

CHAPITRE 1

Acouphènes

C. Baglione, P. Grévin (superviseur : M. Ohresser)

Acouphènes et prise en charge clinique

Présentation et causes multifactorielles de l'acouphène

Tout individu peut percevoir temporairement un acouphène au cours de sa vie. En raison du caractère labile du symptôme, la publication des études est rare. Les estimations de la prévalence des acouphènes sont variables selon les critères retenus. Coles (1996), à partir d'une étude de la population anglaise, estime que 10 à 17 % de la population en seraient affectés. Parmi les individus souffrant d'acouphènes chroniques, de 0,5 % (Coles, 1984) à 2,6 % (Axelsson et Ringdahl, 1989) seraient sévèrement handicapés dans toutes les activités de la vie quotidienne.

Les troubles de l'audition sont en train de devenir un problème de santé publique majeur, en France comme dans tous les pays industrialisés, où la première cause d'acouphènes est le traumatisme sonore de l'industrie et des loisirs. Les consultations de patients souffrant d'acouphènes deviennent de plus en plus nombreuses.

Système auditif

L'oreille est un organe neurosensoriel à double fonction : d'une part, elle joue un rôle prépondérant dans le maintien de l'équilibre du corps ; d'autre part, elle assure l'audition par transmission des ondes sonores produites par un émetteur depuis l'oreille externe (pavillon) jusqu'à l'oreille interne (cochlée), puis vers le cortex cérébral par les voies nerveuses.

Altération du système de transmission

L'oreille externe et l'oreille moyenne transmettent l'influx sonore jusqu'à l'oreille interne. Cette partie fragile de l'oreille est susceptible d'être atteinte par différents processus pathologiques se manifestant notamment par des acouphènes (figure 1.1).

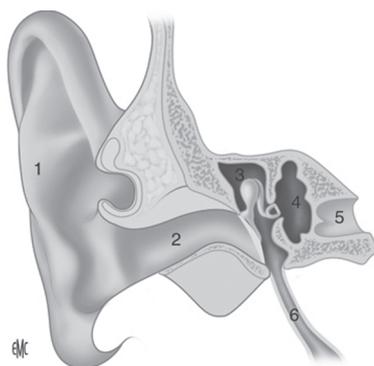


FIGURE 1.1. Situation générale de l'oreille externe, vue frontale.

1. pavillon ; 2. méat acoustique externe ; 3. atrium et récessus épitympanique ; 4. cochlée ; 5. méat acoustique interne ; 6. trompe auditive.

Source : Delas B, Dehesdin D. Anatomie de l'oreille externe. EMC - Oto-rhino-laryngologie 2008 : 1-9 [Article 20-010-A-10].

Définition de l'acouphène

L'origine du mot acouphène, terme français, vient du grec *akouein*, entendre et *phaïnein*, paraître. Cette définition équivaut au *tinnitus*, terme anglo-saxon d'origine latine (de *tinnire* : sonner, tinter).

On peut ainsi définir l'acouphène comme une sensation auditive perçue en l'absence de toute stimulation sonore extérieure.

On distingue deux sortes d'acouphènes :

- les acouphènes objectifs (5 % des cas) : rares, ils sont mesurables et peuvent être entendus par l'entourage. Ils peuvent avoir une origine musculaire, correspondre par exemple à la contraction de quelques muscles de l'oreille moyenne qui soutiennent les osselets ou encore de muscles de la trompe d'Eustache. Parmi ces acouphènes objectifs, certains sont pulsatiles et synchrones du pouls. Il est alors nécessaire de faire un examen Doppler, voire une angiographie IRM pour trouver les causes d'un problème vasculaire ; il peut s'agir d'un anévrisme ou d'une fistule pouvant être curables. Dans la grande majorité des cas, cet examen est négatif. On interprète la perception sonore par le fait qu'un petit vaisseau s'étant rigidifié vient battre contre l'os du rocher qui contient l'oreille. L'oreille ne fait que transmettre le bruit du sang qu'elle entend ;
- les acouphènes subjectifs (95 % des cas) :
 - ils sont les plus fréquents. Le son n'est alors audible que par la personne atteinte. Ils correspondent à la production d'un signal nerveux, sans signification, due à une hyperactivité neuronale, à un endroit quelconque du système auditif. Celui-ci est interprété, par défaut d'analyse, comme un bruit, lorsqu'il atteint le cortex,
 - pour certains, la génération du signal s'effectuerait en périphérie : au niveau des cellules ciliées de la cochlée, ou de la synapse entre la cellule ciliée interne et le premier neurone du nerf auditif, ou au niveau du nerf auditif lui-même,

- pour d'autres, la génération s'effectuerait au niveau des voies centrales,
- l'acouphène est dit « neurosensoriel » lorsqu'il est associé à une hypoacousie de perception, liée à une affection de l'oreille interne (cochlée) ou du nerf auditif ou encore des voies nerveuses centrales de l'audition.

Des origines multifactorielles

La difficulté pour traiter médicalement les acouphènes réside dans le fait que les causes restent, à ce jour, mal connues dans la majorité des cas et qu'il s'agit, bien souvent, d'un symptôme subjectif.

Pour certains acouphènes, des causes peuvent cependant être diagnostiquées sans avoir toutefois la certitude qu'elles en sont alors l'unique origine.

Origines mécaniques

- Obstruction du conduit auditif externe par un bouchon de cérumen, un corps étranger ou du liquide.
- Blocage d'un osselet de l'oreille moyenne.
- Certains dysfonctionnements de l'articulation temporomandibulaire, problèmes de tensions musculotendineuses, malocclusion (contact des dents entre elles), bruxisme.

- ▷ Dans ces cas, il est conseillé de relâcher des segments mâchoires-épaules : un travail de relaxation musculaire intéressera donc le sophrologue qui placera aisément cet exercice au sein d'une SB.

Pathologies ou dysfonctionnements de l'oreille moyenne responsables d'acouphènes subjectifs

- Problèmes au niveau de la trompe d'Eustache (reliant l'oreille moyenne au rhinopharynx) : une rhinopharyngite, une otite aiguë ou séreuse peuvent engendrer un acouphène qui se dissipe généralement quand disparaît la cause.
- Neurinome : il s'agit d'une tumeur bénigne du nerf auditif dont l'évolution est généralement lente. Elle doit être suspectée devant tout acouphène unilatéral. Ce neurinome est souvent accompagné d'une baisse d'acuité auditive et surtout de troubles de l'équilibre, vertiges. L'évolution pouvant être très lente, une simple surveillance est souvent licite. On peut en revanche décider d'opérer s'il est de volume important ou s'il risque, du fait de son développement, de gêner le fonctionnement des structures neuronales. On peut alors utiliser la radiochirurgie ou *gamma knife* ou la chirurgie classique.

- ▷ Les précautions à prendre par le sophrologue seront alors les mêmes que pour les vertiges de Ménière (voir plus loin).

Traumatismes

- Traumatismes sonores, le plus courant : ils provoquent des dégâts mécaniques irréversibles au niveau de la structure de la cochlée et une libération excessive de glutamate (molécule permettant la transmission de l'influx nerveux entre

la cellule ciliée interne et le nerf auditif). Le phénomène se rencontre lors de la fréquentation de lieux avec musique amplifiée ou lors de déflagrations.

- Traumatismes crâniens avec fracture du rocher.
- Choc barométrique, par différence de pression trop importante : cas rencontrés en avion ou en plongée sous-marine.

Problèmes d'ordre général accompagnant l'acouphène

- Arthrose : si l'on peut traiter et soulager l'arthrose, l'acouphène lui, peut persister.
 - ▷ Le sophrologue, dans ces cas, pensera à éviter certains exercices de la RD1, notamment les rotations de la nuque.
- Poussées d'hypertension : l'hypertension peut être régulée par une prise médicamenteuse adaptée, il n'en sera pas de même de l'acouphène, qui lui peut persister.
- Diabète, cholestérol, troubles endocriniens.
- Chocs émotionnels : deuil, chocs psychologiques pouvant faire apparaître subitement un acouphène ; ils démasquent alors un acouphène qui existait auparavant (en raison d'une hyperacousie par exemple), mais qui ne remontait pas à la conscience, d'où l'importance particulière de la sophrologie dans ce domaine.

Acouphènes accompagnant d'autres symptômes ou pathologies

Troubles auditifs

Selon l'étude de Chery-Croze et Geoffroy (91-99), les patients acouphéniques sont gênés à 55 % pour la compréhension des sons forts, à 38 % dans le bruit, à 24 % pour la compréhension dans le bruit, et seulement 28 % des patients ne présentent aucun trouble auditif ; 90 % des acouphènes sont la conséquence d'un trouble auditif.

Une perte auditive est donc souvent liée à l'acouphène. Cette perte entraîne une réduction des entrées sensorielles et des remaniements des voies centrales. Il y a alors émergence d'une perception fantôme, l'acouphène, qui est d'ailleurs généralement une fréquence proche de celle où l'on mesure la perte auditive.

- ▷ Il n'est pas toujours aisé pour un sophrologue, durant une séance, d'adapter son timbre de voix à celui nécessaire pour le patient. Un travail à ce niveau sera donc parfois indispensable pour le professionnel afin de ne pas replonger le patient dans son vécu négatif de déficient auditif.

Hyperacousie

L'hyperacousie est un dysfonctionnement de l'audition caractérisé par une hypersensibilité de l'ouïe à certaines fréquences, une exacerbation de l'attention vis-à-vis des sons de l'environnement. Elle résulte d'une altération de la diminution de la capacité de filtrage et de tolérance du système de perception des sons à des bruits même d'intensité normale.

À ce jour, il n'existe aucune explication fiable et prouvée de cette pathologie ; il pourrait s'agir de la lésion ou la destruction de cellules destinées à réguler le son qui parvient à l'oreille. Elle apparaît souvent après une exposition à un niveau sonore très élevé (concerts, discothèques, tir au fusil, chantiers...).

Elle peut aussi être d'apparition progressive, le sujet pouvant passer d'une audition sensible à une hyperacousie dans un temps plus ou moins long.

Vertiges de Ménière

La maladie de Ménière correspond à une affection de l'oreille interne. Elle évolue par crise : renforcement ou apparition de l'acouphène grave, sensation de plénitude d'oreille, baisse d'audition, puis survient le vertige qui immobilise le patient pendant 2 à 3 heures avec nausées et vomissements. Le patient est alors épuisé, s'endort ; à son réveil, tout est redevenu normal. Ces crises sont plus ou moins fréquentes. Avec le temps, généralement la baisse d'audition s'installe accompagnée de distorsions et d'un acouphène qui peut devenir permanent.

- ▷ Dans ce cas, il sera bien sûr très important pour la personne de travailler « l'ancrage », tout autant en position assise, debout que couchée. Le sophrologue pourra lui apprendre à se fixer sur des repères de stabilité : telles les sensations musculaires du souffle, qui elles « ne chavirent pas », en suivant l'onde du souffle dans l'axe du corps, puis en développant un maximum, dans la conscience, la sensation de stabilité.

Prise en charge des symptômes

Étude clinique

L'étude clinique d'un patient souffrant d'acouphènes requiert de la part du médecin un certain nombre d'investigations et une dose de patience. En effet, la prise en charge est complexe et consommatrice de temps. Il faut rassurer, écouter et informer le malade sur son problème.

Les objectifs du médecin sont de plusieurs ordres.

Interroger le patient pour lui faire préciser certaines informations utiles à son diagnostic

- Date et circonstances d'apparition.
- Nature des acouphènes : sifflements, bourdonnements, bruits particuliers.
- Évolution depuis l'origine.
- Uni- ou bilatéralité.
- Variations de l'intensité en fonction du jour ou de la nuit, de la position du corps.

Rechercher les signes associés

Ils peuvent parfois révéler la vraie nature des acouphènes ; il peut s'agir de :

- surdité, vertiges ;
- douleur dans l'oreille, avec ou sans écoulement purulent ;
- hypoacousie, ou surdité ;
- hyperacousie ;

- céphalées, migraines, douleurs cervicales ;
- bruits ou claquements dans les articulations temporomandibulaires.
Il faut tout mettre en œuvre afin de diminuer, voire éliminer la cause des acouphènes :
- en traitant les symptômes annexes qui accompagnent les acouphènes (nervosité, insomnies, dépression) ;
- en connaissant l'impact des acouphènes sur la vie sociale et personnelle du patient.
Cette phase est primordiale.

Le médecin doit savoir quel impact social et quel niveau de gêne les acouphènes induisent. Il recherchera l'impact sur : le sommeil (40 % des sujets acouphéniques prennent des hypnotiques), l'état physique, l'état psychique et l'état de la concentration, notamment au travail ou pour la lecture.

Pratiquer les examens cliniques oto-rhino-laryngologiques

- Examen du conduit auditif, du tympan.
- Auscultation locale et cervicale (recherche d'un souffle témoin d'une anomalie vasculaire locale : acouphène objectif).
- Bilan de l'articulation temporomandibulaire (douleurs, bruxisme, déviations mandibulaires, occlusions dentaires...).
- Examen audiométrique : audiométries tonale et vocale, impédancemétrie, potentiels évoqués auditifs (PEA), oto-émissions acoustiques.
- Audiométrie fine qui permet de déceler une surdité dans une majorité des cas d'acouphènes.

De nombreux tests et examens peuvent être demandés par l'ORL au patient souffrant d'acouphènes. Nous ne les étudierons pas ici, hormis l'IRM qu'il est important d'évoquer, car il peut représenter pour le patient une difficulté. L'IRM impose au patient de s'allonger dans un tunnel dont l'appareil émet un bruit fort et répétitif. Cet examen est souvent décrit comme un moment de grande détresse par le patient ; de plus il provoque parfois chez les personnes qui y sont sensibles quelques vertiges dus à l'induction de faibles courants dans les structures nerveuses.

- ▷ Si cet examen est prescrit et qu'il est anxiogène pour le patient, il est conseillé au sophrologue de préparer la personne par une futurisation ainsi que par l'apprentissage d'une séance à vivre en autonomie lors de l'examen.

Comme nous l'avons vu précédemment, tous ces examens ne permettent pas toujours de connaître la cause de l'acouphène.

De plus, à partir des observations cliniques des patients acouphéniques, il apparaît que les facteurs associés otologiques semblent parfois secondaires à d'autres facteurs non otologiques dans le devenir de l'acouphène.

Il existe, à ce propos, un modèle neurophysiologique de l'acouphène qui fait encore référence aujourd'hui et qui explique que l'acouphène n'est pas seulement un problème d'oreille, mais qu'il met en jeu les structures cognitives et émotionnelles du patient.

Habituation avec le modèle de Jastreboff et Harzell

Une approche cognitivo-comportementale de l'acouphène, appelée thérapie auditive d'habituation (TAH) a été décrite dans les années 1990 par Jastreboff et Harzell, sous le terme de *tinnitus retraining therapy* (TRT).

Ces auteurs proposent un modèle neurophysiologique de l'acouphène qui inclut tous les niveaux des voies auditives et certains systèmes non auditifs (système limbique et cortex préfrontal) dans la perception de l'acouphène. Le but du traitement est de parvenir à un état dans lequel l'acouphène est toujours perçu, mais gérable par le patient, donc non perturbateur. La TAH propose à la fois des conseils comportementaux pour diminuer les émotions négatives ainsi qu'un traitement sonore par des appareils acoustiques générateurs de bruit qui interfèrent avec l'acouphène lui-même¹.

L'habituation est un phénomène physiologique normal et spontané de réduction des réactions à la présence d'un stimulus répété et non pertinent. En effet, tout au long des voies auditives, des filtres sélectionnent les bruits extérieurs de manière inconsciente et automatique.

Si ces bruits sont neutres, ils sont perçus comme sans signification particulière et sont mis de côté. Si, au contraire, ils sont traités comme une information « signifiante », ils deviennent un véritable « signal d'alarme » : les filtres disparaissent et tout le système nerveux se met en alerte. La répétition des sons entraîne alors un renforcement de leur perception dans la conscience.

L'habituation consiste à rétablir les filtres : le signal est toujours perçu mais ne provoque plus de réactions, c'est l'amélioration de la tolérance. L'habituation à la perception apporte la disparition de la conscience du signal.

Le devenir naturel de l'acouphène dépourvu de signification émotionnelle pour le sujet est l'habituation.

Prise en charge des patients souffrant d'acouphènes et d'hyperacousie

La prise en charge des patients atteints d'acouphènes devient de plus en plus souvent pluridisciplinaire. Conduite sous la responsabilité du médecin ORL, elle allie le traitement somatique, à l'aide de médicaments qui peuvent soulager, à un traitement psychologique et, dans certains cas, l'utilisation de prothèses auditives.

Il s'agit, tout d'abord, dans la mesure du possible, lorsque l'étiologie est découverte, de faire disparaître les acouphènes. C'est le traitement de la cause. On utilise des moyens médicaux, voire chirurgicaux. Ensuite, tout le traitement doit être orienté vers une amélioration de la qualité de vie des patients, notamment par la prise en charge des symptômes liés ou non aux acouphènes : insomnie, anxiété, dépression.

Ainsi, favoriser l'habituation et empêcher tout processus allant à l'encontre de celle-ci sont des mesures plus spécifiques aux acouphènes.

1. Voir le modèle neurophysiologique de Jastreboff in Jastreboff PJ, Hazell JWP. A neurophysiological model of tinnitus : clinical implications. *Brit J Audiol* 1993 ; 27 : 7-17.

Place de la sophrologie dans la prise en charge pluridisciplinaire

La sophrologie permet d'accélérer le processus d'habituation afin de :

- rendre la détection du signal de l'acouphène plus difficile pour le système nerveux : le sujet est plus calme et détendu et le système nerveux et émotionnel moins réactif ;
- amener le patient à classer l'acouphène comme signal sans importance (de manière à ce qu'il puisse être « négligé ») et à retrouver ainsi un quotidien plus serein.

Ce sont des objectifs que le sophrologue pose aussi très souvent face à la douleur. En effet, ces deux symptômes présentent de nombreuses analogies. L'acouphène est d'ailleurs classé médicalement en tant que symptôme, tout comme la douleur chronique.

Acouphènes et douleur

L'*International Association for study of pain* (IASP) propose de définir la douleur comme « une expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en ces termes ». Cette définition est également retenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous venons de voir que les acouphènes répondent tout à fait à cette définition.

Acouphène et douleurs sont deux symptômes dont le processus peut être rapproché

Douleurs par nociception

La cause est une sur-stimulation des voies sensorielles entraînant une excitation des fibres nerveuses spécialisées. Celles-ci conduisent alors l'information jusqu'aux nocicepteurs, récepteurs spécifiques. Un signal d'alarme se déclenche alors sous la forme d'une douleur-symptôme (douleur d'un abcès, par exemple). Nous pouvons rapprocher certains acouphènes de telles douleurs bien qu'il n'ait pas été mis en évidence de récepteurs spécifiques pour ceux-ci. C'est le cas de l'acouphène lié à une crise de Ménière.

Douleurs et acouphènes ont ici des mécanismes physiques allant d'un stimulus excitateur à une réaction-perception.

Douleurs neuropathiques ou de désafférentation

Elles sont alors en relation avec une baisse de modulation inhibitrice. C'est le cas de la douleur due à une section de nerf par amputation. On parle alors de « douleur fantôme » du membre absent. Ce peut être aussi le cas d'une douleur par lésion d'un nerf, par exemple la douleur du zona.

Nous pouvons comparer les douleurs de ce type à des acouphènes rencontrés par lésion du nerf cochléaire (travaux de Moller, 2000).

Douleurs psychogènes et sine materia

Les douleurs psychogènes répondent à un fonctionnement psychique perturbé et les douleurs *sine materia* (sans causes connues) se rapprochent du ressenti « douloureux » des acouphènes avec bilan médical « normal ».

Acouphènes et douleurs sont tous les deux des phénomènes subjectifs

Dans ces deux expériences, sensations, cognitions et émotions se rejoignent. Elles traduisent l'acouphène ou la douleur avec anxiété, voire dramatisation et dépression selon les facteurs qui entourent le sujet et sa propre personnalité. De tous ces facteurs, un comportement observable naît sur le plan moteur (postures, attitudes, gestuelle, activité) et verbal, spécifique du sujet. Celui-ci s'exprime à travers le symptôme, qu'il soit douleur ou acouphène, d'une manière qui lui est propre.

Nous retrouvons d'ailleurs dans l'acouphène les mêmes caractéristiques de subjectivité que dans la douleur : la gêne induite peut donc varier d'un individu à l'autre, et pour un même individu d'un moment à l'autre. Les influences des facteurs environnementaux (culturels, familiaux et sociaux) sont d'une importance considérable quant au vécu de ces deux symptômes.

De plus, tout comme dans la douleur, il est constaté que l'intensité du symptôme n'est pas toujours proportionnelle à la gêne qu'il occasionne. Des tests audiométriques l'ont d'ailleurs démontré : l'acouphène peut être mesuré à des niveaux sonores bas (5 à 20 décibels au-dessus du seuil de perception), alors que la gêne subjective exprimée par le patient atteint un niveau élevé sur les échelles d'évaluation.

L'étude de Simeon *et al.*² le montre : « L'intensité sonore subjective de l'acouphène est considérée comme forte pour 89 % des patients alors que l'étude acouphénométrique montre une très faible intensité de l'acouphène par rapport au seuil auditif. »

L'intolérance survient, dans 20 % des cas, par la focalisation obsessionnelle. À l'instar de la douleur, l'acouphène devient alors un phénomène perceptif sensoriel insupportable.

Au travers de toutes ces composantes, nous constatons donc que la modélisation de la douleur selon Bourreau s'adapte fort bien à l'acouphène (figure 1.2).

Enfin, douleur et acouphènes présentent, l'un comme l'autre, un risque de passage à la chronicité, ici encore en fonction du contexte et de la personnalité du sujet. Dans un cas comme dans l'autre, ce sont les mêmes facteurs qui favorisent cette évolution négative : notamment les modèles biologiques et psychosociaux sur lesquels reposent la vie du sujet et sa trajectoire existentielle. Les pensées négatives, la victimisation voire le catastrophisme y sont les opposants directs de la maîtrise et des stratégies d'ajustement (figure 1.3).

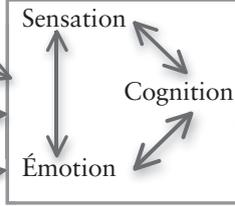
2. Simeon R *et al.* Étude de 603 patients acouphéniques chroniques au moyen d'un auto-questionnaire. Épidémiologie, sémiologie de l'acouphène et personnalité des patients. *Les cahiers d'Oto-rhino-laryngologie, de Chirurgie Cervico-faciale et d'Audiophonie* 2001 ; (36) : 79-88.

DOULEUR

Mécanismes générateurs

- Excès de stimulations nociceptives
- Désafférentation
- Psychogène

Expérience subjective



Comportements observables

- Moteurs verbaux
- physiologiques

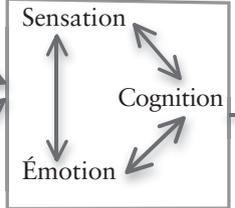
- Facteurs environnementaux :
- passé/présent
 - familiaux
 - sociaux
 - culturels

ACOUPHÈNES

Mécanismes générateurs

- Pathologies ORL ou neurologiques créant des acouphènes
- Acouphènes essentiels

Expérience subjective



Comportements observables

- Moteurs verbaux

- Facteurs environnementaux :
- passé/présent
 - familiaux
 - sociaux
 - culturels

FIGURE 1.2. Schémas de la modélisation de la douleur selon Bourreau, appliqués aux acouphènes.

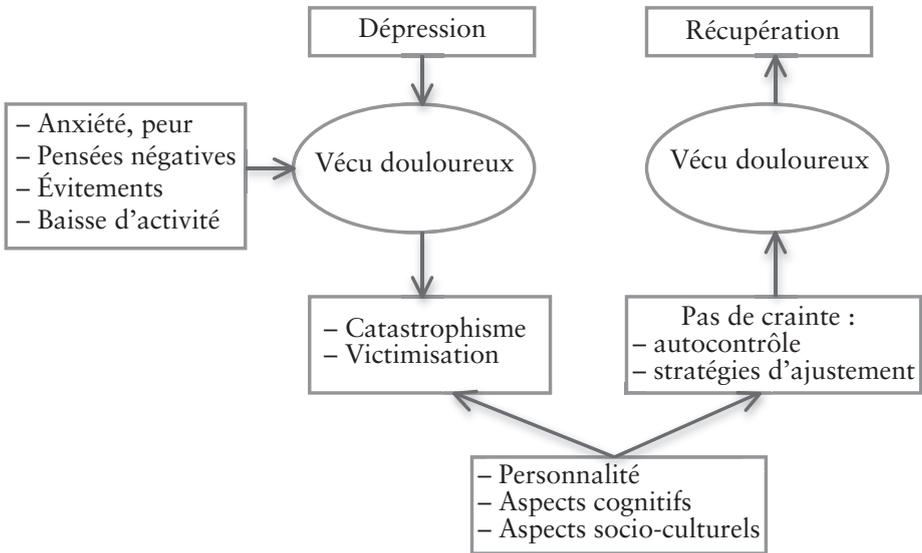


FIGURE 1.3. Schéma du risque de chronicisation applicable à la douleur et aux acouphènes.

Applications pratiques

Il en découlera des conséquences importantes concernant l'aide que peut apporter le sophrologue au patient.

Tout comme dans le domaine de la douleur, le patient est en souffrance et il a besoin d'être écouté, rassuré particulièrement sur le mécanisme d'habituation. Face à ses questionnements restés souvent sans réponse, il a aussi besoin de comprendre dans quelle mesure l'outil sophrologique pourra lui ouvrir les portes de ce nouveau possible, de cette habituation. C'est pourquoi il est indispensable au sophrologue de posséder les connaissances de base sur les acouphènes afin d'être crédible, tout autant dans son approche de la problématique, que dans le protocole qu'il propose.

Tout comme dans la douleur, l'objectif à atteindre devra être posé clairement : il ne s'agit pas de chercher à faire disparaître le symptôme, même si cela était de l'ordre du possible, mais davantage de permettre au patient de retrouver une qualité de vie avec une sensorialité plus positive. Il s'agit donc, pour le sophrologue, de chercher à modifier la connotation négative, le « signifiant » pénible du symptôme.

À ce sujet, tout comme dans la douleur, le sophrologue devra garder en conscience qu'il existe une forte ambivalence dans l'acouphène : le patient souffre du symptôme et se l'est approprié : « *ma douleur, mon acouphène* ». Il ne lui est donc pas toujours aisé de poser de nouveaux repères de vie (aussi positifs soient-ils) en dehors du symptôme qui jusque-là était le centre de son quotidien. L'évolution de chacun dépendra du respect de ces réalités dans l'établissement d'un protocole adapté : prendre le temps d'être, même si le patient nous presse de son impatience.

Il apparaît donc une évidence pratique : les connaissances du sophrologue sur les différentes techniques applicables à la douleur pourront lui servir de socle au traitement de l'acouphène. Il sera cependant important de respecter des précautions et adaptations spécifiques indispensables ; voir notamment plus loin l'adaptation de la SSubstS fort connue pour la douleur.

Du fait même de leur processus et de toutes les composantes les influençant, douleurs et acouphènes représentent donc deux domaines d'application de la sophrologie.

Celles-ci se rejoignent, autour du vécu d'un humain en souffrance et du « cri » de son être.

Patients et prise en charge sophrologique

Sémiologie et conséquences sur le choix des techniques

Le quotidien du patient se joue autour de l'acouphène et de tout son cortège de troubles physiques, psychologiques et comportementaux.

Au niveau physique, il existe souvent des tensions musculaires situées en périphérie : donc essentiellement au niveau du cou, des trapèzes et également des mâchoires.

Les premières séances pourront donc permettre de relâcher ces régions tendues en proposant des exercices de RD1. Le choix du sophrologue se portera sur des exercices de rotation axiale, de pompage des épaules. Il évitera les rotations de la nuque, trop situées à l'épicentre des tensions ressenties. Il est important d'insister sur la détente du visage, et particulièrement du bas du visage, avec la détente des mâchoires. Le SDN sera, bien sûr, l'outil incontournable. Il sera utile d'expliquer lors de la présentation de cette technique qu'il ne s'agit pas d'expulser l'acouphène, mais les tensions qu'il induit ; il faut insister à ce niveau sur le fait que l'acouphène n'a pas besoin de disparaître pour ne plus être gênant !

Les tensions musculaires se vivent souvent dans une fatigue corporelle plus ou moins accentuée. Les séances se feront donc en évitant les stations trop longues en position debout.

Les troubles psychiques associés complètent ce tableau car, à cette fatigue physique, se joint souvent la fatigue mentale, voire la lassitude ou parfois même le désespoir.

L'approche psychologique est donc importante, la perception de l'acouphène pouvant être nettement augmentée par un contexte de troubles anxieux, dépressifs ou de la personnalité.

On retrouve souvent un événement marquant concomitant à l'apparition du phénomène acouphénique. Beaucoup de patients peuvent dater précisément le début de leurs acouphènes et l'associer à un fait émotionnellement important : difficultés conjugales, familiales, professionnelles ; déménagement ou départ à la retraite ; choc physique, traumatisme sonore, crânien ou barotraumatisme.

Il convient d'agir, au niveau thérapeutique, au plus vite afin d'éviter la fixation mnésique du symptôme qui focalise tout le vécu difficile du patient.

Des conséquences pathologiques de type obsessionnel ou des phobies peuvent apparaître : phobie sociale ou phonophobie ; cette dernière est une peur incontrôlée du bruit et peut être induite par l'hyperacousie.

L'anxiété peut parfois se généraliser. Différentes problématiques s'entremêlent alors : agitation, tensions, difficultés de concentration et troubles du sommeil avec parfois des insomnies. Il est à noter que la tonalité affective donnée à l'acouphène dans la journée aura un impact sur les nuits de sommeil. Si le patient se réveille, il s'agace de l'acouphène entendu ; une boucle se met alors en place renforçant ainsi l'image négative du symptôme et pouvant provoquer des insomnies.

Dans ce cas, un travail avec une PSLS pourra être proposé.

Des troubles de l'humeur en lien avec la problématique soulevée sont d'ailleurs fréquents : le patient perd de l'intérêt pour ses activités, sa créativité peut s'amenuiser, et il ressent moins de « plaisir à faire ».

La SPI sera très utile : il s'agit de renforcer les structures de la conscience en s'aidant d'une image agréable, pour laisser émerger ce positif enfoui et perdu dans « ce bruit ».

Le sujet se projette parfois dans un avenir déplorable, rythmé par le conditionnel : « *Et si l'acouphène augmentait...* », « *Et si je ne parvenais pas à vivre*

ainsi ». Il ne fait plus confiance à son corps qui l'a « *trahi* ». En fait, il ne se fait plus confiance.

La PSC pourra lui permettre d'évoquer toutes ces ressources qu'il possède : sensation, perception, attention, concentration, communication, émotion, sociabilité...

Cette technique par une vivance profonde des capacités pourra alors l'aider à s'ouvrir plus « encore » sur son futur.

Des troubles de l'adaptation peuvent entraver la vie du patient tant au niveau émotionnel que comportemental, telle l'altération du comportement social : le patient, trop gêné par le bruit, s'isole puis refuse de sortir ; il se replie sur lui-même, ne vit plus aucune sensorialité.

Dans ce cas, le travail sur les cinq sens RD2 s'imposera : ouvrir le champ de conscience sur cette sensorialité souvent reniée ; les autres sens fonctionnent, ils existent, permettant la relation au monde. Réapprendre aussi à écouter les bruits : ils sont là, plus ou moins agréables mais ils sont là, preuve d'existence, l'acouphène y prenant place, s'y intégrant doucement. Proposer au patient à travers ces séances de vivre cette nouvelle réalité.

Enfin les facteurs environnementaux sont importants – quel est le rôle des proches ? parfois envahissants ? parfois indifférents ? –, ce qui peut amplifier l'impression de ne pas être écouté ou entendu dans sa solitude ou sa détresse.

Pour ce qui est de l'environnement professionnel, l'anamnèse sera très importante pour pouvoir aider le patient à mieux gérer son quotidien.

Le sophrologue peut aider le patient à « faire face » à ces situations de vie renforçant (et parfois provoquant) des crises aiguës d'acouphène. Le geste signal, ou geste conditionné, sera un outil à travailler disponible à tout moment. Ce geste réflexe sera utilisé par le patient dès que les facteurs favorisant ou les prémices d'une crise apparaîtront.

À côté de tous ces paramètres, il faut tenir compte de la personnalité propre du sujet, également des éventuels traumatismes psychiques vécus qui pourraient s'exprimer à travers le symptôme.

Si la sophrologie peut indéniablement modifier positivement le quotidien et l'existence du patient, il n'en reste pas moins que le sophrologue doit avoir conscience de ses limites. C'est pourquoi il proposera au patient un soutien auprès d'un confrère psychologue ou psychiatre, si cette démarche n'a pas déjà été faite. Nous retrouvons donc ici encore l'utilité d'un travail en pluridisciplinarité.

L'accueil du patient

Rappelons qu'il est indispensable pour le sophrologue de savoir que le patient a eu un bilan audiologique complet avant de pouvoir le prendre en charge, ceci étant la première démarche à faire par un patient dès l'apparition de l'acouphène.

Le premier contact avec le patient sera donc très important pour la mise en place du protocole des séances : c'est toute l'importance de l'anamnèse pour un patient qui souffre et a besoin d'une écoute et d'un accompagnement pour retrouver du sens à sa vie.

Afin de pouvoir évaluer l'impact de l'acouphène dans la vie du sujet, nous avons à notre disposition plusieurs outils de mesure, le questionnaire *tinnitus handicap inventory* (THI) et l'échelle visuelle analogique (EVA) :

- le THI permet de mesurer le handicap du patient avec 25 items pour donner un score total de 0 à 100 avec des sous-échelles fonctionnelle, émotionnelle et catastrophique ;
- l'EVA, proposée et validée par l'Association française des équipes pluridisciplinaires en acouphénologie (AFREPA), est une échelle qui mesure la gêne de l'acouphène dans la vie quotidienne, entre 0, le bas de l'échelle (aucune gêne), et 10 le haut de l'échelle.

Nous proposons aux patients d'utiliser ces deux outils de mesure au début du premier entretien pour mieux connaître leur handicap, leur gêne de l'acouphène au quotidien et nous leur expliquons que nous utiliserons ces mêmes outils en fin de protocole, pour évaluer ainsi l'impact des séances de sophrologie sur leur qualité de vie.

Nous nous appuyons ensuite sur une série de questions qui nous permettent de réaliser l'anamnèse. Au-delà de toutes les informations nécessaires au sophrologue, l'anamnèse revêt une importance particulière pour les patients qui souffrent et souhaitent nous expliquer tous les événements liés à ce stress dans leur vie, avant de pouvoir débiter le travail sophrologique.

En dehors des renseignements pratiques (nom, adresse, profession et âge), il nous paraît important d'interroger le patient sur plusieurs points : la date de l'apparition de l'acouphène ; le nombre de mois ou d'années où cet acouphène est présent dans sa vie ; éventuellement s'il fait un lien avec un événement particulier au moment de son apparition.

Les questions suivantes vont nous permettre de faire des choix sur les techniques à utiliser, les exercices à choisir, le *terpnos logos* à privilégier :

- quelles sont la nature de l'acouphène, sa localisation (oreilles ou tête), sa latéralisation (gauche ou droite) ?
- avez-vous repéré des situations propices à son apparition ? Si le stress est reconnu comme agent favorisant, insister sur la composante détente musculaire et mentale ;
- le patient souffre-t-il d'une perte auditive ? préfère-t-il le silence ? l'acouphène est-il atténué par le bruit ? le sophrologue adaptera son timbre de voix ou le *terpnos logos* ;
- le patient souffre-t-il de vertiges ? Les mouvements cou, nuque, tête baissée seront à faire avec prudence, voire à éviter ;
- à quel moment de la journée, le patient est-il gêné par l'acouphène ? Si l'acouphène est fluctuant, pointer l'existence des périodes d'accalmie, s'appuyer sur elles pour évoquer le positif d'un instant ;
- qualité du sommeil ? Le sophrologue pourra proposer des séances spécifiques sommeil.

Certaines questions vont nous permettre de nous intéresser à la souffrance du patient, sans autre indication particulière thérapeutique :

- comment le décririez-vous ?
- quels sont les autres problèmes de santé liés à l'acouphène ?

Ensuite, il nous paraît nécessaire de savoir quel suivi médical et paramédical le patient a-t-il mis en place :

- combien de médecins, médecins ORL a-t-il consulté ?
- a-t-il un suivi médical ?
- consulte-t-il un psychothérapeute ?
- a-t-il vu un audioprothésiste ? a-t-il un appareillage ?
- a-t-il des séances d'ostéopathie ou d'acupuncture ?
- a-t-il des antécédents médicaux importants à nous signaler ?

Il sera également important de savoir si le patient a déjà fait des séances de sophrologie, et de définir avec lui les objectifs de la démarche : « Quelles sont ses attentes ? » À partir de celles-ci, le sophrologue posera avec éthique les possibles et les limites de la sophrologie dans ce domaine.

Il ne faut pas oublier de poser des questions sur son environnement professionnel pour connaître les agents stressants comme un travail en milieu bruyant ou, parfois, dans un environnement familial proche.

Grâce à ces questions, nous permettons au patient d'« être écouté » dans sa souffrance, dans l'histoire de l'apparition des symptômes et dans le vécu difficile qui nécessite la consultation.

Ainsi, nous pouvons poser les premiers fondements de ce qui deviendra avec les pratiques l'alliance thérapeutique indispensable à la prise en charge des symptômes et à l'accompagnement du patient.

Protocole et études de cas

Choix des techniques et méthodes, mise en place du protocole

Le choix des techniques et méthodes, ainsi que leur articulation au sein du protocole présenté dans ce chapitre, s'appuie sur notre expérience de terrain, au travers des vivances et des témoignages des nombreux patients venus à nos consultations depuis une dizaine d'années.

Caractéristiques du protocole. Dans le choix du protocole, il s'agit d'être au plus près de la réalité du patient : le rapport au temps, la réceptivité du sujet face aux techniques, ses attentes, ses rapports à l'acouphène, à son propre corps, son trajet existentiel sont autant de paramètres importants dans cette relation sujet-sujet que nous établissons avec lui et dans l'élaboration de ce protocole. Il ne sera donc jamais figé mais sera posé au fur et à mesure de l'évolution du sujet, dans son vécu du quotidien et de ses vivances. Il tiendra toujours compte de la durée possible du suivi sophrologique.

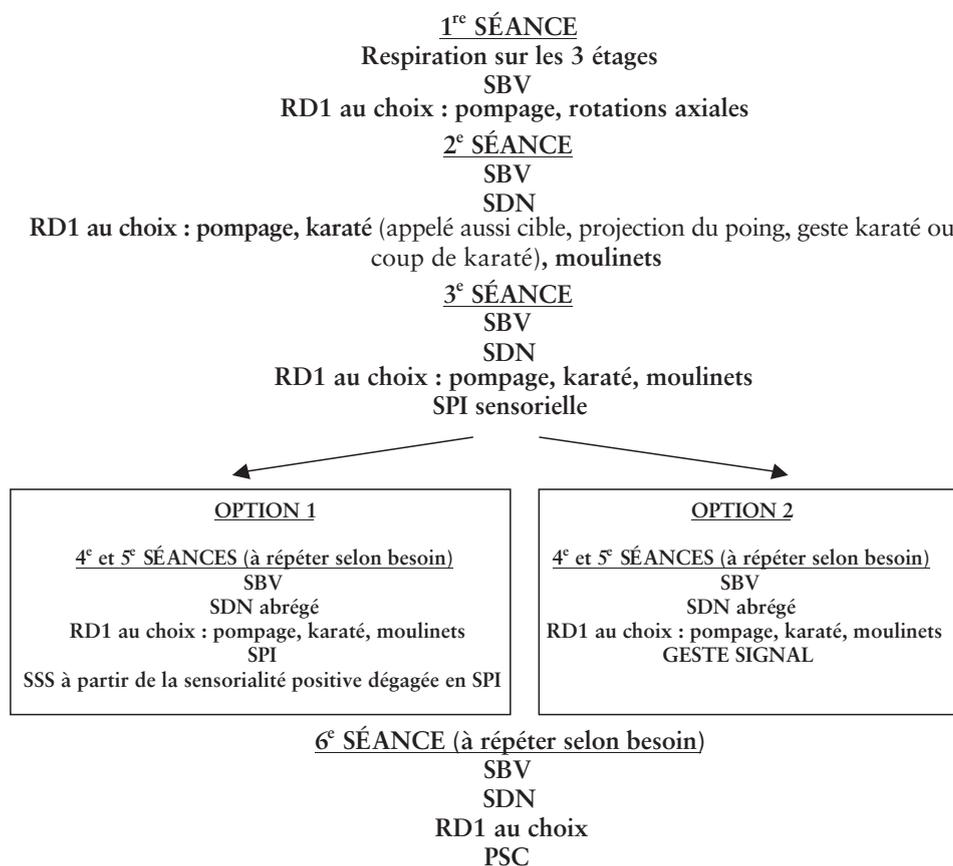
À partir d'un travail avec SDN et RD1, véritable tronc commun, nous utilisons les techniques spécifiques les plus adaptées au patient et à son contexte.

Elles sont choisies parmi la SDN, SPI, SSubstS, geste signal, PPS sur la fonction filtre. Il est à noter que la PPS est un très bel outil montrant sa performance dès que la fonction filtre a un sens pour le sujet ; nous ne la développerons pas ici car elle est plus technique et très spécifique.

Nous avons choisi de vous proposer, en exemple, un protocole de base en six séances. Nous attirons l'attention sur le fait qu'il ne s'agit pas pour le sophrologue de céder à la « hâte » du patient en finalisant le suivi en six séances, mais, bien au contraire, qu'il s'agit de prendre son temps. Il est souvent nécessaire de renouveler une séance à plusieurs reprises, et même très intéressant d'entrecouper le protocole de séances RD3 ou/et de le prolonger sur la RD2.

Nous vous proposons un protocole ouvert sur deux options à partir de la quatrième séance (figure 1.4) :

- option 1 destinée à des patients accrochant facilement la SPI. À travers la vivance de celle-ci, nous dégageons la sensorialité positive la plus riche de sens pour lui, afin de travailler la SSubstS ;



Faire le point en vue de l'autonomie : rappel de tous les outils appropriés au patient

FIGURE 1.4. Exemple de protocole en six séances, ouvert avec deux options.

- option 2 avec le geste signal. Celle-ci est préférée quand le patient, au travers de ses vivances, se présente davantage comme kinesthésique et a besoin d'être soutenu dans son quotidien par des réflexes de détente.

Études de cas en séances individuelles

Cas clinique

Protocole avec option SPI/SSubstS

Mme J.C. vient me voir suite au conseil de France Acouphènes.

Elle a 50 ans et est en retraite anticipée suite à un arrêt de travail dû au symptôme acouphènes survenu il y a plus d'un an, dans un contexte de stress important. Elle dit s'isoler de plus en plus, se sent « *fatiguée, sans envie* ». Elle exprime « *sa souffrance* ». Elle ne situe pas l'acouphène avec précision, mais fait un geste vague pour le décrire : « *Dans la tête.* » Elle présente une perte auditive légère, sans autres troubles associés : ni vertiges, ni hyperacousie. Elle témoigne d'un acouphène atténué par le silence, affirme ne plus supporter le brouhaha, être gênée par tous les bruits et par la musique. Mme J.C. se décrit comme assez nerveuse avec quelques problèmes de sommeil mais sans grandes perturbations.

Objectifs de la patiente : « *Pouvoir revivre avec mon entourage dont je m'isole car trop dépendante du bruit environnant, reprendre du plaisir à vivre.* »

Mme J.C. ne se sent pas le courage d'entreprendre un travail sophrologique sur le long terme. Je propose un protocole de six séances :

- THI début de protocole 46 ;
- THI fin de protocole 4.

Dès les premières séances, Mme J.C. développe durant le dialogue post-sophonique, une vivance portée sur la sensorialité. C'est donc tout naturellement que je choisis le protocole avec option SPI sensorielle/SSubstS : « *J'ai pris un plaisir à ressentir mon corps. J'avais oublié... Un paysage m'est apparu superbe, sensorialité agréable : je n'avais plus d'acouphènes dans ce paysage, une brise légère...* »

Le travail central des séances suivantes porte donc sur la SSubstS à partir du bruit du souffle : « *Un sentiment de vie positive en moi, des sensations si agréables... J'ai pris plaisir à ressentir mon souffle, pas d'acouphènes durant la séance.* »

À la 5^e séance, Mme J.C. arrive souriante : « *J'ai mis de la distance avec mes problèmes... J'aime maintenant vivre en écoutant ce que me dit la nature.* » Devant ses termes reformulés de ma part, elle prend une expression de surprise, radieuse : « *Quel chemin parcouru !* »

Je poursuis alors directement sur la PSC comme centre de séance afin d'intégrer l'amélioration comme nouvelle réalité. Mme J.C. savoure sa vivance en décrivant « *un sentiment de bien-être paisible, de vie agréable* » en elle.

En fin de protocole, Mme J.C. a atteint son objectif. Elle se plaît de nouveau à écouter ses musiques préférées, sort avec ses amis et participe aux réunions familiales. Elle affirme qu'elle reviendra « *avec certitude* » si elle en ressentait de nouveau le besoin : nous faisons une séance de révision en insistant sur SDN et SSubstS pour qu'elle puisse les travailler en autonomie. Elle part, le sourire aux lèvres, je reste à son entière disposition. Deux ans après, je contacte Mme J.C. par téléphone. Elle se montre très satisfaite : « *Je vais très bien.* » La gaîté de sa voix concorde avec ses propos. Durant les mois qui

ont suivi son arrêt des séances au cabinet, elle s'est appliquée à vivre régulièrement des moments de présence au travers du souffle et de son bruit paisible. Puis, peu à peu n'en ressentant plus le besoin elle a cessé mais reste dans cette réalité où elle ne *« pense plus acouphènes »* : *« Il est en moi, fait partie de moi, présent dans mon corps de manière naturelle, il ne me gêne plus. »*

Observations : le travail s'est effectué non pas sur la disparition de l'acouphène mais sur son intégration dans la vie du sujet. Le symptôme s'est trouvé distancé par des sensations de sensorialité agréable ; il a ainsi peu à peu perdu sa connotation négative en même temps que son rôle de premier plan, il n'est plus signifiant et le SNC le filtre. Nous sommes dans le cas typique d'une habitude réussie, ici, sur un court terme, avec répétition des vivances, au travers de pratiques réalisées en autonomie par le sujet.

Cas clinique

Protocole avec option geste réflexe

Un patient de 48 ans vient me voir suite à la recommandation du Dr Ohresser. J'ai donc une lettre avec une demande de suivi en sophrologie pour ce patient qui a un acouphène perçu à l'oreille gauche depuis 4 ou 5 ans, installé suite à un concert. Il vivait à peu près normalement. Il se rend récemment à une soirée bruyante et se retrouve avec hyperacousie, acouphènes et douleurs. Il a une rééducation par bruiteur à gauche pour maîtriser les otalgies.

Objectifs du patient : *« Mieux gérer mes émotions au quotidien, recréer des conditions favorables à ce qui me plaît dans la vie (musique, sport) ».*

Ce patient a de lourdes responsabilités professionnelles. Il vient pour une démarche « courte ». Je lui propose un protocole de cinq séances.

Les séances reposent sur deux axes de travail :

- une meilleure connaissance du symptôme permettant d'aider le patient à mettre en place les comportements qui vont faciliter le processus d'habitude ;
- les entraînements et les exercices qui vont lui donner à la fois des outils d'autonomie en cas de crise d'acouphènes et des possibilités nouvelles pour mieux gérer le stress professionnel.

Les trois premières séances insistent sur la détente du corps, la détente des mâchoires et la prise de conscience d'une respiration abdominale calme et paisible. Les exercices de RD1 permettent une redécouverte des sensations agréables et ouvrent sur une nouvelle perspective, celle de prendre en charge les symptômes par des réflexes simples et efficaces.

Le patient se sent rassuré, il dit qu'il se sent *« accompagné par l'équipe »* pluridisciplinaire, il est en confiance. Il prend du recul sur les événements de sa vie et découvre grâce aux séances une nouvelle sensorialité. Il a une image ressource, toujours la même : un bord de mer avec le coucher de soleil dans un lieu qu'il aime tout particulièrement.

Les 4^e et 5^e séances insistent davantage sur l'autonomie du patient. Il connaît bien les symptômes, garde précieusement son image ressource et s'oriente maintenant vers un futur plus serein.

La technique conditionnée, geste signal, me semble répondre parfaitement au souhait de ce patient qui demande à garder la maîtrise dans des situations professionnelles de

stress. La substitution gestuelle va lui permettre, en effet, de garder un *self-control* face à une crise d'acouphènes ou une situation anxieuse.

À la fin de la sophronisation, j'invite le patient à se projeter dans un futur proche en situation de crise avec la ressource immédiate du geste réflexe kinesthésique associé à son image ressource.

Ce patient va revoir le médecin ORL dans quelques semaines, également l'audioprothésiste pour des réglages de son appareillage avec le désir de s'en séparer prochainement. Il reviendra ponctuellement me voir, s'il en ressent le besoin ou la nécessité. Il quitte notre dernière séance très rassuré. Il a atteint l'un de ses objectifs : vivre à nouveau normalement ; il sait que pour mieux gérer ses émotions au quotidien, d'autres séances seront nécessaires pour approfondir les prises de conscience, modifier en profondeur les comportements et ouvrir encore sur de nouveaux possibles.

Observations : le travail s'est effectué sur un protocole très court de séances sur une période de 2 mois. Le patient était très bien informé sur le parcours d'accompagnement qui allait l'aider dans le processus d'habituation. Il a apprécié la cohérence et la compétence de notre équipe pluridisciplinaire. À travers ce parcours, il a découvert la sophrologie et a compris que l'aide que nous pouvions lui apporter allait bien au-delà d'une simple prise en charge des symptômes : cela lui permettait d'accentuer sa présence au monde et vivre pleinement l'instant présent.

Suivi de patients en groupe sur du long terme

Souvent le patient se présente au sophrologue sur le conseil du médecin, de l'audioprothésiste ; mais il arrive régulièrement que des personnes souffrant d'acouphènes rejoignent un groupe de sophrologie avec, à l'esprit, le conseil si souvent entendu « *se changer les idées...* ». Elles se présentent alors à des séances de groupe, sans même évoquer l'acouphène, venant justement pour « *ne plus y penser* ». C'est au cours d'une conversation que le sophrologue apprendra l'existence de l'acouphène dans la vie du sujet. Ces cas de figure se rencontrent assez fréquemment.

En étudiant les fiches de tels patients suivant un degré de relaxation dynamique par trimestre, à raison d'une séance hebdomadaire, nous avons pu constater les bienfaits de chacun des trois premiers degrés :

- la RD1 permet d'approcher une sensation devenue très rare pour un sujet souffrant d'acouphènes : celle d'un mieux-être à travers une détente musculaire. La RD1 permet la mise en évidence des signaux d'alerte donnés par le corps. Le sophrologue est alors le témoin de phrases riches de sens dans le dialogue post-sophronique : « *Je prends conscience de mon corps* », « *Je réalise les tensions que j'inflige à mon corps* », « *Mon corps me montre qu'il a besoin d'être écouté, entendu* ». Parfois la personne en souffrance a besoin d'écouter le symptôme comme « *un cri intérieur* » du corps avant de parvenir à le mettre entre parenthèses et à vivre l'habituation ;
- la RD3 est alors un tournant décisif, elle permet en effet une approche de la liberté de mieux-être pour le sujet qui peut alors s'autoriser à vivre différemment « *le symptôme repère* » et ainsi mettre entre parenthèses « *l'intrus* ».

La place prise par l'acouphène commence donc à se modifier dans la conscience perdant sa connotation aversive. La mise à distance s'installe, de plus en plus, au fur et à mesure que s'opère la réduction phénoménologique. C'est à travers cette réduction que la personne commence à mettre de côté son « jugement négatif ». Elle peut alors se mettre en marche vers une nouvelle sensorialité ;

- la RD2 par l'expansion de la conscience permet au pratiquant de se percevoir de l'extérieur, et ouvre le champ de conscience sur une représentation de lui-même où l'acouphène dans la grande majorité des cas n'est pas représenté : « *Je me perçois de l'extérieur, j'ai la sensation de m'éloigner de l'acouphène.* » Au travers du travail sur les cinq sens, ce degré réveille toute une richesse sensorielle étouffée par la focalisation sur l'audition : il n'est pas rare d'entendre les personnes en pré-sophronique nous raconter avec satisfaction, une expérience de la semaine : « *J'ai repris un réel plaisir : les parfums, les couleurs, j'avais oublié...* » Tout se transforme et prend un nouveau sens positif.

Certains patients poursuivent leur cheminement sophrologique avec la RD5 : ce degré nécessite une grande prudence ; chez certains sujets les vibrations sonores se montrent presque insupportables faisant résonance avec l'acouphène, chez d'autres, au contraire, elles donnent une place plus juste au symptôme : la RD5 a apporté « *une tolérance aux sons* », « *un écho positif à ce bruit intérieur* », « *une force, une énergie aux côtés desquelles l'acouphène n'était plus rien* » ou encore « *la dysharmonie créée par l'acouphène s'est perdue dans les ondes vibratoires de mon corps* ». Il s'agit donc d'aborder ce degré avec beaucoup de professionnalisme afin de ne pas invalider un sujet en lui proposant une RD5 inadaptée, ni d'en priver celui dont les vivances y seraient force d'être.

Conclusion

Séances individuelles ou séances de groupe, le principe d'adaptabilité reste fondamental.

Il s'agit d'être attentif à la réalité du patient, de favoriser par l'alliance sa réceptivité et réalité de l'instant, pour lui permettre de déployer sa conscience au sein d'une sensorialité positive.

C'est au sophrologue d'être cet accompagnant pour aider le participant à s'emplier de tout ce qui devient nouveau : nouvelle représentation de l'acouphène, du corps, du monde.

C'est en prenant le temps pour vivre la réduction phénoménologique et la multiplicité des vivances, véritables assises de transformation, que le participant peut enfin devenir tout à la fois : « *ce spectateur apaisé du symptôme* » et « *cet être, vivant, actif, présent au monde* ».

C'est aussi notre rôle de sophrologue de relier la démarche première du patient, à seule visée symptomatique, à celle plus large ouvrant sur l'existence.

Vivre cette réalité, c'est donner ses lettres de noblesse à la sophrologie et une clé riche de promesses au participant.