

CrossRef DOI of original article:

# 1 Health-Related Quality of Life and Social Participation of Older 2 People with Hearing Loss and their Relatives

3 Israel Bispo dos Santos<sup>1</sup>, Perrine Morvan<sup>2</sup>, Gloria Ravazzi<sup>3</sup>, Lydia Redja<sup>4</sup>, Ana Cristina  
4 Guarinello<sup>5</sup> and Adriana Lacerda<sup>6</sup>

5 <sup>1</sup> Internship at Montreal Canada University UdeM

6 *Received: 1 January 1970 Accepted: 1 January 1970 Published: 1 January 1970*

---

## 8 Abstract

9 Hearing loss is commonly associated with aging, occurring in around 60

---

11 *Index terms*— hearing loss, social participation, family, quality of life, aged.

## 12 1 Introduction

13 a perte auditive liée l'âge (PALA) -ou presbyacousie -est une maladie chronique courante chez les personnes du  
14 troisième âge, et est généralement liée au vieillissement naturel. Ce handicap invisible affecte plus de 250 millions  
15 de personnes dans le monde. La prévalence de la perte auditive augmente progressivement avec l'âge, passant  
16 de 13 % des adultes âgés de 50 à 59 ans à plus de 80 % des personnes âgées de 80 ans et plus. Plusieurs défis  
17 découlent de cette évolution démographique et doivent être pris en compte pour améliorer la qualité de vie liée  
18 à la santé (QVLS) des personnes âgées.

19 On constate plus généralement les impacts de la PALA aux niveaux physique, mental et social d'une personne.  
20 Cela peut conduire à des déficits cognitifs, des troubles de l'humeur, à un isolement social progressif et à une  
21 augmentation du risque de chutes et de blessures. La vie sociale et familiale ainsi que la propre qualité de  
22 vie des individus se voit alors affectée. La PALA influence également le comportement des proches dans la  
23 vie quotidienne, en particulier celui du principal aidant familial. Les proches doivent faire plus d'efforts pour  
24 communiquer avec la personne malentendante, en répétant, en parlant plus lentement et plus fort, et en se  
25 rapprochant d'elle pour être entendus et attirer son attention. De plus, les proches aidants font état d'anxiété  
26 et de stress, de limitations au niveau de la communication verbale, de changements dans les activités sociales,  
27 ou encore d'évitement de réunions sociales. En effet, les activités agréables, telles que aller au restaurant, au  
28 théâtre, rendre visite à des amis ou de la famille, peuvent être restreintes ou abandonnées car la communication  
29 est difficile. Des sentiments d'isolement, de frustration, de ressentiment et de culpabilité réduisent finalement  
30 leur propre qualité de vie. Le proche ressent cette perte de lien social qui ne dépend pas de lui.

31 Certaines études ont par ailleurs examiné l'impact positif de l'utilisation d'aides auditives (AA) sur la qualité  
32 de vie, le handicap, l'amélioration de la santé physique, et le déclin cognitif. Une minorité -12 % -des Canadiens  
33 malentendants utilisent des aides auditives. Même à des âges plus avancés, le pourcentage reste relativement  
34 faible, avec seulement 24 % des 70-79 ans étant équipés. Mettre un AA ne guérit pas la perte auditive mais permet  
35 d'aider dans différentes situations comme les conversations en tête à tête ou pour la télévision. L'appareillage est  
36 un dispositif bénéfique aussi bien pour les sujets que pour leur entourage.

37 En raison de toutes les conséquences que la presbyacousie entraîne dans la vie des personnes âgées, il est  
38 inévitable que ce changement interfère avec leur qualité de vie globale, et puisse causer diverses frustrations.  
39 Il est important d'étudier comment les proches et les sujets atteints de PALA gèrent les problèmes de la vie  
40 quotidienne et comment la capacité à faire face aux difficultés influe réellement sur leur qualité de vie.

41 L'objectif de ce travail est d'évaluer, par une revue systématique de la littérature, si une aide auditive contribue  
42 à une meilleure qualité de vie et une meilleure participation sociale chez la personne âgée malentendante et ses  
43 proches.

### 44 2 II.

#### 45 3 Méthodes a) Stratégie de recherche

46 Nous avons effectué une revue systématique de la littérature internationale à partir des banques de données  
47 CINHAL, Embase, Medline et Pubmed, sans limitation d'ancienneté.

48 Pour nous aider à définir les mots clés pour la recherche dans les différentes bases ??e

#### 49 4 c) Extraction des données

50 Chaque article était analysé par deux évaluateurs à l'aide du logiciel Covidence. Les conflits ont été gérés par  
51 une troisième personne.

#### 52 5 d) Risque de biais (Risk of bias)

53 La méthodologie des études sélectionnées a été évaluée à l'aide du Joanna Briggs Institute Meta-Analysis of  
54 Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAStARI), un outil permettant d'évaluer le risque de biais.  
55 Le risque de biais a été classé comme "élevé" lorsque l'étude avait un score "oui" inférieur à 49 % ; "modéré"  
56 lorsque l'étude avait un score entre 50 et 69 % de "oui" ; et "faible" lorsque l'étude avait plus de 70 % de  
57 scores "oui" pour les questions relatives au risque de biais. Ces jugements ont été réalisés par deux évaluateurs  
58 indépendants. Les désaccords ont d'abord été résolus par la discussion et, lorsqu'il n'y avait pas de consensus, le  
59 troisième examinateur a été consulté pour le vote décisif.

#### 60 6 e) Qualité de preuve (Quality of evidence)

61 Le groupe Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) a développé  
62 un système pour évaluer la qualité des preuves et mesurer la force des recommandations dans les revues  
63 systématiques. Elle sera utilisée ici en complément de la méthode MAStARI.

### 64 7 III.

#### 65 8 Résultats a) Résultats de la recherche et caractéristiques

66 Notre recherche dans les 4 bases de données nous ont permis d'identifier 278 articles (Fig. 1

#### 67 9 c) Evaluation de l'audition

68 L'audition a été évaluée par différentes méthodes, aussi bien avec des audiométries tonales classiques afin d'évaluer  
69 les seuils auditifs ??4-6, 8-11, 13, 15, 16] qu'à l'aide de questionnaires d'autoévaluation de l'audition [1,3,12] ou  
70 via la lecture de dossiers médicaux ??17]. Quelques audiométries vocales dans le silence [16] ou dans le bruit  
71 ont aussi été utilisées comme le QuickSIN [5,10]. Quatre études n'ont pas décrit les méthodes audiométriques  
72 utilisées. Dans tous les cas, des aides auditives étant utilisées ou l'impact de la perte auditive étant caractérisée,  
73 il est présumé qu'une déficience auditive significative a été supposée [2,7, ??4, ??8].

#### 74 10 d) Effet de l'appareillage

75 Concernant la réhabilitation auditive, les études menées ici ont choisi différentes approches. Soit la population  
76 sélectionnée comprenait des sujets aussi bien appareillés que non appareillés ??1, 2, 6, 8-11, 15, 18], soit une  
77 population de sujets non appareillés et équipés ensuite par l'équipe de recherche [13, ??4, ??6].

78 Dans les études où les sujets appareillés et non appareillés sont recrutés, il est difficile de tirer des conclusions  
79 unanimes. En effet, le taux de sujets appareillés est souvent trop faible [1] et un manque d'information sur  
80 l'appareillage (nombre d'appareils portés, temps de port, gain prothétique) [2,6,8,9] empêchent de conclure à des  
81 résultats satisfaisants. Cependant, on remarque tout de même que l'appareillage améliore la qualité de vie et  
82 semble avoir un impact positif sur le processus de vieillissement, et que la qualité de vie dépend des stratégies  
83 d'adaptations utilisées au sein du dyad.

84 Dans les études longitudinales, les effets sont plus marqués. Après l'appareillage, une amélioration générale de  
85 la qualité de vie, une diminution du stress des proches aidants et des difficultés de façon générale sont observées.  
86 Cependant, la taille des échantillons pour ces études reste faible et les tests utilisés ne sont pas forcément  
87 standardisés ??14, ??6].

88 Les autres études n'ont pas évalué l'effet de l'appareillage en tant que tel ??3-5, 7, 17]. Cependant, elles se  
89 sont intéressées à l'impact de la perte auditive sur les proches ou les facteurs pouvant influencer la qualité de vie  
90 des sujets malentendants et des proches. Les effets seront décrits plus bas.

#### 91 11 e) Interventions complémentaires

92 Pour évaluer la qualité de vie, plusieurs questionnaires ont été utilisés : le World Health Organization Quality of  
93 Life Instruments (WHOQOL-BREF) [2,8,9], le Short Form-36 (SF-36) [13, ??6], l'EuroQol-5D (EQ-5D-3L) [3]  
94 et le International Outcome Pour déterminer l'impact de la perte auditive sur la vie les sujets malentendants, la  
95 majorité des articles ont optés pour le Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE-S) ??2, 4-6, 10, 12,

---

16] ou pour des questions d'auto-évaluation de l'audition [1]. Le ressenti des proches a été quantifié à l'aide du Hearing Handicap Inventory for the Significant Other/Partner (HHIE-SO/SP) [4,6,10], du Significant Other Scale for Hearing Disability (SOS-HEAR) [11,12, ??5], du Significant Other Assessment of Communication (SOAC) [11] ou du Quantified Denver Scale (QDS) ??16].

Des questionnaires supplémentaires ont aussi été administrés pour évaluer les symptômes dépressifs (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D), les comorbidités (Cumulative Illness Rating Scale, CIRIS), le niveau de dépendance fonctionnelle (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, ADL ou le Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) [13], ou encore les troubles cognitifs et auditifs centraux (Dichotic Sentence Index, DSI test) [4] des sujets malentendants. Des échelles analogiques pour évaluer l'état de santé (EuroQol-Visual Analogue Scale, Chen et al, 2020), l'anxiété ou l'humeur d'une personne [8] sont également employés.

Pour les proches aidants, des caractéristiques autres que la qualité de vie et ont été analysées dans les articles. Le stress de la vie quotidienne est mesuré par le Caregiver Burden Inventory (CBI) [13], le Zarit Burden Interview (ZBI) [7], et le Perceived Stress Scale (PSS) [10]. De plus, les difficultés de communication au sein du couple (Primary Communication Inventory -PCI), l'humeur (The Philadelphia Geriatric Center Positive and Negative Affect Rating Scale -ARS) [10], et l'impact de la perte auditive sur les activités quotidiennes (Relationship Assessment Scale -SAC) [11] ont aussi pu être caractérisées.

Quelques études ont utilisé leurs propres échelles, qui n'ont pas été validées, ou se sont inspirés de questionnaires déjà existants [1,5, ??4, ??7].

## 115 12 f) Risques de biais et qualité de preuve

116 Les analyses pour cette partie ne sont pas terminées à l'heure où le rapport est écrit. Elles seront effectives d'ici  
117 à la fin du mois de Septembre 2021.

## 118 13 g) Résumé des articles

119 A la lecture des différents articles, plusieurs points peuvent être relevés. La perte auditive a des conséquences  
120 aux niveaux émotionnel et social [5,9], mais aussi sur la communication [5,11]. De plus, une charge mentale plus  
121 importante des proches est observée [7].

122 Aussi, il est clair que l'appareillage a un impact sur la qualité de vie générale des sujets et de leur entourage.  
123 Dans les papiers sélectionnés ici, il a été démontré que l'appareillage améliore la qualité de vie [2,13, ??6], permet  
124 de diminuer le stress des proches aidants [13, ??4], les symptômes dépressifs [13], ainsi que la charge émotionnelle  
125 et mentale aussi bien des sujets que de leurs proches aidants [7, ??4]. De plus, une amélioration de la conversation  
126 en tête à tête et à la télévision [14] est aussi relevée.

127 aidants est plus élevé si le proche en question est une femme en mauvaise santé et s'occupant au moins 8  
128 heures par jour de leur conjoint. Ce stress peut être diminué si la perte auditive ou la dépression du conjoint sont  
129 traités ??17]. Par ailleurs, la satisfaction au sein du couple, l'écart d'âge et la perception du handicap auditif par  
130 le conjoint [11] sont aussi des facteurs pouvant influencer le stress du proche aidant. L'âge, le sexe ou le degré  
131 de perte auditive ne semblent pas avoir d'effets sur les scores de perception du handicap auditif entre les sujets  
132 déficients auditifs et les proches [6].

133 IV.

## 134 14 Discussion

135 La perte auditive liée à l'âge a un effet délétère sur la communication orale, en particulier en présence de bruits de  
136 fond, et peut amener les sujets malentendants à se mettre en retrait de leurs activités quotidiennes. Par ailleurs,  
137 il est important de noter que la PALA n'affecte pas seulement la personne ayant une perte auditive : elle peut  
138 aussi avoir un effet délétère sur les proches. Parmi ces effets, nous constatons une réduction de la participation  
139 sociale, une estime plus faible de son propre bien-être, moins d'interactions, une communication de moins bonne  
140 qualité, des symptômes plus importants d'anxiété et de dépression et moins de relations interpersonnelles ou  
141 conjugales. Peu de chercheurs ont enquêté sur les effets de l'utilisation d'aides auditives sur les proches.

142 Il a donc été choisi de réaliser une revue systématique de la littérature afin d'évaluer, dans les études récentes,  
143 l'impact que pourrait avoir une aide auditive sur la qualité de vie et la participation sociale de la personne âgée  
144 malentendante et de ses proches.

145 Dans les papiers sélectionnés ici, il a été démontré que l'appareillage améliore la qualité de vie, mais permet  
146 aussi de diminuer le stress, les symptômes dépressifs ainsi que la charge émotionnelle et mentale aussi bien des  
147 sujets que des proches aidants. Certains facteurs sont protecteurs du taux de plainte auditive, comme un plus  
148 haut niveau de scolarité, avoir reçu des soins de santé dans les 6 derniers mois, être marié et ne pas avoir de  
149 diagnostic de démence. Un IMC élevé, ne pas consommer d'alcool ou de drogues, vivre avec des membres de la  
150 famille, avoir un sommeil de qualité, garder de bonnes relations sociales et familiales, ne pas avoir de déficience  
151 auditive (ou une perte légère) ou visuelle, avoir peu de maladies chroniques, continuer de pratiquer des loisirs et  
152 utiliser des stratégies d'adaptation actives basées sur la résolution de problèmes et la pensée positive impactent  
153 positivement les caractéristiques psychosociales des individus.

154 Cependant, d'autres facteurs sont considérés comme plus à risque, ou influençant la qualité de vie liée à  
155 l'audition des sujets et de l'entourage. Un âge plus avancé, être un homme, le niveau de revenus et de participation  
156 sociale, et le statut marital (être célibataire ou veuf) sont des facteurs de risque relevés dans cette revue.

157 Concernant la perception de l'audition, aucun consensus n'a été trouvé dans cette revue. Dans certains papiers,  
158 les proches sont plus impactés par le handicap de leur conjoint, tandis que dans d'autres, les sujets déficients  
159 auditifs ont des taux de satisfaction moins élevés que leurs partenaires. La façon de penser et de gérer le handicap  
160 impactent grandement les sujets dans leur jugement de la perception de la qualité de vie liée à l'audition. Malgré  
161 cette absence d'harmonie dans les études sélectionnées ici, il est manifeste qu'évaluer le handicap auditif par des  
162 proches est primordial afin de mieux comprendre les problèmes de communication avec le sujet âgé [12].

163 Enfin, des facteurs de risque impactent également le stress des proches aidant. Une mauvaise satisfaction au  
164 sein du couple, un grand écart d'âge, être une femme, avoir une santé fragile, et s'occuper au moins 8 heures par  
165 jour de son conjoint augmente le taux de stress et de charge mentale. Ces conséquences peuvent être diminuées  
166 si la perte auditive ou la dépression du conjoint sont pris en charge et traités. L'âge, le sexe ou le degré de perte  
167 auditive ne semblent pas avoir d'effets sur les scores de perception du handicap auditif entre les sujets déficients  
168 auditifs et les proches.

### 169 15 a) Limites

170 Les données de la littérature évaluant l'impact de l'appareillage sur la qualité de vie des sujets ayant une perte  
171 auditive liée à l'âge et de leurs proches font état de plusieurs limites. Les échantillons sont souvent trop faibles ce  
172 qui limite la puissance statistique des résultats. De même, une grande majorité des études ne réalisent pas de tests  
173 subjectifs ou objectifs sur l'audition (audiométrie tonale, tympanométrie), nécessaires pour mieux comprendre  
174 l'impact de l'audition sur le quotidien des sujets et de leur entourage. L'étude canadienne prendra en compte ce  
175 facteur : tous les sujets recrutés, aussi bien les sujets âgés que leurs proches, devront passer un test d'audition  
176 en amont.

177 Par ailleurs, la prise en compte du ressenti simultané des proches ou des déficients auditives est rarement  
178 prise en compte. Or, avoir le point de vue des deux partis permet de mieux comprendre l'impact de  
179 la perte auditive dans sa globalité, les besoins ??e portés, temps de port, gain prothétique) empêche de  
180 conclure à des résultats satisfaisants. Dans notre étude canadienne, des groupes distincts seront créés (sujets  
181 normoentendants, malentendants non appareillés et malentendants appareillés), afin d'évaluer véritablement  
182 l'impact de l'appareillage sur les sujets, et les comparer à un groupe contrôle. En outre, chez les sujets porteurs  
183 d'aides auditives, plusieurs paramètres seront relevés, comme le data-logging, le nombre d'années de temps de  
184 port des appareils ou encore le gain prothétique, qui peuvent grandement influencer les résultats. De plus, les  
185 proches de chaque parti seront interrogés afin d'observer les possibles différences et stratégies mises en place au  
186 quotidien avec leur partenaire.

187 Aussi, nombre d'études ont administré des questionnaires « fait maison », ou peu utilisés dans la littérature.  
188 Le niveau de preuve des données récoltées étant donc relativement faible, les résultats doivent alors être analysés  
189 de façon judicieuse, et en aucun cas être généralisés à la population globale. Pour l'étude canadienne, des  
190 questionnaires standardisés et validés par la littérature seront exclusivement utilisés, afin de limiter au maximum  
191 les risques de biais.

192 V.

### 193 16 Conclusion

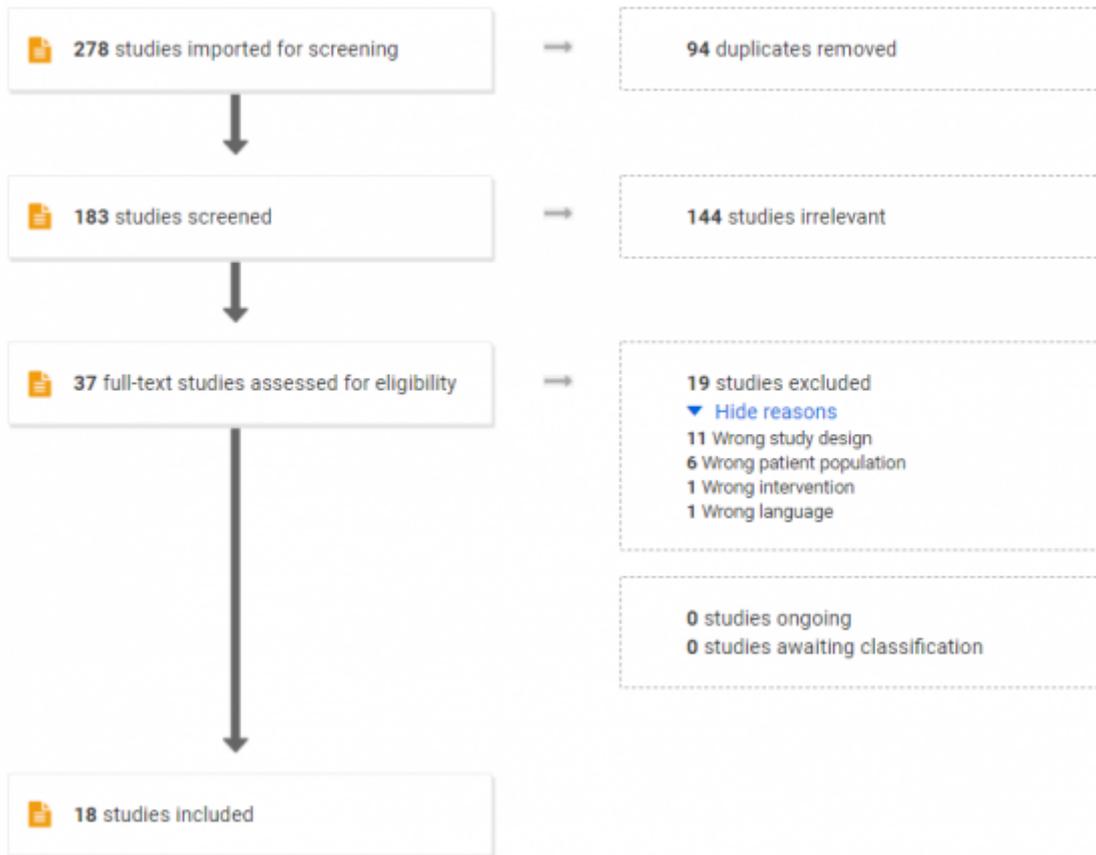
194 La perte auditive liée l'âge affecte plus de 250 millions de personnes dans le monde et sa prévalence augmente  
195 progressivement avec l'âge. Plusieurs études ont déjà pu montrer les conséquences néfastes de la perte  
196 d'audition sur le fonctionnement cognitif, social, communicatif et physique des sujets malentendants (Lin, 2012).  
197 L'impact de la perte auditive peut également avoir des effets collatéraux. Les membres de la famille, et en  
198 particulier les conjoints, assument souvent des responsabilités supplémentaires, et les rôles familiaux peuvent être  
199 modifiés. Cette revue systématique résume les études ayant évaluées l'impact de la perte auditive sur les sujets  
200 malentendants et leurs proches.

201 Il n'est plus à démontrer que la perte auditive affecte l'entourage des sujets malentendants. Certains facteurs  
202 externes peuvent aggraver ces sentiments, tels que le niveau de scolarité, le statut marital, ou encore les stratégies  
203 d'adaptations mises en place au sein du dyad. L'appareillage est apparait comme l'une des solutions permettant  
204 de diminuer la charge mentale, aussi bien des sujets déficients auditifs que de leurs proches.

205 Il est nécessaire que les prochaines études cliniques menées et les décisions en termes de politique de santé  
206 relatives à l'audition prennent en compte les répercussions de la perte auditive sur l'entourage. Cette revue  
207 systématique met en évidence les impacts généraux de la déficience auditive sur l'entourage et l'importance  
208 d'impliquer les proches aidants dans les décisions de traitement. La prise en compte de l'entourage est primordiale  
209 pour la réussite d'un traitement auditif. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En outre, plusieurs facteurs ont été étudiés et caractérisés comme ayant une influence sur le taux de plainte auditive. Un plus haut niveau d'éducation scolaire (chaque année supplémentaire d'étude diminuerait de 3% de chance le risque de se plaindre de problèmes auditifs), avoir reçu des soins de santé dans les 6 derniers mois, être marié[1] et ne pas avoir de diagnostic de démence[7] seraient des facteurs protecteurs sur l'acceptation d'une



1

Figure 1: Figure 1 :

Figure 2:

YearBibliographie their significant others. *International Journal of Audiology*, 2004. 202343(7): p. 390-398. 17. Desbiens, N.A., et al., Stress in caregivers of hospitalized Global oldest-old patients. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences Journal and Medical Sciences*, 2001. 56(4): p. M231-M235. 18. Kramer, S.E., et al., nal A home education program for older adults with hearing impairment and their of significant others: a randomized trial evaluating short-and long-term effects. *MedInt J Audiol*, 2005. 44(5): p. 255-64. Annexe 1 14. Brooks, D.N., R.S. Hallam, i- and P.A. Mellor, The effects on significant others of providing a hearing aid cal to the hearing-impaired partner. *Br J Audiol*, 2001. 35(3): p. 165-71. 15. Re- Scarinci, N., L. Worrall, and L. Hickson, The effect of hearing impairment search older people on the spouse: development and psychometric testing of the Vol-significant other scale for hearing disability (SOS-HEAR). *Int J Audiol*, 2009. ume48(10): p. 671-83. 16. Stark, P. and L. Hickson, Outcomes of hearing aid XXII fitting for older people with hearing impairment and Étude (Auteur/a née) Is- Pays Type d'étude Objectif Échantillon Critèresd' inclusion Groupe contrôle sue Mesures/ Questionnaires Résultats Limites Bauer et al. (2017) Brésil Étude VII transversale descriptive Analyser la prévalenc e des troubles auditifs chez les Ver-sujets âgés de l'Etat du Rio Grande au Brésil, et décrire le profil des participan sions ts ayant ou non des troubles auditifs en décrivant les facteurs épidémiol ogiques n I = 7167 âge ? 60 ans Non -Global Age-friendly Cities : a Guide -Question d'auto ( évaluation de l'audition -Données sociodémogra phiques Facteurs protecteurs D aux plaintes d'audition: un plus haut niveau scolarisation, avoir reçu des soins D de santé dans les 6 derniers mois, être marié ou séparé Facteurs de risques D aux plaintes d'audition: un âge plus avancé, être un homme, difficultés à D sortir de la maison et se retirer d'activités sociales, être célibataire ou veuf ) Pas de tests objectifs sur l'audition, pas utilisation de Q standardisé s, pas F évaluation des proches Boi et al. (2010) Italie Étude longitudinale Effets de Yearla réhabilitati on auditive sur les symptôm es dépressifs et la QV des sujets 2023 âgés malenten dants. n=15 sujetsmale ntendants + 15 proches sujets > 70 Global als avec symptômes dépressifs non appareillés, consentant pour l'appareilla ge JourNon -Audiométrie tonale (500, 1k, 2k) et tympanométrie -CES-D (dépression) nal -CIRS (comorbidité) -ADL et IADL (dépendance fonctionnelle) -SF-36 (QV) of -CBI (stress des proches) Appareillage des sujets à J0 avec test + retest) 1,3 Medet 6 mois Chez les sujets déficients: Amélioration des scores des symptômes i- dépressifs après l'appareillage + amélioration de la QV. Bénéfice des aides cal auditives. Chez les proches Taille de l'échantillon, ajouter groupe contrôle ou Re- groupe avec problèmes cognitifs : diminution du stress Brooks et al. (2001) searchAngle-terre Étude longitudinale Impact de la perte auditive sur les proches et Vol-les bénéfices qui découlent d'un appareilla ge. n= 41 couples Vivre avec un umeproche (conjoint ou autre), âgé entre 50 et 80 ans, PTA entre 35 et 65dB Non XXII Questionnaire fait maison (conversation en tête à tête, situation de groupe, Is- TV) + questions sur l'impact émotionnel Interviews à domicile du proche et sue du sujet malentendant dans 2 pièces séparées. Test à J0 et +6 mois après VII appareillage Après l'appareillage Q fait maison, pas assez de données pour la Ver-TV (qui choisit le niveau sonore, compromis) , manque d'infos sur le calcul de la sionperte auditive, le gain apporté des AA, le temps de port des AA après 6 mois : I réduction des difficultés pour les proches et pour les sujets DA (amélioration de ( la communicati on, diminution du stress, TV moins dérangement, diminution de D la charge émotionnelle) . Importance du comporte ment du proche aidant dans D l'efficacité de l'appareillage. Carniel et al. (2017) Brésil Étude transversale D Evaluer par des questionn aires standardi sés la qualité de vie des personne D s âgées malenten dantes utilisant ou non des appareils auditifs, ainsi que des ) sujets n=90 -HLG : personnes âgés avec une perte auditive qui n'utilise pas AA. F n=30 -HLHAG : personnes âgés avec une perte auditive qui utilise AA. n=30 Year-CG : Oui -Q sociodémogra phique -HHIE-S -WHOQOL\_BR EF L'utilisation 2023d'AA chez les sujets âgés malentendant s améliore les résultats de leur propre

---

perte d'audition. A contrario, des facteurs de risques existent, qui augmenteraient quant à eux les chances de se plaindre de l'audition. Un âge plus avancé (chaque année supplémentaire augmenterait de 6% de chance le risque de se plaindre), être un homme (les hommes ont 19% de plus de chances de se plaindre de leur audition que les femmes)[1,7], le niveau de revenus et de participation sociale[1,10] et le statut marital, à savoir être célibataire ou veuf,[1] sont des facteurs de risque relevés dans cette revue. De plus, d'autres paramètres peuvent aussi impacter la qualité de vie des sujets. Un IMC élevé, ne pas consommer d'alcool ou de drogues, vivre avec des membres de la famille, avoir un bon sommeil et de bonnes relations sociales et familiales, ne pas avoir de déficience auditive ou visuelle, avoir peu de maladies chroniques[3], avoir des loisirs[3,10], une perte auditive légère[6], et utiliser des stratégies d'adaptation actives basées sur la résolution de problèmes et la pensée positive[8,9] impactent les caractéristiques psychosociales des individus[10]. Concernant la perception de l'audition, il n'y a pas de consensus dans la littérature. Dans la revue de Chmiel et al (1993), les proches jugent plus sévèrement l'impact de la perte auditive que les patients. Dans le papier de Kelly et al (2011), le sujet malentendant rapporte cette fois-ci un score total et émotionnel plus élevé que celui du proche. De façon générale, il est clair que les pensées négatives impactent grandement les sujets dans leur jugement de la perception de la qualité de vie liée à l'audition[10]. Enfin, certaines études ont aussi pris plus spécifiquement en compte le ressenti des proches, et ont évalué les facteurs de risques pouvant augmenter leur stress. Il a été remarqué que le stress des proches



- 
- 210 [Lazzarotto ()] ‘Age-related hearing loss in individuals and their caregivers: effects of coping on the quality of  
211 life among the dyads’. S Lazzarotto . *Patient Prefer Adherence* 2016. 10 p. .
- 212 [Lazzarotto ()] *Coping with age-related hearing loss: patient-caregiver dyad effects on quality of life. Health Qual*  
213 *Life Outcomes*, S Lazzarotto . 2019. 17 p. 86.
- 214 [Scarinci et al. ()] ‘Factors associated with third-party disability in spouses of older people with hearing  
215 impairment’. N Scarinci , L Worrall , L Hickson . *Ear and hearing* 2012. 33 (6) p. .
- 216 [Schulz ()] ‘Factors influencing pursuit of hearing evaluation: Enhancing the health belief model with perceived  
217 burden from hearing loss on communication partners’. K A Schulz . *Int J Audiol* 2016. 55. (Suppl 3: p. S69-78)
- 218 [Chen ()] ‘Health-Related Quality of Life and Associated Factors among Oldest-Old in China’. C Chen . *J Nutr*  
219 *Health Aging* 2020. 24 (3) p. .
- 220 [Boi ()] ‘Hearing loss and depressive symptoms in elderly patients’. R Boi . *Geriatr Gerontol Int* 2012. 12 (3) p. .
- 221 [Carniel ()] ‘Implications of using the Hearing Aids on quality of life of elderly’. C Z Carniel . *Codas* 2017. 29 (5)  
222 p. e20160241.
- 223 [Kuzuya and Hirakawa ()] ‘Increased caregiver burden associated with hearing impairment but not vision  
224 impairment in disabled community-dwelling older people in Japan’. M Kuzuya , Y Hirakawa . *Journal of*  
225 *the American Geriatrics Society* 2009. 57 (2) p. .
- 226 [Kozáková et al. ()] ‘Perceived Emotional and Situational Hearing Handicap in the Elderly and Their Family  
227 Members’. R Kozáková , J Tobolová , R Zeleníková . *Central European Journal of Nursing and Midwifery*  
228 2018. 9 (1) p. .
- 229 [Bauer ()] ‘Profile and prevalence of hearing complaints in the elderly’. M A Bauer . *Braz J Otorhinolaryngol*  
230 2017. 83 (5) p. .
- 231 [Kelly and Atcherson ()] ‘Quality of life for individuals with hearing impairment who have not consulted for  
232 services and their significant others: same-and different-sex couples’. R J Kelly , S R Atcherson . *J Commun*  
233 *Disord* 2011. 44 (3) p. .
- 234 [Chmiel and Jerger ()] ‘Some factors affecting assessment of hearing handicap in the elderly’. R Chmiel , J Jerger  
235 . *J Am Acad Audiol* 1993. 4 (4) p. .
- 236 [Preminger and Meeks ()] ‘The influence of mood on the perception of hearing-loss related quality of life in  
237 people with hearing loss and their significant others’. J E Preminger , S Meeks . *Int J Audiol* 2010. 49 (4) p. .