

# Pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive en milieu d'hébergement de longue durée

Données détaillées sur les pratiques

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à  
l'amélioration des modes d'intervention –  
services sociaux et santé mentale



# TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>LES PRATIQUES CLINIQUES ESSENTIELLES À LA PRISE EN CHARGE DES<br/>DIFFICULTÉS D'AUDITION DE LA PERSONNE HÉBERGÉE .....</b>             | <b>1</b>  |
| <b>1 LE DÉPISTAGE DES DIFFICULTÉS D'AUDITION.....</b>                                                                                     | <b>1</b>  |
| 1.1 Description de la pratique .....                                                                                                      | 1         |
| 1.2 Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                         | 1         |
| 1.3 Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                               | 2         |
| 1.3.1 Revue systématique.....                                                                                                             | 5         |
| 1.4 Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                       | 6         |
| 1.5 Synthèse de la dimension économique .....                                                                                             | 7         |
| 1.6 Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                        | 8         |
| 1.7 Propositions de recommandations .....                                                                                                 | 9         |
| 1.7.1 Recommandations .....                                                                                                               | 10        |
| 1.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la<br>valeur du dépistage des difficultés d'audition ..... | 10        |
| <b>2 LE NETTOYAGE DES CONDUITS AUDITIFS .....</b>                                                                                         | <b>11</b> |
| 2.1 Description de la pratique .....                                                                                                      | 11        |
| 2.2 Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                         | 11        |
| 2.3 Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                               | 11        |
| 2.3.1 Revue systématique.....                                                                                                             | 12        |
| 2.4 Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                       | 13        |
| 2.5 Synthèse de la dimension économique .....                                                                                             | 13        |
| 2.6 Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                        | 14        |
| 2.7 Propositions de recommandations .....                                                                                                 | 14        |
| 2.7.1 Recommandations .....                                                                                                               | 15        |
| 2.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la<br>valeur du nettoyage des conduits auditifs .....      | 15        |
| <b>3 LES STRATÉGIES DE COMMUNICATION.....</b>                                                                                             | <b>16</b> |
| 3.1 Description de la pratique .....                                                                                                      | 16        |
| 3.2 Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                         | 16        |
| 3.3 Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                               | 16        |
| 3.3.1 Revue systématique.....                                                                                                             | 18        |
| 3.4 Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                       | 20        |
| 3.5 Synthèse de la dimension économique .....                                                                                             | 21        |
| 3.6 Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                        | 21        |

|                                                                                             |                                                                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.7                                                                                         | Propositions de recommandations .....                                                                                                                   | 21        |
| 3.7.1                                                                                       | Recommandation .....                                                                                                                                    | 22        |
| 3.7.2                                                                                       | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur des stratégies de communication .....                                | 22        |
| <b>LES PRATIQUES CLINIQUES À CONSIDÉRER SELON LES BESOINS DE LA PERSONNE HÉBERGÉE .....</b> |                                                                                                                                                         | <b>24</b> |
| 4                                                                                           | <b>LES AIDES AUDITIVES : APPAREILS AUDITIFS ET AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION.....</b>                                                                | <b>25</b> |
| 4.1                                                                                         | Description des pratiques .....                                                                                                                         | 25        |
| 4.2                                                                                         | Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                                           | 27        |
| 4.2.1                                                                                       | Accessibilité .....                                                                                                                                     | 28        |
| 4.3                                                                                         | Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                                                 | 28        |
| 4.3.1                                                                                       | Revue systématique.....                                                                                                                                 | 29        |
| 4.4                                                                                         | Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                                         | 31        |
| 4.5                                                                                         | Synthèse de la dimension économique .....                                                                                                               | 32        |
| 4.6                                                                                         | Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                                          | 32        |
| 4.6.1                                                                                       | Acceptabilité .....                                                                                                                                     | 33        |
| 4.7                                                                                         | Propositions de recommandations .....                                                                                                                   | 34        |
| 4.7.1                                                                                       | Recommandations .....                                                                                                                                   | 34        |
| 4.7.2                                                                                       | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur des aides auditives (appareils auditifs et ASA).....                 | 35        |
| 5                                                                                           | <b>LES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES POUR LA PERSONNE HÉBERGÉE ET LES PERSONNES PROCHES AIDANTES.....</b>                                                    | <b>36</b> |
| 5.1                                                                                         | Description de la pratique .....                                                                                                                        | 36        |
| 5.2                                                                                         | Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                                           | 36        |
| 5.3                                                                                         | Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                                                 | 37        |
| 5.3.1                                                                                       | Revue systématique.....                                                                                                                                 | 37        |
| 5.4                                                                                         | Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                                         | 42        |
| 5.5                                                                                         | Synthèse de la dimension économique .....                                                                                                               | 42        |
| 5.6                                                                                         | Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                                          | 42        |
| 5.7                                                                                         | Propositions de recommandations .....                                                                                                                   | 43        |
| 5.7.1                                                                                       | Recommandation .....                                                                                                                                    | 44        |
| 5.7.2                                                                                       | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur des interventions éducatives pour la personne hébergée et les PPA... | 44        |
| 6                                                                                           | <b>LE SOUTIEN ÉMOTIONNEL .....</b>                                                                                                                      | <b>45</b> |
| 6.1                                                                                         | Description de la pratique .....                                                                                                                        | 45        |
| 6.2                                                                                         | Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                                           | 45        |

|                                                                                             |                                                                                                                                                          |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.3                                                                                         | Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                                                  | 46        |
| 6.3.1                                                                                       | Revue systématique.....                                                                                                                                  | 47        |
| 6.4                                                                                         | Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                                          | 48        |
| 6.5                                                                                         | Synthèse de la dimension économique .....                                                                                                                | 49        |
| 6.6                                                                                         | Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                                           | 49        |
| 6.7                                                                                         | Propositions de recommandations .....                                                                                                                    | 49        |
| 6.7.1                                                                                       | Recommandations .....                                                                                                                                    | 50        |
| 6.7.2                                                                                       | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur du soutien émotionnel.....                                            | 50        |
| <b>LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES EN RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES HÉBERGÉES.....</b> |                                                                                                                                                          | <b>51</b> |
| 7                                                                                           | <b>LA GESTION DES AIDES AUDITIVES PAR LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT .....</b>                                                                                | <b>52</b> |
| 7.1                                                                                         | Description de la pratique .....                                                                                                                         | 52        |
| 7.2                                                                                         | Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                                            | 52        |
| 7.3                                                                                         | Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                                                  | 53        |
| 7.4                                                                                         | Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                                          | 54        |
| 7.4.1                                                                                       | Stratégies organisationnelles pour prévenir les bris et les pertes des aides auditives .....                                                             | 55        |
| 7.4.2                                                                                       | Stratégies organisationnelles pour assurer un entretien de base permettant un bon fonctionnement des aides auditives .....                               | 55        |
| 7.4.3                                                                                       | Stratégies organisationnelles pour assurer la vérification et l'ajustement des aides auditives par un professionnel de l'audition .....                  | 56        |
| 7.4.4                                                                                       | Stratégies organisationnelles pour favoriser l'amélioration continue dans la gestion des aides auditives .....                                           | 56        |
| 7.5                                                                                         | Synthèse de la dimension économique .....                                                                                                                | 56        |
| 7.6                                                                                         | Synthèse de la dimension socioculturelle.....                                                                                                            | 57        |
| 7.7                                                                                         | Propositions de recommandations .....                                                                                                                    | 57        |
| 7.7.1                                                                                       | Recommandation.....                                                                                                                                      | 58        |
| 7.7.2                                                                                       | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la gestion des aides auditives par les milieux d'hébergement ..... | 58        |
| 8                                                                                           | <b>L'ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT .....</b>                                                                                                             | <b>59</b> |
| 8.1                                                                                         | Description de la pratique .....                                                                                                                         | 59        |
| 8.2                                                                                         | Synthèse de la dimension populationnelle.....                                                                                                            | 59        |
| 8.3                                                                                         | Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                                                  | 62        |
| 8.4                                                                                         | Synthèse de la dimension organisationnelle.....                                                                                                          | 62        |
| 8.5                                                                                         | Synthèse de la dimension économique .....                                                                                                                | 64        |
| 8.6                                                                                         | Synthèse de la dimension socioculturelle.....                                                                                                            | 64        |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 8.7                                                                                 | Propositions de recommandations .....                                                                                                                                         | 65        |
| 8.7.1                                                                               | Recommandation .....                                                                                                                                                          | 65        |
| 8.7.2                                                                               | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de l'adaptation de l'environnement .....                                                   | 65        |
| <b>LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES EN SOUTIEN À L'ENSEMBLE DES PRATIQUES .....</b> |                                                                                                                                                                               | <b>67</b> |
| 9                                                                                   | LA FORMATION DU PERSONNEL, DES BÉNÉVOLES ET DES PERSONNES RESPONSABLES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES - RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL .....                                      | 68        |
| 9.1                                                                                 | Description de la pratique .....                                                                                                                                              | 68        |
| 9.2                                                                                 | Synthèse de la dimension populationnelle .....                                                                                                                                | 68        |
| 9.3                                                                                 | Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                                                                       | 69        |
| 9.4                                                                                 | Synthèse de la dimension organisationnelle .....                                                                                                                              | 69        |
| 9.4.1                                                                               | Éléments contextuels .....                                                                                                                                                    | 72        |
| 9.5                                                                                 | Synthèse de la dimension économique .....                                                                                                                                     | 72        |
| 9.6                                                                                 | Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                                                                | 73        |
| 9.7                                                                                 | Propositions de recommandations .....                                                                                                                                         | 73        |
| 9.7.1                                                                               | Recommandation .....                                                                                                                                                          | 74        |
| 9.7.2                                                                               | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF ..... | 74        |
| 10                                                                                  | LA PERSONNE-RESSOURCE .....                                                                                                                                                   | 76        |
| 10.1                                                                                | Description de la pratique .....                                                                                                                                              | 76        |
| 10.2                                                                                | Synthèse de la dimension populationnelle .....                                                                                                                                | 77        |
| 10.3                                                                                | Synthèse de la dimension clinique .....                                                                                                                                       | 77        |
| 10.3.1                                                                              | Revue systématique .....                                                                                                                                                      | 77        |
| 10.4                                                                                | Synthèse de la dimension organisationnelle .....                                                                                                                              | 78        |
| 10.4.1                                                                              | Revue systématique .....                                                                                                                                                      | 79        |
| 10.4.2                                                                              | Compétences et formation requises .....                                                                                                                                       | 80        |
| 10.4.3                                                                              | Types et nombre d'intervenants .....                                                                                                                                          | 81        |
| 10.5                                                                                | Synthèse de la dimension économique .....                                                                                                                                     | 81        |
| 10.6                                                                                | Synthèse de la dimension socioculturelle .....                                                                                                                                | 82        |
| 10.7                                                                                | Propositions de recommandations .....                                                                                                                                         | 82        |
| 10.7.1                                                                              | Recommandations .....                                                                                                                                                         | 83        |
| 10.7.2                                                                              | Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la personne-ressource .....                                                             | 83        |
| <b>RÉFÉRENCES .....</b>                                                             |                                                                                                                                                                               | <b>85</b> |

**LES PRATIQUES CLINIQUES  
ESSENTIELLES À LA PRISE EN CHARGE  
DES DIFFICULTÉS D'AUDITION DE LA  
PERSONNE HÉBERGÉE**



# 1 LE DÉPISTAGE DES DIFFICULTÉS D'AUDITION

## 1.1 Description de la pratique

À la suite de l'observation de comportements laissant présager la présence de difficultés chez une personne, le dépistage est une « activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué [...] des personnes qui en sont probablement exemptes » [Office des professions du Québec, 2021\*]. Il est à noter que le dépistage des difficultés d'audition se distingue de l'évaluation de l'audition, qui implique entre autres de décrire les capacités auditives et de communiquer les conclusions de l'évaluation. Dans le cadre de cet avis, les objectifs sont notamment d'identifier les personnes hébergées qui présentent des difficultés auditives potentielles, de les orienter vers différentes pratiques et d'assurer ultérieurement les suivis pertinents, afin de répondre à leurs besoins en temps opportun. Seul l'aspect du dépistage des difficultés d'audition est donc abordé dans cette section.

## 1.2 Synthèse de la dimension populationnelle

- Tant chez la population âgée générale que celle vivant en milieu d'hébergement de longue durée (MHLD), la nécessité de dépister les difficultés d'audition est soulignée par de nombreuses organisations afin de pouvoir mettre en place des interventions appropriées ([American Academy of Audiology, 2020\*; Action on Hearing Loss, 2018\*-a; National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*] et consultations).
- En MHLD, les personnes ont tendance à sous-estimer ou à ne pas reconnaître leurs difficultés d'audition [Hopper *et al.*, 2016]. Pourtant, il est suggéré que plus de 80% des personnes âgées qui y vivent ont de tels problèmes [Weinstein, 2013].
- Le dépistage des difficultés d'audition chez les personnes hébergées, et la prise en charge qui en découle, pourraient prévenir diverses conséquences qui lui sont associées telles que la prévention du déclin cognitif et fonctionnel de la personne âgée (p. ex. risque de chutes, isolement social, trouble du comportement) ainsi que la promotion d'une meilleure qualité de vie ([Agency for Healthcare Research and Quality, 2020\*; American Academy of Audiology, 2020\*; Höbler *et al.*, 2018; Ferreira *et al.*, 2016; NHS England, 2015\*] et consultations).
- Plusieurs associations savantes recommandent de réaliser le dépistage des difficultés d'audition auprès de différents groupes populationnels (sans égard à leur âge), dont les personnes qui présentent [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Academy of Doctors of Audiology, 2012\*] :
  - une déficience intellectuelle;
  - une suspicion ou un diagnostic de trouble neurocognitif majeur;

- des comorbidités telles que le diabète;
- des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'exposition au bruit ou la prise de médicaments toxiques.
- Pour leur part, les personnes hébergées qui présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes devraient être dirigées vers les services d'audiologie, afin d'avoir un suivi rapproché : 1) des antécédents de surdité rapidement progressive ou de surdité unilatérale d'origine inconnue; 2) un niveau d'exposition au bruit potentiellement dommageable (p. ex. dans le cadre de leur travail antérieur, à la maison ou lors d'activités récréatives) ou à des médicaments/produits chimiques ototoxiques; 3) un diagnostic préexistant de maladie de l'oreille et 4) une plainte de douleur à l'oreille, d'écoulement d'oreille ou de vertige [OMS, 2021]. Un suivi rapproché devrait également être réalisé en collaboration avec les personnes proches aidantes (PPA) dans le cas des personnes hébergées qui ne sont pas aptes à consentir à l'administration de soins.
- Pour certains sous-groupes, le dépistage présente des défis spécifiques :
  - certaines comorbidités (p. ex. trouble cognitif, trouble de santé mentale) peuvent être un frein à la perception des difficultés d'audition ou à la demande d'un dépistage. Plusieurs changements de comportements causés par les difficultés d'audition peuvent également relever d'un trouble neurocognitif majeur ([NHS England, 2017\*; Slaughter *et al.*, 2014] et consultations).
  - certains tests de dépistage sont moins faisables pour les personnes ayant des troubles cognitifs [Echalier et Action on Hearing Loss, 2012\*; Jupiter, 2012]. Les difficultés d'audition et les troubles cognitifs peuvent exacerber certains comportements comme l'agitation [Jupiter, 2012]. Néanmoins, des outils ou des adaptations existent pour réaliser le dépistage chez les personnes qui présentent un trouble cognitif léger, un trouble neurocognitif majeur ou une déficience intellectuelle (consultations).
- L'utilisation d'une approche fondée sur le jugement clinique des intervenants peut contribuer à cibler les personnes hébergées avec des difficultés d'audition qui sont les plus susceptibles de bénéficier d'une évaluation en audiologie, telles que les personnes âgées dont la condition auditive engendre des conséquences fonctionnelles importantes et qui témoignent d'une motivation à recevoir une intervention [Yueh et Piccirillo, 2021].

### 1.3 Synthèse de la dimension clinique

- De nombreuses sociétés savantes recommandent le dépistage pour identifier les personnes nécessitant une évaluation diagnostique [U. S. Preventive Services Task Force, 2020\*; National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; The Royal Australian College of General Practitioners, 2016\*; UK National Screening

Committee, 2016\*; Gagné *et al.*, 2015\*; Hearing Loss Association of America, 2015\*; American Academy of Family Physicians, 2012\*]. Si le résultat au dépistage initial s'avère positif, une évaluation en audiologie par un professionnel dûment formé devrait être offerte à la personne hébergée (consultations).

- Le dépistage des difficultés d'audition est important, afin de mettre en place les interventions appropriées le plus tôt possible, diminuer les risques de déclin associé à cette problématique et maximiser l'efficacité des interventions en santé auditive. Cela est d'ailleurs souligné par plusieurs organisations ([American Academy of Audiology, 2020\*; NHS England, 2017\*; NHS England, 2015\*] et consultations). Toutefois, le manque de lignes directrices universelles au sujet du dépistage des difficultés d'audition et son niveau de preuve limité pour soutenir le dépistage de celles-ci chez les personnes âgées posent des défis à recommander de manière systématique cette pratique [OMS, 2021].
- Diverses modalités, qui se sont avérées cliniquement utiles, ont été développées afin de réaliser le dépistage des difficultés d'audition ([Feltner *et al.*, 2021; Hsu *et al.*, 2021; Yueh et Piccirillo, 2021; Agency for Healthcare Research and Quality, 2020\*; OOAQ, 2019\*; NHS England, 2017\*; Strawbridge et Wallhagen, 2017] et consultations).
- Une revue systématique a répertorié 34 études qui évaluent les qualités psychométriques de différents tests de dépistage menés auprès des personnes âgées [Feltner *et al.*, 2021; Hsu *et al.*, 2021]. Les estimations varient considérablement en fonction des contextes des diverses études recensées :
  - Questions (single-question screening) :
    - Question directe (« Croyez-vous avoir des difficultés d'audition ? ») : pour détecter des difficultés d'audition modérées (>35 - 40 dB) : sensibilité = 80% et spécificité = 74%;
  - Questionnaires auto-rapportés :
    - *Hearing Handicap Inventory for the Elderly-. Screening (HHIE-S)* : Pour détecter des difficultés d'audition modérées (>40 dB) : sensibilité = 68% et spécificité = 78%;
  - Détection de sons légers :
    - Test du chuchotement (*Whisper test*) : Pour détecter des difficultés d'audition modérées (>40 dB) : la sensibilité varie entre 30 et 60% et la spécificité varie entre 80 et 98%;
  - Appareils portables émettant des sons de différentes tonalités (p. ex. *AudioScope*) :
    - pour détecter des difficultés d'audition modérées (>40 dB) : la sensibilité varie entre 94 et 100% et la spécificité varie entre 24 et 80%.

- Plusieurs de ces techniques ne nécessitent pas l'achat d'équipements spécifiques (p. ex. technique du chuchotement, frottement des doigts) [Strawbridge et Wallhagen, 2017]. Ces techniques peuvent être utilisées seules ou faire partie d'une batterie de tests plus large (p. ex. incluant les difficultés de vision).
- La perception des difficultés d'audition par la personne elle-même est rapportée comme l'une des caractéristiques critiques, afin de déterminer si celle-ci recherchera (ou non) de l'aide [Humes et Dubno, 2021]. Or, la perception des difficultés auditives par la personne elle-même apparaît peu fiable, puisque la sensibilité associée à l'emploi de mesures autorapportées tend à diminuer auprès des personnes âgées de 60 ans et plus [Angara *et al.*, 2021; Bainbridge et Wallhagen, 2014]. Il est donc conseillé de recourir à une combinaison d'outils pour réaliser le dépistage [Angara *et al.*, 2021]. L'utilisation combinée de questionnaires autorapportés (p. ex. *Hearing Handicap Inventory for Elderly – Screening [HHIE-S]* récemment traduit en français [Duchêne *et al.*, 2022]), de modalités réalisées par l'intervenant (p. ex. détection de sons de faible intensité avec le test du chuchotement [*Whisper test*]) et d'un otoscope, lorsque possible, peuvent contribuer à documenter l'impact des difficultés d'audition sur le fonctionnement quotidien d'une personne. Ces mesures peuvent également permettre d'identifier les personnes hébergées les plus susceptibles d'accepter/être motivées à recevoir une intervention [Höbler *et al.*, 2021].
- Des écrits récents indiquent que le test du chuchotement constitue une modalité particulièrement appropriée auprès des personnes qui ont des troubles cognitifs et qui vivent en MHLA [Höbler *et al.*, 2021; Wittich *et al.*, 2019]. Pour sa part, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) indique qu'une fois les questions directes et autorapportées utilisées, le test du chuchotement devrait être l'option à privilégier lorsque les modalités de détection des sons (p. ex. audiométrie tonale, *digit triplet-in-noise test*) ne sont pas disponibles [OMS, 2021].
- Bien que l'utilisation de l'otoscope et de techniques d'audiométrie constituent les modalités généralement indiquées pour réaliser le dépistage des difficultés d'audition [Höbler *et al.*, 2021; OMS, 2021], seuls les intervenants dûment formés peuvent avoir recours à ces techniques (consultations). Par ailleurs, diverses études laissent entendre que l'auto-évaluation serait davantage indiquée, que l'audiométrie par exemple, comme première étape à réaliser dans le processus de recherche d'aide d'une personne concernant ses difficultés d'audition potentielles [Carson, 2016; Mick et Pichora-Fuller, 2016]. L'intervenant est généralement invité à effectuer le dépistage dans une pièce calme et silencieuse, à s'assurer que le volume de sa voix est approprié selon l'outil de dépistage choisi et que la personne hébergée comprend les instructions, les questions de l'outil ainsi que toute autre information importante communiquée à ce sujet [Alzheimer Society, 2023; OMS, 2021].

- Diverses démarches peuvent être associées à la réalisation du dépistage, incluant au préalable la vérification et le nettoyage des conduits auditifs, si nécessaire ([OOAQ, 2019\*; 2017\*] et consultations).
- Les personnes consultées considèrent le dépistage comme étant plutôt efficace (consultations).
- Selon des associations savantes, la pratique du dépistage ne présente pas ou peu de risques pour les personnes hébergées, car il s'agit d'une pratique non invasive [Agency for Healthcare Research and Quality, 2020\*; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*]. Un nombre croissant de tests de dépistage est également disponible de manière virtuelle [Polyclinique de l'Oreille, 2023; Le réseau Vos Oreilles (Audioprothésistes), 2015]. Les risques associés à l'obtention d'un résultat faussement négatif ne sont pas abordés dans la recension actuelle.
- La *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* conclut que le rapport entre les avantages et les inconvénients du dépistage des difficultés d'audition chez les personnes âgées (qui ne rapportent pas de symptômes à cet effet) ne permet pas d'émettre une recommandation [U. S. Preventive Services Task Force *et al.*, 2021\*]. Une version préliminaire de cette déclaration a été commentée par de nombreux répondants publics qui ont estimé que, compte tenu des impacts de la déficience auditive (à la fois d'ordre financier et pour la qualité de vie), l'*USPSTF* devrait néanmoins recommander le dépistage.

### 1.3.1 Revue systématique

Dans le cadre de cet avis, deux études scientifiques examinent l'effet du dépistage des difficultés d'audition sur différents aspects liés aux appareils auditifs (c.-à-d. acquisition et utilisation ultérieure) [Linssen *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2011]. Ces études ont été menées auprès d'une population et au sein d'un contexte distincts de la population et du contexte ciblés dans cet avis (voir l'annexe E-2 du document *Annexes complémentaires* pour consulter les caractéristiques des études recensées et le processus d'appréciation de la preuve).

- Deux études, qui regroupent 2956 participants, examinent l'effet du dépistage des difficultés d'audition sur l'acquisition et l'utilisation ultérieure d'appareils auditifs. Les résultats de ces études rapportent des effets positifs, mais limités sur l'acquisition et l'utilisation d'appareils auditifs, à la suite du dépistage des difficultés d'audition. Les données suggèrent que :

*Le dépistage des difficultés d'audition auprès des personnes âgées a le potentiel de soutenir l'acquisition et l'utilisation ultérieure d'appareils auditifs – Niveau de preuve modéré.*

## 1.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- Le dépistage est une activité dont les étapes peuvent être réparties de façon variable entre les intervenants impliqués. L'objectif initial du dépistage, généralement simple et rapide, est de détecter (et non de mesurer) les difficultés d'audition, de mettre en place des stratégies de communication [Slaughter *et al.*, 2014; Liu *et al.*, 2011] et de référer à un professionnel de l'audition au besoin (consultations).
- La personne n'est référée au spécialiste pour une évaluation qu'en cas de déficience possible ([Höbler *et al.*, 2018; Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*] et consultations).
- Les écrits suggèrent que le dépistage des difficultés d'audition ne serait pas systématiquement réalisé auprès des personnes âgées (p. ex. lors des examens médicaux) [DeJonckheere *et al.*, 2021; Hsu *et al.*, 2021; Bentur *et al.*, 2012].
- L'OMS émet notamment quelques recommandations au sujet de la fréquence du dépistage des difficultés d'audition auprès de la population adulte à partir de l'âge de 50 ans : sur une base quinquennale entre l'âge de 50 et 64 ans et sur une base annuelle à triennale à partir de l'âge de 65 ans [OMS, 2021]. Plus spécifiquement au sein des milieux d'hébergement, la réalisation d'un dépistage auprès de tous les résidents sur une base régulière (p. ex. à leur admission) et de manière périodique par la suite (p. ex. sur une base annuelle) est suggérée par diverses organisations (p. ex. *Centers for Medicare & Medicaid Services*) [Meyer et Hickson, 2020\*; Höbler *et al.*, 2018; NHS England, 2017\*].
- Lors d'un dépistage positif, il est nécessaire pour chaque milieu de clarifier la trajectoire d'accès à une évaluation plus poussée (p. ex. nécessité ou non d'une prescription médicale, ressources au public vs en privé, rendez-vous conjoints avec un audioprothésiste, un audiologiste et un oto-rhino-laryngologiste [ORL]); la référence en audiologie devrait pouvoir être réalisée facilement (consultations).
- Les références en centre de réadaptation en déficience physique sont principalement réalisées pour les personnes ayant des besoins complexes (consultations).
- Différents intervenants pourraient être appelés à contribuer au dépistage auditif, en particulier les infirmières, les audiologistes et les audioprothésistes, qui ont souvent été nommés pour accomplir cette pratique ([Höbler *et al.*, 2018] et consultations).
- Une formation adéquate des intervenants est requise pour effectuer le dépistage; le manque de connaissances sur la prévalence des difficultés d'audition et leurs conséquences (lorsqu'elle n'est pas prise en charge) de même que sur les outils à utiliser (p. ex. *HHIE-S*) est rapporté dans plusieurs études [Hsu *et al.*, 2021; Zazove *et al.*, 2020; McCullagh et Frank, 2013].

- Actuellement, les membres du personnel des MHLN du Québec détiendraient partiellement les compétences requises pour réaliser le dépistage des difficultés d'audition. Toutefois, bien que le besoin de formation soit présent, il existe un nombre déjà élevé de formations obligatoires pour le personnel, ce qui peut limiter la possibilité d'en ajouter (consultations).
- En ce qui concerne les ressources matérielles, plusieurs personnes consultées considèrent qu'il serait possible d'effectuer un dépistage auditif cliniquement utile, sans avoir recours à une cabine insonorisée. Certains équipements (p. ex. audiomètre portatif ou diapason) pourraient être partagés au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (consultations).
- L'obtention d'un résultat positif au dépistage des difficultés d'audition est décrite à maints égards comme étant un élément insuffisant pour que la personne prenne en charge sa condition et demande l'aide nécessaire [Laplanche-Lévesque *et al.*, 2015; Bentur *et al.*, 2012; Meyer *et al.*, 2011]. Il pourrait être approprié que l'intervenant qui fait ce dépistage auprès de la personne hébergée ait des connaissances en *counseling*, afin de favoriser son acceptation des interventions appropriées et du suivi nécessaire sur sa condition auditive (consultations).
- Pour les personnes vivant en région éloignée où il y aurait un manque d'intervenants formés, le dépistage des difficultés d'audition pourrait être réalisé au moyen d'une tablette électronique avec l'aide d'un technicien sur place et d'un professionnel qualifié à distance (consultations).

## 1.5 Synthèse de la dimension économique

- Les bénéfices du dépistage des difficultés d'audition auprès des personnes âgées (> 65 ans) dépassent les coûts d'un programme de dépistage [Echalier et Action on Hearing Loss, 2012\*].
- Le dépistage des difficultés d'audition chez la population adulte (50-70 ans) est « rentable » selon les résultats d'un ratio de coût-efficacité incrémental (*ICER*), c'est-à-dire le calcul du coût supplémentaire de diverses techniques de dépistage par rapport à l'absence de dépistage, pour une augmentation de la durée de vie qui tient compte de la qualité de vie (année de vie pondérée par la qualité [*QALY*]<sup>1</sup>). Les différentes techniques examinées sont l'otoscope, le questionnaire autorapporté et la combinaison des deux modalités [Linssen *et al.*, 2015; Whitehead et Ali, 2010].
- Le niveau d'évidence relatif au rapport coût-efficacité du dépistage des difficultés d'audition auprès de la population âgée de plus de 70 ans demeure cependant faible [Feltner *et al.*, 2021; Hsu *et al.*, 2021].

---

<sup>1</sup> L'année de vie ajustée sur la qualité (*QALY*) est couramment utilisée comme mesure sommaire des résultats de santé pour l'évaluation économique, qui intègre à la fois l'impact sur la quantité et la qualité de la vie.

- Selon un organisme gouvernemental américain, [Moyer et on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force, 2012], les coûts du dépistage dépendent entre autres du :
  - choix des outils utilisés (p. ex. instruments);
  - temps de formation alloué aux intervenants;
  - temps nécessaire au professionnel pour administrer l'outil.
- Une étude, qui a comparé trois méthodes de dépistage (c.-à-d. otoscope avec la fonction de dépistage audiométrique, questionnaire autorapporté et combinaison des deux modalités) auprès des résidents vivant en MHL, recommande l'utilisation de l'otoscope avec la fonction de dépistage audiométrique [Liu *et al.*, 2011].
- Les bénéfices et les coûts supplémentaires du dépistage réalisé auprès des personnes asymptomatiques, comparés à ceux relatifs au dépistage complété seulement auprès des personnes ayant des difficultés d'audition perçues, sont inconnus [Moyer et on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force, 2012].

## 1.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- Diverses barrières relatives à la recherche d'aide et à la réalisation du dépistage des difficultés d'audition sont rapportées dans les données issues de la littérature scientifique. Chez les personnes âgées, les raisons incluent notamment le manque de motivation, le refus de porter un appareil auditif ou une attitude négative vis-à-vis des appareils auditifs en général [Bentur *et al.*, 2012], notamment en raison de la stigmatisation, des coûts, etc. [Walling et Dickson, 2012]. Chez les intervenants, les contraintes de temps et de ressources, le fait de devoir prioriser d'autres problématiques de santé et le manque de connaissances et de formation sont également nommés [Bennett *et al.*, 2020a].
- Ces barrières entraînent un retard considérable (entre 5 et 10 ans selon les études) avant la recherche de l'aide [Angara *et al.*, 2021; Davis et Smith, 2013]. Les causes qui contribuent à cet écart apparaissent multifactorielles [Bentur *et al.*, 2012] et laissent croire que l'identification de difficultés d'audition ne constitue pas un résultat suffisant pour induire une démarche (p. ex. recherche d'aide) par la personne elle-même [Rothpletz *et al.*, 2016; Schneider *et al.*, 2014; Meyer *et al.*, 2011].
- Le point de vue selon lequel les services relatifs à la santé auditive ont un coût prohibitif et ne sont pas suffisamment importants pour être prioritaires est décrit comme étant omniprésent dans divers secteurs de soins de santé [McCullagh et Frank, 2013]. Cela affecte la manière dont les politiques relatives à la santé auditive peuvent être mises en œuvre.
- Selon les personnes consultées dans le cadre de cet avis, le dépistage des difficultés d'audition est une pratique pertinente. Toutefois, leurs opinions relatives

à l'applicabilité de cette pratique dans les différents MHL D au Québec varient. L'implantation de la pratique pourrait être plus complexe en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de type familial (RTF) (consultations).

- Le dépistage ne serait pas implanté de façon régulière dans les différents MHL D (p. ex. RI, RTF) au Québec. Il se fait plutôt au cas par cas, si le besoin est soulevé pour une personne hébergée (consultations). Bien qu'elle n'en demeure pas moins pertinente, l'implantation de la pratique pourrait être plus complexe en RI et en RTF, notamment en raison de leur statut de ressources non institutionnelles (consultations).

## 1.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- les résidents vivant en MHL D sous-estiment souvent leurs difficultés d'audition;
- l'utilité du dépistage des difficultés d'audition et la prise en charge qui en découle est documentée pour prévenir diverses conséquences (p. ex. prévention du déclin cognitif et fonctionnel) et identifier ceux qui ont besoin d'une évaluation approfondie;
- plusieurs associations savantes recommandent le dépistage auditif auprès de différents sous-groupes populationnels, dont les personnes présentant une déficience intellectuelle;
- le recours à une combinaison de mesures (c.-à-d. questionnaires autorapportés, modalités réalisées par l'intervenant [p. ex. test du chuchotement], otoscope lorsque possible) lors du dépistage des difficultés d'audition est conseillé auprès des personnes âgées, notamment lorsqu'elles présentent des difficultés cognitives;
- les études recensées indiquent que le dépistage des difficultés d'audition mené auprès des personnes âgées a le potentiel de soutenir l'acquisition et l'utilisation ultérieure d'appareils auditifs (Niveau de preuve modéré);
- les données probantes demeurent somme toute limitées au sujet du rapport entre les avantages et les inconvénients relatifs au dépistage des difficultés d'audition chez les personnes âgées qui ne présentent pas de symptômes à cet effet (la *USPSTF* n'émet pas de recommandation);
- le dépistage des difficultés d'audition chez la population adulte (50-70 ans à intervalle de 5 ans) serait « rentable », selon les résultats du ratio de coût-efficacité incrémental obtenus pour chaque stratégie de dépistage par rapport à la pratique actuelle (pas de dépistage);
- le dépistage des difficultés d'audition n'est pas implanté de façon régulière dans les MHL D au Québec.

### **1.7.1 Recommandations**

Le dépistage des difficultés d'audition doit être réalisé lorsque :

- la personne hébergée est admise dans le milieu;
- la personne hébergée en fait la demande ou exprime de telles difficultés;
- un changement de comportement ou de condition potentiellement lié à l'audition est observé.

### **1.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur du dépistage des difficultés d'audition**

- Des outils simples devraient être utilisés, tels que le test du chuchotement combiné avec des questions directes ou un questionnaire autorapporté (p. ex. questionnaire de dépistage du handicap auditif [version française du *Hearing Handicap Inventory for Elderly – Screening : HHIE-S*]). La visualisation des conduits auditifs devrait aussi être réalisée par le biais d'un otoscope, en s'assurant que les intervenants sont formés à son utilisation.
- Le dépistage devrait être effectué dans une pièce calme et silencieuse. L'intervenant devrait s'assurer que le volume de sa voix est approprié, selon l'outil utilisé, et veiller à ce que la personne hébergée comprenne les informations transmises (p. ex. instructions de l'outil).
- En plus des situations mentionnées dans la recommandation, une surveillance de l'évolution de la condition auditive de la personne hébergée pourrait être pertinente en fonction de son âge et de son histoire médicale.
- La personne hébergée dont la condition auditive pourrait nécessiter une prise en charge médicale devrait avoir facilement accès aux services d'audiologie, si elle désire recevoir le suivi indiqué pour sa situation (p. ex. évaluation pour procéder à l'appareillage).

## 2 LE NETTOYAGE DES CONDUITS AUDITIFS

### 2.1 Description de la pratique

Le nettoyage des conduits auditifs consiste à extraire l'accumulation de cérumen, communément appelée bouchon de cérumen. Le cérumen (cire d'oreille) est une substance huileuse qui protège la peau du conduit auditif. Les oreilles ont un système autonome de migration pour évacuer la cire. Toutefois, le cérumen peut s'accumuler et bloquer le conduit auditif externe. Ce blocage peut entraîner des problèmes de santé auditive chez certaines personnes; un nettoyage peut donc être requis.

### 2.2 Synthèse de la dimension populationnelle

- La présence de bouchons de cérumen dans les conduits auditifs est fréquente chez les personnes âgées, les personnes ayant une déficience intellectuelle et celles qui portent des appareils auditifs ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Herer, 2013; Clegg *et al.*, 2010] et consultations). Il est estimé que 35 % des personnes âgées de 65 ans et plus seraient affectées par ce problème [Clegg *et al.*, 2010], et que 41 % des personnes ayant une déficience intellectuelle auraient une quantité élevée de cérumen [Herer, 2013].
- Pour le nettoyage des conduits auditifs, une attention particulière doit être notamment portée aux personnes qui ont de la difficulté à faire part de leurs symptômes liés à la présence potentielle de bouchons de cérumen [Schwartz *et al.*, 2017\*].

### 2.3 Synthèse de la dimension clinique

- Les résidents en MHLN peuvent avoir besoin de se faire nettoyer les conduits auditifs pour diverses raisons, entre autres lorsque le cérumen contribue à des difficultés d'audition, à des acouphènes, à de la douleur aux oreilles ou à des vertiges. Un nettoyage peut être également nécessaire afin de procéder à l'examen de l'oreille [Action on Hearing Loss, 2018\*-b]. Selon deux guides de pratique, la gestion du cérumen ne serait toutefois pas requise lorsque la personne est asymptomatique et que ses oreilles peuvent être examinées adéquatement [Action on Hearing Loss, 2018\*-b; Schwartz *et al.*, 2017\*].
- Selon une organisation savante, le nettoyage des conduits auditifs semble contribuer à préserver la qualité de l'audition, au bon fonctionnement des appareils auditifs et à la qualité de vie de la personne [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*].
- Différentes sources de littérature grise indiquent que la fréquence du nettoyage des conduits auditifs devrait être déterminée à la lumière de plusieurs considérations, dont les caractéristiques physiques des oreilles (p. ex. niveau de

production de cérumen) et l'environnement dans lequel se trouve la personne. L'extraction du cérumen peut être réalisée sur une base quadrimestrielle, semestrielle ou annuelle, selon les besoins de l'individu [Fragoyannis, 2022\*; Trounson, 2019\*].

- Diverses techniques de gestion et retrait du cérumen peuvent être utilisées (p. ex. micro-aspiration, irrigation, extraction manuelle [curette auriculaire]) [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Schwartz *et al.*, 2017\*].
- Typiquement, le nettoyage est fait avec différentes préparations, suivies d'irrigation, ou par micro-aspiration. Dans les MHL D au Québec, ces diverses techniques sont également utilisées, notamment de manière combinée lorsque plus d'un essai est nécessaire pour retirer le cérumen (consultations). Si les techniques utilisées ne sont pas assez efficaces, une consultation auprès d'un spécialiste (p. ex. médecin ORL) peut s'avérer nécessaire [Schwartz *et al.*, 2017\*].
- L'utilisation des techniques d'irrigation et de micro-aspiration est associée à des risques mineurs de complication (p. ex. saignement, perforation du tympan, otite externe) [Schwartz *et al.*, 2017\*].
- L'utilisation des seringues de lavage, de cotons-tiges et de bougies d'oreille n'est pas considérée sécuritaire pour effectuer le nettoyage des conduits auditifs, en raison du risque élevé d'infection et de trauma, selon deux guides de pratique [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Schwartz *et al.*, 2017\*].
- Malgré qu'il soit difficile d'établir une fréquence optimale, la mise en place d'une démarche structurée pour déceler les bouchons de cérumen, chez les résidents en MHL D, apparaît pertinente et même essentielle, afin que la pratique devienne partie intégrante d'une culture qui promeut la santé auditive, selon diverses sources ([Action on Hearing Loss, 2018\*-b; Echali er et Action on Hearing Loss, 2012\*] et consultations).

### **2.3.1 Revue systématique**

Dans le cadre de cet avis, six études scientifiques ont été retenues et examinent l'effet du nettoyage des conduits auditifs sur l'accumulation du cérumen [Cronin et Zhao, 2020; Meyer *et al.*, 2020; Hasson *et al.*, 2019; Fullington *et al.*, 2017; Silverstein *et al.*, 2012; Nelson *et al.*, 2011]. L'effet du nettoyage sur l'audition est toutefois peu examiné. Le nettoyage est fait avec différentes préparations suivi d'irrigation ou par micro-aspiration. La majorité des études, menées auprès d'une population et au sein d'un contexte distincts de la population et du contexte ciblés dans cet avis, indiquent un effet positif sur le retrait de cérumen (voir l'annexe E-3 du document *Annexes complémentaires* pour consulter les caractéristiques des études recensées et le processus d'appréciation de la preuve).

Les données suggèrent que :

*L'irrigation combinée aux agents céruménolytiques ainsi que la micro-aspiration sont efficaces pour enlever le cérumen des conduits auditifs. L'effet de ces techniques sur l'audition n'est cependant pas démontré – Niveau de preuve modéré.*

Le nettoyage des conduits auditifs est généralement bien toléré. Les données ne permettent pas de statuer quelle technique est à privilégier, ni dans quelle circonstance. L'irrigation est contre-indiquée pour les personnes ayant un historique de perforation tympanique, d'otites externes récurrentes ou de chirurgie à l'oreille [Cronin et Zhao, 2020; Meyer *et al.*, 2020], ainsi qu'auprès des personnes immunosupprimées ou qui ont une propension à faire des infections ([Schwartz *et al.*, 2017\*] et consultations). Bien que le nettoyage des conduits auditifs soit généralement bien toléré, le bruit produit par la machine utilisée lors de la micro-aspiration peut créer une diminution temporaire du seuil de l'audition [Cronin et Zhao, 2020].

## 2.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- Au Québec, les médecins, les médecins ORL, les infirmières (p. ex. en groupe de médecine familiale), les audiologistes et les audioprothésistes peuvent effectuer le nettoyage des conduits auditifs (consultations).
- Les infirmières auxiliaires peuvent également effectuer cette pratique en réponse à une ordonnance ou venant d'une directive verbale d'une infirmière ou d'un médecin [OIIAQ, 2021\*].
- Une visualisation des conduits auditifs pourrait être faite notamment lors de l'examen annuel de la santé du résident en MHLD (consultations).
- Les membres du personnel doivent détenir les connaissances et les compétences requises pour effectuer le nettoyage des conduits auditifs de façon sécuritaire ([OIIQ, 2019\*] et consultations).
- Les membres du personnel manquent de temps dans le cadre de leurs tâches cliniques pour réaliser cette pratique (consultations).

## 2.5 Synthèse de la dimension économique

- Un comité du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* recommande d'offrir le nettoyage des conduits auditifs auprès de la population adulte, dont particulièrement celle qui présente des difficultés d'audition. Bien que le niveau d'évidence sur la rentabilité de l'élimination du cérumen demeure faible, le ratio différentiel « coût-efficacité » de cette pratique tend à être favorable à son implantation selon les mesures recueillies en lien avec la qualité de vie (*Health Utilities Index Mark 3*, EuroQol [EQ]-5D) [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*].

- Le coût principal est le temps du professionnel, alors que le coût de l'achat de l'appareil et d'utilisation sont mineurs. L'irrigation est moins dispendieuse que la micro-aspiration [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*].

## 2.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- Le nettoyage des conduits auditifs est perçu comme une pratique pertinente (consultations).
- Au sein des MHLD du Québec, la pratique du nettoyage des conduits auditifs semble implantée de manière variable auprès des résidents (consultations).

## 2.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- chez les personnes âgées et celles ayant une déficience intellectuelle, il est fréquent que le cérumen s'accumule dans les conduits auditifs;
- le nettoyage des conduits auditifs semble avoir des bénéfices sur la qualité de vie de la personne hébergée et le bon fonctionnement de l'appareil auditif;
- les études recensées indiquent que les agents céruménolytiques combinés à l'irrigation et la micro-aspiration sont efficaces pour enlever le cérumen des conduits auditifs. L'effet de ces techniques sur l'audition n'est cependant pas démontré (Niveau de preuve modéré);
- il y a des risques de complications (p. ex. saignement, perforation du tympan, otite externe) associés à certaines techniques de nettoyage des conduits auditifs, mais selon la littérature scientifique, ces événements sont rares et les bénéfices sont plus grands que les risques. Les risques seraient minimes si le personnel est bien formé;
- le nettoyage est perçu comme étant pertinent et est recommandé par des organismes réputés (p. ex. *National Institute for Health and Care Excellence* et *American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery*);
- au Québec, les médecins, les médecins ORL, les infirmières, les audiologistes, les audioprothésistes et les infirmières auxiliaires (si ordonnance ou directive verbale reçue de l'infirmière ou du médecin) peuvent effectuer le nettoyage des conduits auditifs, à condition de détenir les connaissances et les compétences requises pour le réaliser de façon sécuritaire;
- l'intervention présente probablement un ratio « coût-efficacité » favorable à son implantation. Le coût principal est le temps du professionnel. L'irrigation est moins dispendieuse que la micro-aspiration.

### **2.7.1 Recommandations**

La visualisation des conduits auditifs, suivie d'un nettoyage, si indiqué, doit être réalisée lorsque :

- la personne hébergée est admise dans le milieu;
- la personne hébergée manifeste des symptômes liés à la présence potentielle de bouchons de cérumen;
- des difficultés d'audition sont suspectées.

### **2.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur du nettoyage des conduits auditifs**

- L'irrigation combinée aux agents céruménolytiques ainsi que la micro-aspiration et l'extraction manuelle sont quelques-unes des techniques pouvant être utilisées pour procéder au nettoyage des conduits auditifs.
- L'irrigation est contre-indiquée pour les personnes hébergées ayant un historique de perforation tympanique, d'otites externes récurrentes ou de chirurgie à l'oreille, de même que pour celles qui sont immunosupprimées ou qui ont une propension à faire des infections.
- L'utilisation de cotons-tiges, de bougies d'oreille et de seringues de lavage pour effectuer le nettoyage des conduits auditifs est à proscrire.
- En plus des situations mentionnées dans la recommandation, une surveillance de l'état des conduits auditifs de la personne hébergée pourrait être pertinente en fonction de son âge et de son histoire médicale.

## **3 LES STRATÉGIES DE COMMUNICATION**

### **3.1 Description de la pratique**

Les stratégies de communication réfèrent à des « moyens, comportements et attitudes ayant pour but d'assurer une bonne communication » [Caron, 2014\*]. Elles peuvent être utilisées par la personne qui présente des difficultés d'audition (p. ex. lecture labiale) ou par ses interlocuteurs.

- Préparer la communication en attirant l'attention de la personne et en vérifiant si elle porte son appareil auditif ou utilise une aide de suppléance à l'audition.
- Pendant la communication : ralentir le débit, parler à un volume de voix adapté aux besoins de la personne, faire des phrases courtes, bien articuler, avoir les lèvres visibles pour faciliter la lecture labiale, se placer directement devant l'interlocuteur et à une distance n'excédant pas 1 à 1,5 mètre, accompagner ses paroles par quelques indices visuels, comme les gestes ou les images sur papier, avoir un éclairage adéquat et réduire le bruit ambiant.
- Par la suite : vérifier la compréhension, reformuler au besoin, ou encore écrire des mots-clés.

Dans le présent avis, le langage des signes n'est pas exploré, puisqu'il est complexe à apprendre et peu applicable à la clientèle ciblée.

### **3.2 Synthèse de la dimension populationnelle**

- Pour les personnes en perte d'autonomie, la réussite de la communication repose davantage sur les actions de l'intervenant que sur celles de la personne hébergée. De ce fait, il est important que les intervenants utilisent diverses stratégies de communication pour s'assurer d'être compris par les résidents des MHL (consultations).
- Le port d'un couvre-visage constitue un obstacle significatif à la réussite de la communication ([Speech-Language & Audiology Canada, 2020\*] et consultations).
- Pour les personnes qui présentent des difficultés cognitives, les stratégies de communication sont particulièrement importantes à utiliser [Action on Hearing Loss, 2018\*-b]. Certaines stratégies de communication seraient à privilégier telles que les images et les gestes (consultations).

### **3.3 Synthèse de la dimension clinique**

- Les stratégies de communication sont considérées efficaces et essentielles en MHL (consultations).

- Plusieurs bénéfices associés à l'utilisation des stratégies de communication sont décrits par diverses organisations professionnelles canadiennes et américaines ainsi que dans la littérature scientifique :
  - faciliter une meilleure prise en charge de la santé auditive [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*];
  - soutenir la communication entre le résident et ses interlocuteurs ([OOAQ, 2019\*; Ray *et al.*, 2019; Caron, 2014\*] et consultations);
  - faciliter les soins, notamment en réduisant les irritants liés aux bris de communication, en favorisant la collaboration de la personne hébergée et en réduisant l'agitation de ce dernier (consultations);
  - favoriser la participation des personnes hébergées aux activités de la vie quotidienne [OOAQ, 2019\*] ou aux activités de loisirs en MHLD (consultations);
  - diminuer les symptômes de la dépression [Ray *et al.*, 2019].
- Dans une étude, il est suggéré d'individualiser les stratégies de communication aux préférences de la personne hébergée et à son horaire quotidien (p. ex. moment de repos ou d'éveil) [Höbler *et al.*, 2018].
- Les stratégies de communication sont considérées efficaces, même lorsque des personnes présentent d'autres déficiences (p. ex. déficience visuelle) (consultations).
- Certaines stratégies de communication sont génériques, c'est-à-dire applicables à toute personne qui présente des difficultés d'audition (p. ex. diminution du bruit de fond, meilleur éclairage), alors que d'autres sont individualisées, c'est-à-dire adaptées aux caractéristiques et préférences de la personne hébergée et à son horaire quotidien (exemples de stratégies personnalisées : se rapprocher, se positionner pour parler à la meilleure oreille, ralentir le débit de parole, écrire les messages importants si la personne préfère ce moyen ([Höbler *et al.*, 2018; Caron, 2014\*] et consultations).
- Plusieurs stratégies de communication élaborées pour les personnes vivant avec des difficultés d'audition sont transférables à des personnes qui présentent d'autres conditions, comme des troubles cognitifs (consultations).
- Certaines stratégies de communication mises en place pour une personne hébergée seraient transférables à d'autres personnes vivant en MHLD (consultations).
- Comparativement aux masques opaques, les masques transparents peuvent favoriser la compréhension de la parole, notamment en raison des indices visuels fournis. Toutefois, pour certaines personnes hébergées, l'altération des sons par le masque demeure problématique pour la compréhension de la parole ([Speech-Language & Audiology Canada, 2020\*] et consultations).

- L'utilisation des masques transparents de qualité médicale ne pose pas de problèmes sur le plan de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Toutefois, leur coût est plus élevé par rapport à celui des masques de procédure (consultations).
- La conservation d'une boîte de masques transparents à la chambre d'une personne hébergée qui présente des difficultés d'audition reste une bonne option pour s'assurer que toutes les personnes qui interviennent auprès d'elle en portent un (consultations).
- Dans les MHL, il existe divers moyens pour informer le personnel des besoins d'une personne hébergée en matière de communication : l'inscrire au plan de soins ou au plan de travail du préposé au bénéficiaire, afficher à la chambre un tableau d'aide individualisé, afficher des pictogrammes qui indiquent par exemple : parler à l'usager à l'oreille gauche, s'assurer qu'il porte ses appareils auditifs, etc. (consultations).
- La lecture labiale peut aider la personne hébergée qui présente des difficultés d'audition à mieux comprendre son interlocuteur. Il existe différentes façons de l'apprendre ([Action on Hearing Loss, 2020\*; NHS England, 2015\*] et consultations). En MHL, les personnes consultées suggèrent de miser sur l'utilisation naturelle et instinctive de la lecture labiale (p. ex. en s'assurant que la bouche de l'interlocuteur soit visible), plutôt que sur un apprentissage formel de celle-ci (consultations).

### 3.3.1 Revue systématique

Dans le cadre de cet avis, quatre stratégies de communication ont fait l'objet d'une revue systématique : l'ajout des indices audiovisuels à la parole, la modulation de la parole, la lecture labiale et enfin, une dernière, qui n'est pas une stratégie de communication, mais plutôt une stratégie de mitigation, les effets néfastes du port du masque sur les capacités d'écoute (voir l'annexe E-4 du document *Annexes complémentaires* pour consulter les caractéristiques des études recensées et le processus d'appréciation de la preuve).

- Six études retenues portant sur 384 participants ont examiné l'efficacité de l'ajout des indices audiovisuels aux indices auditifs de la parole [Moradi *et al.*, 2019; Puschmann *et al.*, 2019; Moradi *et al.*, 2017; Moradi *et al.*, 2016; Picou *et al.*, 2013; Jesse et Janse, 2012]. Les résultats indiquent que le fait de voir le visage de l'interlocuteur permet d'améliorer la reconnaissance de la parole dans des conditions défavorables comme le bruit élevé. Une étude rapporte un effet de « dopage » [Moradi *et al.*, 2019], c'est-à-dire que les indices visuels augmentent significativement la perception auditive. Jesse et Janse (2012) rapportent que, dans les conditions d'écoute complexes, les personnes âgées présentant des difficultés d'audition bénéficient d'une meilleure écoute lorsqu'elles voient la personne qui parle. Puschman et ses collaborateurs (2019) concluent qu'il existe une relation positive entre le degré de difficultés d'audition et l'avantage perceptif

de voir le visage d'un interlocuteur dans un environnement sonore bruyant. Les données suggèrent que :

*La présence d'indices visuels améliore la perception de la parole chez des personnes présentant des difficultés d'audition – Niveau de preuve élevé.*

- Trois études portant sur 197 participants ont étudié les effets de la modulation de la parole [Shin *et al.*, 2020; Shen et Souza, 2017; Adams *et al.*, 2012]. Les études portent sur des interventions différentes, mais convergent vers un même point : la modulation de la parole est importante pour les personnes qui présentent des difficultés d'audition. La première étude [Adams *et al.*, 2012] porte sur les effets des différents niveaux de débit (vitesse normale, lente et rapide), alors que la seconde [Shin *et al.*, 2020] porte sur les tons de voix utilisés dans les conversations courantes (ton naturel ou ton dynamique). Pour sa part, la troisième étude [Shen et Souza, 2017] porte sur la clarté de la parole due à l'articulation. Les trois études ont utilisé la reconnaissance de la parole dans le bruit pour mesurer l'impact de la modulation de la voix. La synthèse des résultats indique que la modulation a des effets positifs sur la reconnaissance de la parole chez des personnes qui présentent des difficultés d'audition. Les données suggèrent que :

*La modulation de la parole (clarté, ton de voix, débit ou rythme) améliore la perception de celle-ci chez des personnes présentant des difficultés d'audition – Niveau de preuve modéré.*

- Deux études portant sur 50 participants ont examiné les effets de la lecture labiale sur la reconnaissance de la parole [Reis et Escada, 2017; 2016]. Les deux études rapportent des résultats qui indiquent que la lecture labiale améliore la reconnaissance de la parole au point d'être considérée comme une "troisième oreille" pour les personnes présentant des difficultés d'audition. Or, bien que la lecture labiale permette d'améliorer la communication chez ces personnes, elle nécessite un apprentissage qui peut être plus complexe à un âge avancé, considérant la présence potentielle des troubles cognitifs chez certaines personnes hébergées. De plus, les deux études ont été menées sur un petit nombre de participants et par les mêmes auteurs. Les données suggèrent que :

*La lecture labiale pourrait améliorer la reconnaissance de la parole chez des personnes présentant des difficultés d'audition – Niveau de preuve modéré.*

- Trois études portant sur 117 participants ont étudié les impacts du port du masque par l'interlocuteur sur la compréhension de la parole [Homans et Vroegop, 2022; Ritter *et al.*, 2021; Atcherson *et al.*, 2017]. La première étude [Atcherson *et al.*, 2017] compare l'impact des masques chirurgicaux conventionnels à celui des masques transparents et à l'absence de masque. Elle conclut que pour les personnes qui présentent des difficultés auditives sévères, tous les masques altèrent la compréhension de la parole. Toutefois, le masque transparent, qui permet notamment de repérer des indices visuels, nuit moins à la

compréhension de la parole, et ce, particulièrement dans un environnement bruyant. L'étude de [Ritter *et al.*, 2021] a, quant à elle, comparé les masques N95 aux masques chirurgicaux et à l'absence de masque. Ses résultats indiquent que tous les masques nuisent significativement à la compréhension de la parole, particulièrement les masques N95. La nuisance des masques opaques (incluant les N95) est davantage présente chez des personnes qui présentent des difficultés d'audition comparativement à celles qui ont une audition normale. La dernière étude [Homans et Vroegop, 2022] compare les effets du masque chirurgical à ceux de la visière transparente et conclut que même dans un environnement non bruyant, le masque chirurgical nuit à la compréhension de la parole chez des personnes qui présentent des difficultés d'audition modérées à sévères. De plus, même si la visière a un grand impact sur le plan acoustique (c.-à-d. dégradation de la qualité du son), cet effet est compensé par les indices visuels qu'elle permet de repérer. Les auteurs concluent aussi que l'impact des masques est plus grand chez des personnes dont l'implant ou l'aide auditive n'ont pas de bonnes performances.

Comme les masques demeurent indiqués dans des situations qui requièrent le contrôle des infections (pas seulement la pandémie de Covid-19), des stratégies de mitigation de leurs impacts sur la communication doivent être envisagées par les personnes qui interviennent auprès des personnes présentant des difficultés d'audition. Parmi ces stratégies, l'utilisation de masques transparents, plus favorables à la compréhension de la parole, serait à envisager chez des personnes qui présentent des difficultés d'audition. Cependant, l'évaluation des coûts d'une telle mesure n'a pas été réalisée, ce qui mène à la formulation de l'énoncé suivant :

*Le port d'un masque par un locuteur altère la perception de la parole chez des personnes présentant des difficultés d'audition – Niveau de preuve modéré.*

### **3.4 Synthèse de la dimension organisationnelle**

- Une formation sur les stratégies de communication serait nécessaire afin d'accroître les compétences du personnel et de mieux répondre aux besoins des personnes hébergées. Le roulement du personnel pose cependant un problème et met en lumière l'importance d'actualiser régulièrement les compétences des intervenants ([Crosbie *et al.*, 2019] et consultations). Les PPA devraient être également sensibilisées à l'utilisation des stratégies de communication (consultations).
- Des capsules vidéo (p. ex. celles disponibles sur le site web du CIUSSS de la Capitale-Nationale) pourraient être mises à profit pour la formation (consultations).
- Selon une étude, la collaboration entre différents membres du personnel et les PPA permet de trouver des stratégies de communication appropriées pour la

personne hébergée [Höbler *et al.*, 2018]. Les membres du personnel auraient besoin d'être informés des stratégies de communication particulières à utiliser avec chaque personne hébergée (consultations).

- La disponibilité de masques transparents [Speech-Language & Audiology Canada, 2020\*] et la réduction du bruit de fond [Action on Hearing Loss, 2018\*-b; Echalié et Action on Hearing Loss, 2012\*] pourraient favoriser l'utilisation de stratégies de compensation comme la lecture labiale.
- L'ensemble des membres du personnel devrait participer à la mise en œuvre de cette pratique et un audiologiste pourrait leur donner la formation appropriée (consultations).

### **3.5 Synthèse de la dimension économique**

- La mise en place des stratégies de communication est perçue comme étant peu coûteuse, selon une organisation professionnelle québécoise [OOAQ, 2019\*].
- Le temps requis par les membres du personnel pour utiliser des stratégies de communication est perçu comme rentable, compte tenu des gains obtenus au chapitre de la qualité de la communication ([Action on Hearing Loss, 2020\*; Caron, 2014\*; Pryce et Gooberman-Hill, 2013] et consultations).
- Le coût des masques transparents de qualité médicale est plus élevé par rapport à celui des masques de procédure (consultations).

### **3.6 Synthèse de la dimension socioculturelle**

- L'utilisation de stratégies de communication par les membres du personnel est vue comme étant plutôt applicable en milieu d'hébergement (consultations).
- Certaines stratégies de communication sont déjà utilisées de façon naturelle par les intervenants, mais cela ne serait pas suffisant ([Echalié et Action on Hearing Loss, 2012\*] et consultations).
- En MHL, il est valorisé de miser sur l'utilisation naturelle et instinctive de la lecture labiale par les personnes hébergées (p. ex. en s'assurant que la bouche de l'interlocuteur soit bien visible), plutôt que sur un apprentissage formel (consultations).

### **3.7 Propositions de recommandations**

Étant donné que :

- les stratégies de communication sont considérées efficaces et même essentielles en MHL pour améliorer la communication, mais aussi pour favoriser la participation des personnes hébergées aux soins et aux activités de loisirs;

- plusieurs stratégies de communication élaborées pour les personnes qui présentent des difficultés d'audition sont semblables à celles utilisées pour les personnes qui ont des difficultés cognitives;
- certaines stratégies de communication peuvent profiter à l'ensemble des personnes hébergées telles que la diminution du bruit de fond ou un meilleur éclairage dans les milieux d'hébergement de longue durée;
- les études recensées indiquent que :
  - l'efficacité des stratégies de communication telles que l'accompagnement de la parole par des indices visuels (voir le visage de l'interlocuteur), la modulation de la voix (ton de voix, articulation et débit) et la lecture labiale est démontrée (Niveau de preuve modéré);
  - le port d'un masque par un locuteur altère la perception de la parole, particulièrement chez des personnes présentant des difficultés d'audition sévères (Niveau de preuve modéré);
- le port d'un masque transparent peut mitiger l'impact du masque sur la perception de la parole et ne semble pas causer de problème sur le plan de la prévention et du contrôle des infections;
- les stratégies de communication sont perçues comme étant peu coûteuses et les formations pour les utiliser sont accessibles à peu de frais, notamment en ligne;
- le temps consacré à l'utilisation des stratégies de communication est perçu comme un investissement rentable compte tenu des gains obtenus sur la qualité des communications.

### **3.7.1 Recommandation**

Des stratégies de communication adaptées à la personne hébergée et à l'environnement doivent être utilisées par l'ensemble du personnel, les bénévoles, les personnes responsables des RI-RTF et les PPA.

### **3.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur des stratégies de communication**

Pour chaque personne hébergée, les intervenants et les personnes responsables des RI-RTF devraient :

- identifier les stratégies appropriées en fonction de ses besoins (p. ex. accompagnement de la parole par des indices visuels, modulation de la voix [ralentir le rythme, bien articuler, adapter la tonalité de la voix]);
- faciliter la lecture labiale par la personne hébergée (p. ex. montrer son visage et surtout sa bouche, éclairer adéquatement les pièces, bien articuler);

- réévaluer l'adéquation des stratégies de communication en tenant compte de l'évolution de l'état de santé de la personne hébergée. À cet effet, un mécanisme de surveillance devrait être mis en place (p. ex. révision du plan d'intervention).

Le port d'un masque transparent peut être particulièrement indiqué pour communiquer avec la personne présentant des difficultés d'audition sévères.

**LES PRATIQUES CLINIQUES À  
CONSIDÉRER SELON LES BESOINS DE  
LA PERSONNE HÉBERGÉE**

## 4 LES AIDES AUDITIVES : APPAREILS AUDITIFS ET AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION

### 4.1 Description des pratiques

Il existe deux principaux types d'aides auditives soit, les appareils auditifs et les aides de suppléance à l'audition (ASA) (voir [tableau 1](#)).

Parmi les appareils auditifs, on retrouve les appareils conventionnels (aussi appelés prothèses auditives) et ceux en vente libre. Ces différents appareils auditifs sont portés dans ou au contour de l'oreille. Les appareils auditifs conventionnels requièrent une évaluation par un audiologiste ou un ORL. Au Québec, seuls les audioprothésistes sont autorisés à vendre un appareil auditif conventionnel. D'autre part, l'ajustement des prothèses auditives est une activité partagée entre les audioprothésistes et les audiologistes. Les appareils en vente libre comprennent i) les « OTC » (*Over-the-Counter Hearing Aids*) et ii) les « PSAP » (*Personal Sound Amplification Products*). Comme leur marché n'est pas encore réglementé au Québec, ils ne sont pas couverts par la RAMQ.

Les ASA sont des aides auditives qui ne sont pas conçues pour être portées en permanence; elles sont plutôt destinées à une utilisation ponctuelle, selon les besoins (p. ex. amplificateurs pour la télévision ou amplificateurs personnels). Elles peuvent être utilisées sans ou avec un appareil auditif, afin d'améliorer les performances de ce dernier (p. ex. un microphone distant pour améliorer l'écoute dans le bruit). Elles peuvent appartenir à un individu ou être partagées avec les personnes vivant dans le même milieu de vie. Elles sont généralement prescrites par un professionnel.

Le tableau suivant présente les distinctions entre les diverses aides auditives :

**Tableau 1 Distinctions entre les diverses aides auditives**

| Aides auditives                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caractéristiques                 | Appareils auditifs                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   | Aides de suppléance à l'audition (ASA)                                                                                                                                                                           |
|                                  | Appareils auditifs conventionnels (ou prothèses auditives)                                                                                                                                                                                                                         | Appareils auditifs en vente libre                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OTC                                                                                                                                                                                                                                                     | PSAP                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |
| Clientèle cible                  | Personne présentant des difficultés d'audition, pour tous les degrés de perte auditive                                                                                                                                                                                             | Personne présentant des difficultés d'audition (cible uniquement les personnes ayant une perte auditive de degré léger à modéré)                                                                                                                        | Toute personne qui souhaite amplifier les sons, avec ou sans difficultés d'audition                                                                                                                               | Personne présentant des difficultés d'audition                                                                                                                                                                   |
| Usage                            | Compenser les difficultés d'audition                                                                                                                                                                                                                                               | Compenser les difficultés d'audition                                                                                                                                                                                                                    | Originellement, usage récréatif (amplifier les sons)                                                                                                                                                              | Compenser les difficultés d'audition                                                                                                                                                                             |
| Type d'utilisation               | Permanente                                                                                                                                                                                                                                                                         | Permanente ou ponctuelle                                                                                                                                                                                                                                | Ponctuelle                                                                                                                                                                                                        | Ponctuelle                                                                                                                                                                                                       |
| Modalité d'acquisition au Québec | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Prescription par un audiologiste ou un ORL</li><li>▪ Vente, ajustement et réparation par un audioprothésiste</li><li>▪ Ajustement aussi possible par un audiologiste</li><li>▪ Couvert par la RAMQ si la personne est admissible</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Achat en vente libre (présentement non autorisé au Québec)</li><li>▪ Ajustement par l'acheteur, soutien possible par un professionnel à la demande de l'utilisateur</li><li>▪ Non couvert par la RAMQ</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Achat en vente libre</li><li>▪ Ajustement par l'acheteur, soutien possible par un professionnel à la demande de l'utilisateur</li><li>▪ Non couvert par la RAMQ</li></ul> | Le programme d'aides auditives de la RAMQ prend en charge les frais liés aux aides de suppléance à l'audition si la personne est admissible. L'utilisateur peut également se procurer les ASA moyennant un coût. |

| Aides auditives  |                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caractéristiques | Appareils auditifs                                         |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                 | Aides de suppléance à l'audition (ASA)                                                                                                                                                                                                                |
|                  | Appareils auditifs conventionnels (ou prothèses auditives) | Appareils auditifs en vente libre                                                                                                                               |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                  |                                                            | OTC                                                                                                                                                             | PSAP                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Apparence        | Appareils pouvant être portés derrière ou dans l'oreille   | Imite celle des appareils auditifs conventionnels ou des produits électroniques intra-auriculaires grand public (p. ex. écouteurs intelligents de type AirPods) | Imite celle des appareils auditifs conventionnels ou des produits électroniques intra-auriculaires grand public (p. ex. écouteurs intelligents de type AirPods) | Aides auditives externes sous plusieurs formes qui ne sont pas portées dans l'oreille<br><br>Exemples : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Amplificateur personnel (<i>pocket talker</i>)</li><li>▪ Système pour écouter la télévision</li></ul> |

## 4.2 Synthèse de la dimension populationnelle

- Selon différentes publications de littérature grise, les appareils auditifs conventionnels sont sous-utilisés par la population de personnes qui ont des difficultés d'audition [Jopling, 2015\*] de même qu'en MHLA [Echalier et Action on Hearing Loss, 2012\*]. De plus, leur efficacité est limitée dans certaines circonstances, par exemple dans les environnements bruyants (salles à manger, salle de loisirs, etc.) ou lorsque l'interlocuteur se trouve loin [Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*]. Les ASA peuvent contribuer à combler ces lacunes [College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia, 2016\*].
- La plupart des personnes qui possèdent des appareils auditifs sont autonomes quant au choix de les utiliser ou non. Les recherches suggèrent que jusqu'à 40 % des personnes équipées d'appareils auditifs ne les portent pas [Barker *et al.*, 2018].
- Un sondage, effectué au sein de la population américaine en 2014, indique que 30 % des 1551 répondants qui présentaient des difficultés d'audition utilisaient un appareil auditif [Blazer *et al.*, 2016]. Ce résultat suggère que la majorité des personnes qui présentent des difficultés d'audition n'utilisent pas d'appareil auditif pour diverses raisons (p. ex. difficulté à s'y adapter, stigmatisation associée au port des appareils auditifs, accessibilité en termes de coûts) ou encore utilisent des alternatives, comme des ASA.

#### 4.2.1 Accessibilité

- Bien que leur efficacité clinique et leur rentabilité sont documentées, la majorité des personnes qui pourraient bénéficier d'appareils auditifs conventionnels n'y ont pas accès [Ferguson *et al.*, 2019]. Il serait donc pertinent que les ASA soient fournies aux résidents vivant dans tous les MHLD au Québec (consultations)
- Certaines personnes hébergées ne sont pas en mesure d'utiliser le téléphone standard, d'où la pertinence pour elles d'avoir accès à une ASA (p. ex. amplificateur téléphonique) pour amplifier le son (consultations).
- Au Québec, le coût de l'achat des appareils auditifs conventionnels et des ASA peut être couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Caron, 2014\*]. Pour les ASA, le programme de la RAMQ rembourserait le coût d'achat pour les personnes qui résident en RI et en RTF, mais non pour celles résidant en CHSLD. Pour leur part, les OTC et les PSAP ne sont pas remboursés par la RAMQ (consultations).

### 4.3 Synthèse de la dimension clinique

- Selon différentes sources de littérature grise, les ASA pourraient être utilisées pour :
  - faciliter les soins et les évaluations ([Höbler *et al.*, 2018] et consultations);
  - soutenir la communication de l'individu et sa compréhension (p. ex. lors de l'émission d'un message important de la part d'un intervenant [Action on Hearing Loss, 2018\*-a; Crellin *et al.*, 2018\*; College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia, 2016\*; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*; Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*];
  - faciliter les interactions sociales entre le résident et les PPA ainsi qu'entre les membres du personnel et les autres personnes hébergées ([Action on Hearing Loss, 2018\*-b; National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Caron, 2014\*; American Speech-Language-Hearing Association, 1997\*] et consultations);
  - favoriser la sécurité de la personne hébergée, par exemple en leur permettant de percevoir un signal sonore déclenché par le système de détection des incendies ([Crellin *et al.*, 2018\*; College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia, 2016\*; Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*] et consultations);
  - permettre à la personne hébergée de réaliser des activités significatives pour elle telles qu'écouter de la musique ou la télévision ([Action on Hearing Loss, 2018\*-b] et consultations);

- favoriser une meilleure qualité de vie [College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia, 2016\*] et le respect de la vie privée des personnes hébergées qui présentent avec des difficultés d'audition [Caron, 2014\*].
- Certaines personnes consultées perçoivent les ASA comme étant moins efficaces que les appareils auditifs. Cependant, elles les considèrent tout de même utiles en MHLD lorsqu'elles sont utilisées de façon temporaire ou ponctuelle (p. ex. dans l'attente de recevoir un appareil auditif ou lorsqu'un intervenant transmet de l'information importante à un résident qui présente des difficultés d'audition) (consultations).
- Les risques associés à l'utilisation des ASA seraient minimes et faciles à gérer. Ceux-ci sont peu documentés, mais parmi ceux évoqués se trouvent les risques suivants :
  - transmettre des infections lorsque les ASA sont partagées par les personnes hébergées; ce risque peut toutefois être facilement contrôlé lorsque des précautions de base sont prises (consultations);
  - déclencher des convulsions lorsque l'ASA est une alarme clignotante; ceci est toutefois rare et évitable si l'on connaît le risque de convulsion de la personne ([Crellin *et al.*, 2018\*] et consultations).
- Pour ce qui est des *PSAP*, ils peuvent endommager l'audition de la personne lorsque le volume est trop élevé et pourraient possiblement causer des bouchons de cérumen, mais le risque n'est pas clair ([American Academy of Audiology, 2018\*] et consultations).

#### **4.3.1 Revue systématique**

Dans le cadre de cet avis, les appareils en vente libre, le processus d'ajustement de ces appareils ainsi que les microphones distants ont fait l'objet d'une revue systématique (voir l'annexe E-5 du document *Annexes complémentaires* pour consulter les caractéristiques des études recensées et le processus d'appréciation de la preuve).

##### **4.3.1.1 Efficacité des appareils en vente libre**

Onze études retenues portant sur un total de 570 participants ont examiné l'efficacité des appareils en vente libre (c.-à-d. *OTC*, *PSAP* et *ASA*), qui ne nécessitent pas l'intervention d'un professionnel de l'audition [Kim *et al.*, 2022; Seol *et al.*, 2021; Choi *et al.*, 2020; Almufarrij *et al.*, 2019; Cho *et al.*, 2019; Brody *et al.*, 2018; Maidment et Ferguson, 2018; Humes *et al.*, 2017; Reed *et al.*, 2017; Sacco *et al.*, 2016; McInerney et Walden, 2013]. L'efficacité des appareils a été évaluée auprès de personnes qui présentent des profils auditifs variés : certaines avaient une audition normale, alors que d'autres présentent des difficultés d'audition légères, modérées ou sévères, incluant des personnes qui portent déjà des appareils auditifs. Les résultats recensés varient d'une étude à l'autre, mais les domaines les plus communément évalués sont les habiletés auditives (mesurées par les

tests audiométriques), les capacités d'écoute dans le silence et dans le bruit ainsi que les bénéfices qualitatifs comme l'acceptabilité et l'appréciation de l'appareil par l'utilisateur ainsi que sa facilité d'utilisation.

Dix des onze études rapportent des effets positifs des appareils en vente libre pour les clientèles présentant des difficultés d'audition légères à modérées. Toutefois, lorsque les difficultés d'audition sont sévères, ces appareils offrent une moins bonne performance acoustique que les appareils auditifs conventionnels. Une étude ayant évalué 28 appareils différents rapporte que certains ont des sons de mauvaise qualité et d'autres ont des réglages inflexibles [Almufarrij *et al.*, 2019]. L'étude rapporte également qu'il y a un lien entre le coût de l'appareil et la qualité du son : plus l'appareil coûte cher, meilleur est le son. La synthèse des résultats indique que pour des personnes présentant des difficultés d'audition légères à modérées, les *OTC*, les *PSAP* et les *ASA* peuvent être une option de compensation efficace et plus abordable que l'appareil auditif conventionnel, mais qui n'atteignent pas les performances de celui-ci chez des personnes présentant des difficultés d'audition sévères. Les résultats sont généralisables aux populations vivant dans les MHL, puisque les populations des études sont comparables en termes d'âge. Les données suggèrent que :

*Les appareils en vente libre et les ASA améliorent les habiletés auditives des personnes qui présentent des difficultés d'audition légères à modérées. Toutefois, la qualité et les modalités d'ajustement de ces appareils sont variables – Niveau de preuve élevé.*

#### **4.3.1.2 Processus d'ajustement des appareils en vente libre**

Tel qu'indiqué précédemment, ces appareils ne font pas appel à l'intervention d'un professionnel de l'audition, à la fois pour l'achat et l'ajustement de ceux-ci. Les acheteurs doivent procéder eux-mêmes au choix et aux ajustements des appareils, alors que dans le cas d'un appareil auditif conventionnel, les ajustements sont effectués par un professionnel de l'audition. Cinq études retenues, portant sur 241 participants, ont documenté l'efficacité de ce processus ainsi que les facteurs qui influencent sa réussite [Sabin *et al.*, 2020; Convery *et al.*, 2019a; Reed *et al.*, 2019; Keidser et Convery, 2017; Convery *et al.*, 2016]. Trois études mettent l'accent sur les performances acoustiques de l'appareil auto-ajusté et deux autres portent sur les performances des utilisateurs pour réaliser le processus ainsi que leur perception de la parole. Dans tous les cas, l'appareil ajusté par son propriétaire offre de bonnes performances. Quatre études sur cinq rapportent l'utilité de l'aide d'une tierce personne, soit l'implication d'un intervenant membre du personnel de soins, d'une personne formée ou d'un partenaire de vie.

La pertinence clinique de l'ajustement réside dans le fait que les appareils ajustés par les personnes elles-mêmes ont, dans la plupart des cas, des performances comparables à celles ajustées par un intervenant. Toutefois, certains risques sont à considérer. La personne qui ne réussit pas à assembler et ajuster son appareil de la bonne façon risque de le porter sans en obtenir les bénéfices attendus ou de cesser de l'utiliser. À l'échelle sociétale, l'auto-ajustement d'un appareil pourrait faciliter l'accessibilité aux appareils auditifs [Convery *et al.*, 2019b; Keidser et Convery, 2017]. Toutefois, le processus

d'ajustement fait appel à des compétences en littératie et en autogestion [Reed *et al.*, 2019], de même qu'à des habiletés cognitives [Keidser et Convery, 2017]. Le soutien d'une autre personne semble incontournable lorsque l'utilisateur de l'appareil ne parvient pas à compléter le processus seul [Convery *et al.*, 2019b; Convery *et al.*, 2016]. Ces résultats suggèrent que :

*À la suite de l'auto-ajustement d'un appareil auditif, celui-ci offre de bonnes performances pour des personnes qui présentent des difficultés d'audition légères à modérées. Toutefois, certaines personnes ont besoin du soutien d'un tiers pour réussir le processus – Niveau de preuve modéré.*

#### **4.3.1.3 Efficacité des microphones distants**

Les microphones distants sont des appareils associés aux appareils auditifs en vue d'améliorer la performance de ceux-ci dans des environnements sonores complexes, comme la présence de bruit, de conversations simultanées avec plusieurs personnes ou une grande distance entre l'interlocuteur et la personne qui présente des difficultés d'audition. Quatre études ont examiné l'efficacité des microphones distants [Salehi *et al.*, 2018; Wagener *et al.*, 2018; Rodemerk et Galster, 2015; Wolfe *et al.*, 2015]. Les résultats des études sont cohérents à l'effet que les microphones distants améliorent les habiletés auditives chez des personnes qui portent un appareil auditif, surtout dans le bruit. Toutefois, une des études indique que les performances sont inégales et qu'elles varient d'une technologie à l'autre. L'implication clinique de ce résultat est que les utilisateurs d'appareils auditifs tireraient donc des bénéfices d'un microphone distant dans des environnements sonores complexes. Le microphone distant n'étant pas un appareil invasif, il ne présente pas de risques pour l'utilisateur. Les données suggèrent que :

*Les microphones distants améliorent les capacités auditives des personnes qui présentent des difficultés d'audition et qui portent des appareils auditifs conventionnels – Niveau de preuve modéré.*

## **4.4 Synthèse de la dimension organisationnelle**

- Les connaissances limitées des personnes hébergées et du personnel sur l'existence et le fonctionnement des ASA, de même que sur l'évolution du marché de ces appareils et les façons de les obtenir, peuvent nuire à leur utilisation selon sociétés savantes ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*; Echalié et Action on Hearing Loss, 2012\*] et consultations).
- Le roulement du personnel peut faire en sorte qu'on oublie parfois de les utiliser ou d'assurer leur maintenance (p. ex. charger les piles des appareils). Le temps requis pour aider la personne hébergée à les utiliser peut également freiner leur utilisation (consultations).

- L'offre de formation sur les ASA auprès des personnes hébergées et du personnel pourrait favoriser leur utilisation et en augmenter la sécurité (p. ex. en ce qui concerne le volume maximal, la méthode de désinfection) ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Speech-Language & Audiology Canada, 2018\*; NHS England, 2017\*; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*; Jopling, 2015\*; Pryce et Gooberman-Hill, 2013; Preminger, 2011\*] et consultations).
- L'audiologiste pourrait évaluer les besoins des personnes hébergées en matière d'ASA, selon l'avis de diverses organisations ([Crellin *et al.*, 2018\*; National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia, 2016\*; Welsh Government, 2016\*] et consultations) et former le personnel à leur utilisation (consultations).
- Parmi les conditions essentielles rapportées par les parties prenantes se trouvent notamment les caractéristiques suivantes : ASA non encombrantes et sans fil, piles chargées disponibles et inscription dans le plan de soins du résident (consultations).

#### 4.5 Synthèse de la dimension économique

- Bien que le rapport coût-bénéfice des ASA ne soit pas connu, celles-ci sont généralement perçues comme peu coûteuses [OOAQ, 2019\*]. Au Québec, la RAMQ peut fournir les ASA aux personnes qui remplissent les conditions d'admissibilité.
- Les appareils en vente libre sont, quant à eux, vus comme des options plus abordables que les appareils auditifs conventionnels et donc, plus accessibles aux personnes qui ont un faible revenu, selon diverses organisations [National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*; American Speech-Language-Hearing Association, 1997\*]. Comme leur marché n'est pas encore réglementé, ils ne sont pas couverts par la RAMQ.
- Néanmoins, les ASA peuvent être trop dispendieuses pour certains résidents en MHLD; il est donc suggéré que leur achat soit prévu au budget des milieux (consultations).
- Même si les prix des appareils *OTC* et *PSAP* varient énormément, plusieurs sont abordables [Almufarrij *et al.*, 2019].

#### 4.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- Les ASA sont perçues comme pertinentes; elles peuvent notamment faciliter l'utilisation du téléphone et de la télévision (consultations).
- Les ASA sont également perçues comme applicables en MHLD, mais ne sont utilisées qu'occasionnellement (consultations). Toutefois, la formation du

personnel à leur utilisation, par des audiologistes, semble peu applicable en raison du nombre actuel de ceux-ci; en 2021, 484 audiologistes ont été répertoriés au Québec [OOAQ, 2022\*].

- Certaines normes ou règles régissent la vente d'ASA dans différents pays pour assurer la sécurité des utilisateurs, selon différentes organisations américaines [American Academy of Audiology, 2018\*; American Speech-Language-Hearing Association, 1997\*], dont le *WHO-ITU<sup>2</sup> global standard for personal audio systems and devices* [OMS, 2020\*].
- L'évolution des technologies favorise le développement des appareils *OTC* et *PSAP*, mais la réglementation ne suit pas le rythme de leur mise en marché. Au Canada, la vente de ces appareils n'est d'ailleurs pas encore réglementée (consultations).

#### **4.6.1 Acceptabilité**

- Certaines personnes peuvent avoir de la difficulté à accepter d'utiliser des ASA, qui sont parfois vues comme étant encombrantes, alors que d'autres les trouvent plus acceptables que les appareils auditifs conventionnels ([College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia, 2016\*] et consultations).
- Pour les personnes qui ont des troubles neurocognitifs majeurs, l'amplificateur personnel peut être difficile à utiliser et à accepter [Jupiter, 2016].
- Bien que des études sur les appareils en vente libre ont été examinées dans le cadre de la revue systématique, les données recueillies ne permettent pas de conclure avec certitude que l'équilibre entre les effets bénéfiques et néfastes est en faveur de l'utilisation de ces appareils auditifs. Ceux-ci peuvent notamment être associés à des bouchons de cérumen et à une atteinte de l'audition due à une exposition de volume trop élevé. Dans un contexte où la réglementation est absente à cet égard, l'INESSS n'émet pas de recommandation sur l'utilisation des appareils auditifs en vente libre.

---

<sup>2</sup> World Health Organization and International Telecommunication Union.

## 4.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- les appareils auditifs conventionnels sont sous-utilisés, en plus de ne pas être indiqués ou accessibles pour toutes les personnes qui présentent des difficultés d'audition;
- les appareils en vente libre (*OTC* et *PSAP*) ainsi que les *ASA* semblent être efficaces pour soutenir la communication, la compréhension, l'interaction, la sécurité et la qualité de vie;
- les études recensées indiquent que :
  - les appareils en vente libre (*PSAP*, *assistive listening devices [ALD]* et *OTC*) améliorent les habiletés auditives des personnes qui présentent des difficultés d'audition légères à modérées. Toutefois, la qualité et les modalités d'ajustement de ces appareils sont variables (Niveau de preuve élevé);
  - à la suite de l'auto-ajustement d'un appareil auditif, celui-ci offre de bonnes performances pour des personnes qui présentent des difficultés d'audition légères à modérées. Toutefois, certaines personnes ont besoin du soutien d'un tiers pour réussir le processus (Niveau de preuve modéré);
  - les microphones distants améliorent les capacités auditives des personnes qui présentent des difficultés d'audition et qui portent des appareils auditifs conventionnels (Niveau de preuve modéré).
- les risques liés à l'utilisation des aides auditives sont peu documentés, mais seraient minimes;
- bien que le rapport coût-bénéfice des appareils en vente libre et des *ASA* ne soit pas connu, l'ensemble de ces aides auditives sont généralement perçues comme étant moins coûteuses que les appareils auditifs conventionnels;
- les appareils en vente libre peuvent avoir des effets bénéfiques, surtout pour les personnes qui présentent des difficultés d'audition légères ou modérées;
- les *ASA* peuvent être difficiles à utiliser et à accepter pour certaines personnes (p. ex. personnes hébergées qui ont des troubles neurocognitifs majeurs).

### 4.7.1 Recommandations

- La personne hébergée devrait bénéficier de l'aide auditive qui lui convient, selon ses préférences et ses besoins de communication.
- Les MHLN devraient mettre des *ASA* à la disposition des résidents qui en ont besoin occasionnellement.

#### **4.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur des aides auditives (appareils auditifs et ASA)**

- Une personne devrait être responsable de la banque d'ASA et s'assurer que ces appareils sont disponibles pour les personnes hébergées qui en ont besoin.
- La nécessité d'utiliser une ASA devrait être inscrite dans le plan de soins.
- Le personnel, les bénévoles, les personnes responsables des RI-RTF et les PPA devraient être sensibilisés à l'existence et à l'utilité des ASA. Ils devraient également être formés pour les utiliser de façon adéquate et sécuritaire (p. ex. nettoyage, changement de pile, rangement sécuritaire).

## 5 LES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES POUR LA PERSONNE HÉBERGÉE ET LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

### 5.1 Description de la pratique

Les interventions éducatives pour la personne hébergée et leurs PPA visent à leur transmettre diverses informations, afin de développer leurs connaissances en santé auditive et leurs habiletés relatives à différents aspects de celle-ci. Ces interventions peuvent notamment cibler la compréhension des conséquences liées aux difficultés d'audition, l'utilisation de stratégies de communication, de même que les connaissances et les habiletés relatives aux adaptations possibles (p. ex. utilisation des aides auditives). Ces interventions peuvent également avoir comme objectif d'accroître chez la personne hébergée, en fonction de ses capacités, ses habiletés d'autogestion, pour que celle-ci prenne la responsabilité de ses comportements et de son bien-être au regard de ses difficultés d'audition.

Il est à noter que cette section porte sur des interventions en soutien à la personne hébergée et aux PPA. Avec l'adoption de la loi visant à reconnaître et à soutenir les PPA [MESS, 2022\*], l'offre d'interventions éducatives sur la santé auditive, selon les besoins exprimés par les PPA, est également considérée dans cette pratique clinique. La formation des membres du personnel est abordée, quant à elle, dans le cadre d'une pratique organisationnelle.

### 5.2 Synthèse de la dimension populationnelle

- Les connaissances et les compétences des personnes hébergées et de leurs PPA sont généralement jugées faibles en ce qui a trait aux difficultés d'audition et à leurs impacts, de même qu'en ce qui concerne les adaptations disponibles telles que les appareils auditifs et les ASA [OOAQ, 2019\*; Ferguson *et al.*, 2019; Bennett *et al.*, 2018a; Bennett *et al.*, 2017; Henshaw *et al.*, 2012].
- Des études menées spécifiquement sur le sujet des habiletés des utilisateurs d'appareils auditifs indiquent qu'une majorité (entre 80 et 90%) d'entre eux ont de la difficulté avec au moins un aspect lié à la gestion de ceux-ci (p. ex. contrôle du volume, entretien) [Bennett *et al.*, 2017; Campos *et al.*, 2014].
- Ces difficultés sont rencontrées à la fois chez les nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs et les utilisateurs expérimentés ([Greengross, 2014] et [Action on Hearing Loss, 2011\*] dans [Ferguson *et al.*, 2019]); il est toutefois difficile d'identifier les sous-groupes d'individus qui risquent de présenter de moins bonnes habiletés (p. ex. selon l'âge, le nombre d'années de possession d'un appareil auditif) [Bennett *et al.*, 2020b].

## 5.3 Synthèse de la dimension clinique

- Les interventions éducatives peuvent aider les personnes hébergées en améliorant leurs connaissances sur la santé auditive de même que leurs habiletés relatives à l'utilisation d'appareils auditifs, d'ASA et de stratégies de communication [Meijerink *et al.*, 2020; Ferguson *et al.*, 2016a; Thoren *et al.*, 2014].
- Les connaissances sur les facteurs de risque liés aux difficultés d'audition, les symptômes qui y sont associés et leurs conséquences de même que les interventions possibles (p. ex. stratégies de communication) constituent également des thèmes nommés dans le cadre des interventions éducatives à promouvoir auprès des personnes âgées [Miller, 2021], que celles-ci portent ou non des appareils auditifs.
- La plupart des personnes qui reçoivent un résultat positif lors du dépistage des difficultés d'audition reconnaissent celles-ci de même que les bénéfices potentiels associés aux interventions disponibles, mais n'entament pas de démarche à cet effet [Laplante-Lévesque *et al.*, 2015]. Dans cette perspective, les interventions éducatives qui donnent suite au dépistage peuvent alors informer la personne hébergée des conséquences et des modalités possibles afin de soutenir une bonne santé auditive, sans nécessairement être liées à l'utilisation d'un appareil auditif [Rothpletz *et al.*, 2016].

### 5.3.1 Revue systématique

Dans le cadre de cet avis, dix-sept études scientifiques examinent l'effet de diverses interventions éducatives (p. ex. en termes de contenu, de durée) qui portent sur différents sujets, tels que l'insertion et l'ajustement des appareils auditifs, leur entretien, l'adaptation à leur port ainsi que les stratégies de communication ciblent différents aspects relatifs à l'utilisation des appareils auditifs (p. ex. connaissances, habiletés de manipulation, sentiment d'auto-efficacité, limitations d'activités et restrictions de participation) menées auprès des personnes qui présentent des difficultés d'audition [Alicea et Doherty, 2021; Ismail *et al.*, 2021; Ferguson *et al.*, 2020; Gomez et Ferguson, 2020; Meijerink *et al.*, 2020; McMullan *et al.*, 2018; Roets-Merken *et al.*, 2018; Caposecco *et al.*, 2016; Ferguson *et al.*, 2016a; Lane et Clark, 2016; Ferguson *et al.*, 2015; Vreeken *et al.*, 2015; Oberg *et al.*, 2014; Thoren *et al.*, 2014; Lundberg *et al.*, 2011; Thoren *et al.*, 2011]. La majorité des études ont été menées auprès d'une population et au sein d'un contexte distincts de la population et du contexte ciblés dans cet avis (voir l'annexe E-6 du document *Annexes complémentaires* pour consulter les caractéristiques des études recensées et le processus d'appréciation de la preuve).

- Parmi les thèmes fréquemment abordés dans les interventions recensées se trouvent l'insertion et l'ajustement des appareils auditifs, leur entretien, l'adaptation au port des appareils ainsi que les stratégies de communication [Alicea et Doherty, 2021; Ferguson *et al.*, 2016a; Ferguson *et al.*, 2015].

- Les interventions présentées dans les études recensées ont des durées variables (p. ex. de quelques minutes par capsule pédagogique à des rencontres de plus de 90 minutes, réparties sur près d'un mois). Ces interventions sont administrées, pour la plupart, à l'aide de supports technologiques.
- Parmi les études recensées qui ont évalué l'efficacité d'interventions éducatives auprès de populations âgées, peu d'entre elles ont été menées auprès des résidents qui présentent des difficultés cognitives et qui vivent en MHL.
- Quatre études, qui regroupent 308 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs, sur les connaissances en lien avec les enjeux pratiques et psychosociaux relatifs à l'utilisation de ceux-ci (p. ex. fréquence à laquelle le tube doit être remplacé dans l'embout, façons d'améliorer la communication lors du port d'appareils auditifs) [Ferguson *et al.*, 2020; Gomez et Ferguson, 2020; Ferguson *et al.*, 2016a; Ferguson *et al.*, 2015]. Les résultats de ces études rapportent un effet positif sur les connaissances en lien à la fois avec les enjeux pratiques et les enjeux psychosociaux. Les données suggèrent que :

*Pour les nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs, les interventions éducatives améliorent les connaissances relatives aux enjeux pratiques et psychosociaux de l'utilisation de tels appareils – Niveau de preuve modéré.*

- Trois études, qui regroupent 318 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs, sur les habiletés de manipulation relatives à l'utilisation de ceux-ci [Alicea et Doherty, 2021; Caposecco *et al.*, 2016; Ferguson *et al.*, 2016a]. Les résultats de ces études rapportent des effets variés sur les habiletés de manipulation des appareils auditifs. Les données suggèrent que :

*Pour les nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs, les interventions éducatives améliorent les habiletés de manipulation de ces appareils – Niveau de preuve faible.*

- Quatre études, qui regroupent 478 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des utilisateurs d'appareils auditifs, sur le sentiment d'auto-efficacité en lien avec de l'utilisation de ceux-ci [Ferguson *et al.*, 2020; Gomez et Ferguson, 2020; Meijerink *et al.*, 2020; McMullan *et al.*, 2018]. Les résultats de ces études rapportent des effets positifs sur le sentiment d'auto-efficacité auprès des nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs. Les données suggèrent que :

*Pour les nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs, les interventions éducatives améliorent le sentiment d'auto-efficacité – Niveau de preuve modéré.*

- Six études, qui regroupent 855 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des utilisateurs d'appareils auditifs, sur l'utilisation de ceux-ci [Alicea et Doherty, 2021; Ismail *et al.*, 2021; Meijerink *et al.*, 2020; Ferguson *et al.*, 2016a; Lane et Clark, 2016; Vreeken *et al.*, 2015]. Les résultats de ces études rapportent des effets différents sur l'utilisation des appareils auditifs, pour lesquels il est difficile de dégager un impact clinique clair. Les données suggèrent que :

*Les interventions éducatives, réalisées particulièrement auprès des utilisateurs expérimentés, augmentent l'utilisation des appareils auditifs – Niveau de preuve faible.*

- Quatre études, qui regroupent 407 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des utilisateurs d'appareils auditifs, sur l'anxiété et les symptômes dépressifs en lien avec les difficultés rencontrées lors de leur utilisation [Ferguson *et al.*, 2016a; Thoren *et al.*, 2014; Lundberg *et al.*, 2011; Thoren *et al.*, 2011]. Les résultats de ces études rapportent des effets positifs sur l'état d'anxiété et les symptômes dépressifs des utilisateurs expérimentés d'appareils auditifs. Les données suggèrent que :

*Pour les utilisateurs expérimentés d'appareils auditifs, les interventions éducatives diminuent l'anxiété et les symptômes dépressifs – Niveau de preuve modéré.*

- Huit études, qui regroupent 855 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des utilisateurs d'appareils auditifs, sur les limitations d'activités et les restrictions de participation en lien avec les difficultés perçues à utiliser ces appareils [Alicea et Doherty, 2021; Ismail *et al.*, 2021; Ferguson *et al.*, 2020; Roets-Merken *et al.*, 2018; Ferguson *et al.*, 2016a; Thoren *et al.*, 2014; Lundberg *et al.*, 2011; Thoren *et al.*, 2011]. Les résultats de ces études rapportent des effets variés sur les limitations d'activités et les restrictions de participation relatives à l'utilisation d'appareils auditifs. Les données suggèrent que :

*Pour les utilisateurs expérimentés d'appareils auditifs, les interventions éducatives diminuent les limitations d'activités et les restrictions de participation en lien avec les difficultés perçues à utiliser les appareils – Niveau de preuve modéré.*

- Sept études, qui regroupent 1001 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des utilisateurs d'appareils auditifs, sur leur perception de bénéfices relativement à l'utilisation des appareils auditifs [Ismail *et al.*, 2021; Meijerink *et al.*, 2020; Ferguson *et al.*, 2016a; Vreeken *et al.*, 2015; Thoren *et al.*, 2014; Lundberg *et al.*, 2011; Thoren *et al.*, 2011]. Les résultats de ces études rapportent des effets variés sur la perception de bénéfices par les utilisateurs d'appareils auditifs. Les données suggèrent que les interventions

éducatives, menées auprès de différents profils d'utilisateurs d'appareils auditifs, contribuent peu à leur perception de bénéfices en lien avec l'utilisation de ceux-ci (Niveau de preuve modéré). Toutefois, ces données doivent être considérées avec précaution, notamment en raison de l'outil utilisé (*International Outcome Inventory for Hearing Aids [IOI-HA]*) pour mesurer les bénéfices perçus relatifs aux appareils auditifs. En effet, les auteurs de l'outil précisent également que le questionnaire n'est pas destiné à être utilisé comme une mesure « substitut », mais plutôt comme une mesure « complément » à un résultat donné [Cox et Alexander, 2002]. Chaque item de l'*IOI-HA* représentant un domaine distinct (7 items), il est rapporté que l'outil peut ne pas être suffisamment sensible pour détecter les bénéfices.

- Quatre études, qui regroupent 620 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des utilisateurs d'appareils auditifs, sur leur satisfaction vis-à-vis de l'utilisation de ceux-ci [Meijerink *et al.*, 2020; Ferguson *et al.*, 2016a; Lane et Clark, 2016; Thoren *et al.*, 2011]. Les résultats de ces études rapportent des effets variés sur la satisfaction rapportée par les utilisateurs d'appareils auditifs, pour lesquels il est difficile de dégager un impact clinique notable. Les données suggèrent que les interventions éducatives, menées auprès de différents profils d'utilisateurs d'appareils auditifs, contribuent peu à leur satisfaction relativement à l'utilisation d'appareils auditifs (Niveau de preuve faible). Toutefois, ces données doivent être considérées avec précaution, notamment en raison de la pluralité d'outils utilisés pour mesurer la satisfaction (p. ex. *Satisfaction with amplification in daily life [SADL]*, *Glasgow Hearing Aid Benefit Profile [GHABP]*).
- Trois études, qui regroupent 443 participants, examinent l'effet de diverses interventions éducatives, menées auprès des personnes âgées avec des difficultés d'audition (potentielles ou avérées), sur l'utilisation des stratégies de communication [Meijerink *et al.*, 2020; Wallhagen et Strawbridge, 2017; Oberg *et al.*, 2014]. Les résultats de ces études rapportent des effets variés, notamment selon la population (p. ex. personnes âgées avec des difficultés d'audition potentielles ou avérées, utilisateurs d'appareils auditifs) pour lesquels il est difficile de dégager un impact clinique clair. Les données suggèrent que les interventions éducatives, menées auprès des personnes âgées avec des difficultés d'audition (potentielles ou avérées), contribuent peu à l'utilisation de stratégies de communication (Niveau de preuve faible). Toutefois, ces données doivent être considérées avec précaution, notamment en raison des différents outils utilisés pour mesurer l'utilisation des stratégies de communication (p. ex. *Communication Profile for the Hearing Impaired [CPHI]*; *Communication Strategies Scale*).

- Les interventions qui visent à accroître l'autogestion (c.-à-d. que la personne prenne la responsabilité de ses comportements et de son bien-être vis-à-vis de la gestion de ses difficultés) pourraient augmenter sa satisfaction en lien avec les appareils auditifs, en plus de réduire l'impact des difficultés d'audition dans sa vie quotidienne [Humes *et al.*, 2020\*; Arnold *et al.*, 2019b; Philipsen et Gregory, 2016\*]. Ces interventions peuvent plus particulièrement s'appliquer auprès de certains profils tels que les personnes hébergées qui n'ont pas de troubles neurocognitifs majeurs ou de difficultés de motricité fine.
- Les interventions qui portent sur l'autogestion peuvent être pertinentes à mobiliser auprès des clientèles qui en ont les capacités fonctionnelles à leur admission en MHL. Cependant, ces interventions peuvent être difficiles à actualiser auprès de certaines clientèles (p. ex. celles ayant un trouble neurocognitif majeur, une déficience intellectuelle un trouble du langage ou des difficultés motrices [p. ex. liées à l'arthrose, l'arthrite ou la maladie de Parkinson]) (consultations).
- Les habiletés relatives à l'utilisation et la gestion d'un appareil auditif chez les personnes hébergées qui présentent des difficultés cognitives peuvent particulièrement se détériorer au fil du temps [Desjardins *et al.*, 2019].
  - La détection de changements dans les habiletés des résidents (p. ex. *Hearing Aid Skills and Knowledge Inventory [HASKI]* [Bennett *et al.*, 2018b]) peut être indiquée sur une base régulière [Desjardins *et al.*, 2019].
  - La répétition des tâches liées à l'utilisation de l'appareil est encouragée afin de maintenir leurs habiletés [Bennett *et al.*, 2018a].
- Diverses adaptations peuvent soutenir l'offre d'interventions éducatives auprès des personnes hébergées qui ont des troubles neurocognitifs majeurs, telles que la division de la tâche en étapes simples et l'utilisation de rappels vocaux, écrits ou visuels pour diminuer les oublis associés au port des appareils auditifs [Meyer et Hickson, 2020\*].
- Les interventions éducatives ou d'autogestion ne sont pas suffisantes pour répondre aux divers besoins des personnes qui ont une perte d'autonomie; ces interventions doivent faire partie d'un ensemble de pratiques mises en commun (consultations).
- L'importance de développer les connaissances des PPA est soulignée à quelques reprises, tous milieux d'hébergement confondus, afin qu'ils deviennent des partenaires dans l'implantation des interventions ciblées par les membres du personnel (consultations).

## 5.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- Plusieurs membres du personnel sont habilités pour réaliser cette pratique (p. ex. audiologiste, audioprothésiste, orthophoniste, personnel infirmier, technicien en éducation spécialisée, travailleur social). L'offre de formation apparaît toutefois nécessaire afin de développer les compétences requises à cet effet (consultations). Dans les études recensées pour la revue systématique, les audiologistes et les infirmières sont particulièrement impliqués dans l'offre de ces interventions.
- Plusieurs variables peuvent être à considérer dans l'acquisition de connaissances et d'habiletés en matière d'appareils auditifs (p. ex. styles d'apprentissage à privilégier selon le destinataire [visuel, auditif et tactile], degré de familiarité avec le sujet, niveau de littératie). Celles-ci mettent notamment en évidence la nécessité d'adopter une approche personnalisée lors de l'offre d'interventions éducatives [Bennett *et al.*, 2018a].
- La transmission d'informations uniquement par écrit est rarement suffisante. Les informations relatives aux interventions, transmises à la fois oralement et par écrit, devraient être idéalement accompagnées de discussions [American Academy of Audiology, 2018\*].
- Plusieurs interventions devraient être idéalement réalisées auprès des résidents qui présentent des difficultés d'audition, avant leur arrivée en MHL; l'introduction d'interventions éducatives dans ces milieux apparaît trop tardive (consultations).

## 5.5 Synthèse de la dimension économique

- Aucune donnée n'a été répertoriée dans la littérature scientifique pour documenter précisément les aspects économiques (p. ex. coûts directs et indirects) des interventions éducatives.

## 5.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- Les interventions éducatives doivent être adaptées au niveau de littératie des personnes ayant des difficultés d'audition [Arnold *et al.*, 2019a; Caposecco *et al.*, 2016; Brooke *et al.*, 2012; Caposecco *et al.*, 2011] afin que les informations transmises soient accessibles de façon équitable aux différents publics cibles (p. ex. personnes hébergées ayant des difficultés cognitives, une double déficience sensorielle) [National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Caposecco *et al.*, 2014].
- Afin de réduire les limitations d'activités et les restrictions de participation liées aux difficultés d'audition, les interventions qui visent un changement de comportement devraient être adaptées selon les besoins et les difficultés des résidents [American Academy of Audiology, 2018\*], dans le cadre d'un processus de prise de décision partagée [Arnold *et al.*, 2019a].

- Les perceptions relatives à l'efficacité des interventions éducatives et d'autogestion réalisées au bénéfice de la personne hébergée et des PPA varient selon les personnes interrogées; certaines les considèrent partiellement pertinentes et efficaces, alors que pour d'autres, elles sont très efficaces (consultations).
- Étant donné la prévalence importante des difficultés cognitives et de la perte d'autonomie chez les résidents vivant en MHL, des doutes sont exprimés quant à la pertinence des interventions qui visent à accroître leur autogestion au sujet de leurs difficultés d'audition (consultations).
- Actuellement, les interventions d'éducation et d'autogestion à l'intention des résidents qui présentent des difficultés d'audition seraient peu implantées dans les MHL du Québec (consultations).

## 5.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- les connaissances et les habiletés des personnes hébergées ainsi que des PPA sont généralement faibles en ce qui a trait aux difficultés d'audition (et ses impacts) et aux adaptations possibles telles que les appareils auditifs et les ASA;
- des proportions élevées de personnes âgées, à la fois chez les nouveaux utilisateurs et les utilisateurs expérimentés d'appareils auditifs, éprouvent des difficultés sur le plan de leurs habiletés;
- les interventions éducatives évaluées dans les études recensées pour la revue systématique portent majoritairement sur les habiletés relatives à l'utilisation d'appareils auditifs;
- les études recensées indiquent que :
  - pour les nouveaux utilisateurs d'appareils auditifs, les interventions éducatives améliorent les connaissances relatives aux enjeux pratiques et psychosociaux de l'utilisation de tels appareils (Niveau de preuve modéré), les habiletés de manipulation de ceux-ci (Niveau de preuve faible) et le sentiment d'auto-efficacité (Niveau de preuve modéré);
  - pour les utilisateurs expérimentés d'appareils auditifs, les interventions éducatives diminuent l'anxiété et les symptômes dépressifs (Niveau de preuve modéré) ainsi que les limitations d'activités et les restrictions de participation en lien avec les difficultés perçues à utiliser les appareils (Niveau de preuve modéré);
  - les interventions éducatives, réalisées particulièrement auprès des utilisateurs expérimentés, augmentent l'utilisation des appareils auditifs (Niveau de preuve faible).

- l'adaptation des interventions éducatives au niveau de littératie des personnes qui présentent des difficultés d'audition est nécessaire, selon leurs besoins et les difficultés rencontrées;
- des doutes sont exprimés quant à la pertinence de certaines interventions (p. ex. celles visant l'autogestion), notamment en raison de la prévalence importante des troubles cognitifs et de la perte d'autonomie chez les personnes hébergées.

### **5.7.1 Recommandation**

La personne hébergée et les PPA devraient bénéficier d'interventions éducatives qui répondent à leurs besoins respectifs en lien avec la santé auditive.

### **5.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur des interventions éducatives pour la personne hébergée et les PPA**

- Les PPA pourraient participer à la prestation de certaines interventions, afin de soutenir la personne hébergée dans le maintien de ses acquis, et ce, particulièrement lorsqu'elle présente des difficultés cognitives.
- Une attention particulière devrait être portée aux résidents utilisateurs d'appareils auditifs (novices ou expérimentés) qui éprouvent des difficultés en lien avec ceux-ci.
- Les thèmes suivants pourraient notamment être abordés lors des interventions éducatives, afin de développer les connaissances et les habiletés au sujet :
  - des difficultés d'audition (facteurs de risque, signes/symptômes) et de leurs conséquences sur la santé et la qualité de vie;
  - des stratégies de communication;
  - de la manipulation des aides auditives (p. ex. contrôle du volume, installation);
  - de l'entretien de base et de l'adaptation au port des aides auditives;
  - des ressources disponibles pour soutenir la prise en charge de la santé auditive;
  - de l'accompagnement, en tant que PPA, d'une personne hébergée qui présente des difficultés d'audition.

## 6 LE SOUTIEN ÉMOTIONNEL

### 6.1 Description de la pratique

Le soutien émotionnel vise à accompagner et orienter adéquatement les personnes hébergées qui vivent des difficultés personnelles ou sociales, spécifiquement en lien avec leurs difficultés d'audition.

Le soutien émotionnel à l'égard des difficultés d'audition peut être offert selon diverses modalités, dans le cadre de rencontres individuelles ou de groupe, avec ou sans la participation des PPA des résidents. Par exemple, ce soutien consiste notamment à permettre aux personnes hébergées de s'exprimer sur ces difficultés, à les rassurer, à leur prodiguer des conseils de même qu'à les orienter vers les services psychosociaux appropriés.

### 6.2 Synthèse de la dimension populationnelle

- Les difficultés d'audition, et les difficultés de communication qui leur sont associées, peuvent mener les personnes âgées à adopter des comportements inadaptés et affecter leur habileté à s'engager dans des activités sociales ([Bennett *et al.*, 2021c; Heffernan *et al.*, 2016] et [Mikkola *et al.*, 2016; Broese van Groenou *et al.*, 2013] cités dans [Bennett *et al.*, 2020b]).
- Ces difficultés peuvent entraîner diverses conséquences sur le plan psychologique, telles que le sentiment de solitude, d'infériorité et de frustration, de même que l'anxiété et la stigmatisation par la personne elle-même à l'égard de sa condition [Jayakody *et al.*, 2018; Contrera *et al.*, 2017] et la dépression [Lawrence *et al.*, 2020; Jayakody *et al.*, 2018]. Elles peuvent également mener à une diminution de sa participation sociale et à une augmentation de sa dépendance à l'égard des PPA ([Bigelow *et al.*, 2020; Lawrence *et al.*, 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Barker *et al.*, 2018; Jayakody *et al.*, 2018; Contrera *et al.*, 2017; Vas *et al.*, 2017; Heffernan *et al.*, 2016; Jopling, 2015\*] et consultations).
- L'isolement social associé aux difficultés d'audition constitue un facteur contributif important aux problématiques de santé mentale qui peuvent survenir à l'âge avancé (littérature scientifique [Rutherford *et al.*, 2018; Pronk *et al.*, 2013] dans [Bennett *et al.*, 2020b]). Conséquemment, un organisme gouvernemental recommande d'évaluer la santé mentale des personnes qui présentent des difficultés d'audition [NHS England, 2015\*].
- Une atteinte au bien-être émotionnel peut également influencer négativement l'utilisation et le succès relatifs aux services reçus en lien avec la santé auditive (p. ex. attitude défavorable ou méfiante envers les appareils auditifs) [Bennett *et al.*, 2021a; Meyer *et al.*, 2014].

- Différentes associations savantes soulignent que les conséquences psychologiques et sociales des difficultés d'audition devraient être prises en compte dans l'offre de soins et de services qui y est associée [American Speech-Language-Hearing Association, 2018\*; British Society of Audiology, 2016\*; Audiology Australia, 2013].

### 6.3 Synthèse de la dimension clinique

- Selon différentes sources de littérature grise, le soutien émotionnel offert aux personnes qui présentent des difficultés d'audition pourrait :
  - augmenter leur engagement, leur motivation et leur capacité d'autogestion [National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*; Philipsen et Gregory, 2016\*];
  - contribuer à réduire le sentiment de stigmatisation qui peut être associé aux difficultés d'audition et au port d'appareils auditifs [British Society of Audiology, 2016\*; Jopling, 2015\*].
- L'influence positive de la relation thérapeutique entre le résident et l'intervenant est documentée dans le contexte de différentes interventions liées aux appareils auditifs tels que sur leur adoption, l'acquisition de connaissances et d'habiletés liées à leur gestion de même que sur leur recherche d'aide pour les problèmes liés à leur utilisation [Bennett *et al.*, 2018a] et [Bennett *et al.*, 2019; Poost-Foroosh *et al.*, 2015] dans [Bennett *et al.*, 2020b].
- Les audiologistes et les personnes hébergées qui présentent des difficultés d'audition perçoivent tous deux un bénéfice tout particulier à l'utilisation d'interventions axées sur le soutien émotionnel et l'*empowerment* [Bennett *et al.*, 2021a]. Or, différentes études indiquent que ce soutien est rarement prévu (ou procuré, selon le cas) auprès des personnes vivant des problèmes émotionnels en lien avec les difficultés d'audition [Grenness *et al.*, 2015; Ekberg *et al.*, 2014] dans [Bennett *et al.*, 2021b].
- Les personnes consultées rapportent que le soutien émotionnel offert aux résidents qui présentent des difficultés d'audition pourrait notamment favoriser leur adaptation et leur participation dans le MHLD lors de leur arrivée, de même que soutenir le port des appareils auditifs (consultations).
- L'utilisation d'une approche combinée, incluant des séances individuelles et de groupe, peut contribuer à répondre aux besoins des adultes qui présentent des difficultés d'audition tout en considérant leurs préférences, selon une société savante américaine [National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*]. Des modules, offerts à partir d'un support informatisé, peuvent être des mécanismes efficaces afin de favoriser l'accès et l'utilisation de ressources qui offrent notamment du soutien émotionnel à l'égard des difficultés d'audition.

- L'environnement social d'une personne âgée a une influence sur le succès de sa réadaptation en audiologie [Laird *et al.*, 2020].
  - Le soutien social constitue une variable prédictive importante de la qualité de vie psychologique et sociale perçue par le résident de même que sa satisfaction vis-à-vis de l'utilisation d'un appareil auditif [Moser *et al.*, 2017; Singh *et al.*, 2015].
  - Le soutien social semble également être un facteur de protection important vis-à-vis de l'apparition de symptômes de stress, d'anxiété et de dépression [Veiga *et al.*, 2015]. Différents objectifs peuvent être poursuivis afin de répondre aux besoins des personnes qui ont des difficultés d'audition (p. ex. responsabilisation du résident, habilitation des pairs à lui offrir un soutien) [Bennett *et al.*, 2021a].
- L'implication des PPA dans les interventions qui comportent du soutien émotionnel peut améliorer les habiletés de communication des personnes âgées qui présentent des difficultés d'audition [National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*].

### 6.3.1 Revue systématique

Dans le cadre de cet avis, six études scientifiques ont été retenues et documentent l'effet de différentes interventions de soutien (p. ex. auto-affirmation, auto-assistance, *counseling*), menées auprès des personnes qui présentent des difficultés d'audition et qui vivent en communauté [Lazzarotto *et al.*, 2019; Molander *et al.*, 2018; Armitage *et al.*, 2017; Ferguson *et al.*, 2016b; Lazzarotto *et al.*, 2016; Saunders et Forsline, 2012]. La majorité des études ont été menées auprès d'une population et au sein d'un contexte distincts de la population et du contexte ciblés dans cet avis (voir l'annexe E-7 du document *Annexes complémentaires* pour consulter les caractéristiques des études recensées et le processus d'appréciation de la preuve). Les interventions évaluées ont des durées variables (p. ex. 2 séances de 30 minutes, capsules de 15 minutes distribuées sur 8 semaines) et sont données par l'entremise de différentes modalités (p. ex. exercices écrits de pleine conscience).

- Quatre études, qui regroupent 1114 participants, examinent l'effet de diverses interventions de soutien sur la qualité de vie des adultes qui présentent des difficultés d'audition [Lazzarotto *et al.*, 2019; Molander *et al.*, 2018; Lazzarotto *et al.*, 2016; Saunders et Forsline, 2012]. Les études rapportent des effets positifs sur la qualité de vie perçue de ces personnes, mais l'ampleur de l'effet sur celle-ci à la suite de l'intervention de soutien demeure limitée. Les données suggèrent que :

*Les interventions de soutien améliorent la qualité de vie des personnes qui présentent des difficultés d'audition – Niveau de preuve modéré.*

- Trois études, qui regroupent 147 participants, examinent l'effet de diverses interventions de soutien sur l'anxiété et les symptômes dépressifs des adultes qui ont des difficultés d'audition [Molander *et al.*, 2018; Armitage *et al.*, 2017; Ferguson *et al.*, 2016b]. Les études rapportent différents effets sur l'anxiété et les symptômes dépressifs, pour lesquels l'ampleur varie également. Les données suggèrent que :

*Les interventions de soutien diminuent l'anxiété et les symptômes dépressifs chez les personnes qui présentent des difficultés d'audition – Niveau de preuve faible.*

## 6.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- Les intervenants devraient être sensibilisés aux conséquences des difficultés d'audition (et aux interactions possibles de celles-ci avec d'autres problèmes de santé) sur le bien-être émotionnel des personnes, afin de répondre à leurs besoins ([British Society of Audiology, 2016\*; Jopling, 2015\*] et consultations).
- La majorité des membres du personnel en place ne détiendrait pas la formation requise pour offrir du soutien émotionnel aux personnes hébergées qui rencontrent des problèmes en lien avec leurs difficultés d'audition (consultations). L'une des principales barrières nommées dans les écrits en lien avec l'offre du soutien émotionnel à l'égard des difficultés d'audition est d'ailleurs le besoin de développer les habiletés des intervenants [Bennett *et al.*, 2021b]. Il est rapporté que le soutien émotionnel est présentement offert de manière principalement informelle [Bennett *et al.*, 2021b].
- Différents intervenants en santé et en services sociaux pourraient potentiellement contribuer à l'implantation de cette pratique, selon diverses organisations ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; OOAQ, 2016\*] et consultations).
- Dans les MHLDD, le recours à des bénévoles bien formés ou à une personne-ressource en déficience sensorielle pour offrir ce soutien est également mentionné dans des documents de différentes organisations [ANESM, 2016\*; Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*].
- Les mécanismes d'accès au personnel pour offrir du soutien émotionnel aux personnes qui présentent des difficultés d'audition sont parfois méconnus ([National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*] et consultations).
- Une référence au Centre de réadaptation en déficience physique ou un professionnel de la santé mentale pourrait être indiquée (consultations).

## 6.5 Synthèse de la dimension économique

- Aucune donnée n'a été répertoriée dans la littérature scientifique qui documente précisément les aspects économiques (p. ex. coûts directs, indirects) pouvant être à considérer lors de l'offre de soutien émotionnel à l'égard des difficultés d'audition, notamment au regard de la nature informelle que peut prendre cette pratique (p. ex. clin d'œil à la personne hébergée, courte discussion, accompagnement par un bénévole).

## 6.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- Lors de la prestation de soins et services en santé auditive, les intervenants ont tendance à se concentrer sur le partage d'informations techniques (p. ex. discussion sur les appareils auditifs) en lien avec les préoccupations des patients, plutôt que de répondre aux aspects émotionnels de celles-ci [Ekberg *et al.*, 2014].
- En plus du manque de formation, différents obstacles sont rapportés en lien avec l'offre d'un soutien émotionnel aux personnes qui présentent des difficultés d'audition tels que l'inquiétude que la situation puisse devenir hors de la portée des intervenants, les contraintes de temps et de charge de travail ainsi que les difficultés rencontrées lors des démarches d'orientation vers les services de santé mentale appropriés [Bennett *et al.*, 2021c].
- La perception quant à son applicabilité est variable parmi les personnes consultées (consultations).

## 6.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- les difficultés d'audition (et les difficultés de communication qui leur sont associées) peuvent engendrer, chez les personnes âgées, diverses conséquences telles que la stigmatisation, le sentiment de solitude, d'infériorité et de frustration, l'anxiété et la dépression de même que la diminution de leur participation sociale et l'augmentation de leur dépendance vis-à-vis des PPA;
- l'isolement social associé aux difficultés d'audition constitue un facteur contributif important aux problématiques de santé mentale qui peuvent survenir à l'âge avancé;
- une atteinte du bien-être émotionnel des personnes qui présentent des difficultés d'audition peut également influencer négativement l'utilisation et le succès relatifs aux services reçus en lien avec la santé auditive (p. ex. attitudes envers les appareils auditifs);

- ces conséquences devraient être prises en compte dans l'offre de soins et de services aux personnes qui présentent des difficultés d'audition, mais un soutien à cet effet est rarement prévu à l'heure actuelle;
- l'offre de soutien émotionnel auprès des résidents qui présentent des difficultés d'audition est pertinente pour favoriser leur adaptation et leur participation en MHLD de même que pour améliorer la communication;
- les études recensées indiquent que :
  - les interventions de soutien améliorent la qualité de vie des personnes présentant des difficultés d'audition (Niveau de preuve modéré);
  - les interventions de soutien diminuent l'état d'anxiété et les symptômes dépressifs des personnes présentant des difficultés d'audition (Niveau de preuve faible).
- le développement des compétences des intervenants est nécessaire à l'offre des interventions de soutien émotionnel soucieuses de considérer les obstacles associés aux difficultés d'audition ainsi qu'aux autres problèmes de santé des personnes hébergées.

#### **6.7.1 Recommandations**

- La personne hébergée devrait bénéficier d'un soutien émotionnel lorsque les difficultés d'audition portent atteinte à son bien-être émotionnel.
- Pour la personne hébergée qui vit des problèmes persistants à cet égard, une prise en charge doit être prévue par les intervenants offrant des services psychosociaux.

#### **6.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur du soutien émotionnel**

- Le soutien émotionnel devrait cibler les défis d'adaptation que la personne hébergée rencontre dans sa vie quotidienne en raison de ses difficultés d'audition.
- Une sensibilisation aux possibles conséquences des difficultés d'audition sur le bien-être émotionnel devrait être réalisée auprès des PPA, des intervenants, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF, afin de demeurer à l'affût des besoins chez la personne hébergée.

**LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES  
EN RÉPONSE AUX BESOINS DES  
PERSONNES HÉBERGÉES**

## 7 LA GESTION DES AIDES AUDITIVES PAR LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT

### 7.1 Description de la pratique

La pratique concerne la gestion de l'ensemble des aides auditives pour les personnes hébergées. Ces aides incluent les appareils auditifs conventionnels, les appareils achetés en vente libre, les ASA personnelles (p. ex. microphones) ou partagées (p. ex. *pocket talkers*). La pratique fait référence à un ensemble d'actions visant à :

- favoriser l'utilisation adéquate de l'aide auditive (p. ex. mettre l'aide auditive le matin, l'allumer et l'éteindre, la retirer le soir ou utiliser son ASA pour écouter la télévision);
- assurer un entretien de base permettant un bon fonctionnement des aides auditives (p. ex. les nettoyer, les ranger de manière sécuritaire, vérifier leur bon fonctionnement, changer les piles);
- s'assurer que les appareils auditifs sont vérifiés et ajustés par un professionnel de l'audition (p. ex. audioprothésiste) à une fréquence déterminée par celui-ci;
- prévenir les bris, les pertes ou les vols des aides auditives.

### 7.2 Synthèse de la dimension populationnelle

- Il est important que la personne détentricice d'une aide auditive le porte régulièrement. Cependant, le niveau d'adhésion aux aides auditives est variable chez les personnes hébergées qui en possèdent (consultations).
- La gestion des aides auditives chez les personnes qui ont de troubles neurocognitifs majeurs et qui présentent des difficultés d'audition dans les MHLN constitue un défi important. Dans des études portant sur l'état des aides auditives dans les MHLN, des chercheurs ont constaté que 30 à 70 % ne fonctionnaient pas ou devaient être réparées [Hopper et Hinton, 2012].
- Il est important de prévenir les bris, les pertes et les vols d'aides auditives; d'une part, les utilisateurs vivent des difficultés à communiquer en l'absence des aides auditives, et d'autre part, les démarches de remplacement d'une aide auditive sont complexes et coûteuses (consultations).
- L'évolution des technologies a donné lieu à des aides auditives de plus en plus petites qui peuvent être facilement perdues dans les vêtements et la literie (consultations).

### 7.3 Synthèse de la dimension clinique

- Selon une étude qualitative australienne, une bonne utilisation des aides auditives peut améliorer l'humeur des personnes hébergées ainsi que leur niveau d'énergie et d'engagement lors de conversations [Bott *et al.*, 2020].
- L'utilisation d'aides auditives améliore la qualité de vie liée à la santé des adultes qui présentent des difficultés d'audition, y compris l'amélioration de l'estime de soi, de l'indépendance, de l'engagement social et de la santé mentale [Bennett *et al.*, 2018a].
- Une bonne gestion des aides auditives (p. ex. s'assurer que les piles sont fonctionnelles) peut être efficace pour en favoriser un usage optimal ([McCormack et Fortnum, 2013] et consultations), mais cette pratique gagnerait à être améliorée dans les MHLN québécois (consultations).
- La gestion d'une aide auditive par la personne hébergée elle-même mobilise des habiletés cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives) et motrices, notamment la dextérité manuelle. Or, ces habiletés peuvent décliner en raison du vieillissement ou d'autres conditions de santé (p. ex. arthrose, maladie de Parkinson). Dans les milieux d'hébergement, certains résidents n'ont plus les capacités physiques ou cognitives pour gérer eux-mêmes leurs aides auditives; ils ont besoin d'une autre personne pour le faire telle qu'une PPA ou un intervenant. De plus, certaines personnes hébergées ne sont plus en mesure de signaler au personnel que leur aide auditive ne fonctionne plus ou leur cause de l'inconfort (p. ex. personnes aphasiques) (consultations).
- Lorsqu'un résident ayant une aide auditive arrive dans un MHLN, ses aptitudes à la gérer lui-même devrait être évaluée. Pour ce faire, l'outil d'évaluation de la capacité d'autosoins pourrait être utilisé et le niveau d'aide dont la personne hébergée a besoin devrait être consigné à son dossier. Il faudrait également qu'il y ait un mécanisme pour déterminer si le résident est toujours en mesure d'utiliser et de gérer ses aides auditives de même que pour ajuster l'information au dossier ou au plan d'intervention (consultations).
- Une bonne gestion des aides auditives va de pair avec la vérification de l'état de l'oreille (consultations).

## 7.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- Certains MHL D disposent d'ASA et celles-ci sont partagées par les personnes hébergées; les ASA y sont toutefois peu utilisées. Le roulement du personnel fait en sorte que les personnes en place ne savent pas qu'elles existent, ni où elles sont rangées (consultations).
- Le roulement du personnel peut également contribuer à la perte des aides auditives, car les nouveaux membres, qui ne connaissent pas bien la personne hébergée, ne se rendent pas compte si elle porte ou non son aide auditive comme d'habitude (consultations). Certains moments sont particulièrement propices à la perte des aides auditives, notamment lors des transferts des personnes hébergées d'un endroit à un autre (consultations).
- En général, les intervenants qui prennent soin des personnes en perte d'autonomie sont peu formés pour assurer l'entretien de base des aides auditives; ils manquent de connaissances et de confiance en leurs capacités au regard du fonctionnement et de l'entretien de ces aides auditives ([Ray *et al.*, 2019; Pryce et Gooberman-Hill, 2013] et consultations).
- Les audiologistes ou les audioprothésistes pourraient participer à la formation des intervenants en MHL D, mais l'accès à ces professionnels de l'audition est limité (consultations). La formation adéquate de plusieurs intervenants en MHL D pourrait contribuer à la gestion des aides auditives.
- Lorsque les aides auditives sont égarées et retrouvées en MHL D, il peut être difficile d'identifier la personne à laquelle elles appartiennent; la tenue d'un registre avec les numéros de série ou l'étiquetage des aides avec les initiales du résident pourraient cependant contribuer à remédier à la situation (consultations).
- Les ergothérapeutes peuvent contribuer à la gestion des aides auditives en collaborant avec les autres membres du personnel (consultations).
- Les personnes consultées ont souligné que les PPA collaborent activement à la gestion des aides auditives et que cette implication est vue comme importante (consultations).
- Bien que certaines personnes soient d'avis que la responsabilité des MHL D n'est pas claire au sujet de la gestion des aides auditives (consultations), les politiques, procédures et guides d'accueil de différents CISSS/CIUSSS au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) considèrent les aides auditives comme n'importe quel autre bien personnel [CISSS de la Montérégie-Centre, 2021\*; CISSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2020\*; CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2020\*; CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2017\*; CHSLD Émile McDuff, 2016\*; Groupe Santé ARBEC, 2014\*]. Leur gestion relève donc de la responsabilité de la personne hébergée ou de son mandataire. Selon ces politiques et procédures, l'établissement a l'obligation légale de prendre « les moyens raisonnables » pour diminuer les risques de bris ou de perte.

#### **7.4.1 Stratégies organisationnelles pour prévenir les bris et les pertes des aides auditives**

- Sensibiliser le personnel à l'importance de ne pas perdre ou briser les aides auditives [Caron, 2014\*; Rousseau, 2014\*; American Speech-Language-Hearing Association, 1997\*];
- Tenir un registre des aides auditives des personnes hébergées (avec les numéros de série) et le mettre à jour régulièrement ([American Speech-Language-Hearing Association, 1997\*] et consultations);
- Intégrer l'utilisation des aides auditives ou d'une ASA à la feuille d'administration des médicaments (FADM) et aux autres plans de soins de l'établissement (p. ex. plan de travail du préposé aux bénéficiaires) (consultations);
- Mettre en place un système de rangement sécuritaire géré par les intervenants tel qu'un système de petits paniers. Chaque soir, avant le coucher, le personnel y range l'aide auditive, la prothèse dentaire et les lunettes de la personne hébergée. Ce panier est étiqueté au nom du résident et si celui-ci présente des difficultés cognitives, le panier est placé hors de sa portée pendant la nuit ([Hopper et Hinton, 2012] et consultations);
- Instaurer un code couleur pour distinguer rapidement l'aide auditive pour l'oreille gauche de celle prévue pour l'oreille droite (consultations);
- Étiquetage des aides auditives afin de faciliter l'identification du propriétaire ([Victory, 2020\*; Hopper et Hinton, 2012] et consultations);
- Attacher les aides auditives aux vêtements avec un cordon et un *autoclip* ([Victory, 2020\*; Haque *et al.*, 2012; Hopper et Hinton, 2012] et consultations).

#### **7.4.2 Stratégies organisationnelles pour assurer un entretien de base permettant un bon fonctionnement des aides auditives**

- Former le personnel pour assurer l'entretien, les vérifications de base du fonctionnement des aides auditives ainsi que la résolution des problèmes courants [McShea et Ferguson, 2022];
- Établir une routine quotidienne pour les équipes du matin :
  - Vérification des piles;
  - Vérification du fonctionnement de l'aide auditive;
  - Positionnement des aides auditives pour les personnes hébergées : chaque aide auditive dans la bonne oreille; attacher l'aide auditive aux vêtements du résident au besoin (consultations);

- Établir une routine pour les équipes de soir :
  - Retrait, nettoyage et rangement des aides auditives;
  - Chargement des aides auditives rechargeables (consultations);
- Inscrire les routines de matin et de soir dans les plans de soins [Action on Hearing Loss, 2018\*-c];
- Attribuer à une seule personne la tâche de changer toutes les piles des aides auditives une fois par semaine [Haque *et al.*, 2012].

#### **7.4.3 Stratégies organisationnelles pour assurer la vérification et l'ajustement des aides auditives par un professionnel de l'audition**

- Former le personnel aux problèmes de fonctionnement à surveiller sur les aides auditives et dont le constat nécessite de référer au professionnel de l'audition [Caron, 2014\*];
- Créer des partenariats entre les MHL D et les services en audiologie afin que le résident puisse obtenir rapidement les services qu'il requiert [Crosbie *et al.*, 2019];
- Veiller à ce que les aides auditives soient vérifiées sur une base annuelle par un audioprothésiste [Rousseau, 2014\*].

#### **7.4.4 Stratégies organisationnelles pour favoriser l'amélioration continue dans la gestion des aides auditives**

- Clarifier les rôles et les responsabilités de tout prestataire de soins incluant les PPA, les membres du personnel du MHL D et les professionnels des cliniques privées, au sujet de la gestion des aides auditives [Crosbie *et al.*, 2019], puisque ces rôles et ces responsabilités varient d'un endroit à l'autre (consultations);
- Faire des audits sur les stratégies de gestion des aides auditives mises en place dans le MHL D (consultations).

### **7.5 Synthèse de la dimension économique**

- Les aides auditives sont dispendieuses et peuvent donc être difficiles à remplacer en cas de perte ou de bris pour les personnes hébergées ou les membres de leur famille (consultations). Selon le site Web de la RAMQ, les personnes hébergées qui ont un appareil couvert par la Régie doivent remplir certaines conditions pour obtenir une aide auditive de remplacement (p. ex. un bris accidentel donne accès au remplacement, mais pas la perte).
- Les personnes hébergées peuvent assurer leurs aides auditives à leurs frais (consultations).

- Les piles des aides auditives sont dispendieuses aux yeux de certaines personnes hébergées. Chaque pile coûterait environ un ou deux dollars (consultations).
- Bien que les bénéfices n'aient pas été chiffrés, il est possible que des économies soient réalisées par le biais de la prévention des pertes et des bris d'aides auditives (consultations).

## 7.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- La gestion des aides auditives serait actuellement implantée de façon variable dans les MHL D au Québec, mais elle est vue comme applicable (consultations).

## 7.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- les aides auditives sont souvent utilisées de façon sous-optimale et que plusieurs personnes hébergées ont besoin d'assistance pour gérer leur aide auditive;
- il est important que le résident qui possède une aide auditive la porte régulièrement et qu'elle soit en bon état de fonctionnement;
- certains moments sont particulièrement propices à la perte des aides auditives, notamment lors des transferts des personnes hébergées d'un endroit à un autre;
- il est important de prévenir les bris, les pertes et les vols d'aides auditives, car les utilisateurs rencontrent des difficultés à communiquer en leur absence. En fait, l'utilisation d'aides auditives améliore la qualité de vie liée à la santé des adultes qui présentent des difficultés d'audition, y compris l'amélioration de l'estime de soi, de l'indépendance, de l'engagement social et de la santé mentale;
- les aides auditives sont dispendieuses et leur remplacement en cas de bris ou de perte peut donc être coûteux pour la personne hébergée, sa famille et la société en général;
- la vérification de l'adéquation des aides auditives aux besoins du résident devrait être faite périodiquement, alors que l'entretien de base, la vérification des piles et l'aide à l'installation de l'aide auditive devraient être réalisées sur une base quotidienne;
- l'implication des PPA des personnes hébergées est vue comme importante pour favoriser la gestion des aides auditives;
- en général, les intervenants manquent de connaissances et de confiance en leurs capacités au regard du fonctionnement et de l'entretien des aides auditives auprès des résidents en MHL D;

- diverses stratégies organisationnelles ont été identifiées pour prévenir les bris et les pertes des aides auditives, assurer leur entretien de base, leur vérification et leur ajustement de même que pour favoriser l'amélioration continue dans leur gestion;
- la gestion des aides auditives serait actuellement implantée de façon variable dans les MHLD au Québec.

#### **7.7.1 Recommandation**

Les MHLD doivent mettre en place des stratégies de gestion adéquate des aides auditives des personnes hébergées.

#### **7.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la gestion des aides auditives par les milieux d'hébergement**

Les MHLD devraient :

- créer et tenir à jour un registre des aides auditives;
- ancrer, dans les routines quotidiennes de soins, des mesures pour prévenir la perte et le bris des aides auditives, assurer leur entretien et favoriser leur utilisation au quotidien;
- clarifier les responsabilités des parties prenantes dans la gestion des aides auditives.

Les transferts des résidents d'un endroit à un autre sont des moments clés qui devraient faire l'objet d'une vigilance accrue pour minimiser la perte des aides auditives.

## 8 L'ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT

### 8.1 Description de la pratique

L'adaptation de l'environnement est une pratique visant à créer ou maintenir des milieux de vie favorables à la communication et à soutenir la qualité de vie et la sécurité des personnes hébergées présentant des difficultés d'audition. L'adaptation peut être importante, mais elle peut aussi être simple et peu coûteuse. Certains éléments de l'environnement peuvent être défavorables à la santé et à la qualité de vie des résidents qui vivent en MHL, et ce, particulièrement pour les personnes présentant des difficultés d'audition (p. ex. manque d'éclairage, niveau de bruit élevé).

Les composantes de l'éclairage et du bruit sont décrites par diverses associations et organisations gouvernementales. L'éclairage se définit par la quantité et la qualité de la lumière : la quantité est déterminée par le flux lumineux et le niveau d'éclairement, alors que la qualité fait référence au confort visuel [Saint-Laurent et Louis, 2012\*]. Le bruit, quant à lui, est défini par l'OMS comme étant tout son considéré indésirable [INSPQ, 2018\*]. Ces sons peuvent être non souhaités, dérangeants, ou avoir une puissance suffisamment élevée pour être susceptible de causer des effets néfastes sur la santé auditive [INSPQ, 2018\*].

Les MHL se trouvent dans des lieux où se déroulent des activités pouvant générer des bruits environnementaux tels que le bruit de voisinage, celui de la circulation routière, du transport ferroviaire et du transport aérien, ainsi que celui des industries, de la construction et des travaux publics [INSPQ, 2018\*]. À l'intérieur même des MHL, la vie quotidienne des personnes qui s'y trouvent génère également son lot de bruits ambiants : conversations, alarmes, déplacements (ascenseurs, chariots, fauteuils roulants, etc.) et loisirs (télévision, etc.).

Dans les milieux qui hébergent des résidents présentant des difficultés d'audition, des stratégies d'adaptation de l'environnement, notamment quant à l'acoustique et l'éclairage, sont importantes pour favoriser la communication et l'actualisation des stratégies compensatoires (p. ex. lecture labiale). Cependant, puisque les personnes hébergées présentant des difficultés d'audition cohabitent avec d'autres personnes, la conception d'un environnement sonore et lumineux approprié requiert un équilibre délicat entre les besoins des uns et des autres.

### 8.2 Synthèse de la dimension populationnelle

Des indications au sujet de l'adaptation de l'environnement en MHL sont fournies par diverses instances gouvernementales et sociétés dans le domaine des infrastructures :

- Le niveau de bruit se mesure en décibels (dB). Plus le bruit est fort, plus le nombre de décibels est élevé. La mesure des décibels peut être ajustée pour tenir compte de la manière dont l'oreille humaine entend; le niveau de bruit est alors présenté en décibels « A » (dBA) [Vivre en ville, 2020\*]. La mesure du

niveau de bruit s'accompagne également de celle du temps de réverbération, qui est la persistance du son provenant de la réflexion de celui-ci sur les parois (murs, plafonds, etc.).

- En général, 40-50 dBA correspondent approximativement à un niveau de bruit normal pour tenir une conversation. L'exposition à des bruits dépassant ce niveau est considérée comme nuisible au bien-être des individus [MMP Architects, 2018\*].
- L'acuité auditive diminue d'environ un décibel par an, après l'âge de 65 ans. De plus, étant donné que les personnes âgées ont de la difficulté à faire la distinction entre le signal et le bruit, elles peuvent rencontrer des difficultés (p. ex. accroître leur confusion et leur désorientation) dans les environnements bruyants, notamment lors des interactions sociales et en ce qui concerne leur sécurité. [MMP Architects, 2018\*].
- À partir de l'âge de 55 ans, la quantité de lumière nécessaire est de 300 % plus élevée qu'à l'âge de 25 ans, et ce, pour un niveau de performance visuelle équivalent [ANESM, 2016\*]. L'éclairage approprié est donc important, car les personnes qui présentent des difficultés d'audition compensent parfois par la lecture des informations écrites et la lecture labiale. De plus, un niveau d'éclairage suffisant comporte d'autres avantages, dont la prévention des chutes (consultations).
- Le seuil de tolérance au bruit peut être plus bas pour les personnes âgées qui présentent une presbycousie comparativement aux personnes entendant [Pryce et Gooberman-Hill, 2012]; elles sont également plus sensibles aux effets néfastes du bruit sur la compréhension de la parole [Vermeire *et al.*, 2016]. Pour les personnes âgées qui portent un appareil auditif, le bruit de fond représente un défi au point tel que le bruit est considéré comme un facteur d'abandon de l'appareil [Pryce et Gooberman-Hill, 2012].
- Les mesures sonores recueillies dans les MHLd ont permis d'établir que le bruit demeure problématique pour le bien-être des personnes hébergées [Janus *et al.*, 2021; Pryce et Gooberman-Hill, 2012; Joosse, 2011], certains niveaux de bruit pouvant atteindre 55-70 dB (mesure comparable au bruit produit par un trafic routier intense selon une organisation en architecture [MMP Architects, 2018\*]).
- Les études menées dans les MHLd indiquent que le bruit provient d'une pluralité de sources. Une étude a établi que 26% du bruit provenait des conversations entre les membres du personnel et 26% des équipements (chariots de médicaments, sonneries de téléphone, etc.) [Joosse, 2011]. Une autre étude [Aletta *et al.*, 2018] a établi que les principales sources de bruit sont les voix humaines, les opérations quotidiennes et le fonctionnement des appareils électroniques. Ainsi, chaque milieu pourrait identifier les principales sources de bruit et déterminer celles sur lesquelles il a le pouvoir d'agir, par exemple en

sensibilisant les personnes hébergées, le personnel, les bénévoles et les visiteurs au bruit qu'ils peuvent générer.

- Le contrôle du bruit ambiant peut être bénéfique même pour le personnel, notamment les infirmières [McCullagh *et al.*, 2022]. Une étude portant sur une intervention visant à améliorer l'environnement acoustique dans un milieu d'hébergement a obtenu des résultats positifs en termes de calme et d'apaisement, tant pour les personnes hébergées que pour le personnel [Huisman *et al.*, 2017].
- La prise en compte de l'environnement sonore dès la planification et la construction de nouveaux bâtiments permet de réduire les nuisances liées au bruit. Ainsi, pour les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA) en cours de construction, les exigences techniques prévoient déjà un environnement acoustique favorable à la communication. Les mêmes exigences sont également établies pour les rénovations des MHLD déjà existants. En attendant, ces derniers peuvent mettre en place certaines mesures correctives simples pour faciliter la communication (p. ex. diminuer le bruit des conversations, baisser le volume de la télévision ou utiliser des feutres sous les meubles). Toutefois, certaines mesures correctives peuvent être beaucoup plus complexes à implanter dans ces milieux [Vivre en ville, 2020\*].
- Au Canada et ailleurs, les gouvernements ont mis en place des normes pour la construction et l'aménagement des milieux d'hébergement pour aînés [Government of Nova Scotia, 2022\*; Société québécoise des infrastructures, 2022\*; Gouvernement de l'Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2015\*; Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2015\*; Saint-Laurent et Louis, 2012\*]. Ainsi, les exigences techniques pour la construction des MDA et des MA, établies par la Société québécoise des infrastructures [Société québécoise des infrastructures, 2022\*], incluent des normes relatives à l'acoustique et à l'éclairage appropriées pour favoriser un environnement acoustique favorable à la communication des personnes âgées.
- Les mêmes exigences sont également établies pour la rénovation des MHLD existants. En attendant, ces derniers peuvent mettre en place certaines mesures correctives simples pour faciliter la communication (p. ex. diminuer le bruit des conversations, baisser le volume de la télévision ou utiliser des feutres sous les meubles). Toutefois, les environnements existants ne permettent pas toujours d'atteindre les standards souhaités.

### 8.3 Synthèse de la dimension clinique

- L'adaptation de l'environnement dans les MHLD pourrait améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne hébergée, sa sécurité, son confort, sa capacité à maîtriser son environnement et à se sentir chez elle, selon les avis publiés par diverses organisations professionnelles [OOAQ, 2019\*; OIIQ, 2016\*; Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*].
- Les boucles d'induction dans les aires communes et l'adaptation de l'environnement, en général, pourraient améliorer la communication de façon significative, selon les avis publiés par diverses organisations professionnelles ([OOAQ, 2019\*; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*; Echalié et Action on Hearing Loss, 2012\*; American Speech-Language-Hearing Association, 1997\*] et consultations). Les boucles d'induction aident principalement les personnes hébergées qui portent un appareil auditif. Toutefois, cette technologie pourrait être remplacée dans les prochaines années par la technologie Bluetooth (consultations).
- L'utilisation des ASA peut permettre de contrer les effets du bruit ambiant [MMP Architects, 2018\*].
- Des modifications simples de l'environnement dans les chambres des personnes hébergées pourraient faire une différence importante (p. ex. emplacement des meubles, ajout de cadres). De plus, il serait possible d'accroître le niveau de confort sonore par un pairage optimal des personnes hébergées, notamment en tenant compte du bruit associé aux troubles graves du comportement (consultations).
- Bien qu'il soit important de maintenir des niveaux de bruit acceptables dans les milieux de vie, il faut aussi veiller à ne pas insonoriser complètement les lieux, car cela priverait les personnes hébergées des repères auditifs essentiels pour rythmer la vie quotidienne comme le bruit de la vaisselle [ANESM, 2016\*].

### 8.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux recommande des adaptations simples et peu coûteuses de l'environnement dans les MHLD pour favoriser la communication des personnes ayant des difficultés d'audition [ANESM, 2016\*]. Voici quelques exemples d'adaptations de l'environnement pour soutenir la communication :
  - rendre disponibles des moyens d'écriture près des personnes hébergées pour que les membres du personnel puissent communiquer avec eux (p. ex. stylos, carnets, ardoises, tablettes tactiles);
  - à la salle à manger, toujours prévoir une version papier du menu et être vigilant sur le choix de la table et de la place assise (p. ex. ne pas placer la

personne face à la fenêtre ou à la lumière) afin qu'elle puisse bien voir les visages;

- réduire les bruits de fond en adaptant l'environnement sonore (p. ex. fermer la fenêtre, arrêter la télévision ou la radio);
  - travailler avec discrétion et porter attention à ne pas générer de bruits parasites lorsqu'on adresse la parole à la personne hébergée.
- Pour les MHL, deux organismes français recommandent des adaptations architecturales simples afin de garder le niveau sonore acceptable pour toutes les personnes hébergées, notamment en portant une attention particulière au mobilier et à l'aménagement des espaces. L'objectif est double : réduire l'émission de bruit et atténuer l'impact du bruit inévitable [ANESM, 2016\*; Saint-Laurent et Louis, 2012\*]. Voici quelques exemples d'adaptations de l'environnement qui diminuent l'émission du bruit et donc, favorisent la communication des personnes présentant des difficultés d'audition :
  - utiliser des patins en feutre sous les tables et les pieds de chaises de même que des roulettes anti-bruit pour les chariots;
  - utiliser des sonnettes musicales afin d'éviter les sons stridents;
  - choisir des revêtements absorbants (linoléum, PVC, etc.), des rideaux épais sur les baies vitrées ainsi que des plafonds bas et en plâtre pour favoriser l'absorption des sons et l'isolation acoustique ainsi que limiter les résonnances;
  - éviter des surfaces réfléchissantes comme les miroirs, qui réfléchissent autant le bruit que la lumière;
  - éviter les téléviseurs dans les espaces ouverts.
- D'autres adaptations de l'environnement visant le bien-être et la sécurité des personnes hébergées sont également recommandées :
  - privilégier des portes semi-vitrées ou avec un hublot pour favoriser le contact visuel;
  - utiliser des avertisseurs d'incendie, des détecteurs de fumée et autres avertisseurs sonores pourvus de signaux lumineux.
- Dans les MHL, l'horaire des activités quotidiennes pourrait être établi en fonction du niveau de bruit qu'elles génèrent [Thomas *et al.*, 2020; Joosse, 2011]. Ainsi, les activités les plus bruyantes pourraient être réservées à certaines heures, et des moments de calme pourraient être planifiés tout au long de la journée.
- Les actions suivantes pourraient soutenir l'implantation de mesures d'adaptation de l'environnement : i) la formation aux membres du personnel ([Echalier et Action on Hearing Loss, 2012\*] et consultations), ii) l'intégration au projet d'établissement et au plan d'évacuation décrite par différentes organisations

professionnelles [OOAQ, 2019\*; ANESM, 2016\*; OOAQ, 2016\*], iii) les consignes ministérielles (consultations) et iv) le recours aux programmes d'accessibilité universelle dans certains CISSS/CIUSSS (consultations).

- Les membres du personnel des MHL D détiendraient peu les compétences requises pour adapter l'environnement de façon à favoriser la santé auditive des résidents (consultations).
- La formation du personnel pourrait soutenir l'adaptation de l'environnement pour favoriser la communication. En plus de l'audiologiste, d'autres intervenants (p. ex. infirmière, ergothérapeute, personne-ressource en santé auditive) pourraient collaborer pour déterminer les changements pertinents à apporter à l'environnement, selon des organisations professionnelles québécoises et françaises ([OOAQ, 2019\*; ANESM, 2016\*; OOAQ, 2016\*] et consultations).

## **8.5 Synthèse de la dimension économique**

- Certaines adaptations de l'environnement sont relativement simples et peu coûteuses, comme le réaménagement de l'emplacement des meubles dans la chambre de la personne hébergée pour que la personne ait un meilleur contact visuel avec ses interlocuteurs (consultations).
- Les mesures correctives contre les nuisances sonores qui impliquent des travaux complexes, voire la reconstruction d'éléments du bâtiment, sont coûteuses et complexes selon une organisation québécoise [Vivre en ville, 2020\*].

## **8.6 Synthèse de la dimension socioculturelle**

- Les MHL D sont également des milieux de vie permanents pour les résidents; il est donc important d'y maintenir un niveau sonore et lumineux confortable pour ceux-ci (consultations).
- Cette pratique est plutôt applicable et indiquée, selon les personnes consultées. Toutefois, la structure actuelle des MHL D au Québec, notamment avec la présence de chambres semi-privées et le manque d'espace, limiterait les possibilités d'adaptation de l'environnement (consultations).
- Les adaptations de l'environnement des MHL D devraient être déterminées de façon collaborative par l'ensemble des parties prenantes impliquées, et ce, en tenant compte des valeurs sociétales selon une organisation française [Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*]. Selon une étude, les solutions les plus prometteuses pour améliorer l'environnement sonore dans les MHL D sont celles qui impliquent les personnes du milieu (p. ex. personnes hébergées, PPA et personnel) et qui sont conçues sur mesure (et non mur-à-mur), en raison des caractéristiques uniques à chaque endroit telles que les routines quotidiennes [Thomas *et al.*, 2020].

## 8.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- les personnes âgées sont sensibles aux effets néfastes liés à un niveau de bruit élevé et au manque d'éclairage;
- l'environnement sonore et lumineux des MHLD doit tenir compte de la diminution de l'acuité auditive et visuelle due à l'âge;
- un environnement sonore et lumineux agréable en MHLD peut avoir des effets positifs à la fois sur l'ensemble des résidents et des membres du personnel (p. ex. en termes de calme et apaisement);
- un éclairage approprié permet aux personnes qui présentent des difficultés d'audition de compenser par la lecture d'information écrite et la lecture labiale, en plus de contribuer à la prévention des chutes;
- des adaptations simples et peu coûteuses de l'environnement ainsi que des routines sont susceptibles de favoriser la communication des résidents qui présentent des difficultés d'audition dans les MHLD;
- chaque MHLD pourrait identifier les principales sources de bruits et déterminer celles sur lesquelles il a le pouvoir d'agir, dont notamment les bruits générés par les personnes hébergées elles-mêmes, le personnel, les bénévoles et les visiteurs;
- il existe des guides auxquels les MHLD peuvent se référer pour l'aménagement des espaces et des horaires;
- des adaptations structurales de l'environnement peuvent être dispendieuses, d'où l'importance de prendre en compte le climat sonore dès la planification et la construction des MHLD.

### 8.7.1 Recommandation

Les MHLD doivent favoriser un environnement sonore et lumineux confortable et bénéfique pour la communication des résidents présentant des difficultés d'audition.

### 8.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de l'adaptation de l'environnement

Les MHLD devraient :

- adapter le niveau sonore et lumineux en fonction de l'activité en cours et du moment de la journée;
- sensibiliser les personnes hébergées, le personnel, les bénévoles, les personnes responsables des RI-RTF, les PPA et les visiteurs quant à leur contribution potentielle au maintien d'un niveau sonore favorable à la communication;

- promouvoir l'utilisation des ASA pour la personne ayant des difficultés d'audition au quotidien, afin de diminuer le niveau de bruit ambiant (p. ex. pour écouter la télévision);
- considérer des adaptations de l'environnement simples et peu coûteuses qui pourraient être nécessaires pour améliorer le niveau sonore et lumineux.

**LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES  
EN SOUTIEN À L'ENSEMBLE DES  
PRATIQUES**

## **9 LA FORMATION DU PERSONNEL, DES BÉNÉVOLES ET DES PERSONNES RESPONSABLES DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES - RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL**

### **9.1 Description de la pratique**

Dans cette pratique, la formation est abordée au sens large, incluant les activités de sensibilisation et d'information sur la santé auditive qui peuvent être organisées au sein des établissements du RSSS.

Plusieurs thèmes peuvent être envisagés en ce qui concerne la santé auditive dont :

- les causes, facteurs de risque et impacts des difficultés d'audition;
- les bienfaits de la prise en charge de la santé auditive;
- les signes suggérant la présence des difficultés d'audition;
- les procédures à suivre (pour le dépistage ou le nettoyage des conduits auditifs);
- les stratégies de communication appropriées;
- les appareils auditifs et ASA : bienfaits, limites, utilisation et entretien;
- la procédure pour obtenir une aide professionnelle (p. ex. lorsque des signes avant-coureurs de difficultés d'audition sont identifiés);
- les options de soutien disponibles pour la prise en charge des difficultés d'audition.

La sélection des thèmes de formation donnée aux intervenants peut aussi être réalisée selon les besoins spécifiques des personnes hébergées qu'ils desservent.

### **9.2 Synthèse de la dimension populationnelle**

- Les besoins des personnes hébergées en matière de santé auditive sont diversifiés. Selon les personnes consultées, le personnel de soins des MHLN québécois n'aurait pas les compétences suffisantes pour y répondre et pourrait bénéficier d'une formation. Ce manque est également documenté dans les écrits [Andrusjak *et al.*, 2020]. Chez les PPA, la tendance à minimiser les effets néfastes des difficultés d'audition rencontrés par les personnes hébergées est observée [Hopper et Hinton, 2012].
- Une revue de littérature souligne l'importance de sensibiliser le personnel, incluant les audiologistes, aux particularités relatives aux difficultés d'audition chez les personnes ayant un trouble cognitif [Ray *et al.*, 2019].

### 9.3 Synthèse de la dimension clinique

- Le développement des compétences du personnel pourrait être bénéfique pour la santé auditive des personnes hébergées, selon différentes organisations québécoise et américaine [OOAQ, 2019\*; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016\*].
- La sensibilisation des membres du personnel au sujet des conséquences des difficultés d'audition sur le bien-être des personnes hébergées (ainsi que leur lien avec d'autres conditions de santé) est promue afin de planifier une offre de services coordonnée entre les intervenants mobilisés lors d'une démarche de collaboration interprofessionnelle [Saunders *et al.*, 2021].
- La formation du personnel est, quant à elle, rapportée nécessaire pour soutenir la qualité de diverses interventions offertes favorisant la santé auditive des personnes âgées (p. ex. stratégies de communication, dépistage des difficultés d'audition, nettoyage des conduits auditifs, utilisation d'aides auditives, soutien émotionnel) ([Fogelson *et al.*, 2021; Meyer et Hickson, 2020\*; Andrusjak *et al.*, 2020; McKee *et al.*, 2018; Bentur *et al.*, 2012] et consultations).
- Des études rapportent des améliorations dans le soutien offert aux personnes hébergées grâce à la formation des intervenants. Une étude portant sur une formation qui avait pour objectif de susciter un changement de pratique a eu pour résultat une augmentation du taux de repérage des difficultés d'audition et de référence des personnes hébergées à d'autres professionnels [McShea, 2015]. Une autre étude, portant sur des formations sur les appareils auditifs offertes aux intervenants en MHL, [McShea et Ferguson, 2022] a rapporté les résultats suivants :
  - dans certains cas, les rendez-vous de réparation des appareils auditifs ont été annulés, car les « champions » se sentaient désormais habilités à résoudre les problèmes par eux-mêmes.
  - dans d'autres situations, les contacts des personnes hébergées avec les services d'audiologie ont augmenté en raison d'une meilleure connaissance des appareils auditifs par les intervenants. Certaines personnes hébergées ont utilisé les fonctions supplémentaires des appareils auditifs qu'ils n'utilisaient pas auparavant (p. ex. contrôles de volume), alors que d'autres ont bénéficié d'ASA.

### 9.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- La thématique de la santé auditive semble absente ou peu abordée dans les formations initiales données aux intervenants des MHL, d'où la pertinence de l'inclure dans la formation continue [McShea et Ferguson, 2022; Thai-Van *et al.*, 2021].

- L'objectif général visé par les formations rapportées dans la littérature scientifique est l'amélioration des connaissances sur différents thèmes relatifs à la santé auditive. Chacune des publications rapportait des objectifs spécifiques, soit l'amélioration du sentiment de confiance et d'auto-efficacité pour intervenir auprès des personnes hébergées [Leedy *et al.*, 2021; Baylor *et al.*, 2019], un changement d'attitudes et des croyances, de même qu'une plus grande application des connaissances dans les pratiques [McShea, 2015] et dissémination de celles-ci auprès des collègues [McShea et Ferguson, 2022].
- Dans la littérature scientifique recensée, les sujets abordés ainsi que les publics visés diffèrent d'une formation à l'autre soit :
  - une formation à l'intention du personnel infirmier [Leedy *et al.*, 2021] qui porte sur l'impact du cérumen ainsi que le retrait du bouchon de cérumen;
  - une formation pour les résidents en médecine qui porte sur les stratégies de communication [Baylor *et al.*, 2019];
  - une formation à l'intention des intervenants en MHLA qui porte sur les difficultés d'audition [McShea, 2015];
  - une formation pour les « champions », c'est-à-dire des intervenants (*support workers*) choisis dans différents MHLA pour être formés et ensuite, organiser eux-mêmes des formations à l'intention de leurs collègues, au sujet des difficultés d'audition et des appareils auditifs [McShea et Ferguson, 2022].
- Les formations recensées dans la littérature scientifique étaient de courte durée, variant entre 30 minutes et une demi-journée.
- En plus du personnel de soins, il serait pertinent que les thématiques sur la santé auditive soient intégrées aux formations destinées au personnel de soutien et de loisirs ainsi qu'aux bénévoles et aux personnes responsables des RI-RTF ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; ANESM, 2016\*] et consultations).
- La formation offerte au personnel pourrait être notamment dispensée par des audiologistes, des audioprothésistes ou par une personne-ressource en santé auditive formée par un audiologiste, selon différentes organisations québécoise et française ([OOAQ, 2019\*; ANESM, 2016\*] et consultations). La formation donnée par les pairs pourrait aussi être envisagée (p. ex. coaching entre les préposés aux bénéficiaires), de même qu'une formation donnée par les étudiants en techniques d'audioprothèses ou par les étudiants en techniques infirmières au cégep (consultations).
- La modalité la plus rapportée est la formation donnée en présence à l'aide de supports de présentation (p. ex. PowerPoint, DVD), d'échanges d'expériences ainsi que des exercices pratiques et interactifs qui offrent la possibilité de manipuler les aides auditives et les autres outils (p. ex. otoscopes), selon les

écrits de différentes organisations professionnelles et gouvernementales ([OOAQ, 2019\*; Coopérative CISAME, ANESM, 2015\*; International Longevity Centre ILC-UK, 2014\*; Echalié et Action on Hearing Loss, 2012\*; American Speech-Language-Hearing Association, 1997\*] et consultations).

- Une modalité de formation hybride, combinant des modules en ligne autoportants et des séances en présence, peut également être utilisée [Baylor *et al.*, 2019]. De courtes capsules de formation en ligne pourraient être envisagées pour compenser la rareté des professionnels de l'audition (consultations), faciliter l'accès à la formation pour le nouveau personnel [Thai-Van *et al.*, 2021; OOAQ, 2019\*] et offrir davantage de flexibilité face à la pénurie du personnel (consultations). À cet égard, la plateforme « Environnement numérique d'apprentissage – formation continue partagée » (ENA – FCP), une plateforme d'accès à l'ensemble des formations destinées aux personnes œuvrant dans le RSSS, pourrait être mise à contribution (consultations).
- Il pourrait être avantageux d'intégrer des formations en santé auditive au plan de formation de l'établissement et de l'adapter régulièrement au besoin, selon différentes organisations québécoise et française [ANESM, 2016\*; OOAQ, 2016\*].
- Il serait intéressant de mettre à profit les formations déjà existantes au Québec en matière de santé auditive (p. ex. « Sentinelles de l'audition »<sup>3</sup>); il est toutefois à noter que beaucoup de thèmes ne sont pas couverts par les formations existantes, d'où l'importance d'élaborer du nouveau matériel de formation. Pour ce faire, le rôle potentiel des différents ordres professionnels, associations en déficience auditive et centres de réadaptation a été souligné ([OOAQ, 2019\*] et consultations).
- Dans les publications scientifiques recensées, les résultats obtenus immédiatement après la formation indiquent des améliorations significatives dans trois domaines : les connaissances théoriques, les connaissances/habiletés pratiques et le sentiment d'auto-efficacité personnelle. De plus, dans les trois études qui ont recueilli des données deux à six mois après la formation, une rétention des connaissances a été notée [McShea et Ferguson, 2022; Leedy *et al.*, 2021; McShea, 2015].
  - L'étude qui avait pour but de former des « champions » a mené à une dissémination des connaissances à leurs collègues : douze personnes formées ont transmis leurs connaissances à 117 collègues [McShea et Ferguson, 2022];
  - Un suivi auprès de champions trois à six mois après la formation a permis de noter certains obstacles à la transmission des connaissances des champions aux collègues dans les milieux tels que la pression du temps due à des charges de travail exigeantes, les horaires de travail à temps partiel,

---

<sup>3</sup> Formation en ligne développée par l'Association des personnes avec une déficience de l'audition (APDA) en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

les congés de maladie du personnel et le manque de salles de formation. Certains champions se sont heurtés à une résistance lorsqu'ils ont proposé de visiter des unités ou lorsqu'ils ont essayé d'impliquer leurs collègues. En raison de ces obstacles, les sessions de formation ont souvent été retardées et réorganisées [McShea et Ferguson, 2022].

#### **9.4.1 Éléments contextuels**

- Dans l'organisation des formations, il est important d'adapter le contenu de celles-ci aux besoins des milieux. Ainsi, certains contenus pourraient être obligatoires dans les MHLN et plutôt recommandées dans les RI et les RTF, l'ajout de thèmes sur la santé auditive pouvant être plus complexe dans ces types de milieux (consultations). De plus, les formations doivent tenir compte de l'encadrement présent dans le MHLN. Par exemple, certains préposés aux bénéficiaires peuvent se voir attribuer un rôle d'encadrement; ils doivent donc former et « coacher » des collègues (consultations).
- Étant donné que les besoins des personnes hébergées évoluent très rapidement dans les MHLN, la formation du personnel devrait permettre aux intervenants d'actualiser les plans d'intervention, lorsque nécessaire (p. ex. ajouter l'utilisation d'une ASA au plan de soins d'une personne hébergée) (consultations).
- Pour sensibiliser le personnel aux difficultés d'audition des résidents, les MHLN pourraient mettre à profit les initiatives déjà existantes dans le RSSS, comme les tableaux d'aide individualisés, les pictogrammes ou les inscriptions au dossier de la personne hébergée ou à son plan de soins (consultations).
- Le manque de temps, le nombre élevé de formations obligatoires et le roulement du personnel constitueraient des obstacles à la formation du personnel (consultations).
- Les MHLN emploient présentement beaucoup de main-d'œuvre indépendante, qui peut atteindre 40% du personnel à certains endroits. Il est important que cette main-d'œuvre soit également considérée dans l'offre de formation.

### **9.5 Synthèse de la dimension économique**

- Aucune donnée n'a été répertoriée dans la littérature scientifique pour documenter précisément les aspects économiques (p. ex. coûts directs, indirects) de la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF. Toutefois, la dispensation de formations peut entraîner certains coûts en lien avec le développement du matériel et le temps de formation (notamment en termes de libération et de remplacement du personnel).

## 9.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- Actuellement, la formation sur la santé auditive est une pratique très peu implantée dans les MHLN québécois, mais est perçue comme très applicable (consultations).
- À long terme, la formation pourrait notamment avoir comme objectifs de développer et de consolider une culture de la santé auditive (à l'instar de la prévention et du contrôle des infections), d'où l'importance d'établir un continuum de formation incluant une formation de base, des retours sur celle-ci (p. ex. lors des rencontres d'équipe) et des mises à jour régulières des formations offertes (consultations).

## 9.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- l'importance documentée de former le personnel des MHLN à la santé auditive étant donné que les difficultés relatives à celle-ci peuvent passer facilement inaperçues ou être confondues avec d'autres conditions (p. ex. troubles neurocognitifs majeurs);
- la plupart des programmes de formation initiale à l'intention des futurs intervenants n'abordent pas les thèmes relatifs à la santé auditive;
- l'importance de sensibiliser le personnel aux particularités relatives aux difficultés d'audition chez les personnes qui ont un trouble neurocognitif majeur, de même que l'importance de sensibiliser les audiologistes et les orthophonistes à la présence potentielle de difficultés cognitives;
- en plus du personnel de soins, il serait pertinent que le personnel de soutien et de loisirs, ainsi que les bénévoles et les personnes responsables des RI-RTF qui le souhaitent reçoivent aussi de la formation sur la santé auditive;
- des initiatives pour sensibiliser le personnel sur les problèmes rencontrés par les personnes hébergées en lien avec les difficultés d'audition ont été mises en place dans certains établissements du RSSS comme des tableaux ou des pictogrammes;
- la formation mène à une amélioration des connaissances théoriques et des connaissances pratiques/habilités pour le personnel ainsi qu'à une augmentation du sentiment d'auto-efficacité;
- la formation du personnel serait bénéfique pour la santé auditive des résidents en MHLN (p. ex. augmentation du taux de repérage des difficultés d'audition et de référence des personnes hébergées à d'autres professionnels);

- du matériel de formation adapté aux contextes des MHLD existe déjà en formule « capsules en ligne de courte durée »; l'offre serait cependant à bonifier pour couvrir plus de sujets;
- la collaboration entre les acteurs impliqués en santé auditive tels que les établissements du RSSS, les ordres professionnels et les associations en déficience auditive pourrait donner lieu à une offre de formation bonifiée;
- il serait possible d'intégrer l'offre de formation dans les plans déjà établis dans les MHLD.

#### **9.7.1 Recommandation**

Des activités de formation sur la santé auditive doivent être dispensées à l'intention du personnel et des bénévoles des MHLD, ainsi qu'aux personnes responsables des RI-RTF.

#### **9.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF**

- Des activités de formation sur la santé auditive devraient être intégrées au curriculum de formation continue et aux formations d'accueil des nouveaux employés, personnes responsables des RI-RTF et bénévoles.
- Les thèmes suivants pourraient notamment être abordés lors de la formation, selon les besoins du public cible et ceux des personnes hébergées :
  - les difficultés d'audition et leurs conséquences sur la santé et la qualité de vie;
  - les particularités des besoins des personnes présentant à la fois des difficultés d'audition et un trouble neurocognitif majeur;
  - le dépistage des difficultés d'audition;
  - la visualisation et le nettoyage des conduits auditifs;
  - les stratégies de communication;
  - l'entretien de base des appareils auditifs et des ASA;
  - le soutien émotionnel;
  - les stratégies d'adaptation de l'environnement.
- Afin de favoriser l'uniformité du contenu des formations offertes d'un endroit à l'autre, des formations de base devraient être partagées par l'ensemble du RSSS, incluant la main-d'œuvre indépendante.

- Pour soutenir l'accès au plus grand nombre possible d'intervenants et de personnes responsables des RI-RTF, les formations devraient être dispensées selon des modalités flexibles, telles que la plateforme ENA-FCP.

## 10 LA PERSONNE-RESSOURCE

### 10.1 Description de la pratique

Dans les écrits, plusieurs termes sont utilisés pour désigner la personne qui occupe le rôle de « personne-ressource » (p. ex. facilitateur, agent de changement). Ce rôle, qui peut être assumé par une ou plusieurs personnes, implique généralement de faciliter l'implantation et la pérennité d'un changement au sein d'un contexte donné. Les tâches associées à ce rôle sont déterminées selon différentes caractéristiques, telles que le titre professionnel de l'intervenant mobilisé et les autres responsabilités occupées par ce dernier au sein de l'organisation [Santos *et al.*, 2022; Hall *et al.*, 2021; Miech *et al.*, 2018]. Dans le cadre de cet avis, le terme « personne-ressource » a été choisi pour désigner la ou les personnes ayant le mandat de soutenir la mise en place des bonnes pratiques en santé auditive, en tant qu'« expert de contenu » et agent multiplicateur auprès de l'ensemble des membres du personnel d'un milieu d'hébergement.

Des connaissances et des compétences spécialisées en audition ne sont pas un prérequis. L'intervenant peut être formé en cours d'emploi et devrait bénéficier de l'accompagnement ainsi que de la supervision (si l'activité fait l'objet d'une délégation) d'un professionnel qualifié ([OOAQ, 2019\*; Action on Hearing Loss, 2018\*-b; National Institute for Health and Care Excellence, 2018\*; Palmer *et al.*, 2017; ANESM, 2016\*] et consultations).

Selon les données recueillies dans la littérature scientifique et grise de même que dans le cadre des consultations, la personne-ressource peut être appelée à exercer diverses responsabilités telles que :

- soutenir les intervenants dans la réalisation du dépistage des difficultés d'audition [ANESM, 2016\*] et du nettoyage des conduits auditifs des personnes hébergées;
- favoriser l'utilisation de stratégies de communication par les intervenants auprès des personnes hébergées et des PPA qui interagissent avec elles ([OOAQ, 2019\*; Holmes, 2014\*] et consultations);
- participer à l'offre d'interventions éducatives pour les personnes hébergées et les PPA (p. ex. utilisation, entretien et réparation des aides auditives ([Palmer *et al.*, 2017; ANESM, 2016\*; Holmes, 2014\*] et consultations);
- s'assurer que les personnes hébergées qui ont de la difficulté à s'adapter à leur aide auditive reçoivent un suivi ([ANESM, 2016\*] et consultations);
- collaborer avec d'autres membres du personnel dans l'identification des moyens à déployer pour améliorer l'aménagement de l'environnement des MHLD qui pourraient favoriser la communication entre les résidents, les PPA et les intervenants [ANESM, 2016\*];

- déterminer les besoins de formation du personnel du MHLN au sujet des difficultés d'audition [Action on Hearing Loss, 2018\*-b; ANESM, 2016\*; Holmes, 2014\*];
- s'assurer que le résident qui le requiert, soit orienté vers des ressources spécialisées ainsi que soutenir la coordination et le suivi entre ces ressources et le MHLN ([Action on Hearing Loss, 2018\*-b; Palmer *et al.*, 2017] et consultations).

## 10.2 Synthèse de la dimension populationnelle

- Une grande proportion de résidents vivant en MHLN présente des difficultés d'audition et celles-ci sont souvent non-identifiées [Palmer *et al.*, 2017; Hopper *et al.*, 2016; Weinstein, 2013].
- Plusieurs pratiques peuvent être indiquées afin de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes hébergées. Diverses études indiquent que les connaissances et les compétences en santé auditive des différents membres du personnel doivent être soutenues [Andrusjak *et al.*, 2020; Wittich *et al.*, 2018].
- Le fait de désigner une personne de référence pour accompagner les membres du personnel d'un ou de plusieurs MHLN pourrait soutenir l'implantation de différentes pratiques et contribuer à leur maintien dans le temps, de manière complémentaire à la formation qui peut leur être donnée (consultations).

## 10.3 Synthèse de la dimension clinique

- Une personne-ressource peut contribuer à augmenter l'autonomie des personnes hébergées à utiliser des aides auditives et favoriser ainsi leur communication dans le cadre d'interactions sociales [Palmer *et al.*, 2017; ANESM, 2016\*].
- Du point de vue des personnes hébergées, une étude énonce également différents avantages relatifs à la personne-ressource en lien avec la santé auditive tels qu'un dépistage plus rapide des difficultés d'audition et l'acheminement des références vers les services nécessaires [McShea et Ferguson, 2022; Brunkert *et al.*, 2021; Edwards *et al.*, 2017].

### 10.3.1 Revue systématique

Dix-sept études retenues (dont dix études issues d'une revue systématique [Hall *et al.*, 2021]) documentent l'effet d'un champion<sup>4</sup> en MHLN en lien avec l'offre de différents soins et services auprès des personnes hébergées tels que les soins auditifs, buccaux, cutanés, palliatifs ou liés à la gestion de la douleur ([van den Block *et al.*, 2020; Livingston *et al.*, 2019; Siddiqi *et al.*; Beeckman *et al.*, 2013; McCabe *et al.*, 2013; van de Ven *et al.*, 2013; van der Putten *et al.*, 2013; Chami *et al.*, 2012; De Visschere *et al.*,

<sup>4</sup> Pour cette pratique, la plupart des écrits recensés (en anglais) utilisent le terme *champion*. Dans le cadre de cet avis, le terme « personne-ressource » a été choisi afin d'éviter la confusion sur le plan linguistique au sujet des différences de responsabilités attribuées aux intervenants qui occupent ces rôles.

2012; Resnick *et al.*, 2011] issues de [Hall *et al.*, 2021] et [McShea et Ferguson, 2022; Brunkert *et al.*, 2021; Lo *et al.*, 2018; Edwards *et al.*, 2017; Wiktamp *et al.*, 2016; Amerine *et al.*, 2014; Sharkey *et al.*, 2013]) :

- Onze des dix-sept études, qui regroupent 7696 participants, examinent l'effet d'une personne-ressource sur l'amélioration des soins et des services offerts aux personnes hébergées ([van den Block *et al.*, 2020; Livingston *et al.*, 2019; Siddiqi *et al.*; Beeckman *et al.*, 2013; van de Ven *et al.*, 2013; van der Putten *et al.*, 2013; Chami *et al.*, 2012; De Visschere *et al.*, 2012; Resnick *et al.*, 2011] issues de [Hall *et al.*, 2021] et [Edwards *et al.*, 2017; Amerine *et al.*, 2014]). Certaines études, portant sur la présence d'une personne-ressource en milieu d'hébergement, rapportent des résultats positifs chez les résidents, dans des domaines de soins distincts de la santé auditive (p. ex. amélioration de la santé buccale, diminution du nombre de plaies). Les données suggèrent que :

*La présence d'une personne-ressource en milieu d'hébergement améliore les soins et les services offerts aux usagers relativement à diverses conditions de santé – Niveau de preuve modéré.*

- Cinq des dix-sept études, qui regroupent 1550 participants ([Livingston *et al.*, 2019; Siddiqi *et al.*; van de Ven *et al.*, 2013] issues de [Hall *et al.*, 2021] et [Wiktamp *et al.*, 2016; Amerine *et al.*, 2014]), examinent l'effet d'une personne-ressource sur la qualité de vie des usagers. Les études ne rapportent pas de résultats positifs sur la qualité de vie des usagers, dans des domaines de soins distincts de la santé auditive. Les données suggèrent que la présence d'une personne-ressource en MHLD contribue peu à la qualité de vie des usagers (Niveau de preuve modéré). Toutefois, ces données doivent être considérées avec précaution, notamment en raison de la pluralité d'outils utilisés pour mesurer le résultat.

## 10.4 Synthèse de la dimension organisationnelle

- Une personne-ressource peut contribuer à augmenter les connaissances de l'ensemble du personnel en lien avec la santé auditive [Palmer *et al.*, 2017]. Une revue systématique portant sur la présence d'un champion en milieu d'hébergement rapporte que diverses responsabilités sont attribuées à la personne-ressource dans les études recensées [Hall *et al.*, 2021]. En plus de favoriser l'implantation de lignes directrices ou de recommandations, la personne-ressource est communément invitée à réaliser diverses sessions de formation auprès du personnel [McShea et Ferguson, 2022; Brunkert *et al.*, 2021; Edwards *et al.*, 2017]. La personne-ressource pourrait également s'assurer que les intervenants des MHLD sont adéquatement formés pour participer à l'offre des diverses pratiques (consultations).
- Différentes caractéristiques facilitatrices décrivant les attributs des personnes-ressources sont documentées telles qu'un engagement vis-à-vis de la bonne

conduite du processus de mise en œuvre, de solides compétences pédagogiques, des aptitudes en négociation et en persuasion de même que de bonnes habiletés de communication, de collaboration et de leadership [Bonawitz *et al.*, 2020; Miech *et al.*, 2018].

- Plusieurs études abordent la pertinence de privilégier certains types de leadership selon les circonstances relatives aux situations rencontrées :
  - participatif (c.-à-d. implication des collègues dans le processus de prise de décision et réceptivité vis-à-vis de leur rétroaction) [Bonawitz *et al.*, 2020];
  - transformationnel (c.-à-d. considération des intérêts de chaque intervenant dans la définition de la mission du milieu afin de soutenir leur motivation et créer une vision organisationnelle « modèle » à laquelle tous se rallient) [Plummer *et al.*, 2021; Poels *et al.*, 2020; Ree, 2020; Seljemo *et al.*, 2020; Havig et Hollister, 2018; Shaughnessy *et al.*, 2018].
- Diverses études soulignent également l'importance pour les intervenants qui ont un rôle de leadership d'utiliser de multiples stratégies (p. ex. réunions éducatives interactives, rappels au personnel, audits de dossiers, discussions d'équipe), afin d'impliquer l'ensemble des intervenants concernés, et ainsi, soutenir le développement de leur sentiment d'efficacité dans l'initiation du changement [Bakerjian, 2022\*; Bergman-Evans, 2021\*].

#### 10.4.1 Revue systématique

Parmi les dix-sept études retenues (dont dix études issues d'une revue systématique [Hall *et al.*, 2021]) et décrites dans la dimension clinique ci-dessus, huit études ont évalué des résultats en lien avec la présence d'une personne-ressource en milieu d'hébergement auprès des intervenants (voir l'annexe E-8 du document *Annexes complémentaires* pour consulter les caractéristiques des études recensées et le processus d'appréciation de la preuve).

- Six des dix-sept études, qui regroupent 4179 participants, examinent l'effet d'une personne-ressource sur le développement des connaissances des intervenants et leur utilisation des pratiques basées sur les données probantes ([Beeckman *et al.*, 2013; McCabe *et al.*, 2013; Resnick *et al.*, 2011] issues de [Hall *et al.*, 2021] et [McShea et Ferguson, 2022; Lo *et al.*, 2018; Sharkey *et al.*, 2013]). Les études rapportent des différences statistiquement significatives sur le développement des connaissances ou des associations positives en lien avec l'utilisation des données probantes en MHL, dans divers domaines de soins tels que la santé auditive. Les données suggèrent que :

*La présence d'une personne-ressource en milieu d'hébergement accroît les connaissances des intervenants et leur utilisation des données probantes – Niveau de preuve modéré.*

- Trois des dix-sept études, qui regroupent 417 participants, examinent l'effet d'une personne-ressource sur le développement du sentiment d'efficacité personnelle des intervenants vis-à-vis de l'utilisation des pratiques basées sur les données probantes [McShea et Ferguson, 2022; Brunkert *et al.*, 2021; Edwards *et al.*, 2017]. Deux des trois études rapportent des résultats positifs sur le développement du sentiment d'efficacité personnelle des intervenants en MHLD, dans divers domaines de soins dont la santé auditive. Les données suggèrent que :

*La présence d'une personne-ressource en MHLD améliore le sentiment d'efficacité personnelle des intervenants en lien avec l'utilisation des données probantes – Niveau de preuve modéré.*

- Une bonne collaboration entre la personne-ressource et l'audiologiste serait essentielle à l'implantation optimale de cette pratique. Cette collaboration pourrait contribuer à la continuité des services offerts en partenariat avec les autres intervenants, en cas de départ de la personne-ressource (consultations).
- Au Québec, le champ d'exercice de l'audiologiste consiste à : « évaluer les fonctions de l'audition, 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 en interaction avec son environnement » [Office des professions du Québec, 2021\*].
- Pour potentialiser l'impact des personnes-ressources au sujet de l'utilisation des données probantes et de l'adhésion des intervenants à celles-ci, il est suggéré d'accompagner le déploiement d'une personne-ressource dans un milieu en élaborant un plan : (1) sur la manière dont sa présence permettra d'atteindre les objectifs ou de surmonter les obstacles à l'implantation; (2) définissant la nature de ses activités et (3) évaluant l'atteinte des résultats associés à ce rôle, afin de potentialiser leur effet [Santos *et al.*, 2022; Hall *et al.*, 2021].

#### **10.4.2 Compétences et formation requises**

- Il apparaît nécessaire d'offrir un soutien aux membres du personnel afin de développer les compétences requises à la réalisation des diverses pratiques pour soutenir la prise en charge des difficultés d'audition des résidents en MHLD (consultations).
- Les responsabilités de la personne-ressource doivent être définies selon les activités professionnelles permises par le code de déontologie propre à sa profession. Dans l'éventualité où une activité attribuée à une personne-ressource en santé auditive fait l'objet d'une délégation par un audiologiste, la réalisation de cette activité nécessite la supervision de ce professionnel (consultations).
- La ou les personnes-ressources devrait pouvoir participer à des formations pour actualiser leurs connaissances et leurs compétences sur les difficultés d'audition

et diverses pratiques telles que les appareils auditifs (p. ex. entretien, installation, surveillance) [Action on Hearing Loss, 2018\*-b; ANESM, 2016\*].

- Le roulement de personnel serait un frein à la mise en place d'une personne-ressource dans les MHL D; il faudrait que la formation donnée soit simple afin qu'elle puisse être donnée facilement à un nouvel intervenant (consultations).

#### **10.4.3 Types et nombre d'intervenants**

- Plusieurs personnes estiment que la personne-ressource devrait être un membre du personnel déjà en place et qu'elle soit présente quotidiennement dans le MHL D (consultations).
- La personne-ressource pourrait intervenir à distance dans des MHL D qui sont éloignés (et qui n'ont pas de personne-ressource sur place) afin de résoudre les problèmes d'accessibilité géographique (consultations).
- La personne-ressource n'occuperait pas nécessairement ce rôle à temps plein au sein du MHL D (consultations). Une étude précise que la direction du milieu d'hébergement libère 10 % du temps de travail de l'intervenant qui occupe le rôle de personne-ressource [Brunkert *et al.*, 2021].
- Différents membres du personnel peuvent exercer le rôle de la personne-ressource tels que les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les ergothérapeutes et les gestionnaires ([McShea et Ferguson, 2022; Lo *et al.*, 2018] et consultations). Dans tous les cas, un encadrement par un audiologiste est vu comme étant essentiel (consultations).
- Les études recensées sur la personne-ressource en MHL D évaluent généralement l'effet relatif à la présence d'un intervenant. Le recours à plus d'une personne-ressource peut être indiqué lorsque l'implantation de la pratique implique des changements plus complexes tels que des changements de comportement [Miech *et al.*, 2018]. Une attention particulière doit toutefois être portée aux défis inhérents à la coordination simultanée des démarches menées par plusieurs intervenants.

### **10.5 Synthèse de la dimension économique**

- Des coûts sont associés à la présence d'une personne-ressource, que ce soit par l'embauche d'une personne additionnelle ou par l'ajout d'une charge de travail pour un membre du personnel déjà en place (consultations).
- Une augmentation des ressources pour les services en audiologie pourrait être nécessaire afin que l'audiologiste puisse collaborer avec la personne-ressource, par exemple dans le cadre de visites dans les MHL D (consultations).

## 10.6 Synthèse de la dimension socioculturelle

- Cette pratique est mise en place sous différents noms (réfèrent en déficience sensorielle, champion en santé auditive) à quelques endroits (p. ex. France, Royaume-Uni, États-Unis) [Action on Hearing Loss, 2018\*-b; Palmer *et al.*, 2017; ANESM, 2016\*].
- Cette pratique ne serait pas implantée actuellement au Québec, à la connaissance des personnes consultées. L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec a toutefois élaboré un projet-pilote de programme de santé auditive qui inclut dans l'objectif d'implanter la pratique de la personne-ressource ("intervenant en santé auditive") (consultations).
- Malgré le manque de personnel, cette pratique est vue comme étant partiellement applicable ou très applicable au Québec considérant sa pertinence, mais requiert que les responsabilités de la personne-ressource soient bien balisées (consultations).
- Ce rôle s'apparente également à d'autres fonctions existantes au Québec pour d'autres services, telles que le préposé-accompagnateur et la personne-ressource pour le protocole de déplacement sécuritaire des personnes (PDSP), ou encore pour le contrôle des infections. Des craintes sont néanmoins soulevées quant à la confusion potentielle de rôles, notamment en raison de la présence de personnes-ressources pour d'autres pratiques (consultations).
- Les études portant sur la personne-ressource indiquent généralement que cette dernière représente une condition « nécessaire mais pas suffisante » au succès de l'implantation d'un changement relatif aux services de santé [Miech *et al.*, 2018]. Le potentiel de la personne-ressource à soutenir l'implantation d'une culture de la santé auditive est nommé (consultations).

## 10.7 Propositions de recommandations

Étant donné que :

- il apparaît nécessaire d'offrir un soutien aux membres du personnel afin de développer les compétences requises au déploiement des pratiques visant à soutenir la prise en charge des difficultés d'audition des résidents en MHL D;
- la pertinence de la présence d'une personne-ressource dans les milieux d'hébergement est documentée pour faciliter l'implantation d'un changement au sein d'un contexte donné et contribuer à son maintien dans le temps;
- les études recensées indiquent que la présence d'une personne-ressource en milieu d'hébergement :
  - Améliore les soins et les services offerts aux usagers relativement à diverses conditions de santé (Niveau de confiance modéré);

- Accroît les connaissances des intervenants et leur utilisation des données probantes (Niveau de confiance modéré);
- Augmente le sentiment d'efficacité personnelle des intervenants en lien avec l'utilisation des données probantes (Niveau de confiance modéré).
- la présence d'une ou de plusieurs personnes-ressources en MHLD peut être indiquée selon les besoins (p. ex. problème de roulement du personnel), mais implique des considérations de différents types (p. ex. financier et humain);
- cette pratique semble plutôt applicable à la condition que les responsabilités de la personne-ressource soient bien balisées;
- une bonne collaboration entre la personne-ressource et l'audiologiste serait également essentielle à l'implantation optimale de cette pratique. Cette collaboration pourrait contribuer à la continuité des services offerts en partenariat avec d'autres intervenants;
- ce rôle s'apparente à d'autres fonctions déjà existantes au Québec et est déjà implanté dans quelques pays.

#### **10.7.1 Recommandations**

- Pour chaque MHLD, une ou des personnes devraient être désignées pour assumer le rôle de personne-ressource, afin de soutenir la mise en œuvre des bonnes pratiques en santé auditive.
- Le nombre de personnes-ressources désignées et leurs responsabilités devraient être déterminés en fonction des besoins et de l'organisation du travail au sein des différents milieux.

#### **10.7.2 Précisions sur les modalités et conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la personne-ressource**

- La personne-ressource doit être formée par des professionnels qualifiés, dont l'audiologiste, afin d'être une référence au sujet des bonnes pratiques en santé auditive.
- La personne-ressource doit bénéficier d'un accompagnement par des professionnels qualifiés, selon ses besoins et les responsabilités qu'elle doit assumer.
- La personne-ressource devrait être présente sur une base régulière dans le MHLD, ou être facilement accessible si elle est attirée à plusieurs milieux, afin de soutenir les intervenants et les personnes responsables des RI-RTF dans le déploiement des pratiques en santé auditive.
- La personne-ressource devrait participer à l'identification des besoins de formation et au soutien à la mise en application des compétences des personnes hébergées, des PPA, des intervenants, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF.

- En collaboration avec les intervenants et les personnes responsables des RI-RTF, la personne-ressource devrait également contribuer à orienter les personnes hébergées qui nécessitent un suivi par le professionnel de la santé auditive pouvant le mieux répondre à leurs besoins.
- La personne-ressource pourrait participer à la tenue d'activités d'amélioration continue au sujet des pratiques déployées dans les MHL, afin d'assurer un suivi de leur implantation.

## RÉFÉRENCES

- Academy of Doctors of Audiology. Preventive medicine and the need for routine hearing screening in adults. Unitron. 2474 MANL 09-12.; 2012\*.
- Action on Hearing Loss. Learning to Lipread. 2020\*. Disponible à : <https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/Learning-to-lipread-leaflet.pdf>.
- Action on Hearing Loss. Checking for hearing loss and next steps. 2018\*-a.
- Action on Hearing Loss. Supporting older people with hearing loss in care settings: a guide for managers and staff. Royaume-Uni : Royal National Institute for Deaf People; 2018\*-b. Disponible à : [https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/A1422\\_Hear\\_to\\_Care\\_Guide\\_A4.pdf](https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/A1422_Hear_to_Care_Guide_A4.pdf).
- Action on Hearing Loss. Looking after open-fit hearing aids. 2018\*-c. Disponible à : [https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/A1422\\_Info-sheet\\_Looking-after-open-fit-hearing-aids\\_v06.pdf](https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/A1422_Info-sheet_Looking-after-open-fit-hearing-aids_v06.pdf).
- Action on Hearing Loss. Hear me out: audiology services in Scotland - services provided, patients' experience and needs [site Web]. 2011\*. Disponible à : <https://www.the-ncha.com>.
- Adams EM, Gordon-Hickey S, Morlas H, Moore R. Effect of rate-alteration on speech perception in noise in older adults with normal hearing and hearing impairment. American Journal of Audiology 2012;21(1):22-32.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD. 2016\*. Disponible à : [https://www.sraesensoriel.fr/?post\\_type=tool&p=536](https://www.sraesensoriel.fr/?post_type=tool&p=536).
- Agency for Healthcare Research and Quality. Screening for hearing loss in older adults: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. RTI International–University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center; 2020\*. Disponible à : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/draft-evidence-review/hearing-loss-in-older-adults-screening1>.
- Aletta F, Vander Mynsbrugge T, Van de Velde D, De Vriendt P, Thomas P, Filipan K, et al. Awareness of 'sound' in nursing homes: a large-scale soundscape survey in Flanders (Belgium). Building Acoustics 2018;25(1):43-59.
- Alicea CCM et Doherty KA. Targeted re-instruction for hearing aid use and care skills. American Journal of Audiology 2021;30(3):590-601.
- Almufarrij I, Munro KJ, Dawes P, Stone MA, Dillon H. Direct-to-consumer hearing devices: capabilities, costs, and cosmetics. Trends in Hearing 2019;23:1-18.
- Alzheimer Society. Diagnosis and screening - Cognitive loss and hearing loss [site Web]. 2023. Disponible à : [https://alzheimer.ca/en/help-support/im-healthcare-provider/diagnosis-screening#Cognitive\\_loss\\_and\\_hearing\\_loss](https://alzheimer.ca/en/help-support/im-healthcare-provider/diagnosis-screening#Cognitive_loss_and_hearing_loss).

- American Academy of Audiology. Response to U.S. Preventive Services Task Force's draft recommendation statement and draft evidence review: screening for hearing loss in older adults. États-Unis : 2020\*. Disponible à : <https://www.audiology.org/sites/default/files/AcademyStatementUSPSTFRecommendation2020.pdf>.
- American Academy of Audiology. The audiologist's guide to hearing aids, PSAPs, hearables and OTC devices. 2018\*. Disponible à : <https://www.audiology.org/news/audiologist%E2%80%99s-guide-hearing-aids-psaps-hearables-and-otc-devices>.
- American Academy of Family Physicians. Clinical preventive service recommendation: hearing. 2012\*.
- American Speech-Language-Hearing Association. Scope of practice in audiology [site Web]. 2018\*. Disponible à : <https://www.asha.org/policy/sp2018-00353/>.
- American Speech-Language-Hearing Association. Guidelines for audiology service delivery in nursing homes. 1997\*. Disponible à : <https://www.asha.org/policy/GL1997-00004>.
- Amerine C, Boyd L, Bowen D, Neill K, Johnson T, Peterson T. Oral health champions in long-term care facilities—a pilot study. *Special Care in Dentistry* 2014;34(4):164-70.
- Andrusjak W, Barbosa A, Moutain G. Identifying and managing hearing and vision loss in older people in care homes: a scoping review of the evidence. *The Gerontologist* 2020;60(3):e155-e68.
- Angara P, Tsang DC, Hoffer ME, Snapp HA. Self-perceived hearing status creates an unrealized barrier to hearing healthcare utilization. *Laryngoscope* 2021;131(1):E289-E95.
- Armitage C, Lees D, Lewis K, Munro K. Preliminary support for a brief psychological intervention to improve first-time hearing aid use among adults. *British Journal of Health Psychology* 2017;22(4):686-700.
- Arnold M, Oree P, Sanchez V, Reed N, Chisolm T. Development and formative assessment of the Hearing Loss Toolkit for Self-Management. Thieme Medical Publishers; *Seminars in Hearing* 2019a;40(1):49-67.
- Arnold ML, Hyer K, Small BJ, Chisolm T, Saunders GH, McEvoy CL, *et al.* Hearing aid prevalence and factors related to use among older adults from the hispanic community health study/study of Latinos. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2019b;145(6):501-8.
- Atcherson S, Mendel L, Baltimore W, Patro C, Lee S, Pousson M, Spann M. The effect of conventional and transparent surgical masks on speech understanding in individuals with and without hearing loss. *Journal of the American Academy of Audiology* 2017;28(1):58-67.

- Audiology Australia. Audiology Australia professional practice standards – Part B clinical standards. Victoria, Australia : 2013. Disponible à : <https://audiology.asn.au/Tenant/C0000013/Position%20Papers/Member%20Resources/Clinical%20Standards%20partb%20-%20whole%20document%20July13%201.pdf>.
- Bainbridge KE et Wallhagen MI. Hearing loss in an aging American population: extent, impact, and management. *Annual Review of Public Health* 2014;35:139-52.
- Bakerjian D. The advanced practice registered nurse leadership role in nursing homes: leading efforts toward high quality and safe care. *Nursing Clinics* 2022\*;57(2):245-58.
- Barker F, de Lusignan S, Deborah C. Improving collaborative behaviour planning in adult auditory rehabilitation: development of the I-PLAN intervention using the behaviour change wheel. *Annals of Behavioral Medicine* 2018;52(6):489-500.
- Baylor C, Burns M, McDonough K, Mach H, Yorkston K. Teaching medical students skills for effective communication with patients who have communication disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2019;28(1):155-64.
- Beeckman D, Clays E, Van Hecke A, Vanderwee K, Schoonhoven L, Verhaeghe S. A multi-faceted tailored strategy to implement an electronic clinical decision support system for pressure ulcer prevention in nursing homes: a two-armed randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50(4):475-86.
- Bennett R, Barr C, Cortis A, Eikelboom R, Ferguson M, Gerace D, *et al.* Audiological approaches to address the psychosocial needs of adults with hearing loss: perceived benefit and likelihood of use. *International Journal of Audiology* 2021a;60(sup2):12-9.
- Bennett RJ, Barr C, Montano J, Eikelboom RH, Saunders GH, Pronk M, *et al.* Identifying the approaches used by audiologists to address the psychosocial needs of their adult clients. *International Journal of Audiology* 2021b;60(2):104-14.
- Bennett RJ, Fletcher S, Conway N, Barr C. The role of the general practitioner in managing age-related hearing loss: perspectives of general practitioners, patients and practice staff. *BMC Family Practice* 2020a;21(1):1-10.
- Bennett RJ, Kelsall-Foreman I, Donaldson S, Olaithe M, Saulsman L, Badcock JC. Exploring current practice, knowledge, and training needs for managing psychosocial concerns in the audiology setting: perspectives of audiologists, audiology reception staff, and managers. *American Journal of Audiology* 2021c;30(3):557-89.
- Bennett RJ, Laplante-Levesque A, Eikelboom RH. How do hearing aid owners respond to hearing aid problems? *Ear & Hearing* 2019;40(1):77-87.
- Bennett RJ, Meyer C, Olaithe M, Schmulian D, Eikelboom RH. Are hearing aid owners able to identify and self-report handling difficulties? A pilot study. *International Journal of Audiology* 2017;56(11):887-93.

- Bennett RJ, Meyer CJ, Eikelboom RH, Atlas JD, Atlas MD. Factors associated with self-reported hearing aid management skills and knowledge. *American Journal of Audiology* 2018a;27(4):604-13.
- Bennett RJ, Meyer CJ, Eikelboom RH, Atlas MD. Evaluating hearing aid management: development of the hearing aid skills and knowledge inventory (HASKI). *American Journal of Audiology* 2018b;27(3):333-48.
- Bennett RJ, Meyer CJ, Ryan B, Barr C, Laird E, Eikelboom RH. Knowledge, beliefs, and practices of Australian audiologists in addressing the mental health needs of adults with hearing loss. *American Journal of Audiology* 2020b;29(2):129-42.
- Bentur N, Valinsky L, Lemberger J, Moshe YB, Heymann A. Primary care intervention programme to improve early detection of hearing loss in the elderly. *The Journal of Laryngology & Otology* 2012;126(6):574-9.
- Bergman-Evans B. Out of the shadows: nurse practitioner leadership in skilled and long-term care facilities. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 2021\*;47(8):3-6.
- Bigelow RT, Reed NS, Brewster KK, Huang A, Rebok G, Rutherford BR, Lin FR. Association of hearing loss with psychological distress and utilization of mental health services among adults in the United States. *JAMA Network Open* 2020;3(7):e2010986.
- Blazer DG, Domnitz S, Liverman CT, Committee on Affordable Hearing Health Care for Adults. Hearing health care services: improving access and quality. Dans : *Medicine NAOSEa, réd. Hearing Health Care for Adults: Priorities for Improving Access and Affordability*. Washington, DC : The National Academies Press; 2016 75-148 :.
- Bonawitz K, Wetmore M, Heisler M, Dalton V, Damschroder L, Forman J, *et al.* Champions in context: which attributes matter for change efforts in healthcare? *Implementation Science* 2020;15(62):1-10.
- Bott A, Meyer C, Hickson L, Pachana NA. "It's Huge, in a Way." Conflicting stakeholder priorities for managing hearing impairment for people living with dementia in residential aged care facilities. *Clinical Gerontologist* 2020;45(4):844-58.
- British Society of Audiology. Common principles of rehabilitation for adults in audiology services - Practice guidance. 2016\*. Disponible à : <http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Practice-Guidance-Common-Principles-of-Rehabilitation-for-Adults-in-Audiology-Services-2016.pdf>.
- Brody L, Wu YH, Stangl E. A comparison of personal sound amplification products and hearing aids in ecologically relevant test environments. *American Journal of Audiology* 2018;27(4):581-93.
- Broese van Groenou M, Hoogendijk EO, van Tilburg TG. Continued and new personal relationships in later life: differential effects of health. *Journal of Aging and Health* 2013;25(2):274-95.

- Brooke RE, Isherwood S, Herbert NC, Raynor DK, Knapp P. Hearing aid instruction booklets: employing usability testing to determine effectiveness. *American Journal of Audiology* 2012;21(2):206-14.
- Brunkert T, Simon M, Zuniga F. Use of pain management champions to enhance guideline implementation by care workers in nursing homes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2021;18(2):138-46.
- Campos PD, Bozza A, Ferrari DV. Hearing aid handling skills: relationship with satisfaction and benefit. *Codas* 2014;26(1):10-6.
- Caposecco A, Hickson L, Meyer C. Hearing aid user guides: suitability for older adults. *International Journal of Audiology* 2014;53(Suppl 1):S43-S51.
- Caposecco A, Hickson L, Meyer C. Assembly and insertion of a self-fitting hearing aid: design of effective instruction materials. *Trends in Amplification* 2011;15(4):184-95.
- Caposecco A, Hickson L, Meyer C, Khan A. Evaluation of a modified user guide for hearing aid management. *Ear & Hearing* 2016;37(1):27-37.
- Caron H. Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne aînée ou adulte ayant des problèmes d'audition. Montréal : Institut Raymond-Dewar, Fondation de la surdité de Montréal et Le Groupe Forget, Audioprothésistes; 2014\*.
- Carson AJ. The decision-making spiral in seeking help for hearing problems. *The Hearing Journal* 2016;69(1):28-30.
- Chami K, Gavazzi G, Bar-Hen A, Carrat F, de Wazières B, Lejeune B, *et al.* A short-term, multicomponent infection control program in nursing homes: a cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012;6(569):e9-e17.
- Cho Y, Park S, Seol H, Lim J, Cho Y, Hong S, Moon I. Clinical performance evaluation of a personal sound amplification product vs a basic hearing aid and a premium hearing aid. *JAMA Otolaryngology-- Head & Neck Surgery* 2019;145(6):516-22.
- Choi JE, Kim J, Yoon SH, Hong SH, Moon IJ. A personal sound amplification product compared to a basic hearing aid for speech intelligibility in adults with mild-to-moderate sensorineural hearing loss. *Journal of Audiology & Otology* 2020;24(2):91-8.
- CHSLD Émile McDuff. Guide d'accueil du résident et de la famille. 2016\*. Disponible à : <https://chsldmcduff.com/wp-content/uploads/sites/5/2018/07/guide-accueil-resident-mcduff-2018.pdf>.
- CISSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Procédure de gestion des biens personnels des usagers et gestion des petites réclamations (PRO-10-009). 2020\*. Disponible à : <https://ciusssmcq.ca/telechargement/293/procedure-de-gestion-des-biens-personnels-des-usagers-et-gestion-des-petites-rec>.

- CISSS de la Montérégie-Centre. Guide d'accueil pour les résidents des CHSLD du CISSS de la Montérégie-Centre,. 2021\*. Disponible à : [https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2021/08/guideaccueil\\_chsld\\_2021\\_web.pdf](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2021/08/guideaccueil_chsld_2021_web.pdf).
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. Politique relative à la protection des biens personnels, au traitement des réclamations et à la disposition des biens non réclamés (PO-29). 2017\*.
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Politique de gestion des effets personnels des usagers et des résidents du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (0130 02 01 00F). 2020\*. Disponible à : [https://cdn.ciussscentreouest.ca/documents/ciusss-coim/A\\_propos\\_de\\_nous/Politiques/Effets\\_personnels/CIUSSS\\_Politique\\_effets\\_personnels\\_2020-12-03.pdf?1626798266#:~:text=0130%2002%2002%2000F,-4&text=%2D%20L%27usager%20ou%20son%20repr%C3%A9sentant,raisons%20cliniques%20ou%20de%20s%C3%A9curit%C3%A9](https://cdn.ciussscentreouest.ca/documents/ciusss-coim/A_propos_de_nous/Politiques/Effets_personnels/CIUSSS_Politique_effets_personnels_2020-12-03.pdf?1626798266#:~:text=0130%2002%2002%2000F,-4&text=%2D%20L%27usager%20ou%20son%20repr%C3%A9sentant,raisons%20cliniques%20ou%20de%20s%C3%A9curit%C3%A9).
- Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, Harris P, Bird A, Bryant J, *et al.* The safety and effectiveness of different methods of earwax removal: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2010;14(28):1-192.
- College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia. Audiologic management of adult hearing impairment - Clinical practice guideline. 2016\*. Disponible à : <https://www.cshbc.ca/wp-content/uploads/2019/02/CSHBC-ACPG-06-Audiologic-Management-of-Adult-Hearing-Impairment.pdf>.
- Contrera KJ, Betz J, Deal J, Choi JS, Ayonayon HN, Harris T, *et al.* Association of hearing impairment and anxiety in older adults. *Journal of Aging and Health* 2017;29(1):172-84.
- Convery E, Hickson L, Meyer C, Keidser G. Predictors of hearing loss self-management in older adults. *Disability & Rehabilitation* 2019a;41(17):2026-35.
- Convery E, Keidser G, Hickson L, Meyer C. Factors associated with successful setup of a self-fitting hearing aid and the need for personalized support. *Ear & Hearing* 2019b;40(4):794-804.
- Convery E, Keidser G, Seeto M, McLelland M. Evaluation of the self-fitting process with a commercially available hearing aid. *Journal of the American Academy of Audiology* 2016;28(2):109-18.
- Coopérative CISAME et Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur les dispositifs et pratiques spécifiques pour l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans les établissements pour personnes âgées. France : 2015\*. Disponible à : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/revue\\_de\\_litterature\\_deficiences\\_sensorielles\\_livrable1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/revue_de_litterature_deficiences_sensorielles_livrable1.pdf).

- Cox R et Alexander G. The International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA): psychometric properties of the English version. *International Journal of Audiology* 2002;41(1):30-5.
- Crellin B, Simcock P, Bond J. Good practice guide for social workers in England and Wales working with adults with acquired hearing loss. Birmingham, Royaume-Uni : The British Association of Social Workers; 2018\*. Disponible à : <https://www.basw.co.uk/resources/good-practice-guide-social-workers-england-and-wales-working-adults-acquired-hearing-loss>.
- Cronin T et Zhao F. Temporary threshold shift following ear canal microsuction: a comparative analysis measuring hearing levels before, immediately and 1-week after earwax removal by microsuction. *International Journal of Audiology* 2020;59(9):713-8.
- Crosbie B, Ferguson M, Wong G, Walker DM, Vanhegan S, Denning T. Giving permission to care for people with dementia in residential homes: learning from a realist synthesis of hearing-related communication. *BMC Med* 2019;17(1):54.
- Davis A et Smith P. Adult hearing screening: health policy issues--what happens next? *American Journal of Audiology* 2013;22(1):167-70.
- De Visschere L, J. S, van der Putten G-J, de Baat C, Vanobbergen J. Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in nursing homes: a cluster randomised controlled clinical trial. *Gerodontology* 2012;29(2):e96-e106.
- DeJonckheere M, McKee MM, Guetterman TC, Schleicher LS, Mulhem E, Panzer K, *et al.* Implementation of a hearing loss screening intervention in primary care. *The Annals of Family Medicine* 2021;19(5):388-95.
- Desjardins JL, Alicea CA, Doherty KA. The effect of memory span and manual dexterity on hearing aid handling skills in new and experienced hearing aid users. *American Journal of Audiology* 2019;28(1):37-47.
- Duchêne J, Billiet L, Franco V, Bonnard D. Validation of the French version of HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening) questionnaire in French over-60 year-olds. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head & Neck Diseases* 2022;139(4):198-201.
- Echalier M et Action on Hearing Loss. A world of silence: the case for tackling hearing loss in care homes. 2012\*. Disponible à : [https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/A-World-of-Silence-report\\_2012.pdf](https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/A-World-of-Silence-report_2012.pdf).
- Edwards HE, Chang AM, Gibb M, Finlayson KJ, Parker C, O'Reilly M, *et al.* Reduced prevalence and severity of wounds following implementation of the Champions for Skin Integrity model to facilitate uptake of evidence-based practice in aged care. *Journal of Clinical Nursing* 2017;26(23-24):4276-85.
- Ekberg K, Grenness C, Hickson L. Addressing patients' psychosocial concerns regarding hearing aids within audiology appointments for older adults. *American Journal of Audiology* 2014;23(3):337-50.

- Feltner C, Wallace IF, Kistler CE, Coker-Schwimmer M, Jonas DE, Middleton JC. Screening for hearing loss in older adults: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality; 2021. Disponible à : <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medp&AN=33818999>.
- Ferguson M, Brandreth M, Brassington W, Leighton P, Wharrad H. A randomized controlled trial to evaluate the benefits of a multimedia educational program for first-time hearing aid users. *Ear & Hearing* 2016a;37(2):123-36.
- Ferguson M, Brandreth M, Brassington W, Wharrad H. Information retention and overload in first-time hearing aid users: an interactive multimedia educational solution. *American Journal of Audiology* 2015;24(3):329-32.
- Ferguson M, Maidment D, Henshaw H, Heffernan E. Evidence-based interventions for adult aural rehabilitation: that was then, this is now. *Thieme Medical Publishers; Seminars in Hearing* 2019;40(1):68-84.
- Ferguson M, Maidment D, Russell N, Gregory M, Nicholson R. Motivational engagement in first-time hearing aid users: a feasibility study. *International Journal of Audiology* 2016b;55(Suppl 3):S23-S33.
- Ferguson MA, Maidment DW, Gomez R, Coulson N, Wharrad H. The feasibility of an m-health educational programme (m2Hear) to improve outcomes in first-time hearing aid users. *International Journal of Audiology* 2020;60(Sup1):S30-S41.
- Ferreira AR, Dias CC, Fernandes L. Needs in nursing homes and their relation with cognitive and functional decline, behavioral and psychological symptoms. *Frontiers in aging neuroscience* 2016;8(72):1-10.
- Fogelson D, Brown BB, Gustin T, Goode V. Hearing impaired older adults in the acute care setting: an innovation solution to improve care. *Geriatric Nursing* 2021;44:272-4.
- Fragoyannis A. How often should I have ear wax removed? [site Web]. 2022\*. Disponible à : <https://www.earcarelab.co.uk/how-often-should-i-have-ear-wax-removed/#:~:text=What%20is%20the%20usual%20frequency,six%20months%20may%20be%20recommended>.
- Fullington D, Song J, Gilles A, Guo X, Hua W, Anderson CE, Griffin J. Evaluation of the safety and efficacy of a novel product for the removal of impacted human cerumen. *BMC Ear Nose and Throat Disorders* 2017;17(5):1-10.
- Gagné C, Gilbert A, Roberge S, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal Direction de santé publique. *Le GPS : Guide priorité santé: les infirmières et le bilan de santé chez l'adulte*. Montréal : 2015\*.
- Gomez R et Ferguson M. Improving self-efficacy for hearing aid self-management: the early delivery of a multimedia-based education programme in first-time hearing aid users. *International Journal of Audiology* 2020;59(4):272-81.

- Gouvernement de l'Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée de 2015. 2015\*. Disponible à : [https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/lcredev/docs/lrc\\_home\\_design\\_manual.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/lcredev/docs/lrc_home_design_manual.pdf).
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Lignes directrices du ministère du Développement social relatives à la conception des foyers de soins version 3.0. 2015\*.
- Government of Nova Scotia. Long term care facility requirements. 2022\*. Disponible à : <https://novascotia.ca/dhw/ccs/policies/Long-Term-Care-Facility-Requirements-space-and-Design.pdf>.
- Greengross S. Commission on hearing loss: final report. International Longevity Centre - UK 2014. Disponible à : <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/Hearing-loss-Commission-final-report-website.pdf>.
- Grenness C, Hickson L, Laplante-Levesque A, Meyer C, Davidson B. The nature of communication throughout diagnosis and management planning in initial audiologic rehabilitation consultations. *Journal of the American Academy of Audiology* 2015;26(1):36-50.
- Groupe Santé ARBEC. Manuel de politiques et procédures. Protection des biens personnels (3-1.3). 2014\*. Disponible à : <https://chslmargueriterocheleau.com/wp-content/uploads/sites/8/2017/09/3-1.3-protection-effets-personnels.pdf>.
- Hall AM, Flodgren GM, Richmond HL, Welsh S, Thompson JY, Furlong BM, Sheriff A. Champions for improved adherence to guidelines in long-term care homes: a systematic review. *Implementation Science Communications* 2021;2(85):1-15.
- Haque R, Abdelrehman N, Alavi Z. "There's a monster under my bed": hearing aids and dementia in long-term care settings. *Annals of Long-Term Care* 2012;20(8):28-33.
- Hasson R, McDermott E, Hanley K, Carroll C, Collins C. Assessing patient satisfaction with a microsuction service in general practice: a comparative study. *BJGP Open* 2019;3(2):bjgpopen19X101649.
- Havig AK et Hollister B. How does leadership influence quality of care? Towards a model of leadership and the organization of work in nursing homes. *Ageing International* 2018;43:366-89.
- Hearing Loss Association of America. Position paper: screening for hearing loss in primary health care settings. Bethesda, MD 2015 :\*.
- Heffernan E, Coulson NS, Henshaw H, Barry JG, Ferguson MA. Understanding the psychosocial experiences of adults with mild-moderate hearing loss: an application of Leventhal's self-regulatory model. *International Journal of Audiology* 2016;55(Suppl 3):S3-S12.

- Henshaw H, Clark DP, Kang S, Ferguson MA. Computer skills and internet use in adults aged 50-74 years: influence of hearing difficulties. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14(4):e113.
- Herer GR. Intellectual Disabilities and Hearing Loss (page web). États-Unis : American Speech-Language-Hearing Association; 2013. Disponible à : <https://www.asha.org/articles/intellectual-disabilities-and-hearing-loss/#:~:text=Early%20detection%20of%20hearing%20loss,to%20their%20general%20population%20peers.>
- Höbler F, Argueta-Warden X, Rodriguez-Monforte M, Escrig-Pinol A, Wittich W, McGilton KS. Exploring the sensory screening experiences of nurses working in long-term care homes with residents who have dementia: a qualitative study. *BMC Geriatrics* 2018;18(235):1-14.
- Höbler F, McGilton KS, Wittich W, Dupuis K, Reed M, Dumassais S, *et al.* Hearing screening for residents in long-term care homes who live with dementia: a scoping review. *Journal of Alzheimer's Disease* 2021;84(3):1115-38.
- Holmes E. How to address the communication needs of older patients with hearing loss. *Nursing Older People* 2014\*;26(6):27-30.
- Homans NC et Vroegop JL. The impact of face masks on the communication of adults with hearing loss during COVID-19 in a clinical setting. *International Journal of Audiology* 2022;61(5):365-70.
- Hopper T et Hinton P. Hearing loss among individuals with dementia: barriers and facilitators to care. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* 2012;36(4):302-13.
- Hopper T, Slaughter SE, Hodgetts B, Ostevik A, Ickert C. Hearing loss and cognitive-communication test performance of long-term care residents with dementia: effects of amplification. *Journal of Speech Language & Hearing Research* 2016;59(6):1533-42.
- Hsu AK, Bassett SM, O'Dwyer LC, McHugh M, Heinemann AW, Jordan N, Dhar S. Cost-effectiveness of hearing screening in older adults: a scoping review. *Res Aging* 2021;44(2):186-204.
- Huisman ERCM, van Hout NAHM, Reinten J, Kort HSM. Steps towards an acoustical intervention in a nursing home for the benefit of residents and staff: a case study. *Gerontechnology* 2017;16(4):234-41.
- Humes LE et Dubno JR. A comparison of the perceived hearing difficulties of community and clinical samples of older adults. *Journal of Speech Language & Hearing Research* 2021;64(9):3653-67.
- Humes LE, Pichora-Fuller MK, Hickson L. Functional consequences of impaired hearing in older adults and implications for intervention. Dans : Helfer KS, Bartlett EL, Popper AN, Fay RR, réd. *Aging and hearing: causes and consequences*. Cham : Springer International Publishing; 2020\* 257-91 .. Disponible à : [https://doi.org/10.1007/978-3-030-49367-7\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-49367-7_11).

- Humes LE, Rogers SE, Quigley TM, Main AK, Kinney DL, Herring C. The effects of service-delivery model and purchase price on hearing-aid outcomes in older adults: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *American Journal of Audiology* 2017;26(1):53-79.
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Meilleures pratiques d'aménagement pour prévenir les effets du bruit environnemental sur la santé et la qualité de vie. 2018\*.
- International Longevity Centre ILC-UK. Commission on hearing loss: final report. 2014\*. Disponible à : <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/Hearing-loss-Commission-final-report-website.pdf>.
- Ismail AH, Munro KJ, Armitage CJ, Marsden A, Dawes PD. A quasi-randomized controlled trial of the I-PLAN Intervention to promote hearing aid use among first-time adult hearing aid users. *Trends in Hearing* 2021;25:2331216520969472.
- Janus SIM, Kusters J, van den Bosch KA, Andringa TC, Zuidema SU, Luijendijk HJ. Sounds in nursing homes and their effect on health in dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2021;33(6):627-44.
- Jayakody DMP, Almeida OP, Speelman CP, Bennetta RJ, Moyle TC, Yiannosa JM, Friedland PL. Association between speech and high-frequency hearing loss and depression, anxiety and stress in older adults. *Maturitas* 2018;110:86-91.
- Jesse A et Janse E. Audiovisual benefit for recognition of speech presented with single-talker noise in older listeners. *Language & Cognitive Processes* 2012;27(7/8):1167-91.
- Joesse LL. Sound levels in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing* 2011;37(8):30-5.
- Jopling K. Hearing Loss and Older People. Royaume-Uni : Royal Voluntary Service; 2015\*. Disponible à : [https://www.royalvoluntaryservice.org.uk/Uploads/Documents/Reports%20and%20Reviews/hearing\\_loss\\_and\\_older\\_people.pdf](https://www.royalvoluntaryservice.org.uk/Uploads/Documents/Reports%20and%20Reviews/hearing_loss_and_older_people.pdf).
- Jupiter T. Does hearing assistive technology provide benefit to nursing home residents with dementia? A pilot study. *Journal of the Academy of Rehabilitative Audiology* 2016;49:34-9.
- Jupiter T. Cognition and screening for hearing loss in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012;13(8):744-7.
- Keidser G et Convery E. Outcomes with a self-fitting hearing aid. *Trends in Hearing* 2017;22:2331216518768958.
- Kim G-Y, Kim S, Jo M, Seol HY, Cho YS, Lim J, Moon IJ. Hearing and speech perception for people with hearing loss using personal sound amplification products. *Journal of Korean Medical Science* 2022;37(12):e94.
- Laird EC, Bennett RJ, Barr CM, Bryant CA. Experiences of hearing loss and audiological rehabilitation for older adults with comorbid psychological symptoms: a qualitative study. *American Journal of Audiology* 2020;29(4):809-24.

- Lane KR et Clark MK. Assisting older persons with adjusting to hearing aids. *Clinical Nursing Research* 2016;25(1):30-44.
- Laplante-Lévesque A, Brännström KJ, Ingo E, Andersson G, Lunner T. Stages of change in adults who have failed an online hearing screening. *Ear and Hearing* 2015;36(1):92-101.
- Lawrence BJ, Jayakody DMP, Bennett RJ, Eikelboom RH, Gasson N, Friedland PL. Hearing loss and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist* 2020;60(3):e137-e54.
- Lazzarotto S, Baumstarck K, Loundou A, Hamidou Z, Aghababian V, Leroy T, Auquier P. Age-related hearing loss in individuals and their caregivers: effects of coping on the quality of life among the dyads. *Patient Preference and Adherence* 2016;10:2279-87.
- Lazzarotto S, Martin F, Saint-Laurent A, Hamidou Z, Aghababian V, Auquier P, Baumstarck K. Coping with age-related hearing loss: patient-caregiver dyad effects on quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2019;17(1):86.
- Le réseau Vos Oreilles (Audioprothésistes). Test d'audition en ligne [site Web]. 2015. Disponible à : <https://www.vosoreilles.com/tester-audition/part1.php>.
- Leedy KM, Trees WJ, Mullins K. Educating Nursing Staff in a Long-Term Care Facility on Cerumen Impactions and Cerumenolytic Administration. *Journal of Gerontological Nursing* 2021;47(4):35-43.
- Linssen AM, Anteunis LJ, Joore MA. The cost-effectiveness of different hearing screening strategies for 50- to 70-year-old adults: a Markov model. *Value Health* 2015;18(5):560-9.
- Linssen AM, Joore MA, Theunissen EJ, Anteunis LJ. The effects and costs of a hearing screening and rehabilitation program in residential care homes for the elderly in the Netherlands. *American Journal of Audiology* 2013;22(1):186-9.
- Liu CF, Collins MP, Souza PE, Yueh B. Long-term cost-effectiveness of screening strategies for hearing loss. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2011;48(3):235-43.
- Livingston G, Barber J, Marston L, Stringer A, Panca M, Hunter R, *et al.* Clinical and cost-effectiveness of the managing agitation and raising quality of life (MARQUE) intervention for agitation in people with dementia in care homes: a single-blind, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019;6(4):293-304.
- Lo T, Hoben M, Norton P, Teare G, Estabrooks C. Importance of clinical educators to research use and suggestions for better efficiency and effectiveness: results of a cross-sectional survey of care aides in Canadian long-term care facilities. *BMJ Open* 2018;8:1-9.
- Lundberg M, Andersson G, Lunner T. A randomized, controlled trial of the short-term effects of complementing an educational program for hearing aid users with telephone consultations. *Journal of the American Academy of Audiology* 2011;22(10):654-62.

- Maidment DW et Ferguson M. An application of the medical research council's guidelines for evaluating complex interventions: a usability study assessing smartphone-connected listening devices in adults with hearing loss. *American Journal of Audiology* 2018;27:474-81.
- McCabe M, Karantzas G, Mrkic D, Mellor D, Davison T. A randomized control trial to evaluate the beyondblue depression training program: does it lead to better recognition of depression? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;28(3):221-6.
- McCormack A et Fortnum H. Why do people fitted with hearing aids not wear them? *International Journal of Audiology* 2013;52(5):360-8.
- McCullagh MC et Frank K. Addressing adult hearing loss in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 2013;69(4):896-904.
- McCullagh MC, Xu J, Dickson VV, Tan A, Lusk SL. Noise exposure and quality of life among nurses. *Workplace Health & Safety* 2022;70(4):207-19.
- McInerney M et Walden P. Evaluating the use of an assistive listening device for communication efficiency using the Diapix task: a pilot study. *Folia Phoniatrica et Logopedica* 2013;65(1):25-31.
- McKee M, Lin F, Zazove P. State of research and program development for adults with hearing loss. *Disability & Health Journal* 2018;11:519-24.
- McMullan A, Kelly-Campbell RJ, Wise K. Improving hearing aid self-efficacy and utility through revising a hearing aid user guide: a pilot study. *American Journal of Audiology* 2018;27(1):45-56.
- McShea L. 'I will make a difference'—training caregivers to improve the hearing of adults with learning disabilities. *British Journal of Healthcare Assistants* 2015;9(3):124-7.
- McShea L et Ferguson M. "We forget about peoples' hearing loss": identifying key aspects of hearing aid and communication training in residential care homes. *International Journal of Audiology* 2022:1-8.
- Meijerink JF, Pronk M, Lissenberg-Witte BI, Jansen V, Kramer SE. Effectiveness of a web-based SUpport PRogram (SUPR) for hearing aid users aged 50+: two-arm, cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2020;22(9):e17927.
- Meyer C et Hickson L. Evidence-based practice guideline: nursing management of hearing impairment in nursing facility residents. *Journal of Gerontological Nursing* 2020\*;46(7):15-25.
- Meyer C, Hickson L, Khan A, Hartley D, Dillon H, Seymour J. Investigation of the actions taken by adults who failed a telephone-based hearing screen. *Ear & Hearing* (01960202) 2011;32(6):720-31.
- Meyer C, Hickson L, Lovelock K, Lampert M, Khan A. An investigation of factors that influence help-seeking for hearing impairment in older adults. *International Journal of Audiology* 2014;53 Suppl 1:S3-17.

- Meyer F, Preus R, Angelow A, Chenot JF, Meyer E, Kiel S. Cerumen impaction removal in general practices: a comparison of approved standard products. *Journal of Primary Care & Community Health* 2020;11:2150132720973829.
- Mick P et Pichora-Fuller K. Is hearing loss associated with poorer health in older adults who might benefit from hearing screening? *Ear & Hearing* 2016;37:e194–201.
- Miech EJ, Rattray NA, Flanagan ME, Damschroder L, Schmid AA, Damush TM. Inside help: an integrative review of champions in healthcare-related implementation. *Sage Open Medicine* 2018;6:1-11.
- Mikkola TM, Polku H, Portegijs E, Rantakokko M, Tsai L-T, Rantanen T, Viljanen A. Self-reported hearing is associated with time spent out-of-home and withdrawal from leisure activities in older community-dwelling adults. *Aging Clinical and Experimental Research* 2016;28(2):297-302.
- Miller CA. *Nursing for wellness in older adults*. 9 éd Wolters Kluwer Health; 2021.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes. Chapitre I, 2020, c 22, a 2 2022\*. Disponible à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/R-1.1.pdf>.
- MMP Architects. Design guide for long term care homes. 2018\*. Disponible à : [https://fgiguilines.org/wp-content/uploads/2018/03/MMP\\_DesignGuideLongTermCareHomes\\_2018.01.pdf](https://fgiguilines.org/wp-content/uploads/2018/03/MMP_DesignGuideLongTermCareHomes_2018.01.pdf).
- Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, BUck S, Malmlof J, *et al.* Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy* 2018;47(2):169-84.
- Moradi S, Lidestam B, Danielsson H, Ng EHN, Ronnberg J. Visual cues contribute differentially to audiovisual perception of consonants and vowels in improving recognition and reducing cognitive demands in listeners with hearing impairment using hearing aids. *Journal of Speech Language & Hearing Research* 2017;60(9):2687-703.
- Moradi S, Lidestam B, Ning Ng EH, Danielsson H, Ronnberg J. Perceptual doping: an audiovisual facilitation effect on auditory speech processing, from phonetic feature extraction to sentence identification in noise. *Ear & Hearing* 2019;40(2):312-27.
- Moradi S, Lidestam B, Ronnberg J. Comparison of gated audiovisual speech identification in elderly hearing aid users and elderly normal-hearing individuals: effects of adding visual cues to auditory speech stimuli. *Trends in Hearing* 2016;20(06):17.
- Moser S, Luxenberger W, Freidl W. The influence of social support and coping on quality of life among elderly with age-related hearing loss. *American Journal of Audiology* 2017;26(2):170-9.
- Moyer VA et on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hearing loss in older adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* 2012;157(9):655-61.

- National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Hearing health care for adults: priorities for improving access and affordability. Washington, DC : The National Academies Press; 2016\*.
- National Institute for Health and Care Excellence. Hearing loss in adults: assessment and management. 2018\*. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513208/>.
- Nelson JJ, Giraud A, Walsh R, J. MA. Impact on hearing of routine ear suctioning at the tympanic membrane. American Journal of Otolaryngology 2011;32(2):100-4.
- NHS England. What Works: Hearing Loss and Health Ageing. A guide for commissioners and providers of social and medical care to older people with hearing loss to help maintain health, wellbeing and independence. 2017\*. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/hearing-loss-what-works-guide-healthy-ageing.pdf>.
- NHS England. Action Plan on Hearing Loss. 2015\*. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/03/act-plan-hearing-loss-upd.pdf>.
- Oberg M, Bohn T, Larsson U, Hickson L. A preliminary evaluation of the active communication education program in a sample of 87-year-old hearing impaired individuals. Journal of the American Academy of Audiology 2014;25(2):219-28.
- Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines: Guide explicatif. 2021\*. Disponible à : [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21\\_020\\_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf).
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Soins reliés au système nerveux sensoriel [site Web]. 2021\*. Disponible à : <https://www.oiaq.org/questions/divers-aspects-de-la-pratique-professionnelle/soins-relies-au-systeme-nerveux-sensoriel>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Gestion du cérumen sans ordonnance [site Web]. 2019\*. Disponible à : <https://www.oiiq.org/gestion-du-cerumen-sans-ordonnance>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD - Collaboration interprofessionnelle. Collège des médecins du Québec, Ordre des dentistes du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre des technologues professionnels du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, Ordre professionnel des diététistes du Québec, Ordre professionnel des sexologues du

- Québec, Regroupement provincial des comités des usagers; 2016\*. Disponible à : <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Rapport annuel 2021-2022 [site Web]. 2022\*. Disponible à : [https://www.ooaq.qc.ca/media/1kiljhqy/ooaq\\_ra\\_2021-2022.pdf](https://www.ooaq.qc.ca/media/1kiljhqy/ooaq_ra_2021-2022.pdf).
- 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. 2019\*. Disponible à : [https://www.ooaq.qc.ca/media/mniln5i5/programme\\_ooaq\\_sante\\_auditive\\_chsld\\_sad.pdf](https://www.ooaq.qc.ca/media/mniln5i5/programme_ooaq_sante_auditive_chsld_sad.pdf).
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Les meilleures pratiques des orthophonistes et des audiologistes en CHSLD et en soutien à domicile. Commentaires de l'OOAQ soumis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux. 2016\*. Disponible à : [https://www.ooaq.qc.ca/media/2uyho4zw/m%C3%A9moireooaq\\_meilleurespratiquesorthoaudio-enchsld-soutiendomicile.pdf](https://www.ooaq.qc.ca/media/2uyho4zw/m%C3%A9moireooaq_meilleurespratiquesorthoaudio-enchsld-soutiendomicile.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé. Hearing screening: considerations for implementation. 2021. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344797>.
- Organisation mondiale de la Santé. Deafness and hearing loss. 2020\*. Disponible à : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>.
- Palmer CV, Mulla R, Dervin E, Cohan KC. HearCARE: hearing and communication assistance for resident engagement. *Seminars in Hearing* 2017;38(2):184-97.
- Philipsen HH et Gregory M. Practice implications of the patient journey model. Dans : Danermark VMeB, réd. *The experience of hearing loss : journey through aural rehabilitation*. Taylor & Francis; 2016\* : 157-67. Disponible à : <https://www.routledge.com/The-Experience-of-Hearing-Loss-Journey-Through-Aural-Rehabilitation/Manchaiah-Danermark/p/book/9781138642225>.
- Picou EM, Ricketts TA, Hornsby BW. How hearing aids, background noise, and visual cues influence objective listening effort. *Ear & Hearing* 2013;34(5):e52-64.
- Plummer C, Ruco A, Smith K-A, Chandler J, Ash P, McMillan S, *et al.* Building capacity in health professionals to conduct quality improvement: evaluation from a collaborative Interorganizational program. *Journal of Nursing Care Quality* 2021;36(3):229-35.
- Poels J, Verschueren M, Milisen K, Vlaeyen E. Leadership styles and leadership outcomes in nursing homes: a cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research* 2020;20(1009):1-10.

- Polyclinique de l'Oreille. Questionnaire de dépistage auditif [site Web]. 2023. Disponible à : <https://www.polycliniquedeloreille.com/test-auditif-complet/questionnaire-auditif-en-ligne>.
- Poost-Foroosh L, Jennings MB, Cheesman MF. Comparisons of client and clinician views of the importance of factors in client-clinician interaction in hearing aid purchase decisions. *Journal of the American Academy of Audiology* 2015;26(3):247-59.
- Preminger JE. Group audiologic rehabilitation for adults and their communication partners. *The ASHA Leader* 2011\*;16(8):14-7.
- Pronk M, Deeg DJ, Kramer SE. Hearing status in older persons: a significant determinant of depression and loneliness? Results from the longitudinal aging study amsterdam. *American Journal of Audiology* 2013;22(2):316-20.
- Pryce H et Gooberman-Hill R. Foundations of an intervention package to improve communication in residential care settings: a mixed methods study. *Hearing, Balance and Communication* 2013;11(1):30-8.
- Pryce H et Gooberman-Hill R. 'There's a hell of a noise': living with a hearing loss in residential care. *Age & Ageing* 2012;41(1):40-6.
- Puschmann S, Daeglau M, Stropahl M, Mirkovic B, Rosemann S, Thiel CM, Debener S. Hearing-impaired listeners show increased audiovisual benefit when listening to speech in noise. *Neuroimage* 2019;196:261-8.
- Ray M, Denning T, Crosbie B. Dementia and hearing loss: a narrative review. *Maturitas* 2019;128:64-9.
- Ree E. What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services. *Nursing Open* 2020;7:1988-96.
- Reed NS, Betz J, Kendig N, Korczak M, Lin FR. Personal sound amplification products vs a conventional hearing aid for speech understanding in noise. *Jama* 2017;318(1):89-90.
- Reed NS, Oliver A, Srinivasan NK, Lin FR, Korczak PA. Pilot comparison of adjustment protocols of personal sound amplification products. *Thieme Medical Publishers; Seminars in Hearing* 2019;40(01):026-36.
- Reis LR et Escada P. Effect of speechreading in presbycusis: do we have a third ear? *Otolaryngologia Polska* 2017;71(6):38-44.
- Reis LR et Escada P. Presbycusis: do we have a third ear? *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 2016;82(6):710-4.
- Resnick B, Galik E, Gruber-Baldini A, Zimmerman S. Testing the effect of function-focused care in assisted living. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011;59(12):2233-40.

- Ritter E, Miller C, Morse J, Onuorah P, Zeaton A, Zanation A, *et al.* Impact of masks on speech recognition in adult patients with and without hearing loss. *ORL; Journal of Oto-Rhino-Laryngology & its Related Specialties* 2021;84(4):302-8.
- Rodemerk KS et Galster JA. The benefit of remote microphones using four wireless protocols. *Journal of the American Academy of Audiology* 2015;26(8):724-31.
- Roets-Merken LM, Zuidema SU, Vernooij-Dassen M, Teerenstra S, Hermesen P, Kempen G, Graff MJL. Effectiveness of a nurse-supported self-management programme for dual sensory impaired older adults in long-term care: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2018;8(1):e016674.
- Rothpletz AM, Moore AN, Preminger JE. Acceptance of internet-based hearing healthcare among adults who fail a hearing screening. *International Journal of Audiology* 2016;55(9):483-90.
- Rousseau C. Appareils auditifs en maison de retraite: état des lieux des connaissances du personnel paramédical et soignant. Université de Rennes; École d'audioprothèse de Fougères, Faculté de médecine 2014\*;Diplôme d'état d'audioprothèse:73.
- Rutherford BR, Brewster K, Golub JS, Kim AH, Roose SP. Sensation and psychiatry: linking age-related hearing loss to late-life depression and cognitive decline. *American Journal of Psychiatry* 2018;175(3):215-24.
- Sabin AT, Van Tasell DJ, Rabinowitz B, Dhar S. Validation of a self-fitting method for over-the-counter hearing aids. *Trends in Hearing* 2020;24:2331216519900589.
- Sacco G, Gonfrier S, Teboul B, Gahide I, Prate F, Demory-Zory M, *et al.* Clinical evaluation of an over-the-counter hearing aid (TEO First R) in elderly patients suffering of mild to moderate hearing loss. *BMC Geriatrics* 2016;16:136.
- Saint-Laurent A et Louis N. Déficiences sensorielles : guide Agirc-Arrco pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires (en partenariat avec la MFAM) [site Web]. 2012\*. Disponible à : [https://www.agevillage.com/media/library/pdfs/colloque\\_2013\\_st\\_laurent\\_louis.pdf](https://www.agevillage.com/media/library/pdfs/colloque_2013_st_laurent_louis.pdf).
- Salehi H, Parsa V, Folkeard P. Electroacoustic assessment of wireless remote microphone systems. *Audiology Research* 2018;8(1):204.
- Santos W, Graham I, Lalonde M, Demery Varin M, Squires J. The effectiveness of champions in implementing innovations in health care: a systematic review. *Implementation Science Communications* 2022;3(80):1-48.
- Saunders G, Vercammen C, Timmer B, Singh G, Pelosi A, Meis M, *et al.* Changing the narrative for hearing health in the broader context of healthy living: a call to action. *International Journal of Audiology* 2021;60(S2):86-91.
- Saunders GH et Forsline A. Hearing-aid counseling: comparison of single-session informational counseling with single-session performance-perceptual counseling. *International Journal of Audiology* 2012;51(10):754-64.
- Schneider J, Dunsmore M, McMahon CM, Gopinath B, Kifley A, Mitchell P, *et al.* Improving access to hearing services for people with low vision: piloting a

- "hearing screening and education model" of intervention. *Ear & Hearing* 2014;35(4):e153-61.
- Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, Ballachanda BB, Hackell JM, Krouse HJ, *et al.* Clinical practice guideline (update): earwax (cerumen impaction). *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery* 2017\*;156(1\_suppl):S1-S29.
- Seljemo C, Viksveen P, Ree E. The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2020;20(799):1-8.
- Seol HY, Kim G-Y, Kang S, Jo M, Han UG, Cho YS, *et al.* Clinical comparison of a hearing aid, a personal sound amplification product, and a wearable augmented reality device. *Clinical and experimental otorhinolaryngology* 2021;14(3):359-61.
- Sharkey S, Hudak S, Horn SD, Barrett R, Spector W, Limcangco R. Exploratory study of nursing home factors associated with successful implementation of clinical decision support tools for pressure ulcer prevention. *Advances in Skin & Wound Care* 2013;26(2):83-92.
- Shaughnessy MK, Quinn Griffin MT, Bhattacharya A, Fitzpatrick JJ. Transformational leadership practices and work engagement among nurse leaders. *Journal of Nursing Administration* 2018;48(11):574-9.
- Shen J et Souza PE. Do older listeners with hearing loss benefit from dynamic pitch for speech recognition in noise? *American Journal of Audiology* 2017;26(3S):462-6.
- Shin SY, Oh HJ, Jin I-K. Korean clear speech improves speech intelligibility for individuals with normal hearing and individuals with hearing loss. *Journal of the American Academy of Audiology* 2020;31(10):719-24.
- Siddiqi N, Cheater F, Collinson M, Farrin A, Forster A, George D, *et al.* The PiTSTOP study: a feasibility cluster randomized trial of delirium prevention in care homes for older people. *Age and Ageing* 2016;45(5):652-61.
- Silverstein H, Wycherly BJ, Alameda Y, Van Ess MJ. A prospective study to evaluate the efficacy of isopropyl alcohol irrigations to prevent cerumen impaction.. *Ear Nose Throat J* 2012;91(3):E25-8.
- Singh G, Lau S-T, Pichora-Fuller MK. Social support predicts hearing aid satisfaction. *Ear & Hearing* 2015;36(6):664-76.
- Slaughter SE, Hopper T, Ickert C, Erin DF. Identification of hearing loss among residents with dementia: perceptions of health care aides. *Geriatric Nursing* 2014;35:434-40.
- Société québécoise des infrastructures. Exigences techniques : Maisons des aînés – Maisons alternatives. 2022\*.
- Speech-Language & Audiology Canada. Official statement on the use of transparent masks. 2020\*. Disponible à : <https://www.sac-oac.ca/sites/default/files/Official-Statement-on-Transparent-Masks-EN-Nov-10.pdf>.

- Speech-Language & Audiology Canada. Audiologic rehabilitation: solutions to optimize accessibility and participation for people with hearing problems - Position Statement. 2018\*. Disponible à : <https://www.sac-oac.ca/professional-resources/resource-library/sac-position-statement-audiologic-rehabilitation-solutions>.
- Strawbridge WJ et Wallhagen MI. Simple tests compare well with a hand-held audiometer for hearing loss screening in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2017;65(10):2282-4.
- Thai-Van H, Bakhos D, Bouccara D, Loundon N, Marx M, Mom T, *et al.* Telemedicine in audiology. Best practice recommendations from the French Society of Audiology (SFA) and the French Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery (SFORL). *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 2021;138(5):363-75.
- The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 9th éd. Victoria, Australia : 2016\*. Disponible à : <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Redbook9/17048-Red-Book-9th-Edition.pdf>.
- Thomas P, Aletta F, Filipan K, Vander Mynsbrugge T, De Geetere L, Dijckmans A, *et al.* Noise environments in nursing homes: an overview of the literature and a case study in Flanders with quantitative and qualitative methods. *Applied Acoustics* 2020;159:107103.
- Thoren E, Svensson M, Tornqvist A, Andersson G, Carlbring P, Lunner T. Rehabilitative online education versus internet discussion group for hearing aid users: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Audiology* 2011;22(5):274-85.
- Thoren ES, Oberg M, Wanstrom G, Andersson G, Lunner T. A randomized controlled trial evaluating the effects of online rehabilitative intervention for adult hearing-aid users. *International Journal of Audiology* 2014;53(7):452-61.
- Trounson R. How often should I have earwax removal? [site Web]. 2019\*. Disponible à : <https://www.earhealth.co.nz/how-often-should-i-have-earwax-removal/>.
- U. S. Preventive Services Task Force. Screening for hearing loss in older adults: consumer guide (draft recommendation). 2020\*. Disponible à : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/draft-update-summary/hearing-loss-in-older-adults-screening1>.
- U. S. Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, *et al.* Screening for hearing loss in older adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021\*;325(12):1196-201.
- UK National Screening Committee. UK NSC hearing loss in adults recommendation. Crown Copyright; 2016\*. Disponible à : <https://legacyscreening.phe.org.uk> .

- van de Ven G, Draskovic I, Adang E, Donders R, Zuidema S, Koopmans R, Vernooij-Dassen M. Effects of dementia-care mapping on residents and staff of care homes: a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *PLoS One* 2013;8(7):e67325.
- van den Block L, Honinx E, Pivodic L, Miranda R, Onwuteaka-Philipsen BD, van Hout H, *et al.* Evaluation of a palliative care program for nursing homes in 7 Countries: the PACE cluster-randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine* 2020;180(2):233-42.
- van der Putten G-J, Mulder J, de Baat C, De Visschere LMJ, Vanobbergen JNO, Schols JMGA. Effectiveness of supervised implementation of an oral health care guideline in care homes; a single-blinded cluster randomized controlled trial. *Clinical Oral Investigations* 2013;17(4):1143-53.
- Vas V, Akeroyd MA, Hall DA. A data-driven synthesis of research evidence for domains of hearing loss, as reported by adults with hearing loss and their communication partners. *Trends in Hearing* 2017;21:2331216517734088.
- Veiga SM, Alexandre JD, Esteves F. Living with hearing loss: psychosocial impact and the role of social support. *Journal of Otolaryngology-ENT Research* 2015;2(5):00036.
- Vermeire K, Knoop A, Boel C, Auwers S, Schenus L, Talaveron-Rodriguez M, *et al.* Speech recognition in noise by younger and older adults: effects of age, hearing loss, and temporal resolution. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 2016;125(4):297-302.
- Victory J. Nursing homes and hearing aids: what you need to know [site Web]. 2020\*. Disponible à : <https://www.healthyhearing.com/report/52521-Nursing-homes-and-hearing-aids-what-you-need-to-know>.
- Vivre en ville. Gestion intégrée du bruit environnemental. Trousse d'outils pour un climat sonore agréable. 2020\*.
- Vreeken HL, van Rens GH, Kramer SE, Knol DL, van Nispen RM. Effects of a dual sensory loss protocol on hearing aid outcomes: a randomized controlled trial. *Ear & Hearing* 2015;36(4):e166-e75.
- Wagener KC, Vormann M, Latzel M, Mulder HE. Effect of hearing aid directionality and remote microphone on speech intelligibility in complex listening situations. *Trends in Hearing* 2018;22:2331216518804945.
- Wallhagen MI et Strawbridge WJ. Hearing loss education for older adults in primary care clinics: benefits of a concise educational brochure. *Geriatric Nursing* 2017;38(6):527-30.
- Walling AD et Dickson GM. Hearing loss in older adults. *American Family Physician* 2012;85(12):1150-6.
- Weinstein BE. *Geriatric Audiology*. 2nd éd. New York, NY : Thieme Medical; 2013.
- Welsh Government. Quality standards for adult hearing rehabilitation services, version 2. Pays de Galles : 2016\*. Disponible à : <https://gov.wales/quality-standards-adult-hearing-rehabilitation-services-2016-whc201646>.

- Whitehead S et Ali S. Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *British Medical Bulletin* 2010;96(1):5-21.
- Wiktamp FE, van Zuylen L, van der Rijt CCD, van der Heide A. Effect of palliative care nurse champions on the quality of dying in the hospital according to bereaved relatives: a controlled before-and-after study. *Palliative Medicine* 2016;30(2):180-8.
- Wittich W, Hobler F, Jarry J, McGilton K. Recommendations for successful sensory screening in older adults with dementia in long-term care: a qualitative environmental scan of Canadian specialists. *BMJ Open* 2018;8:1-10.
- Wittich W, Jarry J, Hobler F, McGilton KS. Agreement on the use of sensory screening techniques by nurses for older adults with cognitive impairment in long-term care : a mixed-methods consensus approach. *BMJ Open*, 2019;9:e027803.
- Wolfe J, Duke MM, Schafer E, Jones C, Mulder HE, John A, Hudson M. Evaluation of performance with an adaptive digital remote microphone system and a digital remote microphone audio-streaming accessory system. *American Journal of Audiology* 2015;24(3):440-50.
- Yueh B et Piccirillo JF. Screening for hearing loss in older adults insufficient evidence does not mean insufficient benefit. *JAMA* 2021;325(12):1162-3.
- Zazove P, Plegue MA, McKee MM, DeJonckheere M, Kileny PR, Schleicher LS, *et al.* Effective hearing loss screening in primary care: the early auditory referral-primary care study. *Annals of Family Medicine* 2020;18(6):520-7.

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

Québec 

#### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

#### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563  
[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

