



Ordre des orthophonistes
et audiologistes du Québec

Mise en place d'un programme de santé auditive dans les centres d'hébergement (CHSLD) et les services de soutien à domicile (SAD) pour les aînés et leurs proches aidants

Présenté par
l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
à la
ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, madame Marguerite Blais

Le 28 octobre 2019

Table des matières

1	Contexte	3
2	Programme de santé auditive proposé	4
2.1	Objectif général du programme	4
2.2	Objectifs spécifiques et principales composantes du programme	4
2.2.1	Formation en santé auditive du personnel et des proches aidants.....	4
2.2.2	Création et mise en place d'une ressource « intervenant en santé auditive »	5
2.2.3	Évaluation et adaptation de l'environnement sonore dans les CHSLD et à domicile	6
2.2.4	Dépistage de la déficience auditive	7
2.2.5	La dispensation de services en audiologie.....	8
3	Déploiement du programme	9
3.1	Projet pilote.....	9
3.2	Développement des protocoles, des directives, des procédures, des règles de soins et des outils cliniques et administratifs nécessaires	10
3.3	Particularités du programme de santé auditive en CHSLD	10
3.4	Particularités du programme de santé auditive en SAD	10
3.5	Participation des médecins, ORL, orthophonistes et audioprothésistes	11
3.6	Arrimage avec les services de santé auditive en CH et en centre de réadaptation spécialisé.....	11
4	Conclusion	12
	Annexe 1 : Revue de littérature	13
	Modèles de services disponibles	13
	Description du modèle HearCARE	13
	Annexe 2 : Stratégies de communication adaptées.....	15
	Annexe 3 : Services spécialisés en audiologie	16
	Annexe 4 : Équipements et matériel nécessaires à la réalisation du projet pilote	17
	Références	18

L'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec remercie les chercheurs qui ont soutenu la permanence dans la rédaction de ce document : monsieur Mathieu Hotton, Ph. D., audiologiste et professeur associé, Université Laval avec la participation de monsieur Jean-Pierre Gagné, Ph. D., professeur titulaire, Université de Montréal.

1 Contexte

Au Québec, environ 845 000 personnes présentent une déficience auditive irréversible pouvant induire des incapacités auditives, soit 10,67 % de la population, ce qui en fait l'une des déficiences physiques les plus répandues dans la population [1, 2]. Dès l'âge de 65 ans, environ 33 % des aînés ont une déficience auditive suffisamment importante pour nuire à leurs activités quotidiennes. À partir de l'âge de 75 ans, l'incidence de la déficience auditive augmente à 50 % [3]. Cette incidence est encore plus importante chez les aînés qui reçoivent des services de soutien à domicile (SAD) ou qui habitent en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), où elle peut atteindre 60 à 80 % [4-6]. Par ailleurs, il appert que plus de la moitié des résidents de CHSLD touchés par la déficience auditive ne seraient pas identifiés [6].

Les conséquences de la déficience auditive sont importantes. Concrètement, pour une personne âgée recevant des services de SAD ou résidant en CHSLD et présentant une déficience auditive non identifiée ou non traitée, cela mène à :

- **Des difficultés de communication avec les proches aidants.** Ces difficultés ont des répercussions chez les proches aidants, telles qu'une baisse de la qualité de vie, une dégradation des relations familiales et de couple de même qu'une augmentation du sentiment de fardeau associé au rôle de soutien [7].
- **Des difficultés de communication avec le personnel** offrant les soins et les services pouvant limiter ou nuire à l'identification des besoins et à la dispensation des services [8]. Les problèmes de communication entre les usagers et le personnel nuisent à leur relation et amènent une lourdeur pour le personnel qui doit fournir un effort plus grand pour assurer les soins nécessaires [9]. Ces difficultés entraînent une perception négative du milieu de travail par le personnel, qui devient alors plus susceptible de se désengager ou de quitter l'emploi.
- **Un déclin accéléré de la santé physique, psychologique et cognitive.**
- **Un risque de chute** relié au trouble d'équilibre plus élevé.
- **Une participation moins active aux prises de décision** relatives à la santé et aux services offerts.
- **Des difficultés de communication avec les pairs** pouvant réduire la participation aux activités sociales et de loisir, entraînant un retrait et un isolement social.
- **Des difficultés liées à la sécurité** (ex. : difficulté à entendre le déclenchement de l'alarme d'incendie, une personne qui cogne ou qui sonne à la porte, ou quelqu'un qui entre dans la chambre ou dans l'appartement) occasionnant un risque accru pour la sécurité physique des usagers ainsi qu'un niveau d'anxiété plus élevé pour eux et pour leurs proches.
- Pour les usagers des services de soutien à domicile, **des besoins accrus de soins et de services** pour pouvoir demeurer à domicile ou même, dans certains cas, une incapacité de demeurer à domicile provoquant un placement prématuré dans une ressource d'hébergement.

Étant donné les impacts majeurs que peut avoir la déficience auditive sur les aînés hébergés en CHSLD ou recevant des services de SAD et leurs proches et en cohérence avec sa mission de protection du public, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) considère essentiel de leur venir en aide et propose la mise en place d'un programme de santé auditive dans ces milieux.

2 Programme de santé auditive proposé

L'OOAQ propose, dans le présent document, l'implantation d'un programme de santé auditive dans les CHSLD et les équipes SAD du Québec. Ses composantes sont inspirées de celles principalement identifiées dans la littérature comme devant être incluses dans de tels programmes. Une attention plus particulière a été portée au modèle HearCARE¹.

La revue de littérature, incluant la description de modèle HearCARE et les premiers constats intéressants qui en résultent sont présentés à l'annexe 1.

2.1 Objectif général du programme

Le but du programme est d'améliorer la qualité de vie et la sécurité des usagers des CHSLD et des services de SAD qui présentent une déficience auditive, en améliorant l'écoute de ces usagers ainsi que la communication avec leurs proches, les autres usagers, et le personnel œuvrant dans ces milieux. Le programme propose donc une amélioration de la qualité des soins et services pour lesquels de nombreux professionnels et autres personnes concernées seront appelés à jouer un rôle important et indispensable.

2.2 Objectifs spécifiques et principales composantes du programme

Pour atteindre l'objectif général identifié, le programme de santé auditive qui sera implanté au sein de chaque CHSLD et intégré au travail des équipes SAD devra comporter les cinq composantes principales suivantes :

- La formation en santé auditive du personnel et des autres acteurs appelés à intervenir auprès des usagers.
- La création et la mise en place d'une ressource « intervenant en santé auditive ».
- L'évaluation et l'adaptation de l'environnement sonore.
- L'instauration d'un processus de dépistage de la déficience auditive.
- La dispensation de services en audiologie.

2.2.1 Formation en santé auditive du personnel et des proches aidants

La formation en santé auditive du personnel et des autres acteurs appelés à intervenir auprès des usagers est le fer de lance du programme. En effet, les troubles de la communication et de l'audition, peu importe leur origine (tels démence, AVC, Parkinson, troubles de l'audition), complexifient les soins à prodiguer aux résidents et il est reconnu depuis plusieurs années que la formation des partenaires de communication et le travail interdisciplinaire contribuent non seulement à la qualité des services offerts, mais aussi à la satisfaction au travail des intervenants de la santé [10]. Il est impératif de développer les connaissances et les compétences du personnel, des usagers et des proches aidants en ce qui a trait à la déficience auditive et ses impacts, ainsi que les adaptations possibles.

Le succès d'un programme de santé auditive repose donc principalement sur une formation adéquate du personnel en CHSLD et au SAD, ainsi que sur un soutien, un accompagnement et du coaching qui seront

¹ HearCARE: Hearing and Communication Assistance for Resident Engagement. (Palmer, 2017)

offerts par des audiologistes et des intervenants en santé auditive (voir leurs rôles respectifs au point 2.2.2 et 2.2.5).

Cette formation sera offerte au personnel des CHSLD et des équipes SAD. Elle leur permettra de bien identifier la déficience auditive et d'être conscients des impacts qu'elle engendre chez les usagers, leurs proches et le personnel lui-même. Elle abordera aussi les stratégies de communication pouvant être utilisées par tous pour améliorer l'interaction avec les usagers. Des notions de base au sujet des aides de suppléance à l'audition et de la manipulation et du fonctionnement des aides auditives devront également figurer au contenu de la formation envisagée. En plus d'être utilisé pour rendre un environnement plus sécuritaire ou plus propice à l'écoute, l'utilisation des aides auditives (prothèses auditives ou aides de suppléance à l'audition) est essentielle pour certains usagers. Bien que l'appareillage ne soit pas opportun pour l'ensemble des usagers ayant une déficience auditive, certains d'entre eux en tireront des bénéfices appréciables. Tous les professionnels et autres personnes travaillant auprès d'usagers en CHSLD ou dans les équipes SAD devront donc savoir comment vérifier une prothèse auditive, comment en changer la pile et comment l'insérer dans le canal auditif de l'utilisateur.

Toute la formation étant dispensée grâce à des modules en ligne, le personnel déjà en place pourra y avoir accès à tout moment et la consulter au besoin. Le nouveau personnel pourra quant à lui se voir offrir cette formation lors de l'embauche ou lors d'une nouvelle affectation.

À l'instar du personnel en CHSLD et des intervenants en SAD, les proches aidants, voire les usagers eux-mêmes, pourront aussi bénéficier d'une telle formation, adaptée en fonction des besoins et des milieux. L'OOAQ pourra collaborer au développement et à la production de ces modules de formation.

2.2.2 Création et mise en place d'une ressource « intervenant en santé auditive »

À l'instar de ce que propose le modèle HearCARE précité, le programme de santé auditive proposé par l'OOAQ prévoit de confier à une ressource déjà en place dans le CHSLD ou l'équipe SAD un nouveau rôle très important d'intervenant en santé auditive. Cet intervenant servira de personne-ressource pour le personnel et les proches (rôle de soutien de proximité [11, 12]) pour tout ce qui a trait à la santé auditive des usagers et à l'interaction avec ces derniers. Il sera ainsi chargé de fournir une assistance aux usagers, mais aussi à leurs proches et au personnel, afin de s'assurer que tous les usagers soient en mesure de communiquer d'une manière satisfaisante lors de leurs activités quotidiennes, que ce soit dans les espaces communs et privés du CHSLD ou à domicile.

Formé de façon plus spécifique que ses collègues, puis encadré par l'audiologiste, l'intervenant en santé auditive agira notamment en tant que personne-ressource en ce qui a trait à la mise en place et l'adoption par tous de stratégies de communication adaptées. Ces stratégies auront d'ailleurs fait l'objet de la formation plus générale offerte au personnel et aux autres intervenants. Comme le succès d'une communication réussie repose sur tous les interlocuteurs, usagers, personnel et proches aidants, l'intervenant en santé auditive verra à ce que tous adoptent et retirent les bénéfices rattachés aux stratégies de communication adaptées, qu'une déficience auditive ait été identifiée formellement chez l'utilisateur ou non. L'annexe 2 présente quelques informations supplémentaires concernant ces stratégies.

L'intervenant en santé auditive, en collaboration avec l'audiologiste, sera également responsable de :

- La sensibilisation et la transmission d'informations sur la santé auditive et les services disponibles.
- L'identification des signes de la déficience auditive.
- La manipulation et l'entretien des aides auditives (prothèses auditives et aides de suppléance à l'audition individuelles comme un amplificateur de voix).
- La mise en place et le soutien à l'utilisation des aides de suppléance à l'audition dans l'environnement.
- L'adaptation de l'environnement physique pour le rendre sécuritaire et favoriser les meilleures conditions d'écoute et de communication possible (ex. : salles communes, salle à manger, etc.).
- L'implantation et l'utilisation des stratégies de communication.

Finalement, l'intervenant en santé auditive servira d'intervenant de première ligne en assurant une interface locale entre l'audiologiste et le milieu et en assurant un soutien à l'application du plan d'intervention audiologique (ex. : Suivi des stratégies d'adaptation à la surdité, aux acouphènes et à l'hypersensibilité au bruit, ainsi qu'à l'utilisation des prothèses auditives et des aides de suppléance à l'audition, en individuel ou en groupe, etc.).

L'intervenant en santé auditive pourra provenir de différents corps d'emploi (ex. : infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, éducateur spécialisé, technicien en loisirs ou en travail social), selon les ressources disponibles dans chaque établissement

La mise en place de l'intervenant en santé auditive constitue une composante très importante du programme et en favorisera le succès et la pérennité.

2.2.3 Évaluation et adaptation de l'environnement sonore dans les CHSLD et à domicile

La littérature confirme que les milieux de vie et de soins doivent être adaptés en fonction des besoins des usagers et que l'aménagement des chambres et espaces communs a un impact significatif sur la communication. Le programme de santé auditive doit donc comporter un volet visant à s'assurer que les lieux sont adéquatement adaptés pour assurer la sécurité et favoriser l'écoute et la communication dans les espaces communs et privés. Le programme misera donc dans un premier temps sur l'évaluation, par l'audiologiste en poste, de l'environnement des usagers, puis prévoira l'implantation de stratégies recommandées, telles que :

- L'installation, par mesure de sécurité, de dispositifs d'alarme visuels pour que les usagers ayant des problèmes auditifs soient en mesure d'identifier au moins un des différents types d'alarmes.
- L'adaptation des plans d'évacuation des CHSLD et résidences en tenant compte des usagers identifiés par l'audiologiste comme pouvant se déplacer seuls vers la sortie en cas d'incendie, mais ne pouvant pas entendre les alarmes en raison d'une déficience auditive importante.
- L'aménagement acoustique des environnements de milieu de vie (salle de télévision, salle d'échange social, salle à manger), ainsi que des salles de traitements et les chambres à coucher.
- La révision de la disposition et du choix de mobilier, de l'éclairage et du niveau de bruit pour qu'ils soient propices à la communication entre les usagers, les intervenants, la famille et les amis.

- L'installation d'aides de suppléance à l'audition (microphone avec systèmes d'amplification de groupe ou individuels) dans les aires communes ainsi que dans les salles utilisées lors des activités de groupe en centre d'hébergement, centres de jours ou centres communautaires.

2.2.4 Dépistage² de la déficience auditive

Bien que le programme comporte de nombreuses composantes bénéfiques à l'ensemble des usagers, il demeure important que les usagers atteints de déficience auditive soient identifiés afin que leurs besoins individuels soient aussi pris en compte. En effet, lorsque la condition de santé d'un usager le nécessite, il faut adopter des stratégies de communication adaptées, référer vers une ressource médicale et mettre en œuvre des interventions en santé auditive appropriées. C'est pourquoi l'OOAQ propose, dans le cadre du programme, de mettre en place un dépistage systématique de la déficience auditive chez les usagers des CHSLD et des services de SAD pour lesquels il n'y a pas de problèmes auditifs documentés.

Le dépistage de la déficience auditive pourra être effectué par les infirmières à l'admission ou dans les premiers jours suivants l'admission d'un nouvel usager. Ainsi, les nouveaux usagers des CHSLD et des services de SAD seront d'abord interrogés sur leur audition dans le cadre du processus d'admission :

- Un questionnaire pour les proches ou l'utilisateur permettra d'identifier si la personne présente une déficience auditive.
- Le dossier médical sera aussi consulté pour y trouver les informations permettant de confirmer la présence d'une déficience auditive ou d'une évaluation récente de l'audition.

Le dépistage de la déficience auditive comprendra :

- La visualisation des conduits auditifs externes de l'utilisateur, pour éliminer la possibilité d'une baisse auditive pouvant être causée par une otite traitable par le médecin et le personnel de soins, ou par la présence abondante de cérumen dont l'extraction pourra être effectuée par l'infirmière, l'audiologiste ou un médecin.
- Dans certains cas, une épreuve audiométrique automatisée. Ce test, de type « succès ou échec », peut se réaliser en quelques minutes dans un endroit calme. Il permettra d'identifier rapidement les personnes susceptibles de présenter une perte auditive significative. Cette épreuve audiométrique automatisée ne sera effectuée que chez les usagers n'ayant pas de problème de surdité identifié ou connu, n'ayant jamais été soumis à une évaluation de l'audition ou pour lesquels aucune information sur l'histoire auditive n'est disponible.
- Lorsque le résultat de l'épreuve audiométrique automatisée est positif à l'une ou l'autre des oreilles, un questionnaire sur les incapacités auditives [13, 14] sera rempli avec l'utilisateur pour déterminer s'il présente des limitations fonctionnelles liées à la perte auditive. Ce type de questionnaire peut être rempli en quelques minutes, avec la collaboration d'un proche.

² **Le dépistage (définition du [guide explicatif du projet de LOI 21, 2013](#))**

Activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée.

- L'utilisateur qui obtiendrait un résultat positif au test audiométrique automatisé et au questionnaire sur les incapacités auditives pourra, selon sa condition de santé et ses besoins, être référé à l'audiologiste pour une évaluation complète et spécifique.

Le programme prévoira également la mise en place d'une stratégie de vigie pour que les usagers qui présenteraient des signes de changement dans leur condition auditive en cours d'épisode de soins ou d'hébergement soient référés vers les ressources appropriées. Un suivi périodique sera effectué sur une base régulière (ex. : aux 6 ou 12 mois) et en fonction des observations de l'utilisateur, du personnel et des proches.

2.2.5 La dispensation de services en audiologie

Certains usagers des SAD et des CHSLD qui présentent une déficience auditive ont des besoins nécessitant le recours à une intervention plus individualisée ou spécialisée. Le programme proposé tient donc compte de ces besoins particuliers qui vont au-delà des composantes précédentes en prévoyant l'accès, sur place aux services d'un audiologiste. Étant donné sa formation, ses compétences et son champ d'exercice ainsi que les activités qui lui sont réservées au Code des professions, l'audiologiste est le professionnel le plus indiqué pour soutenir les établissements dans la réponse aux besoins spécifiques de certains usagers et déterminer l'offre de services appropriée pour chaque usager.

En somme, aux termes du programme, l'audiologiste se verra confier deux principaux rôles. D'une part, l'audiologiste pourra agir en tant **qu'expert-conseil** auprès de son organisation, de sa direction et des gestionnaires des CHSLD et des équipes SAD. Dans ce contexte, l'audiologiste serait appelé à conseiller et à orienter les gestionnaires sur l'organisation locale et la dispensation, aux termes du programme, des services de santé auditive dans l'établissement. Il sera aussi responsable de soutenir et d'encadrer le personnel et les personnes-ressources et d'agir à titre d'expert-conseil dans la formation du personnel clinique en place et pour l'évaluation des environnements et milieux de vie et de soins.

D'autre part, l'audiologiste jouera son rôle **professionnel** offrant des services plus personnalisés aux résidents ou usagers ayant des besoins diagnostiques ou interventionnels bien ciblés. Les services pouvant être dispensés à ce titre sont détaillés en annexe 3.

3 Déploiement du programme

Si la présente proposition visant à mettre en place des services de santé auditive dans les CHSLD et les services de SAD devait se concrétiser, les responsables du déploiement seraient le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les établissements de santé concernés (CISSS et CIUSSS). Pour assurer une implantation optimale, certains éléments importants devraient être considérés. L'OOAQ souhaite être un collaborateur de premier plan et est prêt à mobiliser ses ressources pour travailler avec le ministère de la Santé et des Services sociaux au déploiement de ce programme.

3.1 *Projet pilote*

L'OOAQ est d'avis qu'un projet pilote devra initialement être mis en place, suivi d'un plan de déploiement pour l'implantation du programme dans tous les CHSLD et les équipes SAD du Québec. Le projet pilote servira à valider ou, le cas échéant, adapter les différents éléments du programme.

La sélection des établissements dans lesquels le projet pilote sera implanté devrait comporter un certain nombre de CHSLD et des équipes SAD offrant différents niveaux de soins et se retrouvant en milieu urbain et rural. Une bonne représentativité du réseau et de la clientèle sera ainsi assurée et pourra faciliter la transférabilité du programme vers d'autres établissements. D'ailleurs, plusieurs CISSS et CIUSSS se sont montrés intéressés par un tel programme et ont affirmé sa nécessité lors d'une tournée nationale du président de l'OOAQ.

Une telle phase d'expérimentation permettra de valider et confirmer les ressources requises pour un déploiement élargi. Néanmoins, il est estimé que le projet pilote pourra être réalisé avec au moins un audiologiste dédié par CISSS ou CIUSSS et avec au minimum un intervenant en santé auditive par CHSLD et équipe SAD. Par exemple, si trois CHSLD et deux équipes SAD d'un établissement donné participaient au projet pilote, cela voudrait dire qu'il faudrait un audiologiste et cinq intervenants en santé auditive pour débiter le projet pilote dans cet établissement. Le déploiement de ce type de programme pouvant avoir un impact sur la charge de travail des équipes en place, il sera important de prévoir un mécanisme pour mesurer cet impact potentiel. Un ajustement des ressources humaines pourra ensuite être effectué, selon les résultats observés. Le projet pilote permettra ainsi de déterminer les ratios réalistes pour chaque intervenant, c'est-à-dire le nombre maximal de CHSLD, d'unités de SAD, d'intervenants en santé auditive et d'utilisateurs pouvant se retrouver sous la responsabilité d'un audiologiste, ainsi que le nombre maximal d'utilisateurs pouvant être confiés à un intervenant en santé auditive.

En ce qui a trait aux ressources matérielles requises, une liste précise des équipements nécessaires pourra être produite lors de la planification du projet pilote, en fonction des équipements déjà en place dans les établissements participants et de l'offre qui sera retenue pour les services d'audiologie et les services de l'intervenant en santé auditive. Une liste des équipements et du matériel possiblement nécessaires à la réalisation du projet pilote est proposée à l'annexe 4.

Tous les acteurs impliqués (audiologistes, intervenants en santé auditive, personnel de soins, professionnels, gestionnaires, utilisateurs et proches aidants) devront être sollicités pour déterminer les modalités de déploiement devant être adoptées. Tout au long du projet pilote, des indicateurs

sélectionnés à l'avance devront être mesurés périodiquement et une rétroaction constante entre les divers acteurs du programme devra être mise en place, dans une optique d'amélioration continue. Le projet devra obligatoirement comporter un bilan, qui sera effectué à la fin de la période pilote. C'est à partir de ces résultats et constats que le programme pourrait être modifié puis étendu à l'ensemble des autres CHSLD et équipes SAD.

3.2 *Développement des protocoles, des directives, des procédures, des règles de soins et des outils cliniques et administratifs nécessaires*

Pour assurer le bon déroulement de l'ensemble du programme de santé auditive, il sera nécessaire, à la suite du projet pilote, de standardiser le plus possible les opérations pour le personnel (ex. : comment utiliser les stratégies de communication, comment inclure le dépistage auditif dans le processus d'admission de l'utilisateur, quand référer à l'audiologiste et à l'intervenant en santé auditive, comment intégrer l'utilisation des aides auditives dans les soins quotidiens, etc.) et de rendre accessible tout le matériel requis avant la mise en œuvre du programme dans un milieu (ex. : formulaires cliniques et administratifs, équipements médicaux et électro-médicaux, aides de suppléance à l'audition, matériel d'information pour les stratégies de communication, cartes de communication et d'information pour le dossier et la chambre de l'utilisateur, cahier de formation ou guide de l'apprenant pour accompagner la formation, etc.). Un travail de collaboration interdisciplinaire, l'implication de l'utilisateur et ses proches ainsi que celle des gestionnaires seront essentiels à la réussite de ce projet pilote.

3.3 *Particularités du programme de santé auditive en CHSLD*

En CHSLD, l'intervenant responsable du dépistage de la déficience auditive serait l'infirmière, qui pourrait être appuyée dans cette tâche par l'infirmière auxiliaire. L'infirmière se référerait à l'audiologiste pour obtenir du soutien, si nécessaire. D'autre part, le préposé aux bénéficiaires (PAB) serait possiblement la personne responsable de veiller quotidiennement à ce que l'utilisateur qui portent des prothèses auditives soient fonctionnelles, puisqu'il apparaît que cet intervenant est le plus susceptible d'être fréquemment en contact avec les usagers et leurs proches. Toutefois, chaque établissement pourra désigner lui-même les intervenants pour effectuer ces tâches, en fonction de leur réalité et de leur organisation locale.

Par ailleurs, l'intervenant en santé auditive sera présent sur place, dans le CHSLD. Ainsi, le personnel aura facilement accès à lui pour obtenir du soutien en lien avec tout problème de communication rencontré avec l'utilisateur et ses proches ou avec l'utilisation des aides auditives. Si le problème rencontré dépassait les compétences de l'intervenant en santé auditive, ce dernier ferait appel à l'audiologiste.

3.4 *Particularités du programme de santé auditive en SAD*

La mise en pratique de la trajectoire de services de santé auditive sera différente dans les équipes SAD, étant donné les ressources disponibles, l'organisation des équipes et du fait que les soins et les services sont assurés au domicile de l'utilisateur. En SAD, l'intervenant responsable du dépistage de la déficience auditive devra aussi être l'infirmière, qui pourra être appuyé par un autre membre de l'équipe SAD tels l'intervenant pivot ou le responsable de l'admission. L'infirmière pourra se référer à l'audiologiste pour obtenir du soutien, si nécessaire.

Pour le soutien à l'utilisation quotidienne des prothèses auditives, étant donné que tous les usagers des services de SAD ne reçoivent pas nécessairement des visites du personnel de soins tous les jours, cette responsabilité sera partagée entre l'utilisateur et ses proches et tous les intervenants de l'équipe. À toutes les visites à domicile, l'intervenant, quel qu'il soit, devra vérifier que l'utilisateur porte ses prothèses et qu'elles sont fonctionnelles. L'intervenant devra aussi avoir sous la main un amplificateur de voix pour être en mesure de communiquer convenablement avec les usagers n'ayant pas de prothèses auditives ou dans le cas où elles seraient défectueuses au moment de la visite.

Comme en CHSLD, un intervenant en santé auditive sera formé et désigné. Tous les autres intervenants pourront le contacter pour obtenir du soutien en lien avec tout problème de communication rencontré avec l'utilisateur et ses proches ou avec l'utilisation des aides auditives. Cependant, cet intervenant ne sera évidemment pas présent en tout temps avec eux lors des visites au domicile de l'utilisateur. L'intervenant en santé auditive sera basé au lieu de rattachement de son équipe SAD. Il pourra offrir un soutien sur place ou à distance (ex. : au téléphone) et aussi se rendre au domicile de l'utilisateur lorsque nécessaire. Si le problème rencontré dépassait les compétences de l'intervenant en santé auditive, ce dernier ferait appel à l'audiologiste.

3.5 *Participation des médecins, ORL, orthophonistes et audioprothésistes*

Une offre de services en santé auditive en CHSLD et en SAD ne saurait être complète sans la participation des médecins, des médecins ORL, des orthophonistes et des audioprothésistes. Il sera important de prévoir des mécanismes pour que les interventions de ces professionnels puissent être assurées dans les CHSLD ou à domicile dans un délai raisonnable, sans frais supplémentaires pour l'utilisateur.

3.6 *Arrimage avec les services de santé auditive en CH et en centre de réadaptation spécialisé*

Des services de santé auditive, notamment en audiologie, sont déjà en place dans plusieurs CISSS et CIUSSS de la province. Dans la plupart des établissements, ces services sont divisés entre les services d'audiologie diagnostique, offerts en centre hospitalier (CH) et généralement sous la responsabilité de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et les services de réadaptation spécialisée, offerts en centre de réadaptation physique et généralement sous la responsabilité de la Direction de la déficience intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme et de la déficience physique (DDITSADP). L'ajout de services de santé auditive en CHSLD et en SAD devra ainsi se faire en concordance avec les offres de services déjà en place dans les établissements ou encore des ressources supplémentaires devront être ajoutées. Lors des premières phases de déploiement du programme, un arrimage est à prévoir entre les différentes directions des établissements et l'accès aux services spécialisés en audiologie devra pouvoir se faire par un corridor de service bien établi. Ceci permettra de bien délimiter les offres de services de chaque secteur où sont assurés (ou seront assurés) des services de santé auditive et de déterminer des trajectoires de services claires entre ces secteurs. Comme il s'agit d'une nouvelle offre de service, il faut envisager qu'elle ne peut avoir lieu sans un ajout de ressource qui pourra être précisé à la suite du projet pilote.

4 Conclusion

Ce document propose un programme visant à implanter des services de santé auditive dans les CHSLD et les équipes SAD du Québec. Les retombées potentielles de ce programme sont significatives et importantes, tant pour les usagers et les proches aidants que pour le personnel en place dans ces milieux.

Pour les usagers, les retombées potentielles sont multiples. Une meilleure communication avec les proches aidants, le personnel de soins et les autres usagers contribue à améliorer les relations interpersonnelles, augmenter la participation sociale et diminuer l'isolement et les problèmes de santé physique et psychologique. Cela a aussi pour effet d'améliorer la qualité des soins et des services reçus et ainsi, augmenter la qualité de vie.

Pour les proches aidants, l'amélioration des communications avec son proche atteint de déficience auditive et de difficultés de communication entraîne un enrichissement de la relation, de même qu'une diminution du sentiment de fardeau associé au rôle de soutien, ce qui favorise le maintien de son engagement.

Pour le personnel, cette amélioration des communications et des relations avec les usagers présentant des problèmes auditifs réduit les efforts à fournir pour dispenser les soins et les services et ainsi augmente la qualité des soins, ce qui contribue à améliorer la qualité du milieu de travail et à augmenter la satisfaction ainsi que la rétention du personnel.

La communication joue un rôle central dans le fonctionnement de la personne. Lorsqu'un problème de santé tel que la déficience auditive vient la perturber, cela affecte non seulement la personne elle-même, mais aussi toutes les personnes qui l'entourent. En améliorant la santé auditive et la communication des usagers des CHSLD et des services de SAD du Québec, tous en bénéficieront.

Annexe 1 : Revue de littérature

À l'heure actuelle, peu de services sont offerts dans la province en lien avec la déficience auditive aux usagers des CHSLD et des services de SAD ainsi qu'à leurs proches. Les audiologistes sont pratiquement absents de ces milieux. Les intervenants qui s'y trouvent ne connaissent pas bien la déficience auditive, ses manifestations et ses effets et ne sont pas bien outillés pour intervenir adéquatement sur cet aspect important de la santé des usagers [8, 15, 16].

Modèles de services disponibles

Plusieurs auteurs ont écrit au sujet des composantes qui devraient être incluses dans les modèles ou programmes de services de santé auditive en SAD et en CHSLD [11-13, 16-25]. Généralement, les auteurs s'entendent pour inclure les éléments que sont la formation du personnel, le recours aux services d'une personne-ressource [11, 12], la mise en place de protocoles cliniques et de trajectoires de services, le dépistage systématique de la surdité, l'utilisation systématique de stratégies de communication, l'adaptation de l'environnement pour réduire le bruit ambiant, le recours aux aides auditives et le suivi en découlant et l'installation d'aides de suppléance à la communication.

Dans la majorité des cas, les auteurs spécifient que les interventions proposées devraient d'abord et avant tout cibler l'amélioration de la communication sans nécessairement viser à ce que les prothèses auditives soient l'unique solution proposée. Peu de modèles de services de santé auditive en SAD et en CHSLD ont été décrits comme tels en détail dans la littérature scientifique. Ainsi, selon les échanges que nous avons eus avec des spécialistes de différentes régions du monde (États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Pays-Bas, Danemark et Ontario), il n'existerait pas à l'heure actuelle dans ces juridictions de programme gouvernemental de dispensation de services de santé auditive formel et systématique qui pourrait être importé au Québec. Toutefois, un modèle américain décrit dans la littérature a attiré notre attention. Palmer et al. (2017) [12] proposent le modèle HearCARE (Hearing and Communication for Resident Engagement) qui a été développé pour offrir des services de santé auditive et d'assistance à la communication, sur une base quotidienne et à peu de frais, aux personnes âgées présentant une surdité et qui habitent en CHSLD.

Description du modèle HearCARE

HearCARE repose sur le recours aux services d'une personne-ressource pour la déficience auditive, formée et supervisée par un audiologiste.

Ce modèle serait en cours d'essai dans la région de Pittsburgh, aux États-Unis, mais les auteurs avancent déjà certains constats :

- L'entraînement des personnes-ressources peut être fait par l'audiologiste en moins d'un mois.
- Le travail effectué par la personne-ressource aide à diminuer les déplacements de l'utilisateur et de ses proches vers des services d'audiologie, diminuant le fardeau associé aux déplacements.
- Le travail effectué par la personne-ressource augmente l'utilisation des prothèses auditives et des aides de suppléance à l'audition dans le centre d'hébergement.

- Le travail effectué par la personne-ressource augmente la sensibilisation des résidents, de leurs proches et du personnel envers les manifestations et les effets néfastes de la surdité ainsi que l'importance d'une communication satisfaisante.
- Le travail effectué par la personne-ressource doit être encadré par l'audiologiste, ce qui peut être fait en présence, par courriel ou par téléphone.

Dans ce modèle, certains services ne sont pas offerts dans le centre d'hébergement, mais bien en clinique d'audiologie à l'extérieur du centre, particulièrement ceux associés à l'évaluation de l'audition et devant être dispensés par l'audiologiste. Par ailleurs, bien que ce modèle ait été développé pour être utilisé en centre d'hébergement, les informations disponibles portent à penser qu'il pourrait aussi être adapté pour répondre à la réalité des personnes recevant des services de soutien à domicile.

Annexe 2 : Stratégies de communication adaptées

Les stratégies de communication adaptées comprennent, à titre d'exemple, l'utilisation de stratégies simples comme :

- S'assurer que les prothèses auditives sont fonctionnelles
- Limiter ou réduire les stimuli environnants (télévision, conversations de groupe, etc.)
- Poser des questions oui/non
- Proposer un choix de réponses
- Utiliser des phrases simples
- Utiliser le toucher en complément aux échanges verbaux
- Parler calmement
- Utiliser l'écrit ou des pictogrammes pour soutenir la compréhension et la rétention de l'information
- Se placer face au résidant pour lui parler
- Utiliser un amplificateur de voix

L'utilisation d'une communication multimodale est aussi à privilégier [26]. Elle permet de capter l'attention de l'utilisateur, de l'aider à mieux comprendre et lui fournit des moyens de répondre. Ce type de communication inclut des adaptations verbales et non verbales ainsi que des techniques de vérification.

- La communication multimodale intègre :
 - Des adaptations verbales
 - Des adaptations non verbales combinées à la parole, dont :
 - Les gestes naturels et significatifs
 - Les pictogrammes
 - L'écriture de mots-clés

L'utilisation de ces stratégies de communication présente plusieurs avantages, dont :

- Répondre aux besoins de tous les usagers ayant des incapacités à communiquer efficacement notamment en raison d'une déficience auditive, mais aussi en raison de problèmes de langage ou cognitifs (ex. : maladies dégénératives, AVC, TCC, etc.).
- Diminuer les difficultés rencontrées par le personnel lors des communications avec les usagers et leurs proches en rendant les échanges plus efficaces.
- Améliorer la compréhension des consignes par les usagers.
- Faciliter la participation des usagers aux activités de la vie quotidienne.
- Être mise en place à peu de frais.
- Et ultimement de gagner du temps et d'éviter le temps perdu en gestion de troubles du comportement reliés à l'incommunication [27].

Annexe 3 : Services spécialisés en audiologie

Les services d'évaluation et d'intervention offerts par un audiologiste en CHSLD ou en SAD seraient individualisés selon le contexte et les besoins de chaque usager et pourraient inclure :

1. Évaluation audiolinguistique

- Évaluation globale des besoins sur le plan auditif.
 - Cette évaluation vise à identifier les limitations d'activités et les restrictions de participation vécues par l'usager en raison de sa déficience auditive ainsi que les facteurs personnels et environnementaux susceptibles d'influencer le processus d'intervention. Le but est d'orienter le plan d'intervention audiolinguistique d'une manière à bien répondre aux besoins individuels de la personne.
- Évaluation de la fonction auditive comprenant audiométrie tonale, audiométrie vocale, épreuves impédancemétriques et autres tests pouvant être effectués au chevet de l'usager à l'aide d'équipements portatifs.
 - Cette évaluation vise à s'assurer que la personne reçoive les services de santé auditive appropriés à sa condition, à exclure les surdités temporaires pouvant être traitées (ex. : bouchons de cérumen ou otites) et à bien orienter les usagers ayant besoin de services médicaux ou autres.
 - Cette évaluation contribue aussi à l'élaboration du plan d'intervention audiolinguistique et soutient le choix des moyens d'intervention qui seront sélectionnés.
- Évaluation de la contribution de l'usager dans la gestion quotidienne de son appareillage auditif (prothèses auditives et aides de suppléance à l'audition).
- Évaluation du rendement et ajustement des aides auditives dans le cadre de l'intervention audiolinguistique.
- Formulation des recommandations et élaboration du plan d'intervention audiolinguistique;
- Réévaluations périodiques selon les besoins de chaque usager.

2. Intervention audiolinguistique

- Mise en œuvre du plan d'intervention audiolinguistique avec collaboration et soutien auprès des partenaires impliqués incluant les autres professionnels de la santé auditive (ex. : médecin ORL ou audioprothésiste).
- Counseling/accompagnement/thérapie pour l'usager, ses proches et le personnel au sujet de l'adaptation à la surdité, aux acouphènes et à l'hypersensibilité au bruit ainsi qu'à l'utilisation des prothèses auditives et des aides de suppléance à l'audition, en individuel ou en groupe.
- Suivi de l'usager pour valider l'atteinte des objectifs en lien avec le plan d'intervention audiolinguistique.

Annexe 4 : Équipements et matériel nécessaires à la réalisation du projet pilote

Les équipements et le matériel suivants seraient nécessaires pour la mise en œuvre de l'offre de services proposée dans le projet pilote (liste préliminaire devant être précisée ultérieurement) :

- Équipements et matériel pour le dépistage de la déficience auditive :
 - Otoscopes
 - Questionnaires standardisés
 - Appareils d'audiométrie tonale automatisée
- Équipements pour l'évaluation audiolinguistique au chevet (tous transportables) :
 - Audiomètres
 - Impédancemètres
 - Analyseurs de prothèses auditives
 - Ordinateurs
- Équipements et matériel pour la gestion des prothèses auditives des usagers :
 - Trousses d'entretien
 - Stéthoscopes d'écoute
 - Piles de rechanges
 - Aide-mémoire à l'utilisation et l'entretien pour l'utilisateur et ses proches
- Quelques aides de suppléance à l'audition pour les unités :
 - Amplificateurs personnels (ex. : pocket talker)
 - Microphones et systèmes d'écoute de groupe
 - Avertisseurs visuels pour le contrôle de l'environnement

Références

1. Shewan, C. M., *The prevalence of hearing impairment*. ASHA, 1990. **32** (2) : p. 62.
2. Statistique Canada. *Québec (Code 24) et Canada (Code 01) (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada*. 2012 24 octobre 2012; Available from: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>, site consulté le 13 février 2013.
3. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de planification et de suivi des stratégies nationales pour les soins de l'oreille et de l'audition*. 2016, Switzerland.
4. Guthrie, D.M., et al., *Combined impairments in vision, hearing and cognition are associated with greater levels of functional and communication difficulties than cognitive impairment alone: Analysis of interRAI data for home care and long-term care recipients in Ontario*. PLoS One, 2018. **13**(2): p. e 0192971.
5. Jee, J., et al., *Vision and hearing impairment in aged care clients*. Ophthalmic Epidemiol, 2005. **12**(3): p. 199-205.
6. Cohen-Mansfield, J. and J.W. Taylor, *Hearing aid use in nursing homes. Part 1 : Prevalence rates of hearing impairment and hearing aid use*. J Am Med Dir Assoc, 2004. **5**(5): p. 283-8.
7. Kamil, R.J. and F.R. Lin, *The effects of hearing impairment in older adults on communication partners: a systematic review*. J Am Acad Audiol, 2015. **26**(2): p. 155-82.
8. Smith, A.K., C.S. Ritchie, and M.L. Wallhagen, *Hearing Loss in Hospice and Palliative Care: A National Survey of Providers*. J Pain Symptom Manage, 2016. **52** (2) : p. 254-8.
9. Page, C. G., et al., *Use of communication plans by certified nursing assistants : little things mean a lot*. Aphasiology, 2018. **32**(5): p. 559-577.
10. Le Dorze, G., Julien, M., Gagnéux, S., Larfeuille, C., Navennec, C., Laporte, D. et Champagne, C. (2000). The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers
11. Holmes, E., *How to address the communication needs of older patients with hearing loss*. Nurs Older People, 2014. **26**(6): p. 27-30.
12. Palmer, C.V., et al., *HearCARE : Hearing and Communication Assistance for Resident Engagement*. Semin Hear, 2017. **38**(2): p. 184-197.
13. Caron, H., *Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne âgée ou adulte ayant des problèmes d'audition*. 2014, Montréal : Institut Raymond-Dewar, Fondation de la surdité de Montréal, Le Groupe Forget audioprothésistes.
14. Vincent, C., et al., *French-Canadian translation and validation of four questionnaires assessing hearing impairment and handicap*. International Journal of Audiology, 2017. **56**(4): p. 248-259.
15. Solheim, J., O. Shiryayeva, and K.J. Kvaerner, *Lack of ear care knowledge in nursing homes*. J Multidiscip Healthc, 2016. **9**: p. 481-488.
16. Adams-Wendling, L., et al., *Nursing management of hearing impairment in nursing facility residents*. J Gerontol Nurs, 2008. **34**(11): p. 9-17.
17. Mahoney, D.F., *Hearing loss among nursing home residents: perceptions and realities*. Clin Nurs Res, 1992. **1** (4) : p. 317-32; discussion 333-5.
18. Cohen-Mansfield, J. and J.W. Taylor, *Hearing aid use in nursing homes. Part 2 : Barriers to effective utilization of hearing AIDS*. J Am Med Dir Assoc, 2004. **5** (5) : p. 289-96.
19. McCreedy, E.M., et al., *Hearing Loss: Why Does It Matter for Nursing Homes?* Journal of the American Medical Directors Association, 2018. **19**(4): p. 323-327.
20. Olson, A.D. and M.A. McKeich, *Assessment and Intervention for Patients With Hearing Loss in Hospice*. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 2017. **19** (1) : p. 97-103.
21. Pryce, H. and R. Gooberman-Hill, *'There's a hell of a noise': living with a hearing loss in residential care*. Age Ageing, 2012. **41**(1): p. 40-6.
22. Smith, A.K., N. Jain, and M.L. Wallhagen, *Hearing Loss in Palliative Care*. Journal of Palliative Medicine, 2015. **18**(6): p. 559-562.
23. Wallhagen, M.L., C.S. Ritchie, and A.K. Smith, *Hearing Loss: Effect on Hospice and Palliative Care Through the Eyes of Practitioners*. Journal of Pain & Symptom Management, 2019. **57**(4): p. 724-730.
24. Joannette, Y., et al., *Les appareils auditifs [ensemble multi-supports] : la pose et l'entretien en un tour de main*. 2002, Montréal : Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
25. Nieman, C.L., et al., *The Baltimore HEARS Pilot Study: An Affordable, Accessible, Community-Delivered Hearing Care Intervention*. Gerontologist, 2017. **57** (6) : p. 1173-1186.
26. Julien, M. et Dechelette, L. *Formulaire multimodal des niveaux d'intervention médicale (NIM) et de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) : Guide de l'intervenant*. 2011. CSSS Jeanne-Mance.
27. Lubinski, R. (2006). Professionalism in long-term care settings. J Commun Disord., 39 (4) : 292-300.

Autres références consultées

28. Chisolm, T.H., et al., *A systematic review of health-related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology Task Force On the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults*. Journal of the American Academy of Audiology, 2007. **18**(2): p. 151-83.
29. Davis, A., et al., *Aging and hearing health: the life-course approach*. The Gerontologist, 2016. **56**(Suppl 2): p. S256-S267.
30. Cacciatore, F., et al., *Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatorio Geriatrico Campano Study Group*. Gerontology, 1999. **45**(6): p. 323-328.
31. Lin, F. R., et al., *Hearing loss and incident dementia*. Archives of neurology, 2011. **68**(2): p. 214-220.
32. Gouvernement du Québec, *Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD. Cadre de référence*. 2019, Québec, Canada : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
33. Page, C., & Rowles, G. (2016). « It doesn't require much effort once you get to know them » : Certified Nursing Assistants' Views of Communication in Long-term Care. Journal of Gerontological Nursing, 42, 42–51.