quatre colonnes	53

La musique filtrée	121
La position de repos de la mâchoire	137
La relaxation musculaire progressive	90
La respiration 4-6	85
La rétraction du menton	143
La routine de dix minutes	230
La routine du soir	102
Le dimanche soir	104
Le geste du tragus	82
Le lieu sûr (imagerie guidée)	92
Le massage sous-occipital	144
Le pic du soir	167
Le pincé-roulé du muscle du cou	146
Le plan « si... alors »	42
Le relâchement express	92
Le réveil	159
Le scan corporel	91
Le silence devient insupportable	174
Le silence par paliers	116
Le test de fermeture des oreilles	111
Le test des huit manœuvres	132
Le test d'inhibition résiduelle	71
Le test du lobe d'oreille	154
Le test du pouls	27

Le test d'un aliment	187
Le test gauche / droite	29
Les cinq sens pour ancrer l'attention	47
Les massages de la mâchoire et de la tempe	138
Les trois tests : bâillement, déglutition, serrement	152
L'espace de respiration de trois minutes	55
L'exercice ZOOM	45
Lieux calmes : bibliothèque, cinéma, salle d'attente	163
L'ouverture guidée	139
Mon acouphène a changé	176
Nommer, puis laisser passer	46
Parler avec ses proches	178
Peur que ça empire	173
Plan sonore	235
Planifier des créneaux de vérification	42
Premiers pas	234
Quand ça s'emballe	172
Repas, restaurants et conversations	164
Reprendre pied	237
Retarder d'une minute	41
Rien ne bouge depuis des mois	179
S'engager dans une tâche exigeante	48
Sorties, fêtes, concerts	165
Sport et activité	166

Stress ou fatigue intense	168
Transports, avion et voyages	162
Trois heures du matin : que faire ?	106
Trouver son créneau de pic	97
Trouver son point de mélange	114
Un médicament semble en cause	181
Une solution miracle	181
ZOOM, vingt et un jours	236

Références

Ce livre se lit sans ces références. Elles sont là pour que vous, votre médecin ou votre audioprothésiste puissiez **vérifier**. Chaque entrée porte un statut qui dit honnêtement ce qui a été relu pour écrire ce livre (vérifications faites en octobre 2026).

LUE la page de la revue ou de l'éditeur a été relue et comparée aux phrases du livre.

CONFIRMÉE l'existence de la source et ses références ont été confirmées en ligne ; le texte complet n'a pas été relu en détail.

À REVÉRIFIER source connue de l'auteur, dont les détails n'ont pas pu être recontrôlés en ligne. À vérifier avant toute citation.

Les chiffres issus d'études, cités dans le livre, sont rattachés à l'une de ces sources. Une source citée n'est pas une promesse : la plupart des preuves sur les acouphènes sont de qualité faible, et le livre le dit chaque fois.

RECOMMANDATIONS OFFICIELLES

Haute Autorité de santé. Acouphènes invalidants chez l'adulte : diagnostic et prise en charge.

Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; juillet 2026. [has-sante.fr](https://has.sante.fr)

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 18, 21, 24, 27, 31, 32, 33, 34, 35 · Consultée sous forme de résumé en ligne ; le document complet n'a pas pu être ouvert directement. Le livre paraphrase les recommandations sans citer leur numéro : à comparer au texte officiel avant toute citation exacte.

National Institute for Health and Care Excellence. Tinnitus: assessment and management

(NG155). Londres : NICE ; 2020. [nice.org.uk/guidance/ng155](https://www.nice.org.uk/guidance/ng155)

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 2, 7, 27, 31, 34

Tunkel DE, Bauer CA, Sun GH, et al. Clinical practice guideline: tinnitus. *Otolaryngol Head*

Neck Surg 2014;151(2 Suppl):S1-S40. doi:10.1177/0194599814545325

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 31

Cima RFF, Mazurek B, Haider H, et al. A multidisciplinary European guideline for tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment. *HNO* 2019;67(Suppl 1):10-42.

doi:10.1007/s00106-019-0633-7

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 31, 34

FRÉQUENCE DES ACOUPHÈNES ET MESURE DE LA GÊNE

Jarach CM, Lugo A, Scala M, et al. Global prevalence and incidence of tinnitus: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol* 2022;79(9):888-900. doi:10.1001/jamaneurol.2022.2189

LUE · Cité au chapitre 1 · 113 articles ; 14,4 % des adultes (9,7 % entre 18 et 44 ans, 23,6 % après 65 ans) ; formes sévères : 2,3 %. Résumé relu dans un dépôt institutionnel.

Meikle MB, Henry JA, Griest SE, et al. The Tinnitus Functional Index: development of a new clinical measure for chronic, intrusive tinnitus. *Ear Hear* 2012;33(2):153-176.

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 3

COMPRENDRE : MÉCANISMES

Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neurosci Res* 1990;8(4):221-254. doi:10.1016/0168-0102(90)90031-9

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 2, 5, 32

Noreña AJ. An integrative model of tinnitus based on a central gain controlling neural sensitivity. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35(5):1089-1109. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.11.003

À RÉVÉRIFIER · Cité aux chapitres 2, 18

Schaette R, McAlpine D. Tinnitus with a normal audiogram: physiological evidence for hidden hearing loss and computational model. *J Neurosci* 2011;31(38):13452-13457.

doi:10.1523/JNEUROSCI.2156-11.2011

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 2, 18

PSYCHOLOGIE ET GESTION DE LA GÊNE

Fuller T, Cima R, Langguth B, Mazurek B, Vlaeyen JWS, Hoare DJ. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;1:CD012614.

doi:10.1002/14651858.CD012614.pub2

LUE · Cité aux chapitres 2, 5, 8, 33 · 28 essais, 2 733 participants ; certitude des preuves faible à modérée.

McKenna L, Marks EM, Hallsworth CA, Schaette R. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic tinnitus: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*

2017;86(6):351-361. doi:10.1159/000478267

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 7, 8, 14, 33 · Essai de taille modeste (75 personnes).

Westin VZ, Schulin M, Hesser H, et al. Acceptance and commitment therapy versus tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther*

2011;49(11):737-747. doi:10.1016/j.brat.2011.08.001

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 8, 33

Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, et al. How breath-control can change your life: a systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. *Front Hum Neurosci* 2018;12:353.

doi:10.3389/fnhum.2018.00353

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 13 · Étude chez des personnes sans acouphènes.

SON, AIDES AUDITIVES ET PROTECTION

Sereda M, Xia J, El Refaie A, Hall DA, Hoare DJ. Sound therapy (using amplification devices and/or sound generators) for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;12:CD013094.

doi:10.1002/14651858.CD013094.pub2

LUE · Cité aux chapitres 8, 11, 18, 32, 33, 34 · 8 essais, 590 participants ; certitude faible ; pas de supériorité sur la liste d'attente, le placebo ou l'information.

Hoare DJ, Edmondson-Jones M, Sereda M, Akeroyd MA, Hall D. Amplification with hearing aids for patients with tinnitus and co-existing hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD010151. doi:10.1002/14651858.CD010151.pub2

LUE · Cité au chapitre 32 · Un seul essai (91 personnes) : preuves insuffisantes pour confirmer ou écarter un bénéfice.

Scherer RW, Formby C; Tinnitus Retraining Therapy Trial Research Group. Effect of tinnitus retraining therapy vs standard of care on tinnitus-related quality of life: a randomized clinical trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2019;145(7):597-608. doi:10.1001/jamaoto.2019.0821

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 5, 32 · 151 personnes, trois groupes. Résultats relus dans un compte rendu institutionnel ; article en accès restreint.

Roberts LE, Moffat G, Baumann M, Ward LM, Bosnyak DJ. Residual inhibition functions overlap tinnitus spectra and the region of auditory threshold shift. *J Assoc Res Otolaryngol* 2008;9(4):417-435. doi:10.1007/s10162-008-0136-9

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 10

Okamoto H, Stracke H, Stoll W, Pantev C. Listening to tailor-made notched music reduces tinnitus loudness and tinnitus-related auditory cortex activity. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010;107(3):1207-1210. doi:10.1073/pnas.0911268107

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 19 · Petit effectif.

Stein A, Wunderlich R, Lau P, et al. Clinical trial on tonal tinnitus with tailor-made notched music training. *BMC Neurol* 2016;16:38. doi:10.1186/s12883-016-0558-7

LUE · Cité au chapitre 19 · Pas d'effet sur les critères principaux.

Organisation mondiale de la santé, Union internationale des télécommunications. *Safe listening devices and systems: a WHO-ITU standard*. Genève : OMS ; 2019. who.int

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 20, 30

MÂCHOIRE, COU ET SÉCURITÉ

Michiels S, Ganz Sanchez T, Oron Y, et al. Diagnostic criteria for somatosensory tinnitus: a Delphi process and face-to-face meeting to establish consensus. *Trends Hear* 2018;22:2331216518796403. doi:10.1177/2331216518796403

LUE · Cité au chapitre 21 · Critères proposés par consensus ; aucun n'est obligatoire à lui seul.

Bousema EJ, Koops EA, van Dijk P, Dijkstra PU. Effects of physical interventions on subjective tinnitus, a systematic review and meta-analysis. *Brain Sci* 2023;13(2):226. doi:10.3390/brainsci13020226

LUE · Cité aux chapitres 21, 24 · Résultats variables, études petites et de qualité limitée.

Bury M, Nijakowski K, Majewska A, Jankowski J, Surdacka A, Hojan-Jeziarska D. The co-occurrence of temporomandibular disorders in patients diagnosed with tinnitus: a systematic review with meta-analysis. *J Clin Med* 2025;14(6):1836. doi:10.3390/jcm14061836

LUE · Cité au chapitre 21 · Association retrouvée ; la causalité ne peut pas être établie.

Billir J, Sacco RL, Albuquerque FC, et al. Cervical arterial dissections and association with cervical manipulative therapy: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45(10):3155-3174.

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 11, 21

SOMMEIL

Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res* 2023;32(6):e14035.

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 15, 33

Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 2021;17(2):255-262. doi:10.5664/jcsm.8986

CONFIRMÉE · Cité aux chapitres 15, 33

Scullin MK, Krueger ML, Ballard HK, Pruett N, Bliwise DL. The effects of bedtime writing on difficulty falling asleep: a polysomnographic study comparing to-do lists and completed activity lists. *J Exp Psychol Gen* 2018;147(1):139-146. doi:10.1037/xge0000374

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 16 · Petit effectif, personnes sans acouphènes.

ALIMENTATION ET COMPLÉMENTS

Zhang M, Wang X, Zhang S, et al. Association of 15 common dietary factors with tinnitus: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open* 2025;15(3):e091507.

LUE · Cité au chapitre 28 · Dix études, dont huit analysées ensemble (301 533 personnes) ; qualité globale des preuves faible.

Glicksman JT, Curhan SG, Curhan GC. A prospective study of caffeine intake and risk of incident tinnitus. *Am J Med* 2014;127(8):739-743.

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 28 · Confirmée par des comptes rendus ; article non relu.

Sereda M, Xia J, Scutt P, Hilton MP, El Refaie A, Hoare DJ. Ginkgo biloba for tinnitus.

Cochrane Database Syst Rev 2022;11:CD013514. doi:10.1002/14651858.CD013514.pub2

LUE · Cité aux chapitres 11, 34 · 12 essais, 1 915 participants ; pas d'effet clair ; certitude faible à très faible.

Person OC, Puga MEdS, da Silva EMK, Torloni MR. Zinc supplementation for tinnitus.

Cochrane Database Syst Rev 2016;11:CD009832. doi:10.1002/14651858.CD009832.pub2

LUE · Cité aux chapitres 12, 34, 36 · 3 essais, 209 participants ; pas de preuve d'amélioration ; certitude très faible.

Shemesh Z, Attias J, Ornan M, Shapira N, Shahar A. Vitamin B12 deficiency in patients with chronic-tinnitus and noise-induced hearing loss. *Am J Otolaryngol* 1993;14(2):94-99.

CONFIRMÉE · Cité au chapitre 34 · Confirmée par des sources secondaires.

Grøntved A, Hentzer E. Vertigo-reducing effect of ginger root: a controlled clinical study. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1986;48(5):282-286.

À RÉVÉRIFIER · Cité au chapitre 28

Avertissement et informations légales

Ce que ce livre est, et ce qu'il n'est pas.

Ce livre est un **document d'information** rédigé à des fins éducatives par un professionnel de l'audition. Il ne constitue pas un avis médical individualisé et **ne remplace pas** une consultation chez un médecin, un ORL ou un audioprothésiste.

En cas d'apparition brutale, de baisse d'audition, de vertiges, de bruit qui bat avec le pouls ou de détresse, consultez rapidement un professionnel de santé ou appelez le 15 ou le 112. En cas d'idées de mort, le 3114 répond jour et nuit.

Les techniques décrites sont des **outils d'accompagnement**. Aucune n'a démontré qu'elle supprime un acouphène chronique. Les niveaux de preuve indiqués reflètent l'état des connaissances à la date de rédaction (octobre 2026) et peuvent évoluer.

L'auteur est audioprothésiste diplômé d'État et fondateur de Synæ, une marque de compléments alimentaires. Ce livre ne recommande aucun produit.

Édition 2026. Tous droits réservés.