

## Traduction française validée du questionnaire ESIT-SQ



### European School for Interdisciplinary Tinnitus Research – Questionnaire de Dépistage (ESIT-QD)

Ce questionnaire se compose de deux parties.

Dans la partie A, les questions sont générales et portent sur des caractéristiques personnelles telles que votre âge, votre taille, votre style de vie et les pathologies médicales que vous pourriez présenter. Tout le monde peut remplir cette partie, même sans jamais avoir perçu d'acouphène. La durée de remplissage de cette première partie est de 5 minutes.

Si vous avez perçu des acouphènes durant la dernière année, vous aurez à répondre à des questions supplémentaires dans la partie B. La durée de remplissage de cette seconde partie peut varier de 5 à 10 minutes en fonction de comment vous répondez.

#### **PARTIE A. CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES**

Pour les questions suivantes, donnez s'il vous plait les réponses qui vous décrivent le mieux, vous et vos expériences. Pour certaines questions vous pouvez choisir plus d'une réponse.

A1 Age (années)

--

A2 A votre naissance, vous avez été identifié(e) comme :

un homme  une femme  une personne intersexuée  Je préfère ne pas répondre

A3 Quelle est votre taille ?

\_\_\_ cm

A4 Quel est votre poids ?

\_\_\_ kg

O1 Quelle est votre préférence manuelle ?

Droitier  Gaucher  Ambidextre

O2 Dans quel pays résidez-vous ?

\_\_\_\_\_

O3 Dans quel pays êtes-vous né ?

\_\_\_\_\_

A5 Quel est votre plus haut niveau d'études ?

Non scolarisé(e)

École primaire

Premier cycle de l'enseignement secondaire (collège)

Deuxième cycle de l'enseignement secondaire (lycée)

Université ou études supérieures

O4 Quelle est votre situation matrimoniale ?

Marié(e)

- En couple
- Célibataire
- Veuf/Veuve
- Divorcé(e)/Séparé(e)
- Je préfère ne pas répondre

O5 Quelle est votre situation économique par rapport à la moyenne du pays dans lequel vous vivez ?

- Nettement supérieure à la moyenne
- Plutôt supérieure à la moyenne
- Dans la moyenne
- Plutôt inférieure à la moyenne
- Nettement inférieure à la moyenne
- Je préfère ne pas répondre

O6 Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre situation actuelle ?

- Salarié(e)
- Sans emploi
- Travailleur indépendant / Mandataire social d'une entreprise
- Retraité(e)
- En congé de maladie (depuis plus de deux mois) ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un handicap
- En congé parental (depuis deux mois ou plus)
- Étudiant(e)
- En congé sabbatique
- Femme/Homme au foyer
- Autre
- Je ne sais pas

O7 Avez-vous déjà travaillé de nuit (i.e. entre minuit et 5:00) ?

- Oui, c'est le cas actuellement
- Oui, je l'ai déjà fait
- Non
- Je ne sais pas

A6 Quel est le nombre moyen de verres de boissons alcoolisées que vous consommez par semaine ?

1 verre correspond à 125 ml de vin, 330 ml de bière ou 40 ml d'alcool fort.

--

A7 Quelle réponse parmi les suivantes décrit le mieux votre consommation de tabac ?

- Je n'ai jamais fumé
- Je suis fumeur(se) actuellement
- Je suis un(e) ex-fumeur(se)

Si vous avez répondu "Je n'ai jamais fumé" ou "Je suis un(e) ex-fumeur(se)", allez s'il vous plaît directement à la question O9.

O8 Combien de cigarettes fumez-vous, en moyenne, par jour ?

--

O9 Combien de tasses de café consommez-vous, en moyenne, par jour ?

--

O10 Combien d'heures par semaine en moyenne consacrez-vous aux activités physiques dans le cadre de vos loisirs ?

- Moins de 2 heures par semaine
- 2 à 4 heures par semaine
- 5 à 7 heures par semaine
- Plus de 7 heures par semaine

**O11** A quelle fréquence consommez-vous de la viande en moyenne ?

- Végétarien(ne)/ végétalien(ne) (pas de viande)
- Occasionnellement (moins de 3 fois par mois)
- 1 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 5 fois par semaine
- 6 fois par semaine ou plus

**O12** A quelle fréquence consommez-vous du poisson en moyenne ?

- Végétarien(ne)/ végétalien(ne) (pas de poisson)
- Occasionnellement (moins de 3 fois par mois)
- 1 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 5 fois par semaine
- 6 fois par semaine ou plus

**O13** A quelle fréquence consommez-vous des fruits en moyenne ?

- Jamais
- Occasionnellement (moins de 3 fois par mois)
- 1 à 6 fois par semaine
- 1 fois par jour
- 2 à 3 fois par jour
- 4 fois par jour ou plus

**O14** A quelle fréquence consommez-vous des légumes en moyenne ?

- Jamais
- Occasionnellement (moins de 3 fois par mois)
- 1 à 6 fois par semaine
- 1 fois par jour
- 2 à 3 fois par jour
- 4 fois par jour ou plus

**O15** Combien de temps passez-vous, en moyenne, à téléphoner en utilisant un téléphone portable ?

- Je n'en utilise pas
- Moins de 1 heure par mois
- Environ 1 heure par mois
- 2 à 3 heures par mois
- Environ 1 heure par semaine
- 2 à 6 heures par semaine
- 1 heure par jour
- Plus de 1 heure par jour

**O16** Combien de temps passez-vous, en moyenne, à écouter de la musique au casque ou avec des oreillettes ?

- Je n'en utilise pas
- Moins de 1 heure par mois

- Environ 1 heure par mois
- 2 à 3 heures par mois
- Environ 1 heure par semaine
- 2 à 6 heures par semaine
- 1 heure par jour
- Plus de 1 heure par jour

**O17** Combien d'heures, en moyenne, dormez-vous par jour?

- Moins de 6 heures par jour
- Environ 6 heures
- Environ 7 heures
- Environ 8 heures
- 9 heures ou plus par jour

**A8** À votre connaissance, combien de vos parents au premier degré (parents, enfants, frères ou sœurs) souffrent d'acouphènes ou d'une perte d'audition ?

Veillez écrire un nombre pour chacun des membres de la famille.

\_\_ père      \_\_ mère  
\_\_ frères    \_\_ sœurs  
\_\_ fils      \_\_ filles

**A9** Souffrez-vous de vertiges (sensation de tête qui tourne ou de perte d'équilibre) ?

- Jamais
- Oui, moins d'une crise par an
- Oui, au moins une crise par an

**A10** Vous a-t-on déjà diagnostiqué une quelconque pathologie du système auditif ?

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

- Traumatisme sonore (provoqué par un son fort)
- Barotraumatisme de l'oreille (provoqué par un brutal changement de pression ambiante)
  
- Presbyacousie (vieillessement du système auditif)
- Surdité brutale
- Autre type de perte auditive
- Maladie de Ménière
- Neurinome acoustique (kyste du nerf auditif)
- Otite aigue (inflammation de l'oreille)
- Otite séreuse ou dysfonction de la trompe d'Eustache
- Otite chronique (par exemple due à une perforation tympanique, cholestéatome)
- Otospongiose (diminution de mobilité des osselets)
- Autre pathologie de l'oreille. Veuillez spécifier \_\_\_\_\_
- Non

**A11** Avez-vous déjà été soumis à l'une des interventions chirurgicales ou à l'un des traitements suivants ?

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

- Chirurgie de l'oreille
- Chirurgie dentaire
- Neurochirurgie
- Ponction lombaire
- Chimiothérapie
- Radiothérapie de la tête et du cou
- Traitement par électrochocs

- Autre intervention/traitement. Veuillez spécifier \_\_\_\_\_
- Aucun des interventions/traitements cités

A12 La semaine dernière, les sons environnants ont-ils représenté un problème, s'avérant trop forts ou désagréables pour vous alors qu'ils semblaient normaux pour votre entourage ? Remarque : les sons environnants désignent tous les sons autres que l'acouphène, par exemple, les bruits ambiants, les paroles ou la musique.

- Non, aucun problème
- Oui, un petit problème
- Oui, un problème modéré
- Oui, un problème important
- Oui, un problème très important

A13 Avez-vous actuellement des difficultés auditives, comme avoir du mal à suivre une conversation dans un environnement bruyant ?

- Oui, une incapacité totale à entendre
- Oui, de graves difficultés
- Oui, une difficulté modérée
- Oui, une légère difficulté
- Aucune difficulté
- Je ne sais pas

A14 Utilisez-vous l'un des appareils suivants ?

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

- Aide auditive
- Implant cochléaire
- Générateur de son / masqueur sonore
- Appareil combiné (aide auditive et générateur de sons dans le même appareil)
- Aucun de ces appareils

A15 Souffrez-vous de l'un des syndromes douloureux suivants ?

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

- Migraine
- Cervicalgie (douleur au cou)
- Otalgie (douleur dans la zone de l'oreille)
- Douleur à l'articulation temporo-mandibulaire
- Douleur de la face
- Autre. Veuillez spécifier \_\_\_\_\_
- Non

A16 Un médecin vous a-t-il diagnostiqué l'une des maladies suivantes ?

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

**Orales :**

- Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire
- Problèmes dentaires

**Neurologiques :**

- Méningite
- Sclérose en plaques
- Epilepsie
- Accident vasculaire cérébral
- Autre maladie cérébro-vasculaire
- Démence

Autre maladie neurologique

**Psychiatrique or psychologique :**

Anxiété

Dépression

Choc émotionnel

Stress excessif

**Troubles du sommeil :**

Difficulté d'endormissement

Difficulté de maintien du sommeil

**Cardiovasculaire :**

Hypotension

Hypertension

Infarctus du myocarde (crise cardiaque)

**Endocrinienne et métabolique :**

Trouble thyroïdien

Diabète

Hyperinsulinisme

Augmentation du taux de cholestérol

**Rhumatologique et à médiation immunitaire :**

Polyarthrite rhumatoïde

Lupus érythémateux disséminé

**Oto-rhino-laryngologique :**

Sinusite chronique

Déviation de la cloison nasale

**Infectieuse :**

Syphilis

VIH

Maladie de Lyme

**Autre :**

Anémie

Instabilité ou autres troubles de l'équilibre

Reflux acide/gastro-œsophagien

Globus pharyngé (sensation de boule dans la gorge)

Autre. Veuillez spécifier \_\_\_\_\_

Aucune

**A17** Le terme « acouphène » désigne la perception d'un bruit dans la tête ou les oreilles (tel qu'un sifflement ou un bourdonnement) en l'absence de toute source sonore externe correspondante. Au cours de l'année écoulée, avez-vous présenté un acouphène dans la tête, dans l'une des oreilles ou dans les deux oreilles qui ont duré plus de cinq minutes consécutives ?

Oui, la plupart du temps ou tout le temps

Oui, très souvent

Oui, parfois

Non, pas dans la dernière année

Non, jamais

Je ne sais pas

Merci d'avoir rempli cette partie A. Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente (A17), veuillez poursuivre en remplissant la partie B. Si vous avez répondu "Non" ou "Je ne sais pas", ceci est la fin de ce questionnaire. Merci d'avoir participé à cette enquête.

## **PARTIE B. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACOUPHÈNE**

Merci d'avoir répondu à la Partie A. Pour les questions suivantes, merci de donner les réponses qui décrivent au mieux votre acouphène et ses liens avec les autres pathologies qui vous concernent. Pour certaines questions, vous pouvez cocher plusieurs réponses.

**B1** À quelle fréquence avez-vous des acouphènes en moyenne ?

- Tous les jours ou presque tous les jours
- Presque toutes les semaines
- Presque tous les mois
- Quelques mois par an
- Une fois par an

**B2** Quel adjectif décrit le mieux votre acouphène pendant une journée ?

- Constant : vous pouvez toujours ou généralement l'entendre dans une pièce silencieuse
- Intermittent : « Il va et vient », vous ne l'entendez pas systématiquement dans une pièce silencieuse.

**B3** Combien de temps s'est écoulé depuis l'apparition de votre acouphène ?

\_\_ mois  
\_\_ années

- Je ne sais pas

**B4** Depuis un an, à quel point votre acouphène vous inquiète, vous gêne ou vous contrarie-t-il dans le pire des cas ?

- Fortement
- Modérément
- Légèrement
- Pas du tout
- Je ne sais pas

Si vous avez répondu "Pas du tout" ou "Je ne sais pas", merci d'aller à la question B6.

**B5** Depuis combien de temps votre acouphène vous dérange-t-il ?

\_\_ mois  
\_\_ années

- Je ne sais pas

**B6** Bien que la plupart des patients aient un acouphène d'un seul type, certaines personnes peuvent percevoir différents sons. Entendez-vous un ou plusieurs sons différents ?

- Un seul son
- Plusieurs sons différents

Pour les questions suivantes, dans le cas où vous entendez plusieurs sons différents, merci d'essayer de répondre en tenant compte de celui qui est le plus gênant.

**B7** Comment a débuté votre acouphène ?

- Progressivement
- Brutalement
- Je ne sais pas

**B8** Si vous avez signalé des maladies/interventions aux questions A9, A10, A11, A12, A13, A15 ou A16, veuillez les indiquer ici et préciser si elles ont eu lieu AVANT, APRÈS ou à peu près EN MÊME TEMPS que l'apparition de votre acouphène.

---

---

---

---

**B9** La première apparition de votre acouphène était-elle liée à (vous pouvez cocher plusieurs réponses) :

- Une exposition à des sons forts
- Une modification de l'audition
- Une exposition à un changement de la pression ambiante (par exemple durant un vol en avion ou de la plongée)
- Une grippe, un rhume, ou une autre infection
- Une sensation d'oreille bouchée ou de pression dans les oreilles
- Un épisode de stress
- Un traumatisme crânien
- Un traumatisme au cou ou de la nuque (par exemple, un coup du lapin)
- Autre. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Aucune

**B10** Prenez-vous l'un des médicaments indiqués ci-dessous au moment où votre acouphène est apparu ?

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

- Aspirine
- Antidouleurs/Analgésiques. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Stéroïdes par voie orale. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Antibiotiques. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Antidépresseurs. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Quinine (crampes musculaires, paludisme)
- Diurétiques. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Autres médicaments. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Non
- Je ne sais pas

**B11** Pensez-vous que l'une des pathologies mentionnées précédemment ou toute autre pathologie soit reliée avec l'apparition de votre acouphène ?

Vous pouvez donner jusqu'à 3 réponses – veuillez choisir les éléments les plus importants.

- Non
- Oui. Veuillez préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B12** Le volume sonore de votre acouphène est-il stable ou fluctue-t-il au cours de la journée ?

- Stable
- Parfois fluctuant
- Toujours fluctuant
- Je ne sais pas

**B13** A quel son ressemble votre acouphène ?

- Un son pur
- Un bruit
- Une mélodie
- Des criquets
- Autre. Veuillez préciser \_\_\_\_\_

**B14** Veuillez décrire la tonalité de votre acouphène :

- Aigue
- Medium

- Grave
- Je ne sais pas

**B15** Où percevez-vous votre acouphène ?

- Dans l'oreille droite
- Dans l'oreille gauche
- Dans les deux oreilles, plus fort dans l'oreille droite
- Dans les deux oreilles, plus fort dans l'oreille gauche
- Dans les deux oreilles à intensité égale
- Dans la tête
- Autre. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas

**B16** Votre acouphène est-il rythmique ?

- Non
- Oui, il suit les battements du cœur (possibilité de vérifier en prenant le pouls tout en écoutant l'acouphène)
- Oui, il suit ma respiration
- Oui, il suit les mouvements de la tête, du cou, de la mâchoire ou des muscles du visage
- Autre. Veuillez préciser \_\_\_\_\_

**B17** Un médecin a-t-il déjà entendu votre acouphène ?

- Oui  Non

**B18** Votre acouphène est-il atténué par (vous pouvez cocher plus d'une réponse) :

- Des environnements très silencieux
- Des sons peu forts
- Des sons forts
- Des mouvements de tête
- En serrant les dents ou en bougeant la mâchoire
- En appuyant sur la tête, le cou, la nuque, ou à proximité de l'oreille
- En faisant une sieste
- Avec une bonne nuit de sommeil
- En conduisant
- En étant stressé(e) ou anxieux(e)
- En étant détendu(e)
- En buvant de l'alcool
- En buvant du café
- En prenant certains médicaments
- En utilisant des aides auditives
- Autre. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Aucune de ces situations

**B19** Votre acouphène est-il intensifié par (vous pouvez choisir plus d'une option) :

- Des environnements très silencieux
- Des sons peu forts
- Des sons forts
- Des mouvements de tête
- En serrant les dents ou en bougeant la mâchoire
- En appuyant sur la tête, le cou, la nuque, ou à proximité de l'oreille
- En faisant une sieste
- Avec une mauvaise nuit de sommeil
- En conduisant
- En étant stressé(e) ou anxieux(e)
- En étant détendu(e)
- En buvant de l'alcool
- En buvant du café
- En prenant certains médicaments
- En utilisant des aides auditives
- Autre. Veuillez préciser \_\_\_\_\_
- Aucune de ces situations

**B20** Au cours de l'année écoulée, avez-vous consulté votre médecin traitant ou un professionnel de la santé dans une clinique ou un hôpital à propos de votre acouphène ?

- Oui, 5 consultations ou plus
- Oui, entre 2 et 4 consultations

- Oui, une seule consultation
- Pas du tout
- Je ne sais pas

**B21** Bénéficiez-vous actuellement de l'une des prises en charge suivantes pour votre acouphène ?

Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

- Suivi psychiatrique
- Suivi psychologique
- Prise en charge audiolologique
- Kinésithérapie
- Autogestion (par exemple par des compléments alimentaires, des sessions de soutiens de groupe, de la relaxation)
- Autre. Veuillez spécifier \_\_\_\_\_
- Aucune prise en charge

**B22** Pensez-vous que l'une des pathologies mentionnées précédemment ou que toute autre pathologie soit liée aux périodes d'intensification de votre acouphène ?

Vous pouvez donner jusqu'à 3 réponses (veuillez choisir les plus importantes).

- Non
- Oui. Veuillez préciser \_\_\_\_\_

Merci d'avoir participé à cette enquête.