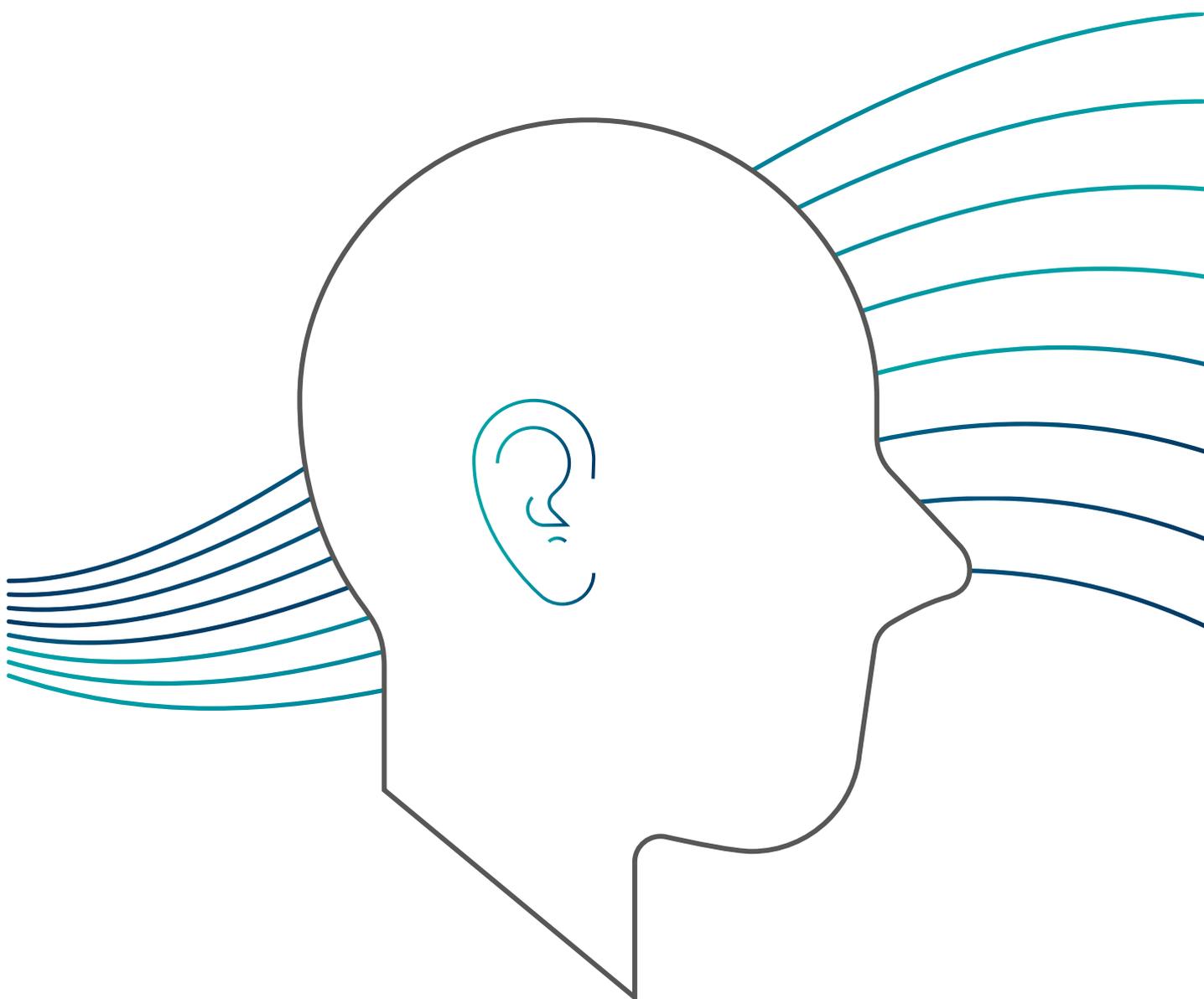




## Prise en charge des patients acouphéniques par le réseau d'expertise Acouphène Amplifon



**EXPERTISE**  
**ACOUPHÈNES**

OCTOBRE 2020

# Introduction

---

## Prévalence

10% environ de la population adulte souffre d'acouphènes. La moitié des personnes concernées déclarent l'acouphène comme moyennement gênant, très gênant, ou handicapant. Ce pourcentage augmente avec l'âge. Si l'âge moyen de l'apparition de l'acouphène est de 47 ans, la prévalence ainsi que le niveau de gêne ressentie s'amplifient significativement à partir de 60 ans.

Par ailleurs, près de 25 % des personnes nous consultant pour un problème d'audition affirment éprouver une gêne liée à un acouphène supérieure ou égale à 5 sur une échelle de 10.

## Liens entre Acouphènes et Audition

Dans plus de 80 % des cas, l'acouphène est associé à un problème d'audition. La presbycusie est le principal facteur de risques de l'acouphène. La présence d'un scotome auditif dans les fréquences aiguës (souvent 3000 – 6000 Hz) peut de la même façon favoriser l'apparition d'un phénomène d'acouphène. Enfin, l'hyperacousie peut être un symptôme associé à l'acouphène.

## Le réseau d'expertise Amplifon

Du fait de l'importance de sa prévalence et de ses liens avec l'audition, Amplifon a créé un réseau d'expertise, réunissant les audioprothésistes spécialistes de la prise en charge des patients acouphéniques. Ce réseau compte aujourd'hui 150 audioprothésistes répartis dans 270 centres d'audition.

Notre groupe de spécialistes a développé une méthodologie de prise en charge spécifique à Amplifon basée sur l'appareillage auditif, et non sur l'unique mise en place de générateur de bruit. L'appareillage auditif est en effet, avec la thérapie comportementale, la seule thérapie ayant donné des preuves de Service Rendu pour l'acouphène.<sup>1</sup>

L'enrichissement sonore obtenu par l'amplification de l'appareillage auditif permet dans 70 % des cas une diminution de la perception de l'acouphène. La perception de nouvelles informations sonores permet en effet de mieux « nourrir » le cerveau, de l'occuper, et d'atténuer ainsi la résonance de l'acouphène.

Notre méthodologie est globale, elle adapte à la problématique de l'acouphène l'ensemble de ce qui constitue notre savoir-faire : protocoles de prise en charge ; outils de tests et de counseling ; offre technologique et technique d'appareillage ; évaluation du bénéfice patient et suivi de son audition.

C'est toute cette méthodologie qui vous est présentée ici.

En espérant que cela vous soit utile dans votre discours aux patients acouphéniques, nous vous souhaitons une excellente lecture.

**Les audioprothésistes du réseau Acouphène Amplifon**

---

<sup>1</sup> **Source:** Tinnitus-a study of its prevalence and characteristics - British Journal of Audiology – 1982; Prevalence and 5-Year Incidence of Tinnitus among Older Adults: The Epidemiology of Hearing Loss Study - Journal of the American Academy of Audiology – 2002; Problems and Life Effects Experienced by Tinnitus Research Study Volunteers: An Exploratory Study Using the ICF Classification - Journal of the American Academy of Audiology - 2017; Course of hearing loss and occurrence of tinnitus - Hearing Research 2006; Tinnit, a multidisciplinary guideline for Tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment; CRS Amplifon.

# I. Prise en charge du patient

La prise en charge d'un patient acouphénique débute nécessairement par l'explication de ce que nous allons faire ensemble. Les patients souffrant d'acouphènes décrivent souvent un sentiment de laissé pour compte et d'absence de solution. Il est crucial qu'ils se sentent dès le départ pris en charge.

L'audioprothésiste doit ensuite évaluer l'acouphène. Nous utilisons pour cela une série de questionnaires validés, parmi lesquels :

L'ÉVA (*Évaluation visuelle analogique*) : il s'agit d'un test d'auto-évaluation sur règlette analogique, simple et reproductible. Il en existe deux versions (*EVAg et EVAi*) qui vont respectivement nous permettre de mesurer le niveau de gêne liée à l'acouphène et l'intensité ce dernier.

Le THI (*Inventaire du Handicap Acouphénique*) s'est imposé mondialement comme le questionnaire de référence pour évaluer l'efficacité d'un traitement par sa fiabilité dans sa répétition (*test-retest*). Ses 25 questions encadrent l'appréciation du retentissement de l'acouphène au quotidien en pré et post-thérapeutique, ce qui rend son usage d'autant plus intéressant qu'il peut être utilisé par tous les acteurs de la prise en charge : ORL, sophrologues, psychologues, audioprothésistes, etc.

Bien d'autres tests existent et peuvent être envisagés en fonction du profil médicopsychologique du patient.

## Évaluation globale: acouphène, gêne, hyperacousie

Tracez un trait horizontal (entre 0 et 100) sur chacune des échelles suivantes pour représenter globalement votre situation actuelle vis-à-vis de l'intensité de l'acouphène, de l'importance de la gêne provoquée par celui-ci et de l'importance de l'intolérance aux sons associés.

### Intensité de l'acouphène

Acouphène le plus intense imaginable

100



0

Absence d'acouphène

### Intensité de la gêne

Gêne liée à l'acouphène la plus intense imaginable

100



0

Absence de gêne

### Hyperacousie

Hypersensibilité aux sons la plus intense imaginable

100



0

Absence d'hyperacousie aux sons

## II. Anamnèse et tests auditifs

L'audioprothésiste poursuit le questionnement du patient au travers d'une anamnèse détaillée. Il procède ensuite à tous les tests audiométriques de base qui sont identiques à ceux que nous réalisons pour un patient non acouphénique :

Audiométrie tonale en ½ octave jusqu'à 12000 Hz, ce qui permet de révéler plus facilement un éventuel scotome

Audiométrie vocale dans le calme (*SPIQ*) et dans le bruit (*SPIN*) oreilles séparées et champ libre. Le test SPIN a mis en exergue une corrélation entre acouphène invalidant et baisse de l'intelligibilité dans le bruit.

UCL<sup>2</sup> : recherche du seuil d'inconfort. Ce test est primordial dans le réglage des appareils (*limitation du volume sonore maximal*). Il s'agit d'être prudent lors de cette mesure, car le patient ne doit en aucun cas subir de traumatisme sonore, générateur d'acouphène, en réponse au test.

L'audioprothésiste termine la batterie de tests par l'acouphénométrie et les tests de masquage et d'inhibition résiduelle. Ces tests sont réalisés au travers d'un outil de mesure spécifique à Amplifon.

**L'acouphénométrie** permet d'identifier la fréquence dominante de l'acouphène par une méthode d'encadrement, en utilisant un son sinus ou filtré selon la typologie de l'acouphène. Nous utilisons pour cela un logiciel spécifique à Amplifon. Lors de l'acouphénométrie, nous pouvons « faire écouter » en champ libre la sonorité de l'acouphène à l'entourage du patient, qui ressentira ainsi la gêne subie.

**Le test de masquage et le test d'inhibition résiduelle** permettent de savoir si un enrichissement sonore peut diminuer la gêne induite par l'acouphène. Pour le test d'inhibition résiduelle, nous présentons un stimulus sonore au casque, de type bruit filtré, corrélé avec la fréquence dominante de l'acouphène mesurée lors de l'acouphénométrie, et ceci pendant 1 à 2 minutes.

À l'arrêt du stimulus, nous mesurons si la perception de l'acouphène a diminué. L'inhibition résiduelle permet de prédire les bénéfices potentiels d'une thérapie sonore. Cela permet d'orienter le réglage du bruit que nous allons utiliser pour mettre en place une TRT<sup>3</sup>. Ce test permet également une prise de conscience par le patient qu'une solution existe.

<sup>2</sup> UCL = uncomfortable level

<sup>3</sup> TRT = Tinnitus Retraining Therapy

# III. Counseling

Le counseling est une étape fondamentale de la prise en charge du patient acouphénique. Elle va permettre, à l'aide d'une écoute bienveillante, d'échanger avec le patient sur son acouphène et de mettre en place une éducation thérapeutique. Les audioprothésistes Amplifon peuvent pour cela s'appuyer sur une démarche explicative et un outil pédagogique propre à notre réseau.

Nous commençons par des données épidémiologiques rassurantes pour le patient. Nous lui donnons ensuite des explications sur la nature de son acouphène, et les possibles raisons de son apparition. Nous lui expliquons le lien entre acouphène et audition :

- **Le lien avec la perte auditive : celle-ci entraîne une baisse des afférentations du cerveau. Ce dernier augmente son gain central en modifiant le fonctionnement de certains relais dans les voies auditives. Ceci peut générer un acouphène.**
- **L'impact des émotions négatives sur la « sur-perception » de certains sons, ce qui peut devenir le cas avec un acouphène significativement gênant.**

Lorsque le patient croit l'acouphène à l'origine de ses problèmes, ses réactions émotionnelles négatives augmentent, avec pour effet une aggravation de la gêne induite par l'acouphène. Le fait d'expliquer le fonctionnement de l'audition et la genèse de l'acouphène rassure le patient et met fin aux fausses croyances invalidantes.

Le counseling a ainsi pour but de dédramatiser et de diminuer l'anxiété du patient. Il est pour cela essentiel de lui faire comprendre que l'acouphène n'a pas besoin de disparaître pour ne plus être gênant. Il s'agit de mettre en place un processus d'accoutumance.

L'habituation correspond à la diminution progressive de réponse face à un stimulus répété. L'acouphène, par son caractère non informatif et répétitif, va donc naturellement bénéficier de l'habituation, à condition que le patient en gère l'attache émotionnelle.

Les intérêts et principes de l'appareillage auditif et de la thérapie sonore associée sont ensuite expliqués au patient.

Le counseling permet ainsi de prendre en charge les attentes et besoins du patient de manière extrêmement personnalisée et partagée.

À partir de ce travail, et de l'ensemble des tests et questionnaires réalisés, nous définissons avec le patient une prise en charge personnalisée de son audition, et de son acouphène.

*L'audition est un système à gain variable. Pour chaque son, le réglage du gain est corrélé aux attaches cognitives, psychologiques, émotionnelles et aux mécanismes d'alertes qu'il suscite.*

*Lorsqu'une stimulation auditive est connue et répétée, qu'elle n'engendre pas de réaction au niveau du système nerveux autonome et du système limbique, elle est jugée inutile. Elle ne passera donc pas dans la perception consciente. Le système sensoriel filtre ainsi certaines informations.*

*Lorsque le cerveau perçoit un son considéré comme inquiétant, le mécanisme d'alerte fait passer ce son au niveau du champ conscient et augmente le gain pour qu'il y ait une focalisation dessus.*

*Si un acouphène, même de faible intensité, est perçu avec des émotions négatives, comme une menace, les mécanismes d'alerte s'enclenchent, et la perception de l'acouphène est exacerbée.*

## IV. Réglages et adaptation sur-mesure

---

Pour choisir la technologie la mieux adaptée au patient, l'audioprothésiste peut s'appuyer sur les évaluations technologiques et les conseils de la Commission technique Amplifon. Cette commission analyse notamment la capacité des différents appareils à prendre en charge l'acouphène.

Une fois le choix de la solution effectué, l'audioprothésiste réalise un premier réglage pour corriger la perte auditive associée à l'acouphène. L'utilisation de la Mesure In Vivo permet de mesurer avec précision le gain réel de l'aide auditive, en comparant la pression acoustique à proximité du tympan à celle du microphone de référence.

Cette mesure permet également de régler avec précision le générateur de bruit. En effet, si l'amplification seule ne donne pas un résultat suffisant, nous pouvons mettre en place un générateur de bruit. Nous utilisons un bruit dénué de charge émotionnelle, stable dans le temps. En se « mélangeant » à l'acouphène, ce bruit en réduit la perception et la connotation négative. Il est analysé par le cerveau comme un bruit insignifiant. L'acouphène n'est plus au centre de l'attention, il est ainsi diminué.

Pour le générateur de bruit, nous pouvons utiliser un bruit isotonique ou pseudo bruit blanc, mais aussi un bruit défocalisant, de réduction du contraste, comme une musique Zen ou un bruit de nature. Nous personnalisons notre proposition thérapeutique pour chaque patient et l'adaptions dans le temps en fonction de l'évolution de la perception de l'acouphène.

Nous réalisons ensuite la mesure du gain prothétique tonal en champ libre afin de mesurer immédiatement l'efficacité du correcteur d'audition. N'oublions pas que dans 70 % des cas, le fait de corriger uniquement l'audition (*en ajustant le gain en fonction des acouphènes*) permet de réduire le retentissement des acouphènes parfois jusqu'à une absence de perception pendant le port des aides auditives !

Nous réalisons un test de stéréoéquilibrage propre à Amplifon permettant un ajustement des gains oreilles séparées afin d'améliorer la stéréophonie, primordiale pour la compréhension dans le bruit, la localisation et l'équilibre.

### Adaptation progressive et réhabilitation

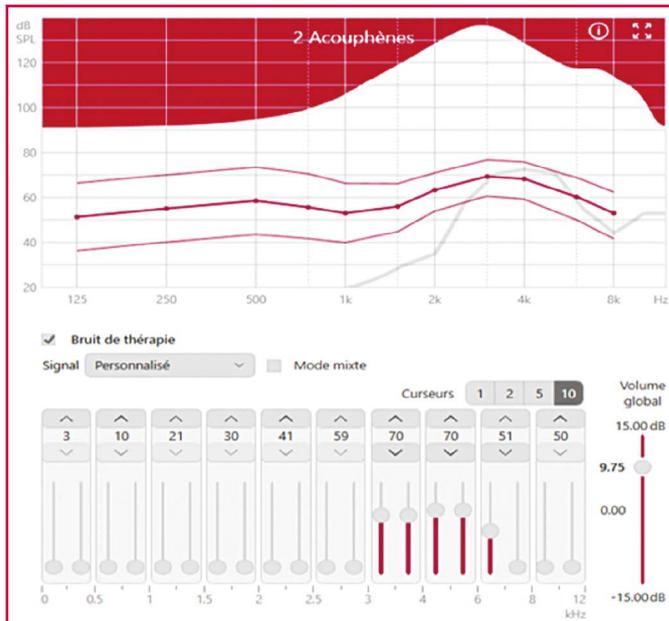
Suivant le profil auditif du patient, ses facultés de réhabilitation auditive, et d'habituation à l'acouphène, les ajustements personnalisés sont réalisés au cours du mois d'essai. La prise en charge des acouphéniques nécessite toutefois d'éviter de sous-corriger pour donner rapidement un bénéfice patient significatif. C'est important dans la construction de la confiance et la prise en charge psychologique du patient.

Au bout d'un mois, les objectifs initialement fixés avec le patient, sont repris afin de vérifier qu'ils sont bien atteints. La suite de la prise en charge est organisée avec des rendez-vous à 1 et 3 mois, puis tous les 6 mois.

# Cas pratique d'un réglage avec la méthodologie de l'In Vivo

Patiente avec perte auditive légère de type presbycusie avec acouphène sur le 4000 Hz.

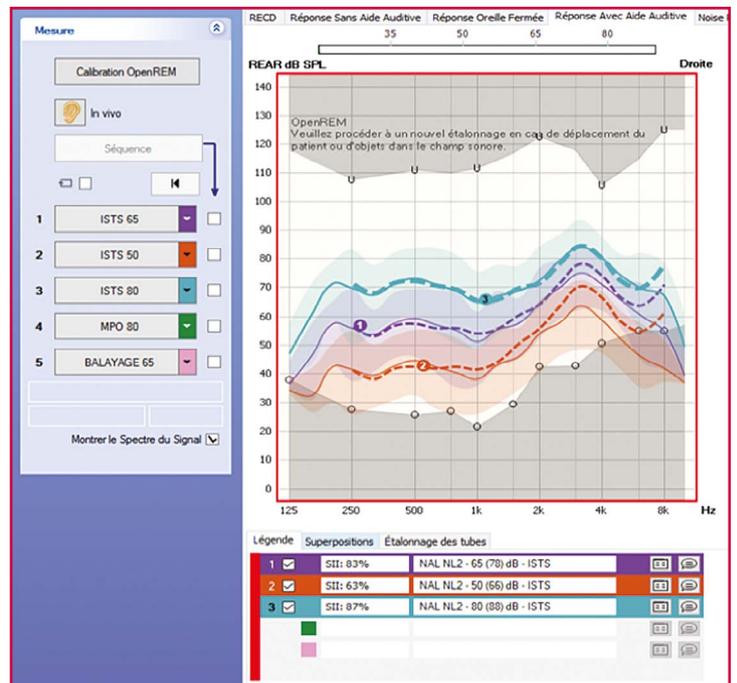
Pour le réglage du bruit thérapeutique, nous ne stimulons que la zone de l'acouphène en vérifiant la perception de la patiente. À l'aide d'une sonde placée dans l'oreille, à proximité du tympan, nous recueillons le son perçu par le patient avant l'entrée dans l'oreille moyenne.



1. Le gain prothétique est lui aussi vérifié grâce à la mesure In Vivo et aux scores SII<sup>4</sup>. Le gain mesuré In Vivo permet justement de s'affranchir de toutes les méthodes de pré-réglage et de la subjectivité du patient afin de faire apparaître de manière objective ce qui est audible ou ne l'est pas.



2. Visualisation du son en direct, ce qui permet de tester des sons spécifiques ou même la voix du conjoint qui pose problème dans la compréhension...



3. Visualisation du gain

4 SII = Speech Intelligibility Index

# V. Validation de l'efficacité et suivi

---

Le suivi d'un patient acouphénique nécessite de monitorer à la fois son audition et le retentissement de son acouphène. L'évaluation du service rendu par le dispositif médical, et plus largement le suivi du patient, s'articule autour de trois types de mesure.

## La mesure des gains prothétiques

- Nous mesurons tout d'abord un gain tonal pratiqué en champ libre avec et sans les appareils auditifs afin de visualiser l'apport de l'amplification par demi-octave.
- La mesure In Vivo permet également de visualiser de façon objective le gain apporté par l'appareillage à plusieurs niveaux d'intensités : sons faibles, sons moyens et sons forts.
- Dans le cas d'un patient acouphénique, l'amplification des sons faibles dans la zone fréquentielle de l'acouphène permet d'effectuer un masquage « écologique », il faut donc s'assurer que certains débruiteurs ne viennent pas réduire ce réglage.
- Pour ce qui est des sons forts, nous veillons à ce que l'appareil ne délivre pas de son au-delà du seuil d'inconfort, qui peut être abaissé en cas d'hyperacousie associée à l'acouphène.
- La mesure In-Vivo nous permet de visualiser le champ d'action du bruit généré par l'appareil en fonction de l'audiogramme et de l'acouphénométrie précédemment déterminée.
- Pour compléter le bilan d'efficacité prothétique, nous réalisons un gain prothétique vocal dans le silence et dans le bruit en champ libre afin de valider l'amélioration de la compréhension.

## Le data-logging

Au-delà des mesures de gain, nous disposons avec le data logging d'un outil essentiel pour mesurer l'efficacité de l'appareillage auditif. Il nous indique la durée d'utilisation moyenne par jour. Un minimum de 8 heures par jour est requis afin de favoriser l'habituatation. Le data-logging donne également la répartition du temps par programme d'écoute : amplification seule, amplification associée au générateur de bruit. Il indique enfin les modifications effectuées par l'utilisateur (*nombre de mises en route, de changements de programme*).

## Les questionnaires de bénéfice patient

La dernière étape de validation de la prise en charge est la comparaison aux questionnaires de qualité de vie initiaux tels que le THI et les EVAg et EVAi.

Le THI est réalisé après six mois de prise en charge, à un an puis annuellement.

Les échelles visuelles analogiques donnent une évaluation rapide du handicap, et permettent ainsi de réévaluer régulièrement le patient lors des rendez-vous de suivi.

## VI. Compte rendu ORL

---

Le compte rendu médical de fin d'appareillage d'un patient acouphénique est détaillé et doit reprendre l'ensemble du parcours d'appareillage, y compris les éventuels changements de solution auditive. À la fin de l'adaptation prothétique, le compte rendu est fourni au médecin ORL. Il devra comprendre au minimum les indications suivantes :

- Bilan de l'anamnèse réalisée lors du 1er rendez-vous et complétée si besoin pendant les essais
- Résultat du bilan audiométrique complet (tonale, vocale dans le calme et le bruit, mesure UCL si possible et toutes mesures pouvant être pertinentes)
- Résultat de l'acouphénométrie (méthode utilisée, fréquence par oreille, type de bruit, périodicité, modulation...)
- Résultat de l'inhibition résiduelle (déroulement, puissance, fréquence et type de bruit utilisé)
- Attentes du patient répertorié dans le COSI
- Explications et limites données au patient par l'audioprothésiste spécialisé en acouphénologie
- Résultat des tests tel que THI, avant et après appareillage
- Gain prothétique dans le cas de patient avec perte auditive
- Type et modèle d'appareillage
- Résultat du datalogging
- Et tout élément qui pourrait s'avérer utile au suivi du patient

Ainsi, grâce au compte rendu de l'audioprothésiste, l'ORL sera informé des résultats de la prise en charge par l'audioprothésiste et pourra ajuster sa prise en charge si besoin.

## Conclusion

---

Ce travail d'équipe, qui a été réalisé par des experts du réseau acouphènes Amplifon, présente de manière simple et transparente notre méthodologie d'appareillage du patient acouphénique.

Cette méthode n'est qu'un des outils contribuant à prendre en charge les patients acouphéniques. Elle s'insère dans un cadre pluridisciplinaire plus large, et c'est pour cette raison qu'il nous a semblé important de partager notre pratique avec nos partenaires ORL. Savoir guider le patient dans ce parcours de soin nécessite en effet d'en connaître les différents éléments.

# Bibliographie

---

NEWMAN, C.W., JACOBSON, G.P., SPITZER, J.B. (1996). Development of the tinnitus handicap inventory. *Archives of otolaryngology head and surgery*, 122, 143-148.

---

NEWMAN, C.W., SANSRIDGE, S.A., JACOBSON, G.P. (1998). Psychometric adequacy of the tinnitus handicap inventory (THI) for evaluating treatment outcome. *Journal of the American Academy of Audiology*, 9(2), 153-160.

---

ZEMAN F., KOLLER M., LANGGUTH B., LANDGREBE M. (2014). Which tinnitus-related aspects are relevant for quality of life and depression: results from a large international multicentre sample. *Health Qual. Life Outcomes*

---

B. FRACHET, B. GEOFFRAY, S. CHERY-CROZE, J. PUEL, C. COULVIER (2004). *Les monographies Amplifon, n° 37, Acouphènes Aspects fondamentaux et cliniques*

---

J PENIN, P. LURQUIN (2010). Premier pas en thérapie acoustique des acouphènes : création d'une séance initiant de counseling. *Les cahiers de l'audition janvier/février 2010 n° 1, 5-23.*

---

M. BOTTERO, c. HEYDE, Ph. LURQUIN (2010). Acouphène et attention auditive. *Les cahiers de l'audition janvier/février 2010 n° 1, 25-44. Lurquin & al, cahier de l'audition 2003*

---

P. LURQUIN, J.X PELISSIER (2016). Veille acouphènes, La TRT, un monde en image. Partie 1 : utilisation de l'image dans la pratique du counseling. *Les cahiers de l'audition novembre/décembre 2016 n° 6, 40-43*

---

P. LURQUIN, J.X PELISSIER (2017). Veille acouphènes, La TRT, un monde en image partie 2: Création et évaluation d'un support aux séances de counseling. *Les cahiers de l'audition janvier/février 2017 n° 1, 31-35*

---

Lurquin P., Markessis E., Germain M. (2001) Hyperacousie, misophonie, phonophobie : Mode d'emploi. *Les Cahiers de l'Audition*, 14(6):34-41

---

Meyer B., *Acouphènes et Hyperacousie, Rapport de la Société française d'ORL, 2001.*

---

Wilson P.H., Henry J., Bowen M. Tinnitus réaction questionnaire : psychologie properties of a measure of distress associated with tinnitus. *J. Speech Hear Res* 1991, 34:197-201

---

Méric C., Pham E., Chery-Croze S., Traduction et validation du questionnaire de mesure de détresse de l'acouphène. *Encéphale* 1997, 23: 442-6.

---

Méric C., Pham E., Chery-Croze S. : Traduction et validation du questionnaire (Tinnitus Handicap Questionnaire, Kuk et coll., 1990) *Journal d'Otolaryngoly*, 1997, 26 (3): 167-70.

---

Noréna A., *Objectivation des acouphènes et nouvelles approches électrophysiologiques. E.P.U. Paris, 2019.*

---

Widex., *le programme de gestion des acouphènes, 2012.*

---

Widex., *RENDEZ-VOUS Audiologie, 2017.*

---

Frachet B., Geoffray B., Chery Croze S., Puel J.L., Coulvier C., *Acouphènes, Les Monographies Amplifon, Numéro 37, 2004.*

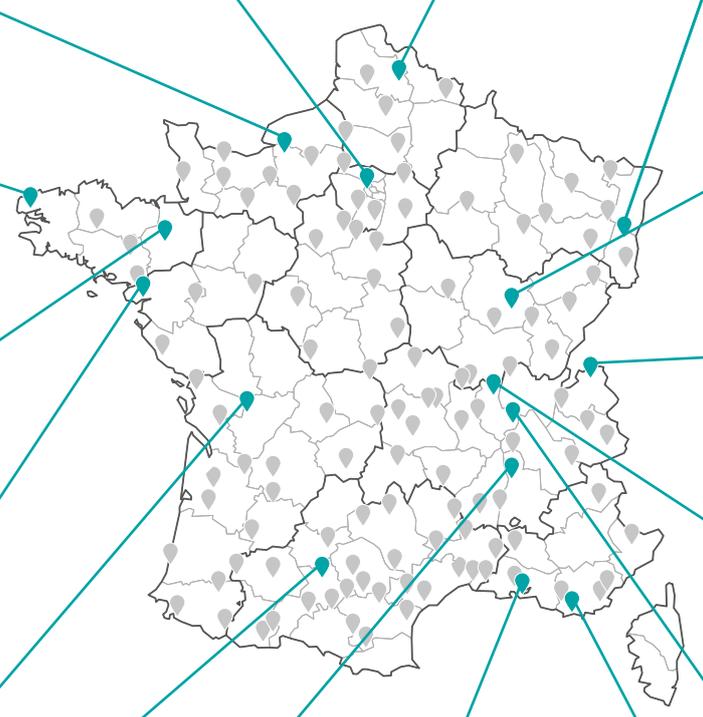
---

Meyer B., *Acouphènes et hyperacousie Société française d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la Face et du Cou, 2001*

---

# Centres relais régionaux du réseau Acouphène Amplifon

Nous espérons que ce document répond à certaines de vos questions. N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez plus de précisions. Vous pouvez pour cela vous adresser aux référents régionaux du réseau d'expertise Acouphène Amplifon dont voici les coordonnées.



**PONT-AUDEMER**  
Pauline Lemesle  
Pauline.Lemesle@amplifon.com  
4 Place du Pot d'Étain  
27500 Pont Audemer  
Tel 02 32 20 15 25

**SAINT GERMAIN EN LAYE**  
Clement Plantier  
clement.plantier@amplifon.com  
25 rue Coches  
78100 Saint Germain En Laye  
Tel 01 39 04 03 11

**ARRAS**  
Ludovic Detant  
Ludovic.Detant@amplifon.com  
31 route de Cambrai  
62000 Arras  
Tel 03 21 51 77 34

**COLMAR**  
Elodie Ciliento Vassards  
elodie.cilientovassards@amplifon.com  
8 rue de Reiset  
68000 Colmar  
Tel 03 89 41 13 47

**BREST**  
Thomas Bourey  
thomas.bourey@amplifon.com  
1 bis rue Robespierre  
29200 Brest  
Tel 02 98 44 45 50

**DIJON VALMY**  
Yoann Juenet  
yoann.juenet@amplifon.com  
3 D rue Jeanne Barret  
21000 Dijon  
Tel 03 80 70 20 30

**RENNES JOFFRE**  
Gaetan Gosselin  
gaetan.Gosselin@amplifon.com  
22 Rue Maréchal Joffre  
35000 Rennes  
Tel 02 99 67 23 33

**BONS EN CHABELAIS**  
Raynald Colombe  
raynald.colombe@amplifon.com  
113 avenue du Léman  
74890 Bons en Chabelais  
Tel 04 50 95 32 87

**SAINT NAZAIRE**  
Cecile Mazerat  
cecile.mazerat@amplifon.com  
83 Avenue Albert de Mun  
44600 Saint Nazaire  
Tel 02 40 42 55 51

**VILLEFRANCHE SUR SAONE**  
Clelia Francois  
clelia.francois@amplifon.com  
999 rue nationale  
69400 Villefranche sur Saône  
Tel 04 74 60 36 35

**ANGOULÈME**  
Axelle Moreau  
axelle.moreau@amplifon.com  
25 bis rue Arsenal  
16000 Angoulême  
Tel 05 45 92 99 66

**LYON LA-CROIX-ROUSSE**  
Eric Rauber  
eric.rauber@amplifon.com  
87 Bd de la Croix Rousse  
69004 Lyon  
Tel 04 78 27 22 31

**TOULOUSE**  
Pauline Roger  
pauline.roger@amplifon.com  
31 ALLÉE JEAN JAURÈS  
31000 Toulouse  
Tel 05 61 99 33 33

**VALENCE**  
Guillaume Charbouillot  
guillaume.charbouillot@amplifon.com  
21 rue Chevandier  
26000 Valence  
Tel 04 75 41 32 02

**MARTIGUES**  
Clément Perez  
clement.perez@amplifon.com  
2 quai des girondins  
13620 Martigues  
Tel: 04 42 07 03 00

**TOULON FOCH**  
Eric Bailly Masson  
eric.baillymasson@amplifon.com  
270 avenue Maréchal Foch  
83000 Toulon  
Tel 04 94 93 59 64

**PARIS SAINT LAZARE**  
Elodie Pariente  
elodie.pariante@amplifon.com  
3 rue de Rome  
75008 Paris  
Tel 01 42 65 75 35

**AUDIVI CHATELET**  
Anne Marchand  
anne.marchand@amplifon.com  
64 rue Tiquetonne  
75002 Paris  
Tel 0144768448

**PARIS VOLTAIRE**  
Birintha Douglas  
birintha.douglas@amplifon.com  
71 Bd Voltaire  
75011 Paris  
Tel 01 56 98 17 11

**Légende**  
● Centres Acouphène régionaux  
● Autres Centres Acouphène

**PARIS LONGCHAMP**  
Antonella Couloigner  
Antonella.Vestuto@amplifon.com  
98 rue de Longchamp  
75116 Paris  
Tel 01 45 00 65 92

**PARIS BOUCICAUT**  
Corinne Essebag  
corinne.essebag@amplifon.com  
117 rue de la convention  
75015 Paris  
Tel 01 40 60 17 33





**Retrouvez nos 270 centres  
d'expertise Acouphène**

# EXPERTISE

## ACOUPHÈNES



**Retrouvez les 270 centres  
Amplifon spécialisés  
dans la prise en charge  
des Acouphènes.**



**Pour nous contacter :**  
**[info-ori@amplifon.com](mailto:info-ori@amplifon.com)**

amplifon