



La résilience chez les adultes ayant une surdité acquise : une étude exploratoire



Resilience in adults with acquired deafness: An exploratory study

MOTS-CLÉS

SURDITÉ ACQUISE

RÉSILIENCE

ADULTES

RÉADAPTATION

Louise Duchesne
Stéphanie Martin
Bernard Michallet

Louise Duchesne
Université du Québec
à Trois-Rivières,
Trois-Rivières, QC
CANADA

Centre interdisciplinaire de
recherche en réadaptation
et intégration sociale,
Québec, QC
CANADA

Stéphanie Martin
Université du Québec
à Trois-Rivières,
Trois-Rivières, QC
CANADA

Bernard Michallet
Université du Québec
à Trois-Rivières,
Trois-Rivières, QC
CANADA

Centre de recherche
interdisciplinaire en
réadaptation du Montréal
métropolitain,
Montréal, QC
CANADA

Abrégé

La surdité est une incapacité invisible qui affecte la communication et les interactions sociales. Perdre l'audition, en totalité ou en partie, subitement ou graduellement, alors que l'on a déjà entendu, demande un ajustement particulier puisque l'individu vit une perte. Si quelques études se sont penchées sur les variables personnelles favorisant le processus d'adaptation à la perte auditive, aucune n'a exploré les capacités de résilience des adultes ayant une surdité acquise. Le but principal de notre étude était d'explorer les liens entre diverses caractéristiques des personnes ayant une surdité et la résilience. Nous avons mesuré le niveau de résilience de 35 adultes avec une surdité postlinguistique à l'aide du questionnaire *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC). Les participants, âgés de 20 à 84 ans et ayant une surdité acquise, ont répondu à la CD-RISC mis en ligne de même qu'à un questionnaire visant la collecte de données sociodémographiques et des informations concernant la surdité, le port d'aides auditives, la situation de vie et la scolarité. Nous avons ensuite examiné les facteurs qui permettent de prédire le score de résilience chez cette population à l'aide d'un modèle de régression. Le degré de la surdité non appareillée et la situation de vie semblent avoir une influence significative sur le niveau de résilience des adultes ayant une surdité acquise. Ces résultats nous amènent à croire que, tel que mentionné par plusieurs auteurs, la résilience serait un processus évolutif qui varie selon la situation d'adversité et le contexte. Sur le plan clinique, les résultats de l'étude renforcent l'importance à accorder aux facteurs personnels et environnementaux chez les personnes avec une surdité acquise et à s'intéresser davantage au processus de résilience.

Abstract

Hearing loss is an invisible condition that affects communication and social interaction. For many individuals, sudden or gradual loss of their hearing, either partial or total, constitutes a dramatic event that demands specific adjustments. Although a few studies have explored personal variables associated with the adaptation process in the presence of a hearing loss, to our knowledge, no study has explored resilience in adults with acquired deafness. Our main purpose was to gain a better understanding of resilience in the context of a postlingual hearing loss. We measured resilience in 35 adults with acquired deafness using the *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC). Participants, aged 20 to 84 years, filled out the CD-RISC and a sociodemographic questionnaire electronically via a secure website. We gathered information on the degree of hearing loss, hearing device use, education, and living arrangements. We then examined potential predictors of resilience score, using a regression model. Degree of hearing loss and living arrangements were both associated with resilience. Our results suggest that resilience is an evolutionary process influenced by external factors. On a clinical level, our results reinforce the importance of personal and environmental factors in adults with acquired deafness and the importance of taking resilience capacities into account.

La grande majorité de la population qui présente une perte auditive, soit environ 75%, serait composée de personnes qui ont une surdité acquise, c'est-à-dire qui est apparue à un quelconque moment au cours de la vie (Aguayo et Coady, 2001; Luey, 1980). Des personnes de tout âge peuvent perdre l'audition, ce qui nuit à leurs habitudes de communication. Diverses causes sont associées à la surdité acquise dont l'exposition répétée au bruit (Alberti, 1992) et le processus de vieillissement normal (Bouccara, Dhouib et Vergnon, 2011; Dauman, 2009), mais aussi l'hérédité, certaines maladies, traumatismes ou traitements médicaux (Aran et Portmann, 1990). Selon Riko et Alberti (1984), les impacts de la perte auditive sont divers et dépendent, entre autres, du degré de la perte auditive et de l'âge au moment de la survenue de celle-ci.

Pour les personnes qui perdent leur audition, totalement ou en partie au cours de leur vie, la communication orale peut s'avérer laborieuse et exigeante (Luey, 1980; Rutman, 1989). Par conséquent, les relations sociales, qui s'actualisent dans les interactions linguistiques, deviennent un véritable défi qui peut engendrer du stress et de l'anxiété. D'ailleurs, certains adultes ayant une surdité acquise en viennent à éviter les interactions sociales puisqu'ils se sentent embarrassés, craintifs, inadéquats, voire incompetents, lors des situations de communication (Aguayo et Coady, 2001; Héту, 1996; Luey, 1980; Meadow-Orlans, 1985). Par exemple, la peur de répondre de façon inappropriée à une question ou un commentaire en raison de difficultés de compréhension et de paraître stupide auprès des autres est rapportée par plusieurs auteurs comme étant une entrave aux interactions sociales (Aguayo et Coady, 2001; Barlow, Turner, Hammond et Gailey, 2007; Luey, 1980). De plus, certains individus ayant une surdité acquise rapportent manquer de patience envers eux-mêmes mais aussi envers les autres lors des conversations, ce qui crée alors des moments de frustration où chacun doit faire des efforts afin de tenter de comprendre ce que l'autre désire exprimer (Barlow et al., 2007). En plus d'être une condition médicale, la surdité acquise est donc un problème psychosocial qui nuit à la réalisation des habitudes de vie en affectant les interactions entre l'individu et son environnement.

La perte auditive, en plus de nuire aux échanges lors des relations sociales et d'envahir tous les aspects de la vie, cause également une rupture identitaire (Meadow-Orlans, 1985). En effet, un grand nombre d'adultes ayant une surdité acquise ont grandi, construit leur identité et vécu en étant entendants. Héту (1996) souligne que certains adultes ayant une surdité acquise peuvent en

venir à se définir uniquement par leur problème d'audition, sans compter que la stigmatisation liée à l'incapacité auditive peut également porter atteinte à l'identité de l'individu ayant une surdité acquise. Ces personnes sont ainsi parfois perçues par les autres comme étant cognitivement diminuées, faibles ou encore comme ayant des problèmes de santé mentale, autrement dit, elles sont stigmatisées (Héту, 1996). Gagné, Southall et Jennings (2011) affirment que la perception négative de soi associée au stigmate porte atteinte à l'identité de l'individu et peut créer du stress, de la honte ainsi qu'une plus faible estime de soi et un sentiment d'efficacité personnelle moindre. De plus, Héту (1996) affirme que les adultes ayant une surdité acquise peuvent parfois refuser d'utiliser des stratégies qui seraient efficaces pour pallier leurs difficultés, par exemple porter des appareils auditifs ou utiliser des stratégies de communication adaptées. Certains seraient donc en constante tentative de camoufler leur incapacité afin d'éviter les possibles impacts négatifs que le fait de révéler leur surdité pourrait avoir sur leur identité et leur vie en général (Héту, 1996).

La résilience en réadaptation

La perte auditive, qu'elle survienne de façon graduelle ou soudaine, représente une rupture importante; Rutman (1989), dans une revue de la littérature sur divers impacts psychosociaux de la surdité acquise, conclut qu'apprendre à vivre avec la perte auditive ne peut se faire que lorsque la personne reconnaît la perte et en accepte les impacts sur sa vie. Il est cependant ardu de parvenir à cette acceptation puisqu'elle implique des réajustements constants à de nouveaux rôles, de nouvelles relations, de nouvelles activités, voire une nouvelle identité, et aussi, un univers sonore distinct de ce que la personne a précédemment connu (Luey, 1980; Rutman, 1989). Face à un bouleversement comme une perte auditive, il devient donc intéressant d'explorer un concept relativement nouveau en réadaptation soit celui de la résilience face à l'adversité.

Pour la plupart des auteurs s'intéressant à la résilience, celle-ci est un concept dynamique qui évolue dans le temps et selon les événements de la vie (Michallet, 2009). Ainsi, Luthar, Cicchetti et Becker (2000) décrivent notamment la résilience comme un processus dynamique au cours duquel les individus s'adaptent positivement face à l'adversité. Pour sa part, Richardson (2011) définit la résilience comme un processus d'adaptation au changement et aux événements de la vie (stresseurs ou opportunités) qui perturbent l'homéostasie – c'est-à-dire l'équilibre du système – et qui, ultimement, permet à la personne de grandir à travers l'expérience. Cet

auteur suggère que la résilience implique davantage que « rebondir » face à l'épreuve et qu'elle a pour résultat une croissance, une adaptation positive face aux dérangements de la vie. En effet, la résilience réfère à l'habileté de se développer malgré le stress et l'adversité (Connor et Davidson, 2003). Il s'agit d'un processus qui se traduit par la mobilisation d'un ensemble de caractéristiques personnelles agissant comme facteurs de protection pour contrebalancer l'influence des facteurs de risque et favoriser l'adaptation positive (Wagnild et Young, 1993).

Dans ce cadre, la résilience n'est pas un état statique et n'est jamais acquise totalement; il s'agit plutôt d'un processus évolutif qui varie selon la situation d'adversité et le contexte (Anaut, 2008; Manciaux, 2001). Elle dépend de l'interaction entre les facteurs internes (p. ex. sociabilité, sens de l'humour) et externes (p. ex. famille, soutien social, environnement) et est influencée par les facteurs psychoaffectifs, relationnels et sociaux ainsi que par les expériences antérieures de l'individu (Anaut, 2008; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011; Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik, 2001).

Résilience chez les adultes ayant une surdité

Stewart et Yuen (2011) ont effectué une analyse systématique des écrits sur la résilience chez les personnes ayant des incapacités à la suite d'une maladie physique. Les pathologies étudiées étaient variées : problèmes cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, VIH/SIDA, diabète, cancers, arthrite rhumatoïde, fracture de la hanche, ostéoarthrite, maladie de Parkinson, lupus, dysfonctionnement rénal. Selon cette analyse, les facteurs psychologiques associés à la résilience sont le sentiment d'efficacité personnelle, l'estime de soi, le lieu de contrôle interne (*internal locus of control*), l'optimisme, la maîtrise, l'endurance (*hardiness*), l'espoir, l'habilitation (*empowerment*), l'acceptation de la maladie, la détermination et l'autodétermination. Le soutien social serait de plus très fortement corrélé avec la résilience. Enfin, l'appréciation cognitive positive de la situation d'adversité et les stratégies de *coping* actif ainsi que le recours à la spiritualité seraient également associés à la résilience. Aucune des études recensées ne concernait la surdité. De notre côté, celles que nous avons identifiées en lien avec la surdité ont principalement été réalisées auprès de jeunes adultes, le plus souvent des étudiants, soit à l'aide de questionnaires maisons ou d'entrevues individuelles auprès de deux ou trois participants (Grimard et Dubuisson, 2004; Lukomski, 2011; Rogers, Muir et Evenson, 2003). Puisque ceux-

ci occupent des rôles sociaux différents de ceux des adultes, les résultats obtenus par ces études ne sont pas représentatifs de la réalité des adultes malentendants en général. Il faut aussi noter que les participants étudiés dans le cadre de ces recherches sont des « sourds de culture », c'est-à-dire qu'ils ont pour la plupart une surdité depuis la naissance, utilisent une langue des signes et revendiquent une identité culturelle différente. Enfin, la résilience y est étudiée de manière qualitative, soit à partir de l'analyse d'entrevues en profondeur, afin d'identifier des facteurs de protection.

À la lumière du bilan de ces écrits, force est de constater qu'aucune étude n'a jusqu'ici mesuré la résilience chez des adultes ayant une surdité postlinguistique. Les connaissances à propos de la résilience pour cette population demeurent donc à ce jour très limitées. Pourtant, il est important de connaître les facteurs associés à la résilience des personnes malentendantes parce que plusieurs des facteurs mentionnés plus haut par Stewart et Yuen (2011) sont également des facteurs qui ont déjà été mis de l'avant dans certaines études récentes sur la satisfaction face à l'appareillage auditif, soit les prothèses auditives (Singh, Lau et Pichora-Fuller, 2015) ou les implants cochléaires (Kobosko, Jedrzejczak, Pilka, Pankowska et Skarzynski, 2015). Or, l'une des clefs de voûte de la réadaptation auditive est précisément une utilisation optimale de l'appareillage auditif. Ultimement, l'amélioration de nos connaissances et une meilleure compréhension des facteurs associés à la résilience chez les adultes avec une surdité acquise pourraient permettre, comme cela a été fait pour d'autres populations vivant une perte liée à la santé, de concevoir des interventions de réadaptation mieux adaptées qui tiendront compte de la capacité de résilience des personnes malentendantes. Le but de cette étude pilote est donc de mesurer la résilience et d'explorer les facteurs qui y sont associés chez des personnes ayant une surdité postlinguistique.

Objectifs

Le premier objectif spécifique de cette étude est de mesurer, à l'aide de la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor et Davidson, 2003), le niveau de résilience chez les adultes ayant une surdité postlinguistique.

Le second objectif spécifique vise à déterminer si certaines caractéristiques personnelles et relatives à la surdité, soit le genre, l'âge, la durée de la surdité, l'âge au diagnostic, le degré de la perte auditive, le port ou non

d'un/des appareil(s) auditif(s) ou d'un/des implant(s) cochléaire(s), l'activité principale, la situation de vie (composition de la maisonnée) ainsi que le niveau d'études, permettent de prédire le niveau de résilience.

Puisqu'aucune étude n'a jusqu'ici mesuré la résilience auprès de cette population à l'aide d'une échelle (questionnaire) et le caractère exploratoire de la présente étude, il est extrêmement difficile de poser des hypothèses au sujet des variables qui auront le plus d'influence sur la résilience. Par contre, si l'on se fie à la recension de Stewart et Yuen (2011) de même qu'à une étude de Singh et al. (2015), menée auprès de 173 porteurs d'aides auditives et visant à déterminer l'existence de liens entre le soutien social et la satisfaction envers les aides auditives, nous pouvons croire que des facteurs liés au soutien social, soit le fait de cohabiter ou non avec une autre personne (situation de vie), pourraient prédire le niveau de résilience chez nos participants.

Méthodologie

Participants

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Un total

de 35 participants (24 femmes et 11 hommes) a pris part à la recherche. Le recrutement des participants a été effectué par le biais de l'Association des Devenus Sourds et Malentendants du Québec (ADSMQ – maintenant Audition-Québec). Les seuls critères d'inclusion étaient d'avoir une surdité postlinguistique (c'est-à-dire apparue après l'âge de 3 ans) et de s'identifier comme personne malentendante. Les participants étaient âgés entre 20 et 84 ans ($M = 53,71$ ans) et avaient pour la majorité (20/35) acquis leur surdité depuis plus de 20 ans. Le degré de la perte auditive, tel que rapporté par les participants eux-mêmes, variait de modéré à profond. Parmi les participants, 29 portaient un appareil auditif (12 en portaient un seul et 16 en portaient deux). Seize participants étaient porteurs d'un implant (12 avec un seul implant et 4 avec deux). Il est à noter que certains participants pouvaient porter un appareil auditif à une oreille et un implant cochléaire à l'autre oreille; c'est pourquoi le total des personnes portant un appareil auditif ou un implant cochléaire dépasse le nombre total de participants. Enfin, trois participants ne portaient aucun appareillage auditif au moment de la collecte des données. Le tableau 1 présente les données relatives à la surdité des participants.

Tableau 1. Caractéristiques audiologiques des participants (N = 35)

No du participant	Durée de la surdité	Degré ^a	Âge au moment du diagnostic (ans)	Appareil auditif (1 ou 2)	Durée du port (nbre d'années)	Implant cochléaire (1 ou 2)	Durée du port (nbre d'années)
1	moins de 5 ans	S	65	2	1	-	-
2	plus de 20 ans	P	8	1	42	1	6
3	5 à 10 ans	S	5	2	49	-	-
4	plus de 20 ans	P	7	1	23	1	23
5	plus de 20 ans	P	3	2	38	2	7
6	plus de 20 ans	S	30	2	30	-	-
7	moins de 5 ans	M	18	-	1	-	-
8	plus de 20 ans	M-S	33	1	24	-	-
9	5 à 10 ans	M-S	50	2	9	-	-

10	10 à 15 ans	M-S	59	2	4	-	-
11	plus de 20 ans	P	14	2	-	2	12
12	10 à 15 ans	M-S	50	2	12,5	-	-
13	plus de 20 ans	M-S	32	2	26	-	-
14	plus de 20 ans	M-S	55	2	56	-	-
15	plus de 20 ans	S	7	1	8	-	-
16	10 à 15 ans	S	24	2	10	-	-
17	plus de 20 ans	S	35	1	24	1	7
18	plus de 20 ans	M	30	1	5	1	12
19	plus de 20 ans	P	15	-	-	1	1
20	plus de 20 ans	P	7	-	-	1	6,5
21	plus de 20 ans	P	4	2	27	1	0,67
22	plus de 20 ans	P	19	1	23	1	4
23	moins de 5 ans	P	26	-	-	-	-
24	10 à 15 ans	P	15	-	-	1	0,08
25	10 à 15 ans	M-S	49	1	7	-	-
26	plus de 20 ans	P	5	-	-	2	6
27	10 à 15 ans	M	47	1	10	-	-
28	plus de 20 ans	P	35	2	14	2	11
29	plus de 20 ans	P	17	1	21	1	2
30	plus de 20 ans	M-S	5	-	-	-	-
31	plus de 20 ans	S	29	2	26	1	0
32	15 à 20 ans	S	40	1	14	1	4
33	10 à 15 ans	M-S	49	2	6	-	-
34	15 à 20 ans	M-S	45	2	19	-	-
35	10 à 15 ans	M-S	46	1	15	-	-
<i>Moy</i>			<i>Moy = 28</i>		<i>Moy = 19,45</i>		<i>Moy = 6,39</i>

^aDegré de surdité : M : modéré; M-S : modéré à sévère; S : sévère; P : profond (sans appareillage, tel que rapporté par les participants dans le questionnaire d'informations concernant la surdité)

En ce qui a trait à la situation de vie, la plupart des participants vivaient avec un conjoint (21/35) ou seuls (9/35) et n'avaient pas de personne à charge (28/35). Parmi les participants, 13 occupaient un emploi à temps plein tandis que 10 étaient retraités. Le niveau d'étude des participants variait entre secondaire

(13/35), collégial (9/35), 1^{er} cycle universitaire (5/35) et 2^e cycle universitaire (5/35). Enfin, plus de la moitié des participants (20/35) étaient membres d'une association en lien avec la surdité (p. ex. ADSMQ). Le tableau 2 présente un résumé des caractéristiques personnelles des participants.

Tableau 2. Caractéristiques personnelles des participants (N = 35)

No du participant	Âge	Sexe	Activité principale	Situation de vie (vit seul ou avec autrui)	Personnes à charge	Plus haut niveau d'études complété
1	65	F	retraite	avec conjoint	N	universitaire 1 ^{er} cycle
2	56	F	travail	avec conjoint	N	universitaire 2 ^e cycle
3	63	F	retraite	avec conjoint	N	secondaire
4	31	F	travail	avec personnes apparentées	O	universitaire 1 ^{er} cycle
5	41	F	travail	avec personnes apparentées	O	collégial
6	84	H	travail	autre	N	universitaire 1 ^{er} cycle
7	20	F	études	seul	N	secondaire
8	57	F	chômage	avec personnes apparentées	N	secondaire
9	59	H	retraite	avec conjoint	N	collégial
10	69	F	à la maison	avec conjoint	N	primaire
11	48	F	travail	avec conjoint	N	secondaire
12	65	H	retraite	avec conjoint	N	secondaire
13	59	F	travail	seul	N	secondaire
14	61	H	à la maison	avec conjoint	N	collégial
15	59	F	retraite	avec conjoint	O	secondaire
16	34	F	travail	seul	N	collégial
17	59	F	retraite	avec conjoint	N	universitaire 1 ^{er} cycle
18	56	H	travail	avec conjoint	O	universitaire 2 ^e cycle
19	51	H	aide sociale	seul	N	secondaire
20	43	H	chômage	seul	N	secondaire

21	38	F	travail	avec conjoint	O	universitaire 2 ^e cycle
22	63	F	à la maison	avec conjoint	N	secondaire
23	26	F	travail	avec conjoint	N	collégial
24	28	H	travail	avec conjoint	O	secondaire
25	63	H	retraite	avec conjoint	N	secondaire
26	56	F	invalide	avec conjoint	N	collégial
27	56	F	à la maison	avec conjoint	N	collégial
28	63	F	invalide	seul	N	secondaire
29	55	H	travail	seul	N	universitaire 2 ^e cycle
30	53	F	invalide	seul	N	collégial
31	55	H	travail	avec conjoint	N	universitaire 2 ^e cycle
32	58	F	travail	avec conjoint	O	universitaire 1 ^{er} cycle
33	61	F	retraite	avec conjoint	N	secondaire
34	64	F	invalide	seul	N	collégial
35	61	F	retraite	avec conjoint	N	secondaire
Moy = 53,71						

Instruments

Questionnaire sociodémographique.

Un questionnaire a été créé afin d'obtenir des informations sociodémographiques (p. ex. âge, sexe, lieu de résidence) ainsi que des informations concernant la surdité, le port d'aides auditives, la situation de vie et la scolarité des participants. Le questionnaire a été rempli par la personne elle-même.

Échelle de mesure de la résilience.

Le questionnaire utilisé pour mesurer la résilience est la version francophone de la *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor et Davidson, 2003). La version originale en anglais de cette échelle a été développée aux États-Unis par Kathryn Connor et Jonathan Davidson en 2003. L'échelle a été normalisée auprès de 806 participants (65% de femmes et 35% d'hommes) ayant un âge moyen de 43,8 ans et distribués en 5 groupes : 1) un groupe issu de la population générale, 2) un groupe de patients en unité de soins de première ligne, 3) un groupe de patients

externes d'un service de psychiatrie, 4) un groupe de personnes ayant un trouble de l'anxiété généralisée et 5) deux sous-groupes de personnes souffrant de stress post-traumatique. La CD-RISC a été élaborée à partir d'une recension d'écrits concernant les caractéristiques des personnes résilientes telles que décrites par diverses études s'étant intéressées à ce sujet, entre autres les travaux de Kobasa (1979) et de Rutter (1985). L'échelle comporte 25 énoncés répartis en 5 catégories de facteurs, soit 1) la compétence personnelle, des standards élevés et la ténacité; 2) la confiance en ses propres intuitions, la tolérance aux affects négatifs et les effets fortifiants du stress; 3) l'acceptation positive du changement et les relations interpersonnelles positives; 4) le sentiment de contrôle et 5) la spiritualité. Cette échelle est auto-administrée par le participant et chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points (0 : Pas du tout; 1 : Rarement; 2 : Parfois; 3 : Souvent; 4 : Pratiquement tout le temps) pour un total sur 100 points. Plus le score obtenu est élevé, plus le niveau de résilience est élevé. Dans le cadre de la présente étude, les participants étaient

appelés à remplir l'échelle de résilience en pensant à leur situation de surdité et à leur vie en lien avec cette situation au cours du dernier mois. En ce qui a trait aux propriétés psychométriques de la CD-RISC, le coefficient alpha de Cronbach, une mesure de la fiabilité, est de 0,89 pour le groupe 1 (population normale), ce qui est élevé. Le coefficient de corrélation (0,87), calculé pour 2 groupes de participants (trouble d'anxiété généralisée et état de stress post-traumatique), indique une fidélité test-retest élevée. La CD-RISC possède donc de solides propriétés métrologiques. Cet outil a d'ailleurs été comparé à d'autres échelles de mesure de la résilience par Ahern, Kiehl, Sole et Byers (2006) ainsi que par Windle, Bennett et Noyes (2011) dans le cadre de revues méthodologiques et a été classé parmi les outils ayant les meilleures propriétés métrologiques pour mesurer la résilience. De plus, considérant qu'aucun instrument de mesure de la résilience n'a été développé et validé spécifiquement pour la population ayant une déficience auditive, et que la CD-RISC s'utilise de manière répandue avec des groupes de personnes présentant possiblement des points communs avec les personnes adultes ayant une surdité acquise (p. ex. des proches de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou des personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral : voir Hamelin, 2014), le choix de cet instrument de mesure nous semblait tout indiqué. Enfin, cet outil est d'usage très répandu dans les études sur la résilience et il s'administre rapidement.

Procédure

Une publicité contenant les informations à propos de la recherche ainsi que le lien hypertexte pour accéder au questionnaire en ligne ont été diffusés par courriel aux membres ainsi qu'aux partenaires de l'ADSMQ lors de l'envoi d'une infolettre. La publicité a également été diffusée sur le réseau social Facebook. De plus, une version papier du questionnaire, de la lettre d'information et du formulaire de consentement était disponible aux bureaux de l'ADSMQ situés à Montréal. Les documents étaient accompagnés d'une enveloppe-réponse adressée et affranchie afin que les participants n'aient pas à déboursier pour nous faire parvenir le questionnaire une fois celui-ci rempli. Le temps requis pour remplir le questionnaire était d'environ 15 à 20 minutes et la période de diffusion du questionnaire en ligne a duré 8 semaines.

Pour la mise en ligne du questionnaire, les informations relatives à la recherche, les énoncés de l'échelle de résilience et les questions

sociodémographiques ont été saisis dans le logiciel *Banque informatisée de questions* (BIQ) développé par le Service des technologies de l'information de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les échelles de mesure ainsi que les choix de réponses ont été reproduits de façon identique au questionnaire papier. Le système CHOPIN de l'UQTR a été utilisé afin de créer un site Web pour héberger le questionnaire de manière sécuritaire. Le questionnaire créé dans BIQ a ensuite été importé dans le site Web afin de le rendre accessible au public à l'adresse <http://www.uqtr.ca/resilience/surdite>. L'adresse du site permettant d'accéder au questionnaire a été envoyée par courriel à toute la liste de distribution de l'ADSMQ et a également été diffusée sur le réseau social Facebook.

Traitement des données

Une fois la période de diffusion en ligne du questionnaire terminée, les données des questionnaires remplis en format papier ont été saisies dans BIQ afin de faciliter la compilation. Par la suite, les données ont été transférées dans le logiciel Excel. Le nom de chacun des participants a été remplacé par un code alphanumérique aléatoire et les données ont été codifiées pour en faciliter le traitement. Les données utiles pour les analyses statistiques ont été transférées dans le logiciel SPSS où chacune des variables a été codée.

En lien avec le premier objectif de la recherche, soit de mesurer le niveau de résilience chez les adultes ayant une surdité acquise, les réponses à chacun des 25 énoncés de l'échelle de résilience ont été additionnées pour obtenir un score sur 100 pour chaque participant.

Le second objectif de la recherche était de déterminer si la résilience était associée à certaines caractéristiques personnelles et relatives à la surdité. Pour ce faire, nous avons d'abord procédé à des analyses préliminaires. Afin de faciliter l'analyse, la variable *situation de vie*, qui comptait 5 possibilités, a été dichotomisée en *vivant seul* et *ne vivant pas seul*. La variable *membre d'une association* a également été dichotomisée de façon à ce que tous les participants adhérant d'une façon ou d'une autre à un groupe en lien avec la surdité (p. ex. association, groupe Facebook) représentent une catégorie et que ceux qui n'adhèrent à aucun groupe représentent une seconde catégorie. Nous avons donc inclus les réponses à la question « Comment avez-vous été informé de cette recherche ? » à celles de la question concernant l'adhésion à une association puisque nous avons considéré que les personnes étant dans un groupe Facebook appartenaient à un groupe en lien avec la surdité.

Résultats

Scores de résilience

Les scores sur 100 obtenus à l'échelle de résilience varient entre 45 et 90 (score moyen : 69,8). Parmi les 5 catégories de sous-échelles, la catégorie relative au sentiment de compétence est celle pour laquelle la moyenne est la plus élevée, soit 75,7%. Les catégories concernant l'acceptation positive des changements (score moyen : 73,6%) et le sentiment de contrôle (score moyen : 71,9%) présentent également des résultats relativement élevés. Le tableau 3 présente les scores obtenus à l'échelle de résilience Connor et Davidson.

Variables permettant de prédire le niveau de résilience

Au préalable, des corrélations ont permis d'explorer l'association entre le score de résilience (variable dépendante) et les facteurs prédictifs potentiels suivants : le sexe, l'âge, la durée de la surdité, le degré de la perte auditive, la situation de vie (vivre seul ou non), le niveau d'études et le fait d'adhérer à une association en lien avec la surdité. Deux variables se sont avérées potentiellement prédictives, soit degré de la perte auditive non appareillée (r de Spearman = 0,454 p = 0,006; r de Pearson = 0,459, p = 0,006) et la situation de vie (variable dichotomisée, r de Spearman = 0,453 p = 0,006; r de Pearson = 0,513, p = 0,002). Deux autres variables ont été suggérées par des experts du domaine, soit l'âge au diagnostic et la durée

de la surdité. Nous avons donc entré ces quatre variables dans un modèle de régression, en débutant par celles qui n'avaient pas montré d'association avec le score de résilience lors des analyses préliminaires.

Nous avons ainsi procédé à une analyse de régression linéaire hiérarchique en 4 blocs (méthode ascendante). Le premier bloc était composé d'une variable, soit la durée de surdité. Dans le second bloc, nous avons introduit la variable âge au diagnostic. Le troisième bloc introduit le degré de la perte auditive (non appareillée) aux variables précédentes. Le dernier bloc était composé de 4 variables, soit la durée de surdité, l'âge au diagnostic, le degré de la perte auditive et la situation de vie dichotomisée (vivant seul ou ne vivant pas seul). Nous avons aussi calculé un indice de Bartlett (afin de rejeter l'hypothèse nulle), qui s'est avéré statistiquement significatif (khi-deux = 42,792, ddl = 10, p = 0,000).

Le tableau 4 présente un sommaire des résultats de l'analyse par bloc. On observe que ni la durée de la surdité ni l'âge au moment du diagnostic ne permettent de prédire le score total de résilience (R^2 ajustés respectivement de -0,13 et 0,008). La valeur du coefficient R^2 augmente de 0,146 lorsque la variable degré de surdité est introduite, puis de 0,275 lorsque la variable situation de vie est introduite. Le R^2 ajusté final est de 0,418; ceci représente 42% de la variance observée dans les scores de résilience.

Tableau 3. Scores à l'échelle de résilience CD-RISC

Sous-section	Score moyen sur le total d'items (%)	Étendue
Sentiment de compétence (/32)	24,2/32 (75,7%)	17-30
Contrôle (/12)	8,6/12 (71,9%)	3-12
Spiritualité (/8)	4,1/8 (50,7%)	0-8
Effets positifs du stress (/28)	18,2/28 (64,9%)	7-24
Acceptation positive des changements (/20)	14,7/20 (73,6%)	6-20
Score total (/100)	69,8 (69,8%)	45-90

Tableau 4. Sommaire de l'analyse de régression pour prédire le score total de la résilience

	R-deux	R-deux ajusté	Variation de R-deux	Signification sur l'augmentation du R-deux (<i>p</i>)
Modèle 1 : durée de la surdité	0,016	-0,013	0,016	0,462
Modèle 2 : durée de la surdité âge au diagnostic	0,066	0,122	0,050	0,202
Modèle 3 : durée de la surdité âge au diagnostic degré de la perte auditive non appareillée	0,212	0,135	0,146	0,023*
Modèle 4 : durée de la surdité âge au diagnostic degré de la perte auditive non appareillée situation de vie	0,486	0,418	0,275	0,000**

Analyse des données individuelles en fonction du modèle de régression

La figure 1 (voir page suivante), où chaque cercle représente un participant, indique que la résilience varie de façon linéaire avec le degré de surdité, et ce, avec une intensité différente selon la situation de vie : ceux qui ne vivent pas seuls, bien que plus nombreux, manifestent en général une plus grande résilience que ceux qui vivent seuls. Les deux courbes moyennes étant pratiquement parallèles, ceci indique que la relation entre la résilience et le degré de surdité est probablement indépendante de la relation entre la résilience et la situation de vie.

Discussion

Facteurs favorisant la résilience

Cette étude pilote avait pour but de mesurer le niveau de résilience chez les adultes ayant une surdité acquise et de déterminer les facteurs les plus fortement associés à la résilience chez cette population. En ce qui a trait au premier objectif, les résultats à l'échelle de résilience démontrent que le score moyen des adultes ayant une surdité acquise (69,8%) est inférieur à celui obtenu dans

la population générale (80,4%) lors de la validation de l'échelle (Connor et Davidson, 2003). Ces résultats sont cependant comparables à ceux des groupes de patients externes recevant des soins de première ligne (score moyen : 71,8%) et de patients souffrant de troubles psychiatriques (score moyen : 68%). Plus spécifiquement, la sous-échelle relative au sentiment de compétence est celle pour laquelle on obtient le pourcentage moyen le plus élevé, soit 75,7%. Ce résultat peut être mis en lien avec les conclusions d'Aguayo et Coady (2001), qui ont mené des entrevues en profondeur avec huit personnes ayant une surdité postlinguistique, quant au fait que la surdité, qu'elle survienne à l'adolescence ou à l'âge adulte, affecte grandement le sentiment de compétence en tant que communicateur. Toutefois, après un certain temps, si la personne bénéficie d'un appareillage optimal, utilise des stratégies de communication (p. ex. lecture labiale) et se sent soutenue par son entourage, elle pourra retrouver un sentiment de contrôle et de compétence dans la communication (Glass, 1985). De plus, une étude de Kerr et Stephens (1997), menée auprès de 79 répondants à des questions sur les aspects positifs reliés à la perte auditive, a montré que plus du tiers d'entre eux avaient acquis

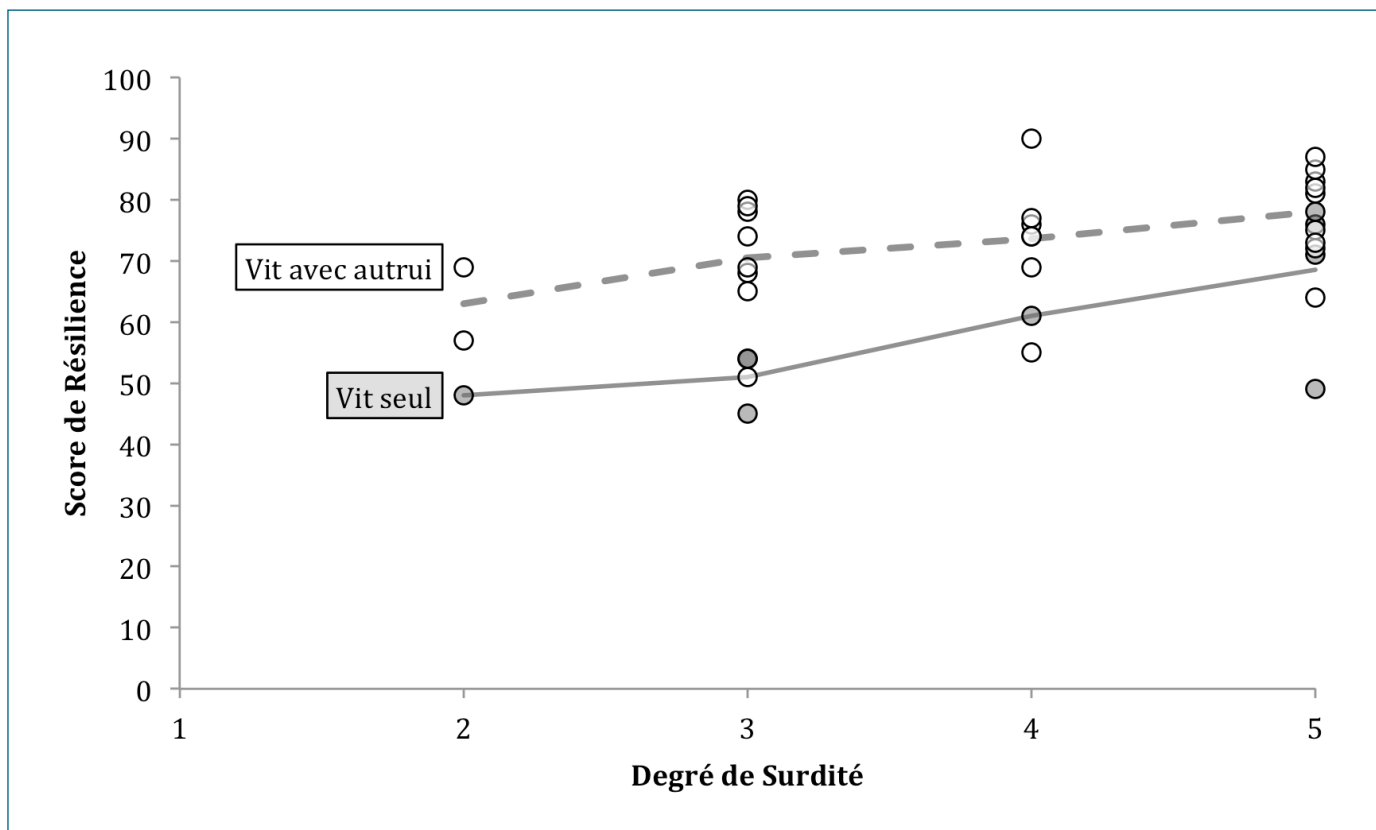


Figure 1. Association entre la résilience et le degré de surdité en fonction de la situation de vie

de bonnes stratégies de communication. Ceci suggère qu'ils ont retrouvé un certain sentiment de compétence comme communicateur.

Enfin, il est également possible que le sentiment de compétence relativement élevé de nos participants provienne du fait qu'ils font, pour la grande majorité, partie d'une association (membres de l'ADSMQ ou d'un groupe Facebook) en lien avec la surdité. L'appartenance à un groupe qui fournit du soutien pourrait amener un sentiment de compétence accru.

Afin de répondre au second objectif de l'étude pilote, qui visait à déterminer si le niveau de résilience peut être prédit par certaines caractéristiques personnelles et relatives à la surdité, on observe que ce sont le degré de la perte auditive et la situation de vie, soit le fait d'habiter seul ou non, qui sont significativement associés au niveau de résilience des adultes ayant une surdité postlinguistique. Nos résultats suggèrent donc qu'une perte auditive de degré plus important serait davantage associée à un niveau élevé de résilience comparativement à une perte moindre. Ceci peut a priori sembler contre-intuitif. Par contre, les personnes ayant une perte auditive de degré profond sont celles qui sont les plus susceptibles d'être

des porteuses d'implants cochléaires. Or, la recherche chez les adultes avec une surdité postlinguistique ayant reçu des implants cochléaires indique en général des gains importants en ce qui concerne la qualité de vie (Faber et Grøntved, 2000; Krabbe, Hinderink et van den Broek, 2000; Lassaletta, Castro, Bastarrica, de Sarriá et Gavilán, 2006; Mo, Lindbæk et Harris, 2005; Ramos et al., 2013; voir aussi Gaylor et al. (2013) pour une revue systématique sur le sujet). Il ne faut toutefois pas confondre qualité de vie et résilience : alors que la qualité de vie relève de la perception de l'individu sur sa vie, la résilience, suppose que chaque individu possède des forces et des qualités qui l'aideraient à faire face aux épreuves de la vie (Richardson, 2002, 2011). Nos résultats peuvent néanmoins être mis en parallèle avec ce qui ressort habituellement dans la littérature scientifique au sujet de la qualité de vie chez les adultes porteurs d'implants cochléaires : il semble en effet que le port d'un implant cochléaire, en plus d'offrir plusieurs bénéfices sur le plan auditif, influence positivement certains facteurs dont la perception des habiletés de communication, la fréquence des conversations, la confiance en soi et l'impact de la perte auditive sur la vie de famille (Faber et Grøntved, 2000; Rembar, Lind, Arnesen et Helvik, 2009). Bien que

d'autres études, par exemple Cox, Johnson et Xu (2014), aient démontré que des personnes, âgées de 60 à 80 ans ($n = 25$) et ayant des degrés de surdité moindres, voyaient des avantages à un appareillage auditif « conventionnel », tant sur le plan des habiletés auditives que de la qualité de vie en général, il faut garder en tête que pour plusieurs personnes ayant une surdité postlinguistique, l'implant est une solution de « dernier recours ». En effet, les prothèses auditives ne leur procurent plus suffisamment de gain auditif : le simple fait de faire une démarche pour obtenir un implant cochléaire pourrait ainsi traduire un certain degré de résilience.

De plus, bien que Kerr et Cowie (1997) aient démontré l'importance de la subjectivité dans l'expérience vécue de la surdité, il demeure que le degré de la perte auditive peut influencer l'adaptation de la personne à sa situation, particulièrement en ce qui concerne la recherche de solutions. À ce sujet, Laplante-Lévesque, Hickson et Worrall (2010) ont effectué une étude auprès de 22 adultes avec surdité acquise afin de déterminer les facteurs qui influencent leur décision quant à l'orientation de la réadaptation. Dans cette étude, il est apparu que le degré de surdité est un élément central dans la prise de décision, tant en ce qui a trait aux seuils auditifs mesurés qu'à la perception des limitations associées à la surdité. En effet, ceux qui perçoivent les limites de participation associées à leur surdité comme étant moindres auraient tendance à ne pas vouloir s'investir dans certains éléments du processus de réadaptation tels qu'un programme de communication individuel ou de groupe.

En outre, les résultats confirment notre hypothèse, à savoir que le fait de vivre avec quelqu'un, que ce soit un conjoint, un enfant, un parent ou toute autre personne, aurait une influence positive sur le niveau de résilience, tel que montré par l'association statistiquement significative obtenue entre le score de résilience et le facteur « situation de vie ». Dans la figure 1, on observe que la courbe de données des personnes qui vivent avec autrui est plus haute que celle des personnes qui vivent seules sur l'échelle du score de résilience. Ce résultat doit évidemment être interprété avec circonspection puisque la figure montre également que l'effet semble attribuable à un nombre relativement restreint de participants.

On peut toutefois présumer que le fait de ne pas vivre seul permette à la personne avec une surdité acquise d'avoir du soutien au quotidien, ce qui pourrait, ultimement, favoriser la résilience. À ce sujet, quelques études ont examiné le rôle du soutien social dans la prise en charge de la perte auditive. Par exemple, Meyer,

Hickson, Lovelock, Lampert et Khan (2014), dans une étude menée auprès de 307 adultes ayant une surdité, ont conclu que le soutien des proches était l'un des meilleurs prédicteurs de la décision d'aller consulter un professionnel de l'audition. La même équipe de recherche a aussi identifié le soutien social comme l'un des principaux facteurs de succès dans le port des aides auditives chez 160 personnes de 60 ans et plus ayant une surdité (Hickson, Meyer, Lovelock, Lampert et Khan, 2014). Ces deux études rétrospectives suggèrent que la disponibilité du soutien social est associée à une détresse psychologique moindre, en lien avec les difficultés d'audition et les problèmes de communication qui en découlent.

Très récemment, Singh et al. (2015) ont fait remplir un ensemble de questionnaires à 173 participants malentendants recrutés en clinique d'audiologie et ont également conclu à une association significative entre le soutien social perçu et le degré de satisfaction envers les aides auditives au quotidien. Selon les auteurs, cette association pourrait provenir du fait que les proches fournissent non seulement des encouragements à utiliser les aides auditives et à employer des stratégies de communication, mais fournissent aussi du soutien émotionnel à la personne malentendante. Enfin, Thomas et Herbst (1980) soulignent que les difficultés de communication causées par la perte auditive limitent l'habileté à initier et maintenir des contacts sociaux à l'extérieur de la maison, ce qui laisse croire que les contacts au sein du foyer prennent une importance capitale pour la personne malentendante.

Le soutien social a été identifié comme étant l'un des prédicteurs de la résilience par Stewart et Yuen (2011) dans leur revue systématique de la recherche sur la résilience chez les personnes ayant une maladie physique, en plus d'être associé à une meilleure santé psychologique et une meilleure estime de soi. Les résultats de la présente étude vont également dans le même sens que ceux de Pouliot, Beauregard, Boisvert et Plante-Jean (2011) qui ont conclu que le soutien social, lorsqu'il est adéquat (p. ex. utilisation de stratégies de communication adéquates par l'entourage), est un facteur déterminant dans l'adaptation à la perte auditive chez les aînés. Enfin, Rogers et al. (2003), dans leur étude auprès de 3 jeunes adultes sourds, ont trouvé qu'un environnement familial soutenant était un facteur favorisant la résilience. Ces participants ont mentionné l'importance des liens sociaux offrant un attachement sécurisant, qui sont, encore une fois, souvent offerts par la famille.

Plusieurs autres études concernant d'autres populations, dont des adultes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou encore ayant une maladie physique (p. ex. maladie cardiovasculaire, VIH, diabète), ont démontré que le soutien social, et plus particulièrement au sein de la famille, représente un facteur de protection qui influence positivement la résilience. Par exemple, Cyr (2010) a effectué une étude qualitative auprès de neuf individus aphasiques et de leurs proches afin de connaître les facteurs influençant la résilience à la suite d'un AVC. L'analyse des informations recueillies lors d'entrevues semi-structurées, réalisées avec au total une quinzaine de participants, a fait ressortir trois facteurs principaux associés à une adaptation positive suivant l'AVC. Parmi ces facteurs, les réseaux de soutien sont apparus comme étant essentiels pour offrir à l'individu un soutien émotionnel, social et instrumental, c'est-à-dire relié à la réalisation des activités quotidiennes. Or, la famille constitue l'un de ces réseaux de soutien.

Des résultats similaires ont été présentés par Sarre et al. (2013). Ces auteurs ont réalisé une revue systématique visant à faire la synthèse de recherches qualitatives concernant l'ajustement à la suite d'un AVC. Pour plusieurs participants aux études analysées, les répercussions de l'AVC sur la communication avaient un impact non négligeable sur la confiance en soi et pouvaient mettre en péril le maintien des relations amicales. L'AVC a également été rapporté par plusieurs études comme affectant grandement l'identité de l'individu. On peut sans doute établir un certain parallèle avec les conséquences de la surdité, qui compliquent la communication et donc la réalisation de certaines activités quotidiennes et les relations interpersonnelles, en plus d'avoir un possible impact sur l'identité de l'individu.

La résilience : un processus interactif

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude exploratoire suggèrent que la résilience chez les adultes ayant une surdité acquise semble surtout influencée par des facteurs externes, soit le degré de surdité et la situation de vie. Cela confirme, comme le soulignent de nombreux auteurs (p. ex., Anaut, 2015; Bonnano, 2004; Friedli, 2009; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011; Michallet, Lefebvre, Hamelin et Chouinard, 2014; Richardson, 2011), que la résilience n'est pas une capacité intrinsèque qui dépend uniquement des capacités personnelles de l'individu, mais qu'il s'agit en fait d'un *processus évolutif* influencé par des facteurs personnels et environnementaux en interaction continue.

Résilience et réadaptation

En réadaptation, la notion de résilience implique de prendre en considération les aspirations de la personne, ses rêves et son projet de vie (Michallet, 2009). Il s'agit alors de mettre en place des interventions qui ont pour but d'améliorer le bien-être des individus en misant sur leurs forces et leurs ressources personnelles et environnementales plutôt que de chercher uniquement à diminuer leurs difficultés. Manciaux (2001) appuie cette idée et souligne que, dans le cadre de la réadaptation, il faut admettre l'existence des problèmes et les aborder de façon constructive en mobilisant les ressources de l'individu. Cette perspective écologique et positive de la réadaptation nous amène à considérer d'une part la réadaptation fonctionnelle et d'autre part l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des usagers et de leur famille. Pour ce faire, les interventions en réadaptation doivent être orientées à la fois sur les aspects biologique et psychologique de la personne, mais également sur les changements dans l'environnement afin d'offrir le plus de facilitateurs et le moins d'obstacles possibles, et ainsi, permettre à l'individu de réaliser ses activités courantes et ses rôles sociaux (Fougeyrollas, 2010).

Par ailleurs, nos résultats suggèrent que le soutien des proches (facteur environnemental) peut influencer le niveau de résilience des adultes avec une surdité acquise. Il apparaît de ce fait primordial d'agir non seulement auprès de la personne ayant une surdité, mais aussi auprès de ses partenaires de communication afin de rétablir une communication efficace et surtout satisfaisante pour les deux partenaires. Il est essentiel d'offrir du soutien aux familles et à l'entourage, de les informer et de les outiller pour améliorer la communication avec la personne malentendante. C'est également ce qui est ressorti d'une étude de Kushalnagar et al., (2014) réalisée auprès de 19 adultes sourds depuis la naissance ou depuis un très jeune âge. En effet, les interventions mises en place pour pallier les difficultés auditives et pour agir sur les facteurs intrinsèques sont pertinentes pour permettre à l'individu de maximiser ses habiletés communicationnelles et de surmonter les obstacles vécus au quotidien. Toutefois, il est indispensable d'agir également sur les facteurs extrinsèques, par exemple en sensibilisant l'entourage à la surdité.

Enfin, les résultats de cette étude pilote suggèrent aussi qu'il est essentiel de ne pas considérer uniquement le degré de la perte et de ne pas négliger les individus ayant une perte de degré moindre puisque contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'adaptation à une perte auditive

moins importante n'est pas nécessairement plus facile. En définitive, les services offerts aux adultes ayant une surdité acquise dans les centres de réadaptation doivent tenir compte des particularités et des besoins exprimés par l'utilisateur et ses proches afin que le processus de réadaptation permette à l'individu de se redéfinir et de cheminer dans la réalisation de son projet de vie.

Limites de l'étude

La limite principale de l'étude tient au fait que l'outil utilisé pour mesurer le niveau de résilience, soit la traduction francophone de la CD-RISC, n'a pas encore été validée auprès d'une population francophone. La procédure de traduction employée apparaît cependant adéquate et le site internet officiel de la *Connor-Davidson Resilience Scale* mentionne que la traduction francophone est approuvée par ses auteurs. Il faut également souligner que l'échelle de résilience de Connor et Davidson n'a pas été validée auprès de personnes ayant une déficience sensorielle. Par ailleurs, le nombre restreint de participants à la présente étude, de par son caractère exploratoire, ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à la population des adultes ayant une surdité postlinguistique. Qui plus est, plusieurs des participants ont reçu un diagnostic de surdité à un âge relativement bas (avant l'âge de 20 ans) : cette grande variabilité interindividuelle a pu influencer nos résultats.

Le fait que nous n'ayons pas eu accès aux dossiers en audiologie des participants est une autre limite de l'étude : les données sur la surdité sont autorapportées et sont donc soumises à l'interprétation de chacun des participants. Enfin, un biais relatif au recrutement des participants pourrait également avoir influencé les résultats : en effet, nous avons recruté les participants par le biais des associations et des groupes en lien avec la surdité. Or l'adhésion des individus à de tels groupes suppose une certaine acceptation de leur condition. De surcroît, le simple fait qu'ils acceptent de remplir le questionnaire pourrait être indicateur d'un certain niveau de résilience.

Pistes de recherche à développer

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude pilote permettent de faire ressortir certains éléments qui devraient être investigués de manière plus poussée chez les adultes avec une surdité acquise. Puisque nos résultats appuient l'existence d'une association entre la situation de vie et le niveau de résilience, il serait pertinent de répliquer l'étude en utilisant une échelle qui permet de mesurer l'apport des facteurs environnementaux

sur le niveau de résilience. Il serait aussi pertinent de faire une nouvelle étude examinant le processus de résilience sur une période de temps donnée plutôt qu'en mesurant uniquement la résilience à un moment précis. À cet égard, bien qu'une association statistiquement significative ait été obtenue entre le score de résilience et la situation de vie, on peut continuer de se questionner sur sa signification au plan clinique. En vue d'une possible amélioration des pratiques, des études plus approfondies devront être menées, par exemple en recourant à des devis qualitatifs (entrevues en profondeur visant à comprendre en quoi les interventions de réadaptation et la résilience s'influencent) ou encore en comparant des sous-groupes de participants (p. ex. participants regroupés par degré de surdité ou par durée de la surdité/âge au diagnostic) sur des mesures de résilience. Les résultats de la présente étude mettent en lumière la nécessité de développer des instruments de mesure qui évaluent la résilience en tant que *processus*.

Conclusion

La réadaptation auditive a d'abord pour but d'aider la personne à s'approprier les divers types d'aide à l'audition et à la communication afin de compenser ce qui a été perdu (Riko et Alberti, 1984). Par contre, le fait de tenir compte des situations de handicap vécues par la personne est ce qui lui permettra de redevenir « efficace » dans la réalisation de ses activités quotidiennes (Kyle, Jones et Wood, 1985). C'est alors qu'entre en jeu la résilience. Un traitement, une intervention de réadaptation, ne consiste pas seulement à réparer ce qui est « brisé », mais aussi à alimenter ce qu'il y a de meilleur en chacun pour permettre à la personne d'affronter les défis de la vie avec succès (Seligman, 2012; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000). Naidoo (2006) soutient cette idée et affirme que les buts de l'intervention thérapeutique consistent à améliorer les forces et capacités de l'individu ainsi qu'à favoriser l'acquisition de nouvelles forces, ressources et capacités afin d'optimiser son fonctionnement dans toutes les sphères de sa vie.

Références

- Aguayo, M. O. et Coody, N. F. (2001). The experience of deafened adults: Implications for rehabilitative services. *Health & Social Work, 26*(4), 269-276. doi: 10.1093/hsw/26.4.269
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L. et Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 29*(2), 103-125. doi: 10.1080/01460860600677643
- Alberti, P. W. (1992). Noise induced hearing loss. *British Medical Journal, 304* (6826), 522.
- Anaut, M. (2008). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris, France : Armand Colin.

- Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28-39. doi: 10.3917/rsi.121.0028Aran, J. M. et Portmann, M. (1990). Synergies entre bruit et médicaments ototoxiques : nouvelles données expérimentales. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 174(7), 939-945.
- Barlow, J. H., Turner, A. P., Hammond, C. L. et Gailey, L. (2007). Living with late deafness: Insight from between worlds. *International Journal of Audiology*, 46(8), 442-448. doi: 10.1080/14992020701355108
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bouccara, D., Dhoub, S. et Vergnon, L. (2011). Les surdités de l'adulte. Le vieillissement de l'oreille : la presbycusie. *La revue de gériatrie*, 36(7), 439-450.
- Connor, K. M. et Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Cox, R. M., Johnson, J. A. et Xu, J. (2014). Impact of advanced hearing aid technology on speech understanding for older listeners with mild to moderate, adult-onset, sensorineural hearing loss. *Gerontology*, 60(6), 557-568. doi: 10.1159/000362547
- Cyr, R. (2010). *Résilience in aphasia: Perspectives of stroke survivors and their families*. (Mémoire de maîtrise, University of Alberta). Repéré à <http://hdl.handle.net/10048/917>
- Dauman, R. (2009). Physiopathologie de la surdité : entendre et comprendre. *La revue du praticien*, 59(5), 625-629.
- Faber, A.M. et Grøntved, C. (2000). Cochlear implantation and change in quality of life. *Acta Oto-Laryngologica*, 120(543), 151-153. doi: 10.1080/000164800750000801-1
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Repéré à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf?ua=1
- Gagné, J.-P., Southall, K. et Jennings, M. B. (2011). Stigma and self-stigma associated with acquired hearing loss in adults. *Hearing Review*, 18(8), 16-22.
- Gaylor, J. M., Raman, G., Chung, M., Lee, J., Rao, M., Lau, J. et Poe, D. S. (2013). Cochlear implantation in adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 139(3), 265-272. doi:10.1001/jamaoto.2013.1744
- Glass, L. E. (1985). Psychosocial aspects of hearing loss in adulthood. Dans H. Orlans (Dir.), *Adjustment to adult hearing loss* (p. 167-178). San Diego, CA: College Hill Press.
- Grimard, C. et Dubuisson, C. (2004, septembre). *Surdité et résilience*. Communication présentée à la Première conférence canadienne sur la santé mentale et la surdité, Ottawa, Canada.
- Hamelin, A. (2014). *Résilience et traumatisme craniocérébral : élaboration d'un instrument de mesure* (Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://dpeot-e.uqtr.ca/7360/1/030673982.pdf>
- Hétu, R. (1996). The stigma attached to hearing impairment. *Scandinavian Audiology*, 25(Suppl. 43), 12-24.
- Hickson, L., Meyer, C., Lovelock, K., Lampert, M. et Khan, A. (2014). Factors associated with success with hearing aids in older adults. *International Journal of Audiology*, 53(Suppl.1), S18-S27. doi: 10.3109/14992027.2013.860488
- Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2011). Évaluation de la résilience. Dans S. Ionescu (Dir.), *Traité de résilience assistée* (p. 61-135). Paris : Presses universitaires de France.
- Kerr, P. C. et Cowie, R. I. (1997). Acquired deafness: A multi-dimensional experience. *British Journal of Audiology*, 31(3), 177-188. doi: 10.3109/03005364000000020
- Kerr, P. C. et Stephens, D. (1997). The use of an open-ended questionnaire to identify positive aspects of acquired hearing loss. *International Journal of Audiology*, 36(1), 19-28.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kobosko, J., Jedrzejczak, W. W., Pilka, E., Pankowska, A. et Skarzynski, H. (2015). Satisfaction with cochlear implants in postlingually deaf adults and its nonaudiological predictors: Psychological distress, coping strategies, and self-esteem. *Ear and Hearing*, 36(5), 605-618. doi: 10.1097/AUD.0000000000000179
- Krabbe, P. F., Hinderink, J. B. et van den Broek, P. (2000). The effect of cochlear implant use in postlingually deaf adults. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(3), 864-873.
- Kushalnagar, P., McKee, M., Smith, S. R., Hopper, M., Kavin, D. et Atcherson, S. R. (2014). Conceptual model for quality of life among adults with congenital or early deafness. *Disability and Health Journal*, 7(3), 350-355. doi: 10.1016/j.dhjo.2014.04.001
- Kyle, J., Jones, L. et Wood, P. (1985). Adjustment to acquired hearing loss: A working model. Dans H. Orlans (Dir.), *Adjustment to adult hearing loss* (p. 119-138). San Diego, CA: College Hill Press.
- Laplante-Lévesque, A., Hickson, L. et Worrall, L. (2010). Factors influencing rehabilitation decisions of adults with acquired hearing impairment. *International Journal of Audiology*, 49(7), 497-507. doi: 10.3109/14992021003645902
- Lassaletta, L., Castro, A., Bastarrica, M., de Sarriá, M. J. et Gavilán, J. (2006). Quality of life in postlingually deaf patients following cochlear implantation. *European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology*, 263(3), 267-270. doi: 10.1007/s00405-005-0987-1
- Luey, H. S. (1980). Between worlds: The problems of deafened adults. *Social Work in Health Care*, 5(3), 253-265. doi: 10.1300/J010v05n03_03
- Lukomski, J. (2011). Resiliency and the emerging deaf adult. Dans D. H. Zand et K. J. Pierce (Éds.), *Resilience in deaf children: Adaptation through emerging adulthood*. (p. 375-390). New York, NY: Springer Science.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. et Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Manciaux, M. (2001). La résilience. *Études*, 395, 321-330.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. et Cyrulnik, B. (2001). La résilience: état des lieux. Dans M. Manciaux (Dir.), *La résilience : résister et se construire* (p. 13-20). Genève, Suisse : Éditions Médecine & Hygiène.
- Meadow-Orlans, K. (1985). Social and psychological effects of hearing loss in adulthood: A literature review. Dans H. Orlans (Dir.), *Adjustment to adult hearing loss* (p. 35-57). San Diego, CA: College Hill Press.
- Meyer, C., Hickson, L., Lovelock, K., Lampert, M. et Khan, A. (2014). An investigation of factors that influence help-seeking for hearing impairment in older adults. *International Journal of Audiology*, 53(Suppl.1), S3-S17. doi: 10.3109/14992027.2013.839888
- Michallet, B. (2009). Résilience: Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), 10-18. doi: 10.7202/045021ar
- Michallet, B., Lefebvre, H., Hamelin, A. et Chouinard, J. (2014). Résilience et réadaptation en déficience physique : proposition d'une définition et éléments de réflexion. *Revue québécoise de psychologie*, 35(1), 163-182.

- Mo, B., Lindbæk, M. et Harris, S. (2005). Cochlear implants and quality of life: A prospective study. *Ear and Hearing, 26*(2), 186-194.
- Naidoo, P. (2006). Potential contributions to disability theorizing and research from positive psychology. *Disability & Rehabilitation, 28*(9), 595-602. doi: 10.1080/00222930500219027
- Pouliot, L.-M., Beaugregard, L., Boisvert, J.-M. et Plante-Jean, M.-A. (2011). L'adaptation à la perte auditive chez la personne âgée: une transformation profonde insoupçonnée. *Vie et vieillissement, 9*(3), 26-33.
- Ramos, Á., Guerra-Jiménez, G., Rodríguez, C., Borkoski, S., Falcón, J. C. et Perez, D. (2013). Cochlear implants in adults over 60: A study of communicative benefits and the impact on quality of life. *Cochlear Implants International, 14*(5), 241-245. doi: 10.1179/1754762812Y.00000000028
- Rembar, S., Lind, O., Arnesen, H. et Helvik, A.-S. (2009). Effects of cochlear implants: A qualitative study. *Cochlear Implants International, 10*(4), 179-197. doi: 10.1002/cii.402
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020
- Richardson, G. E. (2011). Applications of the metatheory of resilience and resiliency in rehabilitation and medicine. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change, 19*(1), 35-42.
- Riko, K. et Alberti, P. (1984). Rehabilitation of hearing-impaired adults. *Otolaryngologic Clinics of North America, 17*(4), 641-651.
- Rogers, S., Muir, K. et Evenson, C. R. (2003). Signs of resilience: Assets that support deaf adults' success in bridging the deaf and hearing worlds. *American Annals of the Deaf, 148*(3), 222-232. doi: 10.1353/aad.2003.0023
- Rutman, D. (1989). The impact and experience of adventitious deafness. *American Annals of the Deaf, 134*(5), 305-311. doi: 10.1353/aad.2012.0523
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147*(6), 598-611.
- Sarre, S., Redlich, C., Tinker, A., Sadler, E., Bhalla, A. et McKeivitt, C. (2013). A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: Lessons for the study of resilience. *Disability & Rehabilitation, 36*(9), 716-726. doi: 10.3109/09638288.2013.814724
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. et Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Singh, G., Lau, S. T. et Pichora-Fuller, M. K. (2015). Social support predicts hearing aid satisfaction. *Ear and Hearing, 36*(6), 664-676. doi: 10.1097/AUD.0000000000000182
- Stewart, D. E. et Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics, 52*(3), 199-209. doi: 10.1016/j.psych.2011.01.036
- Thomas, A. et Herbst, K. G. (1980). Social and psychological implications of acquired deafness for adults of employment age. *British Journal of Audiology, 14*(3), 76-85. doi: 10.3109/03005368009078906
- Wagnild, G. M. et Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178
- Windle, G., Bennett, K. M. et Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*(8), 1-18. doi: 10.1186/1477-7525-9-8

Remerciements

Nous remercions Jean Leblond, Ph.D. (psychologie), statisticien au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS), pour son soutien dans le cadre des analyses statistiques. Nous remercions également chaleureusement l'organisme Audition-Québec – anciennement l'Association des Devenus Sourds et Malentendants du Québec (ADSMQ) – et tout particulièrement son président actuel, Monsieur Daniel Morel, pour leur soutien lors du recrutement des participants.

Notes des auteurs

Les demandes au sujet de cet article doivent être adressées à Louise Duchesne, Département d'orthophonie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7 Canada. Courriel : louise.duchesne@uqtr.ca.