



Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec

Élaboration du plan d'action 2018-2023

« Toute personne, quelque soit l'étendue ou la sévérité de ses incapacités, a le droit fondamental d'influencer, par l'intermédiaire de la communication, les conditions de sa propre existence. »²²

Mémoire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ)

L'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec remercie les chercheurs et cliniciens qui ont soutenu la permanence dans la rédaction de ces commentaires : Guylaine LeDorze, Jonathan Coté, Linda Gagnon, Marie Julien et Suzanne Généreux.

Table des matières

Introduction	Page 2
1- Le vieillissement : un processus lent avec des impacts sensoriels et sociaux insidieux	Page 3
2- Les troubles de la communication, de l'audition et de la déglutition dans le vieillissement	Page 4
3- Orientation 1 : La participation sociale au centre du plan d'action 2018-2023	Page 6
4- Orientation 2 : Le soutien à la famille et aux proches aidants - la clé pour le maintien à domicile	Page 8
5- Orientation 3 : Des environnements sécuritaires et accueillants - l'appui de l'ensemble de la communauté et une meilleure organisation des services...	Page 11
6-Conclusion	Page 13
Bibliographie	Page 14
Annexe 1 : Champs d'exercice et activités réservées des orthophonistes au Québec	Page 17
Annexe 2 : Champs d'exercice et activités réservées des audiologistes au Québec	Page 19

Introduction

C'est un grand privilège pour l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) que de participer à cette consultation importante en vue de l'élaboration du plan d'action 2018 -2023 de la Politique gouvernementale « Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec » proposée par le Ministère de la Famille. Les aînés, dont la population est grandissante et les besoins sont singuliers, sont au cœur des préoccupations des orthophonistes et des audiologistes depuis de nombreuses années. Vieillir en 2017 comporte son lot de défis, d'autant plus que la vieillesse s'étend sur une période de plus en plus longue. Or, au-delà du vieillissement lui-même, c'est le terme « ensemble » qui intéresse les orthophonistes et les audiologistes et que l'OOAQ souhaite surtout aborder dans ses propos. **L'audition et la communication sont le moteur des interactions sociales et c'est par ces interactions sociales que la personne aînée s'engage dans des rôles sociaux valorisants et stimulants.**

Or, communiquer est un acte si intimement inscrit dans notre nature humaine et notre expérience quotidienne qu'il est tenu pour acquis et passe inaperçu, tout comme respirer. Mais communiquer est un acte hautement complexe qui demande une bonne perception visuelle (par exemple pour identifier qui parle et dans quel contexte et pour décoder les indices non verbaux), et surtout une perception auditive suffisante pour bien percevoir les sons de la parole. L'acte de communiquer nécessite également que la clarté des idées à transmettre et les capacités langagières qui traduisent les idées en mots, phrases et sons, tant sur le plan expressif qu'inversement sur le plan réceptif, soient intactes. Évidemment, la grande particularité de la communication est que cet acte ne peut se produire sans la participation active d'un interlocuteur.



Ainsi,

- La communication constitue l'échange d'idées au moyen de la parole, du langage, des gestes ou de l'écriture;
- Il s'agit d'un besoin humain fondamental;
- La communication aide à entretenir des relations avec les autres et constitue le fondement des sentiments d'estime de soi et de bien-être;
- Une communication claire avec notre entourage permet de mieux combler nos besoins;
- Une bonne communication soutiendra la participation sociale de toute personne; l'inverse la réduira.

1- Le vieillissement : un processus lent avec des impacts sensoriels et sociaux insidieux

Le processus normal de vieillissement

Pour vraiment comprendre les besoins de nos aînés et établir un plan d'action qui comprend des mesures qui auront un impact sur les cibles visées, il faut comprendre avant tout que le processus normal de vieillissement peut modifier inéluctablement plusieurs aspects physiques, cognitifs et sociaux.

Tout d'abord, sur le plan sensoriel, certaines variations de l'acuité visuelle et auditive peuvent affecter la capacité de la personne âgée à assimiler l'information verbale ou autre. Ces changements se produisent rarement de façon brutale et ils sont parfois à peine notables au départ. La personne peut par exemple commencer par avoir de la difficulté à percevoir distinctement un son s'il ne s'inscrit pas dans un certain registre ou s'il y a un bruit de fond. La capacité de voir distinctement peut aussi diminuer et ainsi avoir des conséquences non négligeables, notamment sur le plan de la lecture labiale lorsqu'une personne souffre, entre autres, de presbyacousie (surdité liée à l'âge).

Des aînés avec un faible niveau d'alphabétisme...

La communication écrite (lecture, compréhension et écriture) demeure toujours, pour nos aînés, un canal précieux pour échanger et s'approprier l'information nécessaire au fonctionnement social et à leur autonomie. Or, le gouvernement du Canada publiait en 2011 des statistiques très préoccupantes en ce qui concerne le niveau d'alphabétisation des aînés :

« Plus de 80 % des aînés ont un faible niveau d'alphabétisation, ce qui ne leur permet pas de bien s'en sortir dans la société complexe du savoir d'aujourd'hui ou d'utiliser de manière efficace les documents tels que les horaires de transport, les cartes et les représentations graphiques. Il en est également de même en regard des capacités de calcul. En effet, 88 % des aînés ne possèdent pas les habiletés requises pour composer de manière efficace avec les exigences mathématiques d'une foule de situations.

*En jetant un regard vers l'avenir, on prévoit que la population des aînés ayant un faible niveau d'alphabétisation doublera entre 2008 et 2031 pour se chiffrer à 6 millions de personnes ».*¹⁵

Des périodes de transitions charnières pour le statut social.

Les changements sociaux liés au vieillissement touchent plusieurs sphères de l'existence. La modification du réseau social à la suite de la prise de retraite entraîne déjà une réduction des relations sociales et peut aussi créer d'autres problèmes de communication au sein d'un couple. Les sujets de conversation qui auparavant étaient nombreux parce qu'alimentés par des sources

extérieures (milieu de travail, loisirs, autres) finissent par s'épuiser et par être remplacés par le quotidien.

Le revenu et la capacité de subvenir à ses besoins évoluent, l'accès au transport et, par conséquent, aux activités sociales et récréatives devient de plus en plus risqué, et on observe



aussi des changements relatifs aux conditions de logement. L'isolement physique dans lequel sont souvent maintenues les personnes âgées réduit en outre leurs contacts avec les autres. À la longue, les relations avec l'entourage évoluent vers un mode de dépendance.

Force est donc de constater qu'une réduction de la fréquence et de la variété des communications est une menace pour l'équilibre émotif chez la personne aînée.

2- Les troubles de la communication, de l'audition, et de la déglutition dans le vieillissement

Les difficultés d'audition tout comme les difficultés de communication et de la déglutition peuvent survenir à tout moment dans le processus de vieillissement. Elles ont des répercussions qui vont au-delà de la communication elle-même et créent de nombreux impacts psychosociaux négatifs sur la personne, tels que la perte de l'autonomie, la réduction de la qualité de vie, l'isolement, le manque de stimulation sociale et cognitive et même la difficulté à faire connaître ses dernières volontés.

Le phénomène est important puisqu'en ce qui concerne les seules difficultés d'audition, une recension des écrits de 2014¹⁰ démontre que jusqu'à 38% des individus âgés de 65 à 75 ans auraient une déficience auditive. Cette prévalence augmente à 42% chez les individus âgés de 80 ans et plus. Des études complétées à partir du National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES) ont par ailleurs démontré que jusqu'à 80% des gens âgés de 85 ans et plus ont une déficience auditive liée à l'âge.

Or au-delà des changements normaux ancrés dans le processus de vieillissement, les risques d'être victime de troubles de la communication, de l'audition et de la déglutition augmentent

substantiellement avec l'âge et ce, que ce soit suite à une maladie chronique, une maladie dégénérative, un AVC ou autre. **Ainsi, tout comme une personne avec un handicap moteur ne pourra acquérir une autonomie à la mobilité que si elle dispose d'un fauteuil roulant et que si les trottoirs et les établissements sont accessibles par des rampes d'accès, une personne ayant un handicap de la communication dépend d'un interlocuteur qui doit apprendre à devenir une « rampe d'accès » pour les personnes aux prises avec des troubles de la communication et de l'audition.**¹¹ Mais l'autonomie n'est jamais acquise pour la communication, car l'échange d'information dépend de la disponibilité de l'interlocuteur à écouter. Plusieurs facteurs de l'environnement parmi lesquels le manque de sensibilité et d'habiletés à la communication, le bruit et le nombre d'interlocuteurs dans un groupe entrent aussi en ligne de compte et peuvent ainsi être responsables de situations de handicap et de limitations dans l'intégration sociale d'une personne.²⁴

Les troubles de l'audition et de la communication nuisent donc à la santé cognitive et affective des aînés. Le fait de vivre avec un trouble de la communication et de l'audition transforme l'expérience d'une personne et entrave profondément sa relation avec le monde et les autres. Ne plus pouvoir communiquer altère l'identité d'une personne et le regard que posent les autres sur elle. Vivre des situations de handicap en lien avec la communication engendre de la frustration, pouvant contribuer à des modifications du comportement observé auprès de nos aînés.

Évidemment, les troubles de l'audition et de la communication ont également des répercussions importantes sur le travail des équipes interdisciplinaires et sur le plan de l'efficacité de la recherche de diagnostics. La capacité cognitive réelle des aînés est souvent mal évaluée et les intervenants peuvent les infantiliser. La prestation des soins est parfois inadéquate et des risques accrus sur le plan de la sécurité des résidents peuvent être vécus. En fait, avoir un trouble de la communication triple les chances qu'un patient hospitalisé subisse un événement fâcheux évitable.¹⁵

Finalement, les troubles de la communication et de l'audition touchent les membres de la famille des usagers qui hésitent à visiter ou délaissent leurs parents, qui sont isolés eux aussi par ces troubles, qui mésestiment les capacités cognitives de la personne et qui en viennent à peu parler ou à ne pas avoir de plaisir lors des visites.

Les troubles de la déglutition quant à eux peuvent survenir chez les aînés, notamment suite à un AVC (30 à 45%), à un traumatisme crânien (20 à 50%) ou une maladie dégénérative comme le Parkinson (50%). Une étude ontarienne montre que l'incidence estimée de la dysphagie chez les personnes atteintes d'AVC est de 44%. Pour ce qui est de la dysarthrie et de l'aphasie, l'incidence est de 42 % et de 30% respectivement. La cooccurrence de deux atteintes monte à 28% pour la présence de dysphagie et de dysarthrie. Dix pour cent (10%) des patients avaient les trois troubles⁸.

Des liens très étroits existent entre la déglutition, la respiration, la mastication, la parole et la voix. L'orthophoniste détient l'expertise dans l'évaluation et le traitement des troubles complexes de la déglutition : il maîtrise l'évaluation du fonctionnement du mécanisme oro-pharyngo-laryngé en lien avec l'anatomie et la neurophysiologie de la déglutition, fait le lien entre les fonctions normales de la déglutition chez la personne âgée et les pathologies de déglutition et détermine si le degré de sévérité de dysphagie est un facteur de risque d'aspiration. Il propose enfin des solutions et des stratégies visant d'une part, l'amélioration de la déglutition et la diminution des risques inhérents à celle-ci, et d'autre part à améliorer la qualité de vie principalement reliée à la prise des repas, tant auprès des usagers que des proches aidants.

3- Orientation 1 : La participation sociale au centre du plan d'action 2018-2023

L'OOAQ se réjouit de la priorité qu'accorde le gouvernement à la mise en valeur des rôles sociaux joués par les aînés au sein de notre société. C'est ici que se situe le véritable « vivre ensemble » de ce futur plan d'action. Mettre en lumière cette contribution importante passe tout d'abord par la valorisation de la personne âgée elle-même et par la promotion de son apport à sa communauté. Évidemment, cet apport peut s'exprimer dans des contextes formels de travail, bénévolat, engagement citoyen, mais aussi dans des contextes plus informels, dont les relations que la personne aînée entretient au quotidien avec ses proches en tant, par exemple, que soutien à sa famille ou de conseil pour les plus jeunes. **Ainsi, la véritable mise en valeur de la participation sociale de l'aîné se concrétise lorsque la société lui reconnaît un ou plusieurs rôles sociaux et que cette personne se sent utile et engagée.**

Le processus de production du handicap décrit six catégories de rôles sociaux que peut jouer un individu à travers six activités de la vie courante. Parmi ces activités, la communauté internationale reconnaît l'activité de la communication comme revêtant un caractère primordial : **lorsqu'une personne âgée éprouve des problèmes de communication et d'audition et que ces problèmes sont source d'incapacités, la place que la personne âgée peut prendre et que la société lui laisse prendre est beaucoup plus limitée.** C'est pour cette raison que l'OOAQ croit fermement qu'à l'instar des politiques qui facilitent l'accès à un environnement physique adapté, il est crucial de développer un **environnement social adapté à nos aînés.** Au-delà de la mise sur pied de solutions singulières et spécifiques, une approche globale impliquant étroitement l'ensemble des instances de la société aurait un impact plus grand et à plus long terme sur la création d'une société inclusive de nos aînés.

Vers des pistes de solutions : « C'est pas parce que je suis vieux que je n'ai rien à dire »

D'entrée de jeu, pour que la personne aînée qui souffre de trouble de la communication et de l'audition puisse jouer des rôles sociaux stimulants et motivants, il faut qu'elle jouisse d'une

reconnaissance accrue de la part des générations plus jeunes. Une démarche de sensibilisation auprès de la population pourrait par exemple prendre la forme d'une grande campagne de valorisation des différents rôles que peuvent jouer nos aînés. Cette initiative permettrait de reconnaître l'importance et la place plus grande que l'on souhaite faire à nos aînés dans la société en mettant l'accent, entre autres, sur l'importance du rôle que peuvent jouer les aînés auprès des tout-petits, sur l'aide concrète qu'ils peuvent apporter à la famille et, de manière plus globale, à leur communauté.

Des stratégies d'intervention existent actuellement pour soutenir les personnes âgées lors de moments charnières de leur cycle de vie (appui psychologique, soutien par les travailleurs sociaux, etc.). Il

est nécessaire d'y ajouter des stratégies visant à mieux intervenir sur la communication et l'audition à ces moments charnières afin de prévenir l'isolement social. Pour se faire, il faut cibler ces moments de transition qui sont souvent à l'origine du



repli des personnes âgées sur elles-mêmes. Par exemple, des mesures pourraient être mises en place afin d'intervenir sur le plan de la communication au moment de la retraite, de la perte d'un conjoint, de la survenance d'une maladie, d'un déménagement ou d'autres événements susceptibles de rendre la personne âgée plus vulnérable. En instaurant des mesures de soutien à la communication dans ces moments précis, nous pourrions collectivement atténuer l'impact de ces changements aux habitudes de vie qui peuvent trop souvent laisser place à des situations de handicap.

D'autres initiatives déjà en place dans certains milieux communautaires pourraient aussi être élargies dans d'autres sphères de la société. À titre d'exemple, à l'instar du mouvement laissant une plus grande place aux jeunes au sein de comité décisionnel dans les institutions publiques, pourquoi ne pas faire de même en attribuant une place à des conseils des sages ? L'utilisation du capital expérientiel des aînés est aussi l'occasion de leur donner une voix. Cette voix pourra par ailleurs nous rappeler les enjeux qu'ils vivent au quotidien et, par le fait même, leur permettre d'augmenter leur estime de soi. Leur sentiment d'accomplissement et d'engagement envers la société en serait aussi ravivé. Le fait, pour la personne âgée, de profiter de ces occasions de communiquer, d'échanger et de partager son expérience s'avère un moyen efficace pour contrer l'isolement, la dépression et la dépendance aux autres.

L'OOAQ est convaincu que toutes personnes âgées, peu importe si elles ont une atteinte reliée au processus normal ou pathologique de l'audition et de la communication, ont quelque chose à dire. Elles le font parfois de manière moins vive et efficace qu'on ne le souhaiterait, mais il nous faut prendre le temps de les écouter et profiter, dans les processus décisionnels, d'un accès à leur vision différente, singulière et élargie.

Pour que tout cela se réalise, l'OOAQ souligne qu'il est nécessaire de créer des opportunités pour la personne âgée, mais que ceci ne peut se faire sans que les environnements physique et social dans lesquels ils évoluent soient accessibles. L'OOAQ ne saurait trop insister sur l'importance de mettre en place des mécanismes tous azimuts pour réduire au maximum l'impact des troubles de l'audition et de la communication chez nos aînés (voir section 5).

4- Orientation 2 : Le soutien à la famille et aux proches aidants - la clé pour le maintien à domicile

Tel que mentionné précédemment, la communication est au cœur des relations entre les aînés et leurs proches. Si cette communication est touchée, les relations sont entravées, difficiles, presque impossibles pour certains. Or, la communication avec une personne âgée est un acte relationnel et constitue le principal outil pour contrer l'isolement social. Cet isolement est en effet particulièrement marqué chez les aînés qui présentent des troubles de la communication : les proches se sentent trop souvent dépourvus pour communiquer avec leur être cher et ils espacent de plus en plus leurs visites, faute de moyens pour communiquer avec eux.³¹

S'il est essentiel d'être à l'écoute des besoins des personnes âgées ayant des troubles de la communication afin d'offrir des services appropriés, l'OOAQ souligne que l'écoute doit absolument s'étendre aux proches aidants qui ont, eux aussi, des besoins spécifiques auxquels il faut répondre adéquatement pour diminuer l'impression de lourdeur dans la tâche. En effet, les troubles de la communication, de l'audition ou de la déglutition peuvent augmenter le fardeau de l'aidant qui voit sa vie familiale transformée. Pour ce proche aidant, le sentiment que l'usager est un fardeau cause souvent de la culpabilité et, en conséquence, les perspectives de maintien de la personne à domicile à long terme risquent de diminuer. Les difficultés de communication sont d'ailleurs une des raisons majeures pour laquelle les proches songent à l'institutionnalisation

25

D'autre part, communiquer se fait aussi souvent à table, à l'occasion des repas. Les troubles de la déglutition des personnes âgées rendent l'expérience du repas pénible pour les proches aidants. Non seulement ils doivent adapter les textures et consistances des aliments (ce qui leur demande temps et imagination pour assurer un repas attrayant), mais ils perdent aussi leurs partenaires de

communication et la relation qu'ils avaient établie avec eux, étant trop occupés à les faire manger et à surveiller la possibilité de fausse route des aliments vers les poumons.

Par ailleurs, le manque d'informations ou les fausses présomptions voilent les solutions et nuisent à l'engagement des proches envers leurs aînés. Par exemple, parce qu'ils ont de mauvaises informations face aux impacts de la surdité et des troubles de la communication et qu'ils ont peu de stratégies et de soutien en ce qui concerne les troubles de la déglutition, les proches pensent que les difficultés vécues sont immuables. Ils les attribuent à tort à des éléments comme le manque d'efforts ou de bon vouloir et ont souvent tendance à se désengager de leur implication auprès des aînés. Or, un meilleur accompagnement ainsi qu'une meilleure transmission de l'information concernant les troubles de la communication, de l'audition et de la déglutition permettrait à ces proches de mieux comprendre le rôle qu'ils ont à jouer comme interlocuteur privilégié ainsi que les pistes de solutions qui peuvent parfois être à portée de main.

Si les familles sont outillées pour mieux comprendre les besoins des usagers et que des services de soutien par des professionnels formés aux aides et stratégies de communication et de déglutition sont offerts au domicile, les chances que l'expérience du maintien à domicile se vive positivement sont immédiatement augmentées. Dans un tel contexte, l'apport de l'orthophoniste et de l'audiologiste est primordial dans la réponse aux besoins des usagers.

Vers des pistes de solutions : l'apport essentiel des audiologistes et des orthophonistes.

Les orthophonistes et audiologistes sont en mesure d'aider les familles à rétablir la communication, la maintenir ou l'améliorer. Par un enseignement aux proches, par l'adaptation de l'environnement et par l'introduction de moyens facilitants (par exemple des prothèses auditives ou un tableau de communication), la communication peut être grandement améliorée. L'apprentissage de l'utilisation d'images que l'aîné peut pointer pour se faire comprendre ou d'autres méthodes et moyens à utiliser lors de problèmes de communication sévères facilitent grandement la tâche du proche aidant. Les orthophonistes et audiologistes aideront en outre les aînés et leurs proches à trouver des activités permettant un échange agréable sans qu'il ne soit centré nécessairement sur les échanges verbaux.¹⁵ Les familles comprendront que les problèmes de communication de la personne ne signifient pas que la personne ne veut plus être en relation ou communiquer.

Les aînés et leur famille doivent donc avoir accès à des services conformes à leurs besoins. Actuellement, l'offre de services de certains professionnels est lacunaire en maintien à domicile, dont les orthophonistes et audiologistes et les services aux aînés s'en trouvent directement affectés. Ainsi, même si une famille souffre de ne pas communiquer avec une personne âgée ayant un trouble de communication, la mise en place de services en orthophonie faciliterait la communication familiale, permettrait de diminuer les besoins en répit et l'épuisement des proches.

Si des services appropriés deviennent disponibles, l'offre de services sera mieux ciblée et les intervenants répondront davantage aux besoins des aînés et de leurs proches aidants. Les services que peuvent offrir les orthophonistes et audiologistes sont encore peu connus des infirmières, des médecins et des intervenants pivots.² L'OAAQ considère essentiel de présenter et illustrer concrètement les services-conseils que les professionnels qu'ils représentent peuvent offrir. Les intervenants rencontrant les familles pourront mieux référer les usagers en fonction des besoins.

Il nous apparaît aussi important de souligner que les effectifs des services à domicile doivent travailler de pair avec ceux des centres de jour. Les personnes de ces centres réclament des formations afin d'être mieux outillées pour répondre aux besoins des personnes fréquentant leur centre et présentant des besoins communicatifs.¹⁸ À titre d'exemple, le manque de connaissance de la part des préposés des difficultés qu'éprouvent les aînés malentendants avec l'utilisation fonctionnelle du téléphone ou avec la détection des sonneries et bruits de l'environnement rend l'organisation et la prise de rendez-vous très difficiles. Il en est de même des personnes ayant de la difficulté à noter un rendez-vous donné au téléphone. L'absence, chez l'intervenant, de connaissance et d'utilisation d'aides techniques ou de stratégies de communication appropriées est parfois interprétée comme un refus de service. Une formation adéquate du personnel sur la communication avec des personnes ayant des troubles de la communication et de l'audition devrait être offerte par des professionnels (orthophonistes, audiologistes) des CLSC pour faciliter le maintien à domicile.

Par ailleurs, les services à domicile doivent être en lien avec les services offerts dans la communauté, dont plusieurs sont maintenant subventionnés par l'APPUI (L'Appui pour les proches aidants d'aînés). Il faut minimalement consacrer plus de ressources et de professionnels aux services offerts par les organisations à but non lucratif (OBNL) ou bonifier largement les services offerts dans les CLSC. Nous croyons que l'offre de services et la coordination des services mobiles devraient être l'apanage des CLSC. Les cliniciens seraient ainsi en mesure d'offrir, en équipe, un service de qualité centré sur les besoins et d'assurer un suivi selon une démarche clinique.

Plus spécifiquement, le rôle des orthophonistes et des audiologistes est, entre autres de:

- Identifier quels sont les troubles de communication que la personne présente (par exemple, aphasie, dysarthrie, des troubles cognitivo-communicatifs reliés à des atteintes de l'hémisphère droit et des troubles communicatifs complexes associés à de la démence.¹⁷).
- Identifier les stratégies de communication fonctionnelles spécifiques à chaque personne et famille²⁻²⁰ ainsi que ses besoins de communication selon le modèle du PPH ou de la CIF.¹¹
- Évaluer l'audition et les besoins reliés et identifier ce qui peut nuire à la sécurité à domicile et à l'autonomie au plan auditif ou ce qui peut nuire au continuum de soins et aux services à domicile (aspects communications et détections des signaux sonores et sonneries de

l'environnement, utilisation fonctionnelle du téléphone pour la confirmation des rendez-vous).

- Faire les recommandations nécessaires pour les aides de suppléance à l'audition.
- Renseigner et supporter les personnes concernant les programmes payeurs existants (RAMQ, CSST, Vétérans, etc.) pour les besoins en suppléance à l'audition.
- Évaluer les besoins spécifiques de suppléance à la communication et à l'audition et faire les recommandations d'aides techniques à la communication orale ou non orale et à l'audition.
- Déployer des services publics de première ligne accessibles à la population et de proximité en audiologie (incluant des programmes de dépistage locaux, supervisés par des audiologistes). Ceci permettrait une évaluation objective des besoins et la possibilité de trouver des solutions auditives appropriées à l'individu, à son environnement, à sa motivation et au support disponible dans son réseau, l'appareil auditif n'étant pas une fin en soi de son intervention, mais bien l'une des solutions pouvant être retenues.
- Former les proches et les intervenants à la communication adaptée avec une personne aînée qui présente un trouble de la communication ou un trouble de l'audition.
- Former les proches et les intervenants aux stratégies et techniques d'alimentation, dans le but de rendre conviviale l'heure du repas, en laissant une place aux échanges communicatifs.
- Conseiller l'équipe des soins sur les stratégies visant à minimiser les risques d'aspiration, à faciliter la consommation d'aliments et de breuvages et à ainsi contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel. Il s'agit non seulement de proposer des modifications de textures et de consistances, mais également d'évaluer et de proposer des manœuvres et des techniques sensorielles, incluant des techniques comportementales et cognitives, des techniques de positionnement et de posture ainsi que des stratégies externes telles que le soutien aux aidants et la modification de l'environnement²⁶.

5- Orientation 3 : Des environnements sécuritaires et accueillants - l'appui de l'ensemble de la société

L'OOAQ est en faveur de l'ouverture et de l'inclusion. Lorsqu'on pense à l'amélioration des services aux aînés, on pense souvent aux services de santé. Néanmoins, l'OOAQ est d'avis qu'il faut aller plus loin pour favoriser le « vivre ensemble ». En effet, pour donner appui à une plus grande autonomie de nos aînés, il faut prendre en considération qu'ils sont aussi des consommateurs de services publics (banques, cinéma, institution gouvernementale, centres communautaires, restaurants, centres commerciaux, etc.). Toute personne, institution publique ou privée, entrepreneur ou autre, qui est susceptible d'accueillir une clientèle aînée devrait être davantage au fait des besoins de celle-ci. Dans un contexte de vieillissement de la population, les services publics et privés doivent s'assurer que cette clientèle, de plus en plus importante, bénéficiera d'un personnel formé à répondre aux besoins liés aux troubles de la communication

et d'audition. L'expertise et la contribution unique offerte par les orthophonistes et les audiologistes doivent être davantage mises à profit, tant directement auprès de la clientèle qu'à titre d'experts-conseils là où sont les besoins (au sein même des CHSLD pour les personnes institutionnalisées, dans les CLSC, dans les milieux communautaires ainsi que, plus largement, au sein des institutions dispensaires de services).

L'OOAQ est en outre d'avis qu'il faut à tout prix repenser les environnements sociaux, de la même façon qu'on le fait pour la mobilité des personnes avec un handicap physique ou encore pour favoriser le transport collectif. À titre d'exemple, beaucoup d'ainés avec des problèmes auditifs décident de rester davantage à la maison, puisqu'il leur est plus difficile de décoder leur environnement sonore avec exactitude, ce qui crée de l'insécurité et de l'anxiété dans les déplacements (ex : craindre de ne pas entendre une voiture qui s'en vient). D'autres vont éviter de participer à des activités de loisir, de peur de ne pas être compris par le personnel en service. De nombreux services, qui sont de plus en plus automatisés et sont en continuelle mutation sont d'ailleurs de plus en plus fréquemment mal adaptés à la clientèle aînée (de par leur complexité en termes d'usage ou de quantité d'informations).

Finalement, que les services soient offerts par des personnes bénévoles ou par des travailleurs offrant des services dans la communauté (par exemple, chauffeurs d'autobus, employés des CLSC, employés à la pharmacie, employés d'une banque, etc.), des formations doivent être offertes à ces intervenants afin de faciliter les contacts avec les personnes ayant des troubles de communication ou de l'audition, avec ou sans autre problème de santé. Les personnes dans la communauté sont en effet souvent mal à l'aise de communiquer avec une personne ayant un trouble de communication, ce qui contribue à l'isolement de ces dernières. Par exemple, la formation au transport adapté pour faciliter les interactions avec les personnes ayant un trouble de communication³⁰ qui est offerte actuellement, comble un besoin important qui avait été manifesté par les employés et l'employeur lui-même. Les chauffeurs qui ont reçu la formation ont apprécié et aimeraient même aller plus loin dans leurs apprentissages de stratégies pour mieux communiquer. Les analyses sur l'efficacité de la formation sont en cours, mais l'analyse préliminaire des enregistrements vidéo de l'interaction chauffeur-personne ayant un trouble de communication nous suggère que les échanges sont plus agréables.

Une société plus inclusive avec des personnes mieux formées permettra aux personnes ayant un trouble de communication d'y rester plus actives et heureuses, apportera du répit aux proches et les encouragera à garder auprès d'eux la personne qui présente des troubles de communication et d'audition.

Conclusion

Vieillir et vivre ensemble, c'est tendre vers une pleine participation sociale de nos aînés

Sur le plan de l'accessibilité, on se préoccupe souvent des personnes à mobilité réduite, sans doute parce que leurs besoins sont apparents et les handicaps plus visibles. L'OOAQ réitère que pour un plan d'action efficace et global, le gouvernement doit s'attarder aussi aux personnes à « **communication réduite** ». Les difficultés d'audition, de communication et de déglutition sont des obstacles à l'autonomie et à la pleine participation sociale de nos aînés. N'est-il pas grand temps que l'on s'en préoccupe ? Ceci demande avant tout une volonté de tous les paliers de gouvernement et la concertation de tous les partenaires et acteurs des milieux municipaux, des affaires, de la santé et des groupes communautaires.

Pour l'OOAQ, une réponse globale à un défi de société s'impose. Tous les audiologistes et les orthophonistes du Québec réitèrent leur entière collaboration et offrent leur expertise en matière de prévention, de formation, de sensibilisation et en soutien direct pour que vieillir et vivre ensemble soit l'objectif visé par l'ensemble de la collectivité québécoise.

Pour de l'information plus spécifique sur les actions et pistes de solutions à envisager pour la clientèle aînée institutionnalisée, l'OOAQ vous réfère à son mémoire déposé dans le cadre de la consultation du Ministère de la Santé en ce qui concerne les [meilleures pratiques en CHSLD et en soutien à domicile](#) (novembre 2016)

L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) est un organisme régi par le *Code des professions* dont la mission est d'assurer la protection du public au regard du domaine d'exercice de ses membres soit les troubles de la communication et de l'audition. Il est notamment chargé de surveiller l'accès aux professions d'orthophoniste et d'audiologiste, de soutenir le maintien et le développement de la compétence de ses membres ainsi que de surveiller leur exercice professionnel. L'OOAQ contribue également à l'amélioration de la qualité de vie de la population québécoise en s'impliquant dans différents dossiers publics en lien avec la santé et l'éducation. Au Québec, l'orthophonie et l'audiologie sont des professions réglementées depuis plus de cinquante ans (1964).

L'OOAQ est une organisation en croissance qui comptait 427 audiologistes et 2 574 orthophonistes au 31 mars 2017. Il s'agit d'une augmentation de plus de 72 % de ses membres depuis les dix dernières années. L'OOAQ est un ordre à titres et à activités réservés, comme défini par le *Code des professions* (L.R.Q., chapitre C-26). Il faut donc être membre de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec pour porter le titre et exercer les activités réservées.

Bibliographie

1. Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R.J., Clermont, B. & MacGibbon. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 12, 1555-62.
2. Beaudoin, N., De Serres, L., Forté, D., Julien, M. et Bouchard, D. (2016, 2^e éd.) La communication avec la personne handicapée. Dans Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (Édit), *La communication professionnelle en santé*. Montréal : Pearson-ERPI. (p. 473-496)
3. Boissonneault, J., Le Dorze, G., Julien, M. & Généreux, S. (2000). Maintenir des liens avec un mari aphasique en CHSLD : deux études de cas. 22, n° 4, 21-26.
4. Buckwalter, K.C., Cusack, D., Kruckeberg, T. & Shoemaker, A. (1991). Family Involvement with Communication-Impaired Residents in Long-Term Care Settings. *Applied Nursing Research*, 4, (2), 77-84.
5. Chartrand, M.S., (2001A, January-February). Cognitive Manifestations in Unmitigated Hearing Loss. *The Hearing Professional*, pp. 11-13.
6. Cohen-Mansfield, J., & Taylor, J. W. (2004). Hearing aid use in nursing homes, Part 2: Barriers to effective utilization of hearing aids. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(5), 289-296.
7. Croteau, C. (2016). Home services in social speech-language pathology for people with aphasia and their family. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59, e36.
8. Flowers, H.L. et coll. (2013). The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *Journal of Communication Disorders* 46, 238–248
9. Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A., et St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: Conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21, 127–141.
10. Gagné, J.P., Leroux, T., Belzile, S., Forget, S., Gendron, M., McDuff, S., Tremblay, J.P. (2014) Recension des écrits sur l'utilisation des aides auditives par la personne âgée.
11. Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 15-28.
12. <http://www.aphasie.ca/19/fr/nouveau/sappaprojet>
13. <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942550§ion=Overview>

14. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillesse-aines/publications/publications-grand-public/bien-communiquer-aines-faits-conseils-idees/public-vaste-pleine-croissance-diversifie.html>
15. www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=1051305&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=35
16. http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2016/08/powerpoints_fr/CSBPR_TACLS_Section6.1_Communication_FIN_AL_Formatted_FR.pdf
17. Julien, M. (2015) Communiquer avec une personne ayant des troubles sévères de la communication suite à une atteinte neurologique. Formation offerte par le CEVQ et reconnue par l'OIIQ et l'OPPQ.
18. Julien, M., Tremblay, J., Navenec, C., Getty, L., Audet, P. et Le Dorze, G. (2002). Travailler en centre de jour avec une clientèle ayant des capacités de communication limitées : le point de
19. Lam, J.M. et Wodchis, W.P. (2010). The Relationship of 60 Disease Diagnoses and 15 Conditions to Preference-Based Health-Related Quality of Life in Ontario Hospital-Based Long-Term Care Residents. *Medical Care*, 48, (4), 380-387.
20. Le Dorze, G., Julien, M., Généreux, S., Larfeuil, C., Navenec, 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.
21. Lesage, J. (2003). Étude comparative des besoins des proches visitant un parent âgé institutionnalisé présentant ou non une déficience de la communication. Travail dirigé non-publié sous la direction de Guylaine Le Dorze complété en vu de la Maîtrise en Orthophonie, Université de Montréal. vue des intervenants. *Le Gérontophile*, 24 (2), 27-33.
22. Life Participation approach to Aphasia: A statement of Values for the Future, par le LPAA Project Group*, ASHA Leader, Vol. 5 no.3, 2000, p.4-6.
23. Lubinski, R. (2006). Professionalism in long-term care settings. *J Commun Disord.*, 39(4):292-300.
24. Organisation mondiale de la santé (2001). Approche multidimensionnelle à la classification internationale du fonctionnement et du handicap (CIF).
25. Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., et Zanetti, O. (2010). Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(1), 54-58.

26. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (2010) Oral Feeding Difficulties and Dilemmas: particularly towards the end of life. Royal College of Physicians & British Society of Gastroenterology, London. In <http://www.bgs.org.uk/good-practice-guides/resources/goodpractice/bpgdysphagia>
27. Simard, A., (2001) Les besoins des proches visiteurs de personnes aphasiques institutionnalisées en CHSLD. Travail dirigé non-publié sous la direction de Guylaine Le Dorze complété en vu de la Maîtrise en Orthophonie, Université de Montréal.
28. Simmons-Mackie, N. (2009) Thinking Beyond Language: Intervention for Severe Aphasia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 19, 15-22.
29. Simmons-Mackie N., Raymer A, Armstrong E, Holland A, & Cherney L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medecine and Rehabilitation*, 12, 1814-1837.
30. Tessier, A., & Croteau, C. (2016, September). Development and description of the impact of training to facilitate trade in public places for people with a communication disorder. In *INTERNATIONAL JOURNAL OF STROKE* (Vol. 11, pp. 77-78).
31. Tremblay, J., Petit, M., Larfeuil, C., et Le Dorze, G. (2002). Malgré l'aphasie et l'institutionnalisation... renouée avec soi et avec sa famille. *Gérontophile*, 24, (2) 19-25

Annexe 1 : Champs d'exercice et activités réservées des orthophonistes au Québec

L'orthophonie est une profession à titre réservé et à activités réservées. Il faut donc être membre de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec pour porter le titre et exercer les activités réservées. C'est l'inscription au tableau des membres de l'Ordre, et non le diplôme, qui donne ce droit d'exercer la profession.

L'exercice de l'orthophonie est régi par le *Code des professions*. Comme stipulé à l'article 37, le champ d'exercice de l'orthophoniste consiste à évaluer les fonctions du langage, de la voix et de la parole, déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain dans son environnement. L'évaluation physiologique de la fonction oro-pharyngée fait aussi partie de l'expertise de l'orthophoniste.

L'article 37.1 présente les activités qui sont réservées à l'orthophoniste :

- Évaluer les troubles du langage, de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophoniques;
- Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi;
- Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Intervention des orthophonistes auprès de la personne âgée

Auprès de l'utilisateur l'orthophoniste :

- Prévient et identifie les problèmes de communication orale ou écrite ainsi que de trouble de la déglutition;
- Évalue la nature, l'étendue et la gravité des troubles de la communication et de la déglutition dans le but de formuler une conclusion orthophonique ;
- Détermine un plan de traitement et d'intervention orthophonique dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication et la déglutition ;
- Établit les objectifs spécifiques prioritaires de la thérapie ;
- Améliore les habiletés de communication et de déglutition de l'utilisateur, améliore ou corrige les aspects atteints de son langage oral ou écrit ainsi que de la déglutition;
- Suggère des moyens d'adaptation et enseigne l'utilisation d'outils technologiques pour pallier aux difficultés de communication et de déglutition.

Auprès des proches et des intervenants de la communauté, l'orthophoniste:

- Enseigne des stratégies et des attitudes propices à une communication efficace ;
- Fait participer activement les proches dans le processus de rééducation dans le cadre des thérapies et par le travail à domicile ;
- Soutient les proches dans l'acceptation des limites de l'utilisateur
- Joue le rôle d'agent de prévention en matière de trouble de la communication et de la déglutition auprès de l'ensemble de la communauté.

Annexe 2 : Champs d'exercice et activités réservées des audiologistes au Québec

L'audiologie est une profession à titre réservé et à activités réservées. Il faut donc être membre de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec pour porter le titre et exercer les activités réservées. C'est l'inscription au Tableau des membres de l'Ordre, et non le diplôme, qui donne ce droit d'exercer la profession.

L'exercice de l'audiologie est régi par le *Code des professions*. Comme stipulé à l'article 37, le champ d'exercice de l'audiologiste consiste à évaluer les fonctions de l'audition, déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain dans son environnement.

L'article 37.1 présente les activités qui sont réservées à l'audiologiste :

- Évaluer les troubles de l'audition dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention audiologiques;
- Ajuster une aide auditive dans le cadre d'une intervention audiolinguistique;
- Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi;
- Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Intervention des audiologistes

Le travail de l'audiologiste consiste à :

- Identifier, évaluer et participer à la réadaptation des personnes de tous âges ayant des troubles de l'audition et du système vestibulaire ;
- Prévenir et traiter les troubles d'audition à la suite d'une exposition prolongée au bruit;
- Évaluer les besoins d'une personne malentendante et convenir d'un plan d'intervention, en collaboration avec sa famille, afin de diminuer les impacts du problème auditif sur les différentes habitudes de vie;
- Évaluer et participer à la réadaptation des personnes ayant des acouphènes (tintement, bourdonnement ou sifflement dans les oreilles), de l'hyperacousie et de la misophonie;
- Dépister, évaluer et intervenir auprès de personnes ayant des troubles du système vestibulaire afin de réduire les situations où elles éprouvent des difficultés causées par leur trouble;
- Recommander un appareil auditif et évaluer les bénéfices qu'il procure;

- Proposer des aides de suppléance à l'audition (des écouteurs sans fil pour écouter la télévision, des téléphones amplifiés, des aménagements au domicile, etc.) et expliquer l'utilisation de ces appareils;
- Enseigner, à la personne touchée par une déficience auditive et à son entourage, des stratégies de communication plus efficaces comme se rapprocher de la personne à qui l'on parle, parler plus lentement, contrôler le bruit ambiant et l'éclairage, etc.;
- Orienter la personne malentendante vers d'autres ressources lorsque nécessaire;
- Participer à l'évaluation et à la gestion d'environnements acoustiques en milieu scolaire, de travail ou dans des lieux publics;
- Prendre part à des activités et à la mise en œuvre de programmes de prévention et de sensibilisation de la surdité.