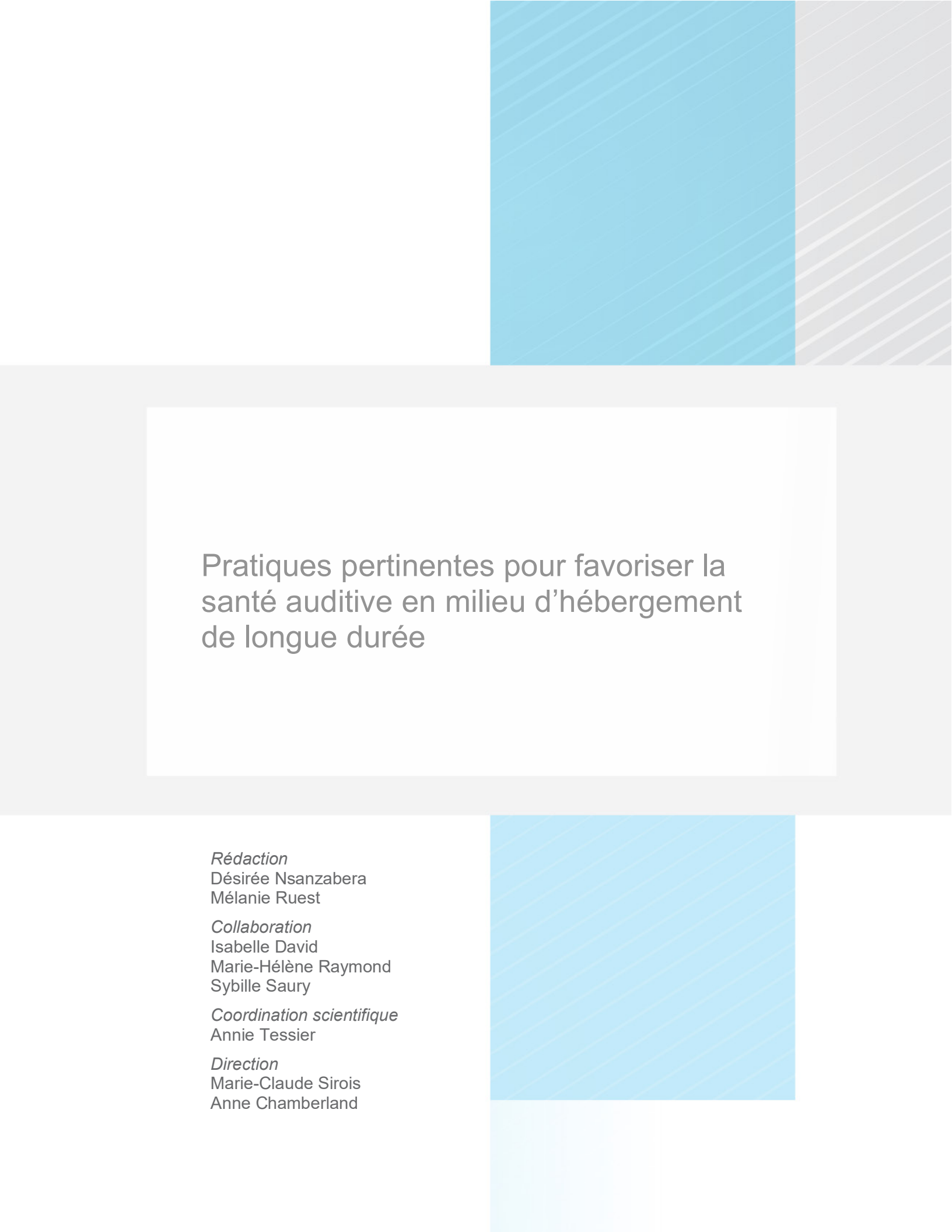


AVIS

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

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



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

Rédaction

Désirée Nsanzabera
Mélanie Ruest

Collaboration

Isabelle David
Marie-Hélène Raymond
Sybille Saury

Coordination scientifique

Annie Tessier

Direction

Marie-Claude Sirois
Anne Chamberland

Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité délibératif permanent – Services sociaux et santé mentale de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors des réunions du 28 avril 2022, 3 juin 2022 et 19 octobre 2022.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Désirée Nsanzabera, M. Sc.
Mélanie Ruest, Ph. D.

Collaboratrices internes (jusqu'en avril 2022)

Isabelle David, M. Sc.
Marie-Hélène Raymond, Ph. D.
Sybille Saury, M. Sc.

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, M. S. S.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc., M. Sc. Adm.

Repérage d'information scientifique

Renaud Lussier, Ph. D., M.S.I.
Constance Poitras, stagiaire M.S.I.
Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Brigitte Beaulieu

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Traductions À la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
ISBN 978-2-550-95011-0 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2023

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive en milieu d'hébergement de longue durée. Avis rédigé par Désirée Nsanzabera et Mélanie Ruest. Québec, Qc : INESSS; 2023. 72 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

M^{me} Estelle Andrianary, conseillère aux services d'hébergement et de soins de longue durée, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Isabelle Beaulieu, infirmière, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

M^{me} Line D'Amours, coordonnatrice du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Sandra Darbouze, audiologiste, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Jacques Fournier, préposé aux bénéficiaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Jean-Pierre Gagné, professeur émérite, École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal; chercheur

M^{me} Lyne Gamelin, personne proche aidante

M^{me} Mylène Germain, adjointe, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides

M. Mathieu Hotton, représentant de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec; audiologiste et professeur adjoint au Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval

M^{me} Louise Levesque, membre d'un comité des usagers de Champlain-Charles-Le Moyne, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Chantal Roch, gestionnaire responsable en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), CISSS des Laurentides

M. Stéphane Shaink, directeur adjoint Déficience intellectuelle (DI) - Trouble du spectre de l'autisme (TSA) - Déficience physique (DP), CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Catherine St-Louis, chef d'administration de programmes de soutien à domicile, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Panel des usagers et usagères

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M^{me} Christiane Sauvé (membre jusqu'au 15 octobre 2021)

Lecteur et lectrice externes

Pour ce rapport, les lecteur et lectrice externes sont :

M^{me} Pascale Tremblay, professeure titulaire, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

M. Adrian Fuente, professeur agrégé, Faculté de médecine, École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal

Résident(e)s et personnes proches aidantes consulté(e)s

Pour ce rapport, les résident(e)s et les personnes proches aidantes consulté(e)s sont :

M^{me} Thérèse Alarie

M^{me} Françoise Berthiaume

M^{me} Diane Bilodeau

M. Alain Fortin

M^{me} Denise Paul

M^{me} Noëlla Renaud

M^{me} Suzanne Letourneau

Membres du personnel et gestionnaires consultés

Pour ce rapport, les membres du personnel et les gestionnaires consultés sont :

M^{me} Isabelle Anctil, coordonnatrice clinique à l'hébergement santé mentale, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

M^{me} Raphaëlle Bédard-Marcotte, cheffe du programme en déficience auditive et surdicécité, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Yan Bergeron, chef d'unité du CHSLD Argyll, CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

M^{me} Claudia Finnerty-Fortier, éducatrice spécialisée en loisirs, CISSS des Laurentides

M^{me} Sanha Joinville, aide de service clinique, ressource intermédiaire (RI), CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Sophie Leblanc, cheffe d'unité du CHSLD Saint-Joseph, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

M^{me} Nathalie Leclaire, infirmière, CISSS des Laurentides

M^{me} Alexia Maude Louis-Seize, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat, CISSS des Laurentides

M^{me} Zoé Ojeb, technicienne en réadaptation physique, CISSS des Laurentides

M^{me} Sandie Poulin, audiologiste, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Martine Sénécal, gestionnaire responsable en CHSLD, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Isabelle Tremblay, gestionnaire en RI - ressources de type familial (RTF), CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Représentant(e)s d'ordres professionnels et de milieux d'enseignement consultés

Pour ce rapport, les représentants d'ordres professionnels et de milieux d'enseignement consultés sont :

M^{me} Elizabeth Dorais-Bernier, représentante de la technique en audioprothèse du Collège de Rosemont

M^{me} Marie-France Jobin, représentante de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

M^{me} Carine Milante, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

M^{me} Marie-Claude Paquette, représentante de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ)

M. Ernest Prigent, représentant du Collège des médecins du Québec (CMQ)

M^{me} Lisa-Marie Roy-Perron, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

M^{me} Andréanne Sharp, représentante du programme de maîtrise en audiologie de l'Université Laval

M. Marc Trudel, représentant de l'Ordre des audioprothésistes du Québec (OAQ)

Comité délibératif permanent

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, cheffe du Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine; professeure agrégée, Université de Montréal; professeure associée, Université McGill

D^r Serge Bergeron, chef intérimaire du Département régional de médecine générale de la Région 10 – Nord-du-Québec; professeur d'enseignement clinique au Programme de formation médicale à Saguenay de l'Université de Sherbrooke; chargé de cours au programme de formation des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Jacinthe Cloutier, directrice des programmes en DI-DP-TSA, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec; co-porteuse de la mission Institut universitaire DI-TSA

D^{re} Julie Deschambault, médecin, cheffe de service des soins palliatifs au Centre hospitalier régional de Lanaudière; co-cheffe en médecine générale, CISSS de Lanaudière (volet CHSLD); professeure de clinique et responsable médicale pour les activités d'amélioration continue de la qualité du DMFMU de l'Université Laval

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Marianne Dion-Labrie, conseillère cadre expérience-client et éthique, CISSS de la Montérégie-Est

M. Éric Latimer, professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill; membre associé au Département d'épidémiologie, biostatistiques et santé au travail, Université McGill; membre associé à l'Institut pour la santé et la politique sociale, Université McGill; professeur adjoint, Sciences informatiques, Université Lakehead

M. Jean-Marc Ménard, psychologue, consultant au Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal; chargé d'enseignement à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

M. Pierre-Paul Milette, directeur général adjoint, Programme santé physique générale et spécialisée, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheuse d'établissement, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, CIUSSS de la Capitale-Nationale; professeure associée, Université Laval

M. Michel Perreault, psychologue-chercheur, Institut Douglas; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Comité de suivi

Les conflits d'intérêts et de rôles déclarés par trois des douze membres sont mentionnés ci-dessous.

M^{me} Line D'Amours : le centre d'excellence pour lequel elle joue un rôle de coordonnatrice reçoit du financement pour des projets de recherche sur la santé auditive et réalise des communications orales et écrites à ce sujet.

M. Jean-Pierre Gagné : a participé en tant qu'expert-conseil à des travaux effectués par l'OOAQ ayant mené au rapport *Mise en place d'un programme de santé auditive dans les CHSLD et les services de soutien à domicile (SAD) pour les aînés et leurs proches aidants*, présenté par l'OOAQ à la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants. Il a été le premier titulaire de la Chaire Fondation Caroline Durand en audition et vieillissement, de l'Université de Montréal. Ses activités de recherche et les fonds de recherche qu'il reçoit sont liés à la santé auditive.

M. Mathieu Hotton : des manufacturiers de prothèses auditives prêtent des prothèses auditives de démonstration à son département, afin de réaliser des activités pédagogiques de laboratoire avec ses étudiants à un moindre coût. Il reçoit des fonds de recherche liés à la santé auditive et réalise des communications écrites et orales à ce sujet. Il a siégé à divers groupes de travail à l'OOAQ et à un comité *ad hoc* à la RAMQ en lien avec la santé auditive. Il donne des formations liées à cette thématique. Il a également participé en tant qu'expert-conseil à des travaux effectués par l'OOAQ ayant mené au rapport *Mise en place d'un programme de santé auditive dans les CHSLD et les services de soutien à domicile (SAD) pour les aînés et leurs proches aidants*, présenté par l'OOAQ à la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants. Il est membre des organisations suivantes : OOAQ (vice-président du comité d'admission), Association des orthophonistes et audiologistes du Québec, Académie canadienne d'audiologie (membre du comité scientifique), Orthophonie et audiologie Canada, *International Society of Audiology* et Réseau provincial de recherche en adaptation et réadaptation (REPAR).

Consultations

Parmi les 27 participants aux consultations, deux personnes ont déclaré des conflits d'intérêts ou de rôles. Les voici :

M^{me} Marie-Claude Paquette : a participé à un projet de recherche sur l'orthophonie et l'audiologie. Elle a pris position et fait des communications au regard de la santé auditive du projet, dans le cadre de ses fonctions au sein de l'OOAQ.

M^{me} Andréanne Sharp : a participé à des projets de recherche sur la santé auditive, pour lesquels elle a reçu du financement. Elle a fait des communications orales et écrites sur le sujet.

Lecteurs externes

Les deux lecteurs externes n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts ou de rôles.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	VIII
SIGLES ET ACRONYMES	XV
GLOSSAIRE	XVI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Questions décisionnelles	4
1.2 Approche d'évaluation	4
1.3 Stratégies de repérage de l'information.....	4
1.4 Critères et processus de sélection des études	5
1.5 Évaluation de la qualité méthodologique des études	5
1.6 Extraction des données issues de la littérature grise et scientifique	6
1.7 Appréciation du niveau de preuve	6
1.8 Consultations.....	6
1.9 Analyse des données recueillies et élaboration des recommandations	7
1.10 Panel des usagers	7
1.11 Comité de suivi.....	8
1.12 Comité délibératif permanent – Services sociaux et santé mentale	8
1.13 Validation	8
1.14 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	9
2 RÉSULTATS	10
2.1 Principes généraux.....	11
2.1.1 Faciliter l'accès à l'information.....	11
2.1.2 Intégrer les pratiques dans les protocoles et les routines	12
2.1.3 Adapter les pratiques selon les habiletés des personnes hébergées.....	13
2.1.4 Définir les rôles et les responsabilités des parties prenantes	13
2.1.5 Établir et consolider les collaborations et les partenariats	14
2.1.6 Planifier et mettre en œuvre des activités d'amélioration continue	15
2.2 Pratiques cliniques	15
2.2.1 Pratiques cliniques essentielles à la prise en charge des difficultés d'audition de la personne hébergée	16
2.2.2 Pratiques cliniques à considérer selon les besoins de la personne hébergée.....	26
2.3 Pratiques organisationnelles	35
2.3.1 Pratiques organisationnelles en réponse aux besoins des personnes hébergées.....	35
2.3.2 Pratiques organisationnelles en soutien à l'ensemble des pratiques	40
DISCUSSION.....	46
CONCLUSION	49

RÉFÉRENCES.....	50
-----------------	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Recommandations et précisions sur les modalités et les conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la pratique	IV
Table 1	Recommendations and details on how to achieve or enhance practice effectiveness.....	XI
Tableau 2	Distinctions entre les diverses aides auditives	27

FIGURE

Figure 1	Intégration des principes généraux et des pratiques favorables à la santé auditive dans les milieux d'hébergement de longue durée (MHL).....	11
----------	--	----

RÉSUMÉ

Introduction

Les difficultés d'audition sont fréquentes dans la population adulte. Selon une enquête canadienne, 40 % des adultes de 20 à 79 ans présentent de telles difficultés dans au moins une oreille, et cette prévalence augmente avec l'âge. Parmi les Canadiens âgés de 60 à 79 ans, 78 % ont minimalement de légères difficultés d'audition. De plus, il est estimé qu'entre 60 % et 80 % des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec présentent des difficultés sur le plan auditif suffisamment importantes pour nuire à la réalisation de leurs activités quotidiennes. Ces problèmes peuvent être notamment causés par le vieillissement et être associés à certaines maladies ou conditions de santé, dont le diabète, les maladies auto-immunes, les troubles neurocognitifs majeurs, la déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme. Les conséquences relatives aux difficultés d'audition sont nombreuses. Les difficultés de communication qui en découlent influencent les interactions avec l'entourage et peuvent entraîner de l'isolement social. Les difficultés d'audition peuvent aussi être associées à une diminution des fonctions motrices et cognitives, à une baisse de la qualité de vie, à d'autres troubles ainsi qu'à un plus haut taux de mortalité. Chez les personnes ayant un trouble cognitif, les difficultés d'audition sont susceptibles d'exacerber les symptômes comportementaux et psychologiques.

Diverses caractéristiques des milieux d'hébergement de longue durée (MHLD) (p. ex. environnement bruyant, nombreux interlocuteurs, port du masque pour prévenir les infections) engendrent des défis de communication particuliers pour les personnes qui présentent des difficultés d'audition. Compte tenu de la prévalence élevée des difficultés d'audition et des conséquences relatives à celles-ci, les besoins de cette population gagneraient à être mieux compris et satisfaits.

En 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déposé la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée puis, en mai 2022, le plan d'action qui l'accompagne. Dans le cadre de ce plan d'action, le MSSS souhaite adapter les pratiques pour favoriser la santé auditive des personnes hébergées. Dans ce contexte, les objectifs du présent avis sont d'identifier les pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive de l'ensemble des résidents vivant dans les différents types de MHLD (c.-à-d. CHSLD, ressources intermédiaires [RI], ressources de type familial [RTF], maisons des aînés [MDA] et maisons alternatives [MA]), tels que définis par la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, de même que de préciser les modalités et les conditions d'implantation visant à concrétiser ou accroître la valeur de ces pratiques.

Méthodologie

Cet avis a été réalisé en trois étapes. Dans un premier temps, les pratiques visant à favoriser la santé auditive des personnes hébergées, documentées dans la littérature ou actuellement implantées, ont été recensées. Par la suite, une revue non systématique de

la littérature et des consultations auprès de diverses parties prenantes ont permis de relever les caractéristiques de ces pratiques au regard des cinq dimensions suivantes : populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle. Finalement, une revue systématique a été réalisée sur l'efficacité des différentes pratiques. L'appréciation globale de la valeur de chacune d'elles a mené à la formulation de recommandations et à l'identification de modalités et de conditions d'implantation pour accroître ou concrétiser leur valeur respective dans les MHL.

Résultats

Les travaux ont permis de mettre en évidence des principes généraux transversaux.

Principes généraux

Faciliter l'accès à l'information : Il importe que l'information transmise soit comprise par la personne hébergée et ses personnes proches aidantes (PPA), pour qu'elles puissent participer au processus de prise de décision partagée. L'accès à l'information peut être facilité en ajustant le format et le niveau de littératie. Rendre l'information clinique disponible auprès des intervenants concernés est également primordial.

Intégrer les pratiques dans les protocoles et les routines : l'intégration des pratiques dans les protocoles et les routines permet d'optimiser leur implantation, notamment en systématisant leur réalisation, en clarifiant le partage des responsabilités et en facilitant leur pérennité.

Adapter les pratiques selon les préférences, capacités et habiletés des personnes hébergées : l'adaptation des pratiques est essentielle, particulièrement auprès de celles qui ont des troubles cognitifs, une déficience intellectuelle, un trouble de santé mentale ou une double déficience sensorielle.

Définir les rôles et les responsabilités des parties prenantes : différents intervenants et personnes responsables des RI-RTF sont impliqués dans l'offre de soins et de services en MHL. Il est essentiel de définir clairement leurs rôles et responsabilités, en fonction des compétences de chacun et de l'organisation du travail au sein des milieux.

Établir et consolider les collaborations et les partenariats : l'implication de la personne hébergée et des PPA, notamment lors du processus de prise de décision au sujet des interventions à mettre en œuvre, est essentielle à considérer tout au long du continuum de services. La collaboration interprofessionnelle est aussi importante à valoriser, afin de tendre vers une offre intégrée de services pour la santé auditive.

Planifier et mettre en œuvre des activités d'amélioration continue : la réalisation d'activités d'amélioration continue est un élément clé dans le cadre de l'implantation et de la bonification des pratiques recommandées auprès des personnes hébergées.

Dix pratiques recommandées

Afin de prendre en charge la santé auditive des personnes hébergées en MHL au Québec, dix pratiques sont recommandées, soit six pratiques cliniques et quatre pratiques organisationnelles (voir [tableau 1](#)).

Pratiques cliniques essentielles à la prise en charge des difficultés d'audition de la personne hébergée

- Dépistage des difficultés d'audition
- Nettoyage des conduits auditifs
- Stratégies de communication

Pratiques cliniques à considérer selon les besoins de la personne hébergée

- Aides auditives (appareils auditifs et aides de suppléance à l'audition)
- Interventions éducatives pour la personne hébergée et les PPA
- Soutien émotionnel

Pratiques organisationnelles à mettre en place dans les MHL

- Gestion des aides auditives
- Adaptation de l'environnement
- Formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF
- Personne-ressource

À la lumière des consultations menées auprès des parties prenantes, l'adaptation de l'offre de services pourrait être amorcée avec la mise en œuvre des cinq pratiques suivantes : 1) dépistage des difficultés d'audition, 2) nettoyage des conduits auditifs, 3) utilisation de stratégies de communication, 4) formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF et 5) soutien par la personne-ressource. Par la suite, les cinq autres pratiques pourraient être graduellement implantées.

Conclusion

Une majorité de résidents vivant en MHL présentent des difficultés d'audition. Ces difficultés entraînent des conséquences et des besoins sur plusieurs sphères de leur santé (p. ex. physique, cognitive et affective). Il est donc nécessaire de développer et d'adapter l'offre de services, de façon à considérer la santé auditive des personnes hébergées. Afin d'éclairer les prises de décision du MSSS et des MHL, cet avis fait état de dix pratiques recommandées pour favoriser la prise en charge de la santé auditive de cette population. Des précisions sur les modalités et les conditions d'implantation pour accroître ou concrétiser leur valeur sont aussi proposées. Ces pratiques, de même que les principes généraux qui les accompagnent, concordent avec les principes directeurs du Plan d'action pour l'hébergement de longue durée (2021-2026). Ultimement, il est essentiel de reconnaître l'importance de la santé auditive et de son impact biopsychosocial potentiel pour répondre adéquatement aux besoins des personnes hébergées.

Tableau 1 Recommandations¹ et précisions sur les modalités et les conditions pour concrétiser ou accroître la valeur de la pratique

PRATIQUES CLINIQUES ESSENTIELLES À LA PRISE EN CHARGE DES DIFFICULTÉS D'AUDITION DE LA PERSONNE HÉBERGÉE	
Dépistage des difficultés d'audition	
RECOMMANDATION 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.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE - 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 <i>Hearing Handicap Inventory for Elderly – Screening : HHIE-S</i>]). 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).	
Nettoyage des conduits auditifs	
RECOMMANDATION 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.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE - 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.	
Stratégies de communication	
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.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE 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 hébergée présentant des difficultés d'audition sévères.	

¹ Les recommandations concernent l'ensemble des MHL, tels que définis dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée. Certaines recommandations pourront être adaptées pour en faciliter l'implantation dans les RI et les RTF.

PRATIQUES CLINIQUES À CONSIDÉRER SELON LES BESOINS DE LA PERSONNE HÉBERGÉE	
Aides auditives : appareils auditifs et aides de suppléance à l'audition	
RECOMMANDATIONS La personne hébergée devrait bénéficier de l'aide auditive qui lui convient, selon ses préférences et ses besoins de communication. Les MHLD devraient mettre des ASA à la disposition des résidents qui en ont besoin occasionnellement.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE ▪ 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).	
Interventions éducatives pour la personne hébergée et les personnes proches aidantes	
RECOMMANDATION La personne hébergée et les PPA devraient bénéficier d'interventions éducatives qui répondent à leurs besoins respectifs en lien avec la santé auditive.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE ▪ 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.	
Soutien émotionnel	
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.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE ▪ 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 de la personne hébergée.	

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES EN RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES HÉBERGÉES	
Gestion des aides auditives par les milieux d'hébergement	
RECOMMANDATION Les MHLD doivent mettre en place des stratégies de gestion adéquate des aides auditives des personnes hébergées.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE 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.	
Adaptation de l'environnement	
RECOMMANDATION Les MHLD doivent favoriser un environnement sonore et lumineux confortable et bénéfique pour la communication des résidents présentant des difficultés d'audition.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE 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.	

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES EN SOUTIEN A L'ENSEMBLE DES PRATIQUES	
Formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des ressources intermédiaires – ressources de type familial	
RECOMMANDATION Des activités de formation sur la santé auditive doivent être dispensées à l'intention du personnel et des bénévoles des MHL D ainsi qu'aux personnes responsables des RI-RTF.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE - 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 Environnement numérique d'apprentissage – formation continue partagée (ENA-FCP).	
Personne-ressource	
RECOMMANDATIONS Pour chaque MHL D, 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.	
PRÉCISIONS SUR LES MODALITÉS ET LES CONDITIONS POUR CONCRÉTISER OU ACCROÎTRE LA VALEUR DE LA PRATIQUE - 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 MHL D, 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 des activités d'amélioration continue au sujet des pratiques déployées dans les MHL D, afin d'assurer un suivi de leur implantation.	

SUMMARY

Relevant practices for promoting hearing health in long-term residential care settings

Introduction

Hearing difficulties are common in the adult population. According to a Canadian survey, 40% of adults between the ages of 20 and 79 have such difficulties in at least one ear, and this prevalence increases with age. Among Canadians aged 60 to 79, 78% have at least mild hearing difficulties. In addition, it is estimated that between 60% and 80% of people living in residential and long-term care centres (CHSLDs) in Québec have hearing difficulties that are significant enough to interfere with their daily activities. These problems may be caused by ageing and may be associated with certain diseases or health conditions, including diabetes, autoimmune diseases, major neurocognitive disorder intellectual disability or autism spectrum disorder. The consequences of hearing difficulties are numerous. The resulting communication difficulties influence interactions with others and can lead to social isolation. Hearing difficulties may also be associated with decreased motor and cognitive function, reduced quality of life, other disorders, and an increased mortality rate. In people with cognitive impairment, hearing difficulties can exacerbate behavioural and psychological symptoms.

Various characteristics of long-term residential care settings (e.g., noisy and crowded environments, wearing masks to prevent infection) create particular communication challenges for people with hearing difficulties. Given the high prevalence of hearing difficulties and their consequences, the needs of this population should be better understood and addressed.

In 2020, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tabled the *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée* and, in May 2022, the accompanying action plan. As part of this action plan, the MSSS wishes to adapt practices that will promote the hearing health of people in residential care. In this context, the objectives of this report are to identify relevant practices for promoting the hearing health of all residents living in the various types of long-term care settings (i.e., CHSLDs, intermediate resources [RIs], and family-type resources [RTFs], senior and alternative housing), as defined by the *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*, and to specify implementation procedures that will help to achieve or enhance practice effectiveness.

Methodology

This report was produced in three stages. First, practices to promote the hearing health of people in residential care, as documented in the literature or as currently implemented, were identified. Next, a non-systematic review of the literature and consultations with various stakeholders were used to identify the characteristics of these practices in terms of the following five aspects: populational, clinical, organizational, economic, and sociocultural. Finally, a systematic review was conducted on the effectiveness of the various practices. Each was given an overall value assessment. Recommendations were made based on these assessments, and implementation details were identified to enhance or achieve the effectiveness of the respective practices in long-term residential care settings.

Results

The work made it possible to highlight general cross-cutting principles.

General principles

Facilitating access to information: It is important that residents and their informal/family caregivers understand the information they are provided so that they can take part of the decision-making process. Access to information can be facilitated by adjusting formats and literacy levels. Making clinical information available to relevant stakeholders is also critical.

Integrating practices into protocols and routines: Integrating practices into protocols and routines optimizes and systematizes the implementation of such routines, clarifies the responsibilities, and facilitates their sustainability.

Adapting practices according to the preferences, abilities, and skills of people in residential care: Adapting practices is essential, especially for those with cognitive, intellectual, mental health or dual sensory disabilities.

Defining the roles and responsibilities of stakeholders: Various stakeholders and individuals responsible of RIs/RTFs are involved in providing long-term care. Clearly defining their roles and responsibilities, based on the competencies of each individual and how work is organized with the various settings, is vital.

Establishing and consolidating collaborations and partnerships: Throughout the continuum of services, it is essential to consider the involvement of residents and informal/family caregivers, especially about intervention-related decisions. It is also important to promote the value of interprofessional collaboration in order to move towards integrated hearing health services.

Planning and implementing continuous improvement activities: Conducting continuous improvement activities is a key element in implementing and enhancing the practices recommended for people in residential care.

Ten recommended practices

In order to manage the hearing health of people living in long-term care settings in Québec, ten practices are recommended: six are clinical practices and four are organizational practices (see [Table 1](#)).

Basic clinical practices for managing residents' hearing difficulties

- Screening for hearing difficulties
- Ear canal cleaning
- Communication strategies

Clinical practices for consideration based on residents' needs

- Hearing aids (hearing devices and assistive listening devices)
- Educational interventions for residents and informal/family caregivers
- Emotional support

Organizational practices to implement in long-term care settings

- Hearing aid management
- Environmental adaptation
- Training of staff, volunteers and individuals responsible of RIs/RTFs
- Resource person

Based on stakeholder consultations, the adaptation of the service offering could be initiated by implementing the following five practices: 1) hearing screening, 2) ear canal cleaning, 3) use of communication strategies, 4) training of staff, volunteers and individuals responsible of RIs/RTFs and 5) support by a resource person. The other five practices could be gradually implemented at a later time.

Conclusion

A majority of people in long-term residential care settings have hearing difficulties. These difficulties entail consequences and needs related to several health aspects (e.g., physical, cognitive, and emotional) that must be addressed. The service offering therefore needs to be developed and adapted in such a way as to consider the hearing health of people in residential care. This report seeks to inform the decision-making of MSSS and the long-term residential care facilities by recommending ten practices for hearing health management in this population. Details on implementation procedures to enhance or achieve their effectiveness are also suggested. These practices, together with the general principles that accompany them, are consistent with the guiding principles of the *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée* (2021-2026) [long-term accommodation action plan]. Ultimately, recognizing the importance of hearing health and its potential biopsychosocial impact is essential if the needs of people in residential care are to be adequately met.

Table 1 Recommendations² and details on how to achieve or enhance practice effectiveness

BASIC CLINICAL PRACTICES FOR MANAGING HEARING DIFFICULTIES IN PEOPLE IN RESIDENTIAL CARE	
Hearing screening	
RECOMMENDATION	Hearing screening should be performed when: • a resident is admitted to the facility; • he or she requests screening or indicates having hearing difficulties; • a change in behaviour or condition potentially related to hearing is observed.
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS	▪ Simple tools should be used, such as the whisper test combined with direct questions or a self-reported questionnaire (e.g., the Hearing Handicap Inventory for Elderly – Screening: HHIE-S). Visualization of the ear canals should also be carried out with an otoscope by health workers who are trained in how to use this device. ▪ The screening should be done in a quiet room. Health workers should ensure that the volume of their voice is appropriate for the tool being used and that the resident understands the information being conveyed (e.g., tool use instructions). ▪ In addition to the situations mentioned in the recommendation, monitoring the evolution of a resident's hearing condition could be relevant depending on his or her age and medical history. ▪ People in residential care whose hearing conditions may require medical attention should have easy access to audiology services if they wish to receive follow-up that is appropriate for their situation (e.g., assessment for hearing aids).
Ear canal cleaning	
RECOMMENDATION	Visualization of the ear canals, followed by cleaning, if indicated, should be performed when: • a resident is admitted to the facility; • he or she is experiencing symptoms related to the potential presence of earwax plugs; • hearing difficulties are suspected.
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS	▪ Irrigation combined with cerumenolytic agents, micro-aspiration and manual extraction are some of the techniques that can be used to clean out the ear canals. ▪ Irrigation is contraindicated for residents with a history of tympanic perforation, recurrent otitis externa or ear surgery, as well as those who are immunosuppressed or have a propensity to develop infections. ▪ The use of cotton swabs, ear candles and lavage syringes to clean the ear canals should be avoided. ▪ In addition to the situations mentioned in the recommendation, it may be appropriate to monitor the condition of residents' ear canals depending on their age and medical history.
Communication strategies	
RECOMMENDATION	Communication strategies appropriate to residents and the environment must be used by all staff, volunteers, individuals responsible of RIs/RTFs and informal/family caregivers.
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS	For each resident, the health workers and individuals responsible of RIs/RTFs should: ▪ identify appropriate strategies based on the resident's needs (e.g., accompanying speech with visual cues, voice modulation [slowing down the pace, articulating properly, adjusting the pitch of the voice]); ▪ make lip-reading easier for the resident (e.g., show their face and especially their mouth, provide adequate lighting in rooms, articulate properly); ▪ reassess the appropriateness of communication strategies in light of any changes in a resident's health status. A monitoring mechanism should be put in place (e.g., revision of the intervention plan) for this purpose. Wearing a transparent mask may be particularly appropriate for communicating with a resident who has severe hearing difficulties.

² Recommendations are for all long-term care settings as defined in the *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Some recommendations may be adapted to facilitate implementation in RIs/RTFs.

CLINICAL PRACTICES FOR CONSIDERATION BASED ON THE NEEDS OF PEOPLE IN RESIDENTIAL CARE SETTINGS	
Hearing aids: Hearing devices and assistive listening devices (ALDs)	
RECOMMENDATIONS People in residential care should be provided with appropriate hearing aids based on their preferences and communication needs. Long-term care facilities should make ALDs available to residents who need them on an occasional basis.	
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS - One person should be in charge of the ALD bank and be responsible for ensuring that these devices are available to residents who require them. - The need for the use of an ALD should be incorporated into care plans. - Staff, volunteers, individuals responsible of RIs/RTFs and informal/family caregivers should be made aware of the existence and usefulness of ALDs. They should also be trained to use them properly and safely (e.g., cleaning, changing batteries, safe storage).	
Educational interventions for residents and informal/family caregivers	
RECOMMENDATION Both the resident and informal/family caregivers should receive educational interventions that address their respective needs related to hearing health.	
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS - Informal/family caregivers could be involved in providing some interventions to support residents in maintaining the progress they have already made, particularly when they have cognitive difficulties. - Special attention should be given to residents who use hearing aids (novice or experienced) and who are experiencing difficulties using them. - Below are some of the topics that could be addressed during educational interventions to develop knowledge and skills vis-à-vis: - hearing difficulties (risk factors, signs/symptoms) and their consequences on health and quality of life; - communication strategies; - hearing aid handling (e.g., volume control, fitting); - basic maintenance and adaptation to hearing aid wear; - resources available to support hearing health management; - support provided to residents with hearing difficulties by informal/family caregivers.	
Emotional support	
RECOMMENDATIONS Emotional support should be provided to residents when hearing difficulties affect their emotional well-being. Care must be managed by psychosocial professionals in the case of residents who are experiencing persistent hearing problems.	
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS - The emotional support should target the challenges that residents face in their daily lives as they try to cope with their hearing difficulties. - Informal/family caregivers, health workers, volunteers and individuals responsible of RIs/RTFs should be made aware of the potential impact of hearing difficulties on emotional well-being so that they can remain alert to residents' needs.	

ORGANIZATIONAL PRACTICES DESIGNED TO MEET THE NEEDS OF PEOPLE IN RESIDENTIAL CARE	
Hearing aid management by the residential facilities	
RECOMMENDATION Long-term care facilities must implement strategies to ensure proper management of their residents' hearing aids.	
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS Long-term care facilities should: ▪ create and maintain a hearing aid registry; ▪ incorporate measures into daily care routines to prevent loss and breakage of hearing aids, ensure that they are properly maintained and promote their use on a daily basis. ▪ clarify the responsibilities of the various stakeholders involved in hearing aid management. Transfers of residents from one location to another are critical times that require heightened vigilance in order to minimize hearing aid loss.	
Environmental adaptation	
RECOMMENDATION Long-term care facilities need to promote a comfortable noise and light environment that fosters communication of residents with hearing difficulties.	
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS Long-term care facilities should: ▪ adapt noise and light levels that are appropriate to the activities in progress and the time of day; ▪ educate residents, staff, volunteers, individuals responsible of RIs/RTFs, informal/family caregivers and visitors about how they can help maintain a noise level that is conducive to communication; ▪ promote the daily use of assistive listening devices for people experiencing hearing difficulties in order to reduce ambient noise levels (e.g., when listening to television); ▪ consider simple, low-cost environmental adaptations that may be needed to improve noise and light levels.	

ORGANIZATIONAL PRACTICES THAT HELP SUPPORT ALL PRACTICES	
Training for staff, volunteers and individuals responsible of RIs/RTFs (Intermediate Resources/Family-Type Resources)	
RECOMMENDATION Hearing health training activities should be provided for long-term care facility staff and volunteers as well as for individuals responsible of RIs/RTFs.	
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS - Hearing health training activities should be incorporated into the continuing education curriculum and orientation training for new employees, RIs/RTFs and volunteers. - The following topics are among those that could be addressed during training, depending on the needs of residents and of the target audience: - hearing difficulties and their consequences on health and quality of life; - the specific needs of people with both hearing difficulties and major neurocognitive impairment; - screening for hearing difficulties; - visualization and cleaning of the ear canals; - communication strategies; - basic maintenance of hearing aids and assistive listening devices; - emotional support; - environmental adaptation strategies. - To promote consistency in the content of training offered across locations, core training should be shared throughout the entire health and social services network (RSSS), including the independent workforce. - To support access to as many health workers as possible and to individuals responsible of RIs/RTFs, training should be delivered in flexible ways, such as via the digital learning environment – shared continuing education platform (ENA-FCP).	
Resource person	
RECOMMENDATIONS For each long-term care facility, one individual (or more) should be designated to serve as a resource person to support the implementation of good hearing health practices. The number of designated resource persons and their responsibilities should be determined based on the needs and organization of work in the various settings.	
DETAILS ON WAYS TO ACHIEVE OR ENHANCE PRACTICE EFFECTIVENESS - The resource person must be trained by qualified professionals, including an audiologist, in order to be a reference on good hearing health practices. - The resource person must be supported by qualified professionals, based on his or her needs and responsibilities. - The resource person should have a regular presence at the long-term care facility or be easily accessible if assigned to multiple facilities in order to support health workers and individuals responsible of RIs/RTFs in the deployment of hearing health practices. - The resource person should be involved in identifying training needs and supporting the application of skills for residents, informal/family caregivers, health workers, volunteers and individuals responsible of RIs/RTFs. - In collaboration with health workers and individuals responsible of RIs-RTFs, the resource person should also help steer residents who require follow-up towards hearing health professionals who can best meet their needs. - The resource person could participate in continuous improvement activities regarding the practices deployed in long-term care facilities in order to monitor their implementation.	

SIGLES ET ACRONYMES

ASA	Aides de suppléance à l'audition
CDP	Comité délibératif permanent
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention en services sociaux et santé mentale
ECAA	Étude comparative avant-après
ECNR	Essai contrôlé non randomisé
ECR	Essai contrôlé randomisé
ENA-FCP	Environnement numérique d'apprentissage – Formation continue partagée
ENCAA	Étude non comparative avant-après
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
HA	<i>Hearing aid</i>
IC	Intervalle de confiance
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MA	Maison alternative
MDA	Maison des aînés
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MHLD	Milieu d'hébergement de longue durée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
OTC	<i>Over-the-counter hearing aid</i>
PPA	Personne proche aidante
PSAP	<i>Personal sound amplification products</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
STI	Série temporelle interrompue

GLOSSAIRE

Aides auditives

Équipements utilisés pour amplifier les sons lorsqu'on communique avec une personne présentant des difficultés d'audition. Les aides auditives incluent les appareils auditifs et les aides de suppléance à l'audition.

Aides de suppléance à l'audition

Équipements conçus pour compenser ou réduire certains inconvénients liés à la perte d'audition [RAMQ, 2020]. Ils peuvent être utilisés à la place d'un appareil auditif si la personne n'en a pas ou si elle est en attente d'en avoir un. Ils incluent divers types d'appareils, comme les amplificateurs personnels, les amplificateurs téléphoniques, les téléscripteurs, etc.

Appareil auditif

Équipement médical qui amplifie les sons, destiné à corriger une déficience du système auditif ou à suppléer aux incapacités qui en découlent [Gouvernement du Québec, 2023*]. Il est composé d'un ou de plusieurs microphones, d'un écouteur et d'un circuit électronique [Aures Fortin & Gendron Audioprothésistes, 2019*]. L'appareil auditif peut porter d'autres noms, tels que prothèse auditive ou audioprothèse.

Dépistage

« 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*]. L'activité de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester du trouble. Elle permet de justifier la mise en place d'un suivi rapproché, dont une orientation vers les démarches d'évaluation nécessaires [Office des professions du Québec, 2021*].

Difficultés d'audition

Difficultés relatives à la perception de sons dans une ou les deux oreilles. Le présent avis porte sur les difficultés d'audition qui ne sont pas en lien avec des conditions présentes dès la naissance (p. ex. en raison d'une malformation ou d'un défaut génétique), mais plutôt progressives et pouvant être notamment liées au vieillissement naturel d'une personne [Audition Québec, 2022*].

Établissement

« Entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux » [MSSS, 2017*].

Intervenant

Personne « qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès de l'utilisateur (incluant les soins et les services médicaux). Ce terme peut inclure, par exemple, le professionnel, le clinicien, le technicien, le médecin, le résident (en médecine et en pharmacie) et le stagiaire » [MSSS, 2018*].

Membre du personnel

Toute personne qui œuvre au sein des MHL, incluant les intervenants et le personnel de soutien (p. ex. administration, cuisine, entretien ménager, sécurité).

Milieu d'hébergement de longue durée

L'appellation « milieu d'hébergement de longue durée » (MHL) fait référence aux cinq types de milieu d'hébergement tels que définis dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, soit : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA) [MSSS, 2022*].

Personne hébergée ou résident

Termes utilisés de manière interchangeable pour désigner toute personne dont le lieu de résidence principal est l'un des cinq types de milieux d'hébergement de longue durée (c.-à-d. CHSLD, RI, RTF, MDA ou MA).

Personne proche aidante

Selon l'article 2 de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes, R-1.1 : (La) « personne proche aidante désigne toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. » Extrait de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes [MESS, 2022*-a].

Personne responsable d'une(des) ressource(s) intermédiaire(s) ou de type familial

Dans le contexte de cet avis, la personne responsable d'une(des) ressource(s) désigne la personne physique qui veille, notamment, à la gestion et la prestation adéquates des services rendus aux personnes hébergées au sein d'une ressource intermédiaire (RI) ou d'une ressource de type familial (RTF), inspiré de [MSSS, 2016*].

Professionnel de l'audition

Un des trois professionnels suivants, soit l'audiologiste, le médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL) et l'audioprothésiste :

- « L'audiologiste intervient autant en promotion qu'en prévention, évaluation et réadaptation de la fonction auditive et vestibulaire. (...). Les interventions de l'audiologiste ont pour but d'aider la personne à mieux vivre avec ses difficultés auditives ou vestibulaires tout en favorisant son autonomie et son intégration dans ses activités sociales, scolaires ou professionnelles. » [OOAQ, 2022*-a].
- « Un ORL est un spécialiste traitant les maladies de la tête et du cou et spécialement celles de l'oreille, du nez et de la gorge. » [Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec, 2022*].
- Un audioprothésiste a pour champ d'exercices « tout acte qui a pour but de vendre, de poser, d'ajuster ou de remplacer des prothèses auditives ». Extrait de la Loi sur les audioprothésistes [MESS, 2022*-b].

Ressources de type familial

Les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil. Peuvent être reconnues, à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel [MSSS, 2016*].

Ressources intermédiaires

Toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes, et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'utilisateurs par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public, en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur offrant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition [MSSS, 2016*].

INTRODUCTION

Problématique

Au 31 mars 2021, le Québec comptait 36 350 personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ; 91 % d'entre elles étaient âgées de 65 ans et plus. Le groupe des 85 ans et plus représentait, quant à lui, 47 % des personnes hébergées. À cette même date, on dénombrait 18 742 adultes en ressources intermédiaires (RI) et 7 816 adultes en ressources de type familial (RTF), dont 41 % avaient une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme et 39 % étaient des personnes âgées de 65 ans et plus [MSSS, 2022*]³. Selon une enquête canadienne, 40 % des adultes âgés de 20 à 79 ans présentent des difficultés d'audition dans au moins une oreille, et cette prévalence augmente avec l'âge [Statistique Canada, 2016*]. Parmi les Canadiens de 60 à 79 ans, il est estimé que 78 % présentent minimalement des difficultés d'audition légères [Punch et Horstmanshof, 2019]. Des données provenant de la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée indiquent, par ailleurs, que 60 % à 80 % des personnes hébergées en CHSLD ont une déficience auditive suffisamment importante pour nuire à leurs activités quotidiennes. Il semble que plus de la moitié des résidents en CHSLD touchés par la déficience auditive ne sont pas identifiés [MSSS, 2021*].

Les difficultés d'audition peuvent être notamment causées par des processus dégénératifs associés au vieillissement, des mutations génétiques, l'exposition au bruit de même que l'usage de certains médicaments ayant des effets ototoxiques [Cunningham et Tucci, 2017] et de certains produits chimiques (p. ex. solvants) [Fuente *et al.*, 2013]. Le risque de présenter des difficultés d'audition est accru en présence de tabagisme et de certaines maladies ou conditions de santé, dont le diabète, les maladies auto-immunes (p. ex. arthrite rhumatoïde), la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme, la paralysie cérébrale, les accidents vasculaires cérébraux et les troubles neurocognitifs majeurs [Hooper *et al.*, 2019; Rydzewska *et al.*, 2018; Cunningham et Tucci, 2017; Bamiou, 2015; Herer, 2013; Pichora-Fuller *et al.*, 2013]. Les difficultés d'audition constituent un problème important en raison de leur impact sur la communication, qui est un besoin vital selon les modèles des besoins humains fondamentaux [Ahtisham et Jacoline, 2015; Pourtois et Desmet, 2012] et les modèles de processus de production du handicap [Fougeyrollas, 2021]. Ces difficultés sont aussi un problème insidieux qui passe souvent inaperçu, même pour les personnes qui en sont atteintes [Andrusjak *et al.*, 2020; Statistique Canada, 2016*]. Les conséquences sont nombreuses. Les difficultés de communication qui en découlent influencent les interactions de la personne avec son entourage et peuvent entraîner de la détresse [Punch et Horstmanshof, 2019; Michaud et Duchesne, 2017]. Les difficultés d'audition sont également associées à l'isolement social et émotionnel [Weinstein *et al.*, 2016; Mick *et al.*, 2014] ainsi qu'aux différents symptômes psychologiques qui peuvent

³ Dans ce document, toutes les références comportant un astérisque (*) renvoient à des documents de littérature grise.

l'accompagner, dont l'anxiété et la dépression [Jones *et al.*, 2019; Palmer *et al.*, 2017; Lane et Clark, 2016]. Un niveau d'évidence croissant pointe vers la présence d'associations entre les difficultés d'audition non traitées et des conditions de santé délétères, telles que les problèmes d'équilibre, les chutes et les problèmes cardiaques [McKee *et al.*, 2018]. Les difficultés d'audition peuvent aussi être associées à une accélération du déclin des fonctions motrices et cognitives, à l'incidence d'un trouble neurocognitif majeur [Lin *et al.*, 2011], à une diminution de la qualité de vie, à une augmentation de l'utilisation des soins et des services de santé (p. ex. augmentation des hospitalisations) [Nieman et Oh, 2020] ainsi qu'à un taux de mortalité plus élevé chez les personnes âgées [Jones *et al.*, 2019; Cunningham et Tucci, 2017; Manchaiah *et al.*, 2017; Lane et Clark, 2016]. Les difficultés d'audition sont susceptibles de constituer un risque pour la sécurité (p. ex. ne pas entendre les détecteurs de fumée). Chez les personnes ayant un trouble cognitif, elles peuvent également exacerber les symptômes comportementaux et psychologiques [Mamo *et al.*, 2018].

De leur côté, les caractéristiques des milieux d'hébergement peuvent engendrer des défis de communication particuliers pour les personnes qui présentent des difficultés d'audition : par exemple, un environnement bruyant, de nombreux interlocuteurs, le port du masque pour prévenir les infections et le peu de contrôle des résidents sur leur environnement [Andrusjak *et al.*, 2020; Punch et Horstmanshof, 2019; Roets-Merken *et al.*, 2018; Zitelli et Palmer, 2017]. Malgré cela, les difficultés d'audition sont peu reconnues et peu dépistées en milieu d'hébergement de longue durée (MHL), pour diverses raisons, dont la difficulté d'accès à des professionnels de l'audition, le manque de sensibilisation du personnel et la forte prévalence de troubles neurocognitifs chez les clientèles vivant en MHL, qui peuvent masquer les difficultés d'audition [Andrusjak *et al.*, 2020; Punch et Horstmanshof, 2019].

Certains auteurs soulignent l'importance, pour les professionnels et les systèmes de santé, de réduire les obstacles à une communication efficace pour les personnes âgées présentant des difficultés d'audition [Fogelson *et al.*, 2021]. En ce qui concerne les interventions pour favoriser l'audition, les appareils auditifs représentent l'avenue la plus courante [National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; Bennett *et al.*, 2018]. Cependant, pour de multiples raisons (p. ex. sévérité des difficultés d'audition, type d'appareils auditifs, difficultés d'audition auto perçues ou non, inconfort, attentes et niveau de satisfaction, niveau de soutien des proches) [Ng et Loke, 2015], seule une minorité des personnes qui en possèdent les utilisent [Mamo *et al.*, 2018]. Dans ces conditions, la prise en charge des difficultés d'audition auprès des personnes âgées implique donc d'élargir l'offre de soins et de services, afin de répondre adéquatement aux besoins et d'optimiser les retombées des interventions fournies.

Contexte de la demande

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déposé, en 2020, la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée puis, en mai 2022, le plan d'action qui l'accompagne. Dans le cadre de ce plan d'action, une des mesures porte sur la mise en place de moyens pour favoriser la santé auditive des personnes hébergées, soit d'adapter l'environnement et l'offre de soins et services aux réalités des personnes hébergées ayant une perte auditive (mesure 22). Dans ce contexte, l'INESSS a été mandaté pour réaliser un avis sur les pratiques pertinentes favorisant la santé auditive chez l'ensemble des adultes vivant en milieu d'hébergement de longue durée ainsi que les conditions favorables à leur implantation. Ainsi, les recommandations issues de l'intégration des savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels permettront au MSSS de soutenir et d'accompagner l'ensemble des MHLD, incluant les CHSLD, les RI, les RTF ainsi que les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA), dans la mise en œuvre des bonnes pratiques pour les personnes qui présentent des difficultés d'audition.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Questions décisionnelles

L'INESSS a convenu avec le MSSS que l'avis devait répondre aux questions décisionnelles suivantes :

- 1) Quelles sont les pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive des adultes vivant en milieu d'hébergement?
- 2) Quelles sont les modalités et les conditions d'implantation pour concrétiser ou accroître la valeur de ces pratiques?

1.2 Approche d'évaluation

L'avis a été réalisé en trois étapes. Dans un premier temps, les pratiques visant à favoriser la santé auditive des personnes hébergées, documentées dans la littérature ou actuellement implantées, ont été recensées. Dans un deuxième temps, les données relatives aux caractéristiques de ces pratiques ont été recueillies, selon cinq dimensions⁴, à partir d'une revue non systématique de la littérature et de consultations. L'objectif de cette étape était de déterminer, parmi les pratiques documentées, celles présentant le plus grand potentiel pour favoriser la santé auditive des personnes hébergées. Dans un troisième temps, une revue systématique sur l'efficacité des pratiques prometteuses, identifiées à l'étape 2, a été réalisée afin de compléter les données cliniques associées aux différentes pratiques. L'analyse de l'ensemble des données collectées s'est conclue par une appréciation globale de la valeur des pratiques. Cette appréciation globale a donné lieu à l'élaboration de propositions de recommandations et de précisions sur les modalités et les conditions pour accroître la valeur de chacune des pratiques sélectionnées. Les recommandations ont été soumises au Comité de suivi ainsi qu'au Comité délibératif permanent, dont les contributions sont respectivement précisées aux sections [1.11](#) et [1.12](#).

1.3 Stratégies de repérage de l'information

Afin d'identifier les pratiques documentées dans la littérature, les sites Web des sociétés savantes, des agences d'évaluation des technologies de la santé, des organismes gouvernementaux et des associations professionnelles ont été consultés pour les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Le réseau de la santé et les pratiques cliniques de ces pays présentent des similitudes avec ceux du Québec. Une recherche dans Google Scholar a aussi été réalisée en décembre 2020.

⁴ Voir l'extrait du cadre d'appréciation de la valeur en cinq dimensions à l'annexe F du document *Annexes complémentaires*.

Pour la revue non systématique, une stratégie de repérage a été élaborée en collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire). Afin de diminuer les biais de divulgation, le repérage d'information a été effectué dans plus d'une base de données, soit MEDLINE, CINAHL et certaines bases de la collection EBM Reviews, incluant Cochrane Database of Systematic Reviews. La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre 2011 et 2022. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues.

À l'étape de la revue systématique réalisée afin d'évaluer l'efficacité des pratiques, cinq stratégies de repérage des publications scientifiques ont été élaborées en collaboration avec un conseiller en information scientifique. Les quatre premières portaient sur le dépistage des difficultés d'audition, le nettoyage des conduits auditifs, les pratiques cliniques (réadaptation) et les pratiques organisationnelles en santé auditive. Compte tenu du nombre d'études recensées, une cinquième stratégie a été élaborée sur la pratique organisationnelle « Personne-ressource ». Le repérage d'information a été effectué dans les mêmes bases de données et selon les mêmes critères que ceux cités dans la section précédente. Les stratégies sont présentées à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

1.4 Critères et processus de sélection des études

Les publications incluses sont celles publiées entre 2011 et 2022 et portent sur des pratiques visant à favoriser la santé auditive des adultes âgés de 18 ans et plus qui vivent en MHL. Les principaux critères d'exclusion étaient les difficultés auditives associées à la surdité à la naissance, le trouble de traitement auditif et les acouphènes ainsi que les interventions nécessitant des expertises (p. ex. implants cochléaires, langage des signes).

Les publications traitant des appareils auditifs conventionnels sont incluses. Cependant, les études portant sur l'efficacité de ces derniers ont été exclues, puisque celle-ci est établie depuis longtemps. Les critères d'inclusion et d'exclusion détaillés provenant des publications sont présentés dans un tableau à l'annexe B du document *Annexes complémentaires*.

La sélection des articles scientifiques a été effectuée par cinq professionnelles scientifiques qui ont travaillé en dyades afin d'obtenir des accords interjuges pour la même publication. Les désaccords ont été soumis à l'avis d'une troisième professionnelle (et, au besoin, à celui de la coordonnatrice scientifique du projet) et ont été réglés par consensus.

1.5 Évaluation de la qualité méthodologique des études

Les publications retenues lors de la revue systématique ont fait l'objet d'une évaluation de la qualité méthodologique à l'aide de l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada [Agence de santé publique du Canada. Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, 2014]. Cet outil

considère plusieurs critères, dont la clarté et la précision de la question de recherche, la sélection des participants aux études, la validité et la fiabilité des outils de mesure, le contrôle des biais, etc. Il est présenté à l'annexe D du document *Annexes complémentaires*.

L'évaluation a été réalisée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques, en faisant au préalable un exercice de validation interjuges sur 20 % des articles à évaluer.

1.6 Extraction des données issues de la littérature grise et scientifique

L'extraction des documents de la littérature grise et scientifique a été réalisée à l'aide d'un tableau synthèse. Pour chaque publication retenue, les informations suivantes ont été dégagées : le titre et l'auteur, le pays, le type de devis, l'objectif de l'étude, les sources de données sur lesquelles elle est fondée et les principaux résultats pertinents pour le projet. Ce tableau est présenté à l'annexe C du document *Annexes complémentaires*.

1.7 Appréciation du niveau de preuve

L'appréciation des données documentant l'efficacité d'une pratique a été réalisée en fonction des quatre critères d'appréciation de la preuve de l'INESSS, soit la robustesse de la preuve, la cohérence des résultats, l'impact clinique des résultats et la transférabilité des résultats à la population et au contexte ciblés [INESSS, 2017*]. Un niveau de preuve global (c.-à-d. élevé, modéré ou faible) a été attribué à chaque constat. Les tableaux détaillés d'appréciation de la preuve pour les constats associés à chaque pratique sont présentés à l'annexe E du document *Annexes complémentaires*.

1.8 Consultations

Des consultations ont également été menées pour compléter les données recueillies, afin de procéder à l'appréciation globale de la valeur de chaque pratique documentée. Les données ont été collectées auprès de trois catégories de parties prenantes : 1) les personnes hébergées et les personnes proches aidantes (PPA), 2) les intervenants et les gestionnaires ainsi que 3) les représentants des ordres professionnels et des milieux d'enseignement. Pour la première catégorie, quatre personnes hébergées dans différents types de milieux (trois en CHSLD et une en RI) et trois PPA ont été consultées pour connaître leurs besoins et leurs expériences en lien avec la santé auditive en MHL. Pour la deuxième catégorie, deux groupes de discussion comptabilisant sept membres du personnel et cinq gestionnaires ont eu lieu, afin d'avoir un aperçu de la mise en place actuelle des pratiques documentées, de leur applicabilité et de leur faisabilité en contexte québécois, ainsi que de leur efficacité perçue. Enfin, pour la troisième catégorie, deux groupes de discussion regroupant six représentants d'ordres professionnels (c.-à-d. audiologistes, audioprothésistes, ergothérapeutes, infirmiers, infirmiers auxiliaires et

médecins) et deux représentants de milieux d'enseignement (c.-à-d. cégep et université) ont eu lieu. Ces groupes de discussion ont permis de tenir compte des différentes balises professionnelles et déontologiques, de la formation et des normes de pratique. Pour l'ensemble des consultations menées, les participants aux différents groupes de discussion provenaient de milieux d'hébergement et de contextes de pratique variés ainsi que de diverses régions administratives à travers le Québec.

1.9 Analyse des données recueillies et élaboration des recommandations

Les données recueillies, par le biais de la revue non systématique de la littérature, la revue systématique de la littérature scientifique et les consultations, ont été analysées en fonction des cinq dimensions du cadre multidimensionnel d'appréciation de la valeur de l'INESSS [INESSS, 2021*]. Ainsi, pour chacune des pratiques, les dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle ont été examinées. Dans le cadre de l'analyse des éléments relatifs à ces dimensions, des principes éthiques ont également été utilisés, afin de contribuer à la réflexion relative à l'implantation des pratiques et touchant leur portée respective auprès des personnes hébergées.

La triangulation des données de l'ensemble des dimensions a permis à l'équipe projet d'émettre un argumentaire, à partir duquel une ou des ébauches de recommandations ont été élaborées. Des précisions sur les modalités et les conditions pour concrétiser ou accroître la valeur des recommandations ont été également dégagées à partir des données recueillies. Les recommandations ont été soumises au comité de suivi et au comité délibératif permanent (CDP), dont la contribution respective au projet est précisée aux sections suivantes.

1.10 Panel des usagers

Le Panel des usagers, composé de cinq membres, a été sollicité au début du présent projet. Les membres ont été rencontrés le 17 février 2021 dans le but d'avoir une rétroaction sur l'élaboration du plan de réalisation (p. ex. pratiques envisagées) de cet avis de même que sur diverses considérations relatives aux consultations (p. ex. formulation des questions, méthodes utilisées) à mener auprès des diverses parties prenantes.

1.11 Comité de suivi

Un comité de suivi, composé de 11 membres, a été mis sur pied pour accompagner l'INESSS dans ce projet. Les membres ont été sélectionnés en respectant des critères préétablis (diversité d'expertise, secteur géographique, etc.). Leurs noms, leurs qualifications et leurs affiliations sont présentés dans les pages liminaires du rapport.

Le principal rôle du comité de suivi était de fournir des informations, de l'expertise, des opinions et des perspectives variées (p. ex. personnes hébergées, PPA, intervenants, gestionnaires, chercheurs, etc.) au sujet du projet. Le comité a tenu quatre rencontres au cours du projet, afin de valider les orientations et contribuer à l'élaboration des recommandations. Il a également fourni une rétroaction sur une version préliminaire du rapport.

1.12 Comité délibératif permanent – Services sociaux et santé mentale

En s'appuyant sur les savoirs relatifs à chaque dimension du cadre d'appréciation de la valeur de l'INESSS [INESSS, 2021*], et en tenant compte des incertitudes associées, le CDP a considéré en quoi et de quelle manière l'introduction de la pratique évaluée pourrait contribuer à créer, ou non, de la valeur pour la clientèle cible, en gardant la visée du bien-être collectif de l'ensemble de la population. Les arguments qui en découlent et leur importance relative ont été discutés, afin de dégager des orientations pour les recommandations incluant, le cas échéant, diverses précisions sur les modalités et les conditions appropriées pour leur mise en œuvre.

Le CDP est composé de 11 membres ayant une expertise diversifiée qui sont nommés dans les pages liminaires du rapport. Le comité a un mandat délibératif pour l'ensemble des projets de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention en services sociaux et santé mentale (DESA), particulièrement pour ceux qui comportent des recommandations. Dans le cadre de ce projet, le comité s'est réuni à trois reprises pour délibérer sur les recommandations et les bonifier, au besoin.

1.13 Validation

Une validation du contenu du présent rapport a été effectuée par la coordonnatrice scientifique de l'équipe projet et la direction de la DESA. Une validation des aspects méthodologiques a été réalisée par le Bureau – Méthodologies et éthique, de l'INESSS. Deux lecteurs externes ont également révisé l'avis, et leurs commentaires ont permis de clarifier et d'enrichir certaines sections du rapport.

1.14 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toutes les personnes qui ont collaboré à cet avis ont déclaré, au préalable, leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts – commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice aux conflits de rôles ont également été dévoilés. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS pour l'ensemble des personnes, à l'exception des résidents et des PPA qui ont eu à répondre à des questions verbalement. Les déclarations remplies ont fait l'objet d'une évaluation par l'INESSS, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du présent rapport, par souci de transparence.

2 RÉSULTATS

Cette section présente les principes généraux sur lesquels s'appuyer pour soutenir la mise en œuvre des dix pratiques recommandées. Ces pratiques, détaillées ci-dessous, visent à favoriser la santé auditive des adultes vivant en milieu d'hébergement de longue durée (MHLD). L'appellation « MHLD » regroupe les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA).

Les six principes généraux identifiés et les dix pratiques (c.-à-d. six pratiques cliniques et quatre pratiques organisationnelles) recommandées dans cet avis ont été regroupés dans une figure intégratrice ([Figure 1](#)). Le premier niveau (couleur verte) présente les principes généraux qui doivent être appliqués de manière transversale. Le niveau suivant (couleur jaune) présente les trois pratiques cliniques essentielles à déployer pour la prise en charge des difficultés d'audition de la personne hébergée : le dépistage des difficultés d'audition, le nettoyage des conduits auditifs et les stratégies de communication. Trois autres pratiques cliniques, c'est-à-dire les aides auditives, les interventions éducatives pour la personne hébergée et les PPA ainsi que le soutien émotionnel (couleur orange), sont à considérer selon les besoins de la personne hébergée. Enfin, les pratiques organisationnelles complètent la figure (couleur bleue). La gestion des aides auditives et l'adaptation de l'environnement constituent des pratiques visant à répondre aux besoins des personnes hébergées quant à différents aspects de la santé auditive, alors que la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF ainsi que le soutien par la personne-ressource visent à appuyer l'implantation des pratiques.

Dans le cadre de cet avis, certaines recommandations sont présentées sous une forme affirmative (p. ex. des activités de formation *doivent* être dispensées au personnel), alors que d'autres sont énoncées à la forme conditionnelle (p. ex. la personne hébergée et les PPA *devraient* bénéficier d'interventions éducatives). La forme affirmative est utilisée pour une forte recommandation qui a été jugée à la fois bénéfique et réalisable et qui doit (ou ne doit pas) être appliquée dans l'ensemble des situations décrites. La forme conditionnelle, quant à elle, est utilisée pour une recommandation qui a été jugée bénéfique dans une majorité de situations, mais qui s'applique de façon variable selon les contextes organisationnels. Les discussions tenues lors des comités ont permis d'équilibrer la force des recommandations selon divers critères, tels que les bénéfices pour les résidents associés à la pratique, la force de la preuve scientifique et l'applicabilité de la recommandation dans le contexte des MHLD québécois. Les recommandations sont formulées à l'intention des résidents vivant dans les différents milieux d'hébergement, tels que définis dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée [MSSS, 2021*]. Toutefois, des adaptations sont à prévoir pour certains milieux (p. ex. RI-RTF) afin de soutenir l'applicabilité de diverses pratiques, telles que le dépistage des difficultés d'audition et le nettoyage des conduits auditifs à l'admission, ou encore la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF.

Figure 1 Intégration des principes généraux et des pratiques favorables à la santé auditive dans les milieux d'hébergement de longue durée (MHLD)



2.1 Principes généraux

Les principes généraux constituent des énoncés clés sur lesquels s'appuyer lors de la mise en œuvre des pratiques recommandées dans cet avis. Lors de l'analyse des données ainsi que de la formulation des recommandations et des précisions (modalités et conditions), certains constats similaires ont émergé pour plusieurs des pratiques étudiées. Ces principes, formulés à partir du processus méthodologique réalisé dans cet avis, concordent avec les principes directeurs de la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (p. ex. actualisation de l'approche de partenariat entre les usagers, les proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux; personnalisation des soins, des services et du milieu de vie de la personne) [MSSS, 2021*].

2.1.1 Faciliter l'accès à l'information

L'accessibilité de l'information au sujet de la santé auditive, notamment en termes de format et de niveau de littératie, est essentielle à considérer auprès des personnes hébergées (et leurs PPA). Il importe de s'assurer que cette information est partagée et comprise par ces dernières, afin qu'elles puissent participer au processus de prise de décision partagée avec l'intervenant ([Laplante-Lévesque *et al.*, 2010], cité dans [Sciacca

et al., 2017]) et collaborer à la réalisation de ces pratiques. Dans les écrits, il est fréquemment indiqué que le vocabulaire utilisé lors de communication verbale ou écrite, ou lors des interventions éducatives liées à la santé auditive, nécessite généralement des niveaux de littératie en santé élevés de la part des usagers, ce qui peut entraver la communication [Arnold *et al.*, 2019a; Caposecco *et al.*, 2014; Brooke *et al.*, 2012; Caposecco *et al.*, 2011]. Les bonnes pratiques concernant la littératie en santé peuvent donc guider la façon de transmettre l'information et le choix des documents à utiliser : langage adapté aux capacités cognitives, au niveau de littératie et aux caractéristiques linguistiques, choix d'un mode de communication adapté (oral ou écrit), utilisation d'approches participatives qui impliquent les utilisateurs visés lors de l'élaboration des interventions et des stratégies, non-stigmatisation des personnes qui ont un faible niveau de littératie, etc. (*Centers for Disease Control and Prevention*, cité dans [Arnold *et al.*, 2019a]).

La consignation de l'information clinique relative à la santé auditive de la personne hébergée et son accessibilité pour les intervenants sont également cruciales pour une planification ainsi qu'une offre adéquate de soins et de services. Elles sont d'autant plus importantes que certains MHLD rencontrent de grands défis en lien avec le roulement du personnel, incluant la main-d'œuvre indépendante. Ainsi, les renseignements relatifs à la santé auditive de la personne hébergée (p. ex. résultats du dépistage des difficultés d'audition ou stratégie de communication à utiliser avec le résident) doivent être à la fois consignés (p. ex. dans le dossier) et rendus accessibles aux intervenants selon les besoins, et ce, également lors des transitions entre les différents milieux d'hébergement. Les moyens visant à rendre accessible l'information aux individus qui n'ont pas accès au dossier des personnes hébergées (p. ex. certains membres du personnel, les bénévoles) doivent, quant à eux, être déterminés en accord avec celles-ci ou les PPA, selon le cas.

2.1.2 Intégrer les pratiques dans les protocoles et les routines

L'intégration des pratiques recommandées dans les protocoles et les routines est importante, afin d'optimiser leur implantation auprès des intervenants qui offrent des soins et des services en lien avec la santé auditive des personnes hébergées en MHLD. Cette intégration a notamment pour objectifs de systématiser la réalisation de certaines démarches, de clarifier le partage des tâches et des responsabilités et de faciliter la pérennité de l'implantation des pratiques au sein des modes de fonctionnement existants en MHLD. Le besoin de planifier une offre intégrée de services en santé auditive est d'ailleurs souligné dans les écrits [OMS, 2021]; [Pronk *et al.*, 2011], cité dans [Laplante-Lévesque *et al.*, 2015]. La nécessité de développer et de maintenir l'utilisation de protocoles est notamment abordée en lien avec le dépistage des difficultés d'audition [Bentur *et al.*, 2012] et la gestion des appareils auditifs [Hopper et Hinton, 2012]. Lors des consultations, il a été indiqué que certains protocoles et routines déjà existants pourraient intégrer les pratiques recommandées dans cet avis. Par exemple, le dépistage des difficultés d'audition pourrait s'intégrer dans les évaluations périodiques réalisées par l'infirmière, alors que la gestion des appareils auditifs pourrait être inscrite dans les routines d'hygiène quotidiennes. Cette intégration présente le double avantage de

faciliter l'appropriation des pratiques et de ne pas ajouter de nouveaux processus à cet égard. Les protocoles et les routines des MHLD gagneraient également à détailler, lorsque cela est possible, les outils et les modalités à utiliser selon les pratiques cliniques mises en place pour soutenir la santé auditive, de même que les résultats des examens et les suivis à réaliser en lien avec ceux-ci.

2.1.3 Adapter les pratiques selon les habiletés des personnes hébergées

L'adaptation des pratiques selon les préférences, les capacités et les habiletés des personnes hébergées est essentielle à considérer dans un contexte où les MHLD hébergent des clientèles aux profils et aux besoins variés, particulièrement les individus qui ont des troubles cognitifs, une déficience intellectuelle, un trouble de santé mentale ou une double déficience sensorielle. Parmi les personnes âgées qui présentent des difficultés d'audition, une grande proportion ont plusieurs comorbidités [Laird *et al.*, 2020; Leroi *et al.*, 2019; Hubbard *et al.*, 2018; Vaisbuch et Santa Maria, 2018; Davis et Smith, 2013; Pichora-Fuller *et al.*, 2013]. Ces atteintes dans les sphères physique (p. ex. diminution de la dextérité manuelle), cognitive (p. ex. difficultés mnésiques) et psychologique (p. ex. anxiété) de la santé doivent être considérées lors de la prise en charge des difficultés d'audition de la personne hébergée, afin d'optimiser les bénéfices escomptés des interventions offertes en lien avec la santé auditive.

Les intervenants impliqués dans l'offre de soins et de services en santé auditive doivent être conscients des liens possibles entre les difficultés d'audition et ces diverses conditions pour pouvoir adapter leur intervention [Pichora-Fuller *et al.*, 2013]. Parmi les adaptations susceptibles d'être utiles à la communication qui ont été répertoriées dans les écrits, notamment pour les personnes qui ont des difficultés cognitives, se trouvent l'octroi de temps supplémentaire lors de l'offre de certaines interventions (p. ex. éducatives sur la manipulation des aides auditives), la transmission d'instructions courtes et simples en langage clair (avec des exemples à l'appui), de même que la valorisation de la présence d'un partenaire de communication tel qu'une PPA du résident lors des rendez-vous [Saunders *et al.*, 2021; Pichora-Fuller *et al.*, 2013].

2.1.4 Définir les rôles et les responsabilités des parties prenantes

La définition claire des rôles et des responsabilités des intervenants et des personnes responsables des RI-RTF mobilisés auprès des personnes hébergées est essentielle, afin de s'assurer de leur arrimage en fonction des champs de compétences respectifs et de l'organisation du travail au sein des MHLD. En effet, il existe des variations dans le nombre et les types de professionnels œuvrant dans les différents MHLD au Québec, certains milieux ayant une prédominance de personnel infirmier, alors que d'autres ont davantage d'éducateurs spécialisés et de préposés aux bénéficiaires. Bien que les ajouts de tâches et de responsabilités qu'implique la réalisation de nouvelles pratiques puissent poser des défis dans un contexte où les membres du personnel sont déjà fortement mobilisés, un certain nombre de ces pratiques sont déjà mises en place dans certains MHLD. Dans le contexte actuel caractérisé par l'absence presque systématique de

services d'audiologie rapportée dans les CHSLD du Québec⁵ [OOAQ, 2022*-b], la mise en œuvre des pratiques peut donc prendre diverses formes. Certaines de ces pratiques peuvent être mises en œuvre par divers types d'intervenants, à la suite d'une formation, alors que d'autres peuvent être déléguées. Dans la mesure où le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) dispose déjà d'un système de délégation pour la réalisation de certains actes (p. ex. Loi 90 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé [Office des professions du Québec, 2021*; 2003*]), les rôles et les responsabilités de chaque intervenant impliqué dans l'offre de soins et de services en santé auditive doivent être précisés, dans le respect des dispositions prévues par les différents ordres professionnels.

2.1.5 Établir et consolider les collaborations et les partenariats

L'implication des personnes hébergées et des PPA, notamment dans le cadre du processus de prise de décision partagée au sujet des interventions à mettre en œuvre, est essentielle à considérer tout au long du continuum de soins et de services. D'une part, les personnes âgées qui présentent des difficultés d'audition souhaitent être parties prenantes du processus de prise de décision partagée, en exprimant entre autres leurs préférences (p. ex. décision de recourir ou non à un appareil auditif) [Grenness *et al.*, 2014]. Les différences linguistiques et socioculturelles des personnes hébergées sont également à considérer dans ce processus. La présence d'une PPA du résident peut également contribuer à faciliter l'établissement d'une relation thérapeutique, notamment en présence de telles différences. D'autre part, lorsque cela est possible, l'implication d'une PPA du résident doit être valorisée dans le choix des meilleures pratiques, et ce, tout particulièrement pour les personnes hébergées aux prises avec des troubles cognitifs. En effet, diverses études suggèrent que les patients sont plus susceptibles de connaître une plus grande amélioration de leur fonctionnement lorsqu'ils sont accompagnés des membres de leur famille dans le processus de soins [Pichora-Fuller *et al.*, 2013]. Les PPA des personnes hébergées qui présentent des difficultés d'audition peuvent notamment encourager la recherche d'aide, fournir des instructions sur l'utilisation des appareils auditifs et l'entretien appropriés de ceux-ci, augmenter la confiance du résident en sa capacité à autogérer ses difficultés d'audition et renforcer l'importance d'appliquer les recommandations conseillées [Singh *et al.*, 2015].

Il est également important de valoriser la collaboration interprofessionnelle, afin de tendre vers une offre intégrée de soins et de services pour la santé auditive des personnes hébergées [Wittich *et al.*, 2018]. Dans le contexte des MHL D au Québec, l'implication de partenaires peut être indiquée pour faciliter l'implantation et la coordination de certaines pratiques (p. ex. comités de résidents, services spécialisés en santé auditive, services de soutien aux PPA). D'autres partenaires, tels que les équipes de formation continue partagée (FCP), les universités, les cégeps, les centres de recherche, les instituts et les ordres professionnels, peuvent également être considérés dans le cadre de l'élaboration ou de l'adaptation des activités de formation.

⁵ Au 31 mars 2021, 484 audiologistes étaient inscrits comme membres de l'OOAQ [OOAQ, 2022*-b].

2.1.6 Planifier et mettre en œuvre des activités d'amélioration continue

La planification et la mise en œuvre d'activités d'amélioration continue sont indispensables au cours de l'implantation des pratiques recommandées en MHL. Plus spécifiquement dans le domaine de la santé auditive, certains écrits suggèrent de procéder à l'évaluation de l'implantation de pratiques à l'aide d'indicateurs relatifs aux processus et aux résultats [Meyer et Hickson, 2020*]. Différents indicateurs peuvent alors être utilisés, tels que les facteurs interpersonnels et environnementaux qui facilitent l'utilisation d'une pratique de même que les mesures, qui devraient changer avec l'utilisation conforme de la pratique. Parmi les exemples d'indicateurs recensés dans les écrits se trouvent le nombre de tests de dépistage des difficultés d'audition (p. ex. à l'admission et sur une base régulière par la suite), l'acheminement et le traitement des références nécessaires aux professionnels qualifiés du domaine, l'évaluation des connaissances en lien avec la santé auditive à la suite d'une formation, ainsi que la prestation des interventions appropriées selon les besoins identifiés auprès des personnes hébergées [Meyer et Hickson, 2020*]. La définition d'indicateurs en fonction des choix des résidents apparaît essentielle à considérer dans les MHL [Commissaire à la santé et au bien-être, 2022].

L'exemple du programme de santé auditive australien, évalué récemment [Woods et Burgess, 2021*], expose quelques-uns des enjeux à ce sujet. Dans le cadre de cette démarche, le panel d'experts a notamment convié les instances gouvernementales australiennes à valoriser davantage la définition de « résultats en fonction des choix des usagers » (et du niveau de contrôle qu'ils peuvent exercer), ainsi qu'à procurer des lignes directrices claires en lien avec l'administration du programme. L'utilisation régulière (ou non) d'un appareil auditif n'étant pas rapportée comme un gage « fiable » de bénéfices et de satisfaction auprès des usagers, le recours à des mesures susceptibles de couvrir d'autres dimensions (p. ex. bien-être, isolement social) est également conseillé afin d'apprécier l'implantation des pratiques [Burton *et al.*, 2014]. En somme, la précision des objectifs et des attentes pour l'ensemble des partenaires impliqués apparaît fort importante à chaque étape du processus d'implantation (ou d'adaptation, selon le cas) des pratiques.

2.2 Pratiques cliniques

Six pratiques cliniques sont recommandées afin de répondre aux besoins des résidents vivant dans les différents milieux d'hébergement de longue durée. Trois d'entre elles sont essentielles à déployer pour la prise en charge des difficultés d'audition de la personne hébergée, soit (1) le dépistage des difficultés d'audition, (2) le nettoyage des conduits auditifs et (3) les stratégies de communication. Trois autres pratiques sont à considérer selon les besoins spécifiques de la personne hébergée qui présente des difficultés d'audition, soit (4) les aides auditives : appareils auditifs et aides de suppléance à l'audition, (5) les interventions éducatives pour la personne hébergée et les PPA ainsi que (6) le soutien émotionnel. Pour chaque pratique, une courte description ainsi que les éléments principaux qui soutiennent l'appréciation de sa valeur sont d'abord présentés.

Pour plus de détails, voir le document *Données détaillées* sur les pratiques. Diverses caractéristiques relatives aux personnes hébergées, aux intervenants et aux contextes de pratique sont importantes à considérer, afin de prévoir et de relever certains défis lors de l'implantation des pratiques en MHL. À la lumière de ces considérations, des recommandations de même que des précisions au sujet des modalités et des conditions visant à concrétiser ou accroître leur valeur sont finalement présentées.

2.2.1 Pratiques cliniques essentielles à la prise en charge des difficultés d'audition de la personne hébergée

2.2.1.1 Le dépistage des difficultés d'audition

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.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

Tant chez la population âgée générale que chez celle vivant en MHL, la nécessité de dépister les difficultés d'audition est soulignée par de nombreuses organisations ([Action on Hearing Loss, 2018*; National Institute for Health and Care Excellence, 2018*] et consultations). En MHL, les résidents ont tendance à sous-estimer ou à ne pas reconnaître leurs difficultés d'audition [Hopper *et al.*, 2016]. Pourtant, il est estimé que plus de 80 % des personnes âgées qui y vivent ont de tels problèmes [Weinstein, 2013]. La prise en charge qui découle du dépistage des difficultés d'audition chez les personnes hébergées pourrait prévenir diverses conséquences, telles que le déclin cognitif et fonctionnel des personnes âgées (p. ex. risque de chutes, isolement social, trouble du comportement), ainsi que favoriser 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).

Le dépistage des difficultés d'audition est particulièrement indiqué auprès de certains groupes populationnels (sans égard à leur âge), dont les personnes qui présentent une déficience intellectuelle, celles qui ont une suspicion ou un diagnostic de trouble neurocognitif de même que celles ayant des comorbidités (p. ex. diabète) [National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; Academy of Doctors of Audiology, 2012*; American Speech-Language-Hearing Association, 2006*]. 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 PPA dans le cas des personnes hébergées qui ne sont pas aptes à consentir à l'administration de soins.

Comme étape préliminaire et distincte de l'évaluation en audiologie, le dépistage des difficultés d'audition est important, afin de mettre en place les interventions appropriées le plus tôt possible et de diminuer les risques de déclin associé à cette problématique. Cela est d'ailleurs souligné par plusieurs associations savantes [American Academy of Audiology, 2020*; U. S. Preventive Services Task Force, 2020*; National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; NHS England, 2017*; The Royal Australian College of General Practitioners, 2016*; UK National Screening Committee, 2016*; Gagné *et al.*, 2015*; Hearing Loss Association of America, 2015*; NHS England, 2015*; American Academy of Family Physicians, 2012*]. Toutefois, le manque de lignes directrices universelles au sujet du dépistage des difficultés d'audition et son niveau de preuve limité chez les personnes âgées posent des défis à recommander de manière systématique cette pratique [OMS, 2021].

Diverses modalités de dépistage cliniquement utiles ont été suggérées ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; UK National Screening Committee, 2016*; Hearing Loss Association of America, 2015*; American Academy of Family Physicians, 2012*] et consultations). Les questions directes (p. ex. « Croyez-vous avoir des difficultés d'audition? », « Devez-vous demander aux gens de s'exprimer plus fort? », « Avez-vous de la difficulté à suivre les conversations dans un endroit bruyant? ») sont communément utilisées. Toutefois, le dépistage des difficultés d'audition peut présenter des défis particuliers auprès de certaines clientèles (p. ex. celles avec des troubles cognitifs), puisque les difficultés d'audition et les troubles cognitifs peuvent exacerber certains comportements comme l'agitation [Slaughter *et al.*, 2014; Echalié et Action on Hearing Loss, 2012*; Jupiter, 2012]. Compte tenu des limites (p. ex. manque de sensibilité) relatives à l'utilisation exclusive de mesures autorapportées chez les personnes âgées [Angara *et al.*, 2021; Bainbridge et Wallhagen, 2014], il est suggéré de recourir à une combinaison d'outils lors du dépistage [Angara *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]. Dans cette perspective, 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 [*Whispered voice test*]) et d'un otoscope, lorsque cela est possible, peut contribuer à la documentation de l'impact des difficultés d'audition sur le fonctionnement quotidien d'une personne [Höbler *et al.*, 2021]. Bien que l'utilisation de l'otoscope et de techniques d'audiométrie constitue 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]. De plus, un nombre croissant de tests de dépistage sont également disponibles de manière virtuelle [Polyclinique de l'Oreille, 2023*; Le réseau Vos Oreilles (Audioprothésistes), 2015*]. 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].

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 l'admission et annuellement par la suite) est suggérée par certaines organisations (p. ex. *Centers for Medicare & Medicaid Services*) ([Meyer et Hickson, 2020*; Anon, 2020; Höbler *et al.*, 2018; NHS England, 2017*] et consultations). Or, selon les données issues de la littérature scientifique, les intervenants manquent de connaissances sur la prévalence des difficultés d'audition et leurs conséquences, de même que sur les outils à utiliser pour le dépistage [Hsu *et al.*, 2021; Zazove *et al.*, 2020; McCullagh et Frank, 2013]. L'avis des différentes parties prenantes consultées rejoint à certains égards ces constats. En effet, les membres du personnel des MHLA du Québec détiendraient partiellement les compétences requises pour réaliser le dépistage des difficultés d'audition. Une formation gagnerait à être mise en place afin de bonifier ces compétences et d'augmenter le nombre d'intervenants impliqués dans l'offre de cette pratique. Une fois formés, des intervenants de divers domaines pourraient contribuer au

dépistage des difficultés d'audition en MHL. Il importe également de clarifier la trajectoire d'accès aux services (p. ex. évaluation en audiologie) pour des personnes hébergées qui obtiennent un résultat positif à la suite du dépistage des difficultés d'audition. 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/formation peuvent aussi constituer des enjeux pour l'implantation de cette pratique [Bennett *et al.*, 2020a].

Dans le cadre de la revue systématique réalisée pour cet avis, deux études scientifiques examinent notamment l'effet du dépistage des difficultés d'audition sur différents aspects liés aux appareils auditifs [Linssen *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2011] (voir l'annexe E-2 du document *Annexes complémentaires*). 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.

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 niveau d'évidence relatif au rapport coût-efficacité du dépistage auprès de la population âgée de plus de 70 ans demeure cependant faible [Feltner *et al.*, 2021; Hsu *et al.*, 2021]. 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, du temps de formation alloué aux intervenants et du temps nécessaire au professionnel pour administrer l'outil.

Selon les données issues de la littérature scientifique, diverses barrières peuvent amener les personnes âgées à ne pas recourir au dépistage, dont 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]. 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]. Selon les personnes consultées dans le cadre de cet avis, le dépistage des difficultés d'audition est une pratique pertinente. Toutefois, elle est implantée de façon inégale. Les opinions relatives à l'applicabilité de cette pratique dans les différents MHL (p. ex. RI, RTF) au Québec varient également. 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).

Recommandation

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.

Précisions sur les modalités et les 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).

2.2.1.2 Le nettoyage des conduits auditifs

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, celle-ci 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.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

La présence de bouchons de cérumen dans les conduits auditifs est fréquente chez certaines populations ([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, et que 41 % des personnes ayant une déficience intellectuelle auraient une quantité élevée de cérumen [National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; Herer, 2013; Clegg *et al.*, 2010]. 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*].

Les résidents en MHL D 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, ou tout simplement afin de procéder à l'examen de l'oreille [Action on Hearing Loss, 2018*]. Toutefois, la gestion du cérumen ne serait pas requise lorsque la personne est asymptomatique et que ses oreilles peuvent être examinées adéquatement [Schwartz *et al.*, 2017*]. Le nettoyage des conduits auditifs semble également contribuer au bon fonctionnement des appareils auditifs et à la qualité de vie de la personne [National Institute for Health and Care Excellence, 2018*].

Diverses techniques de gestion et retrait du cérumen peuvent être utilisées (p. ex. microaspiration, 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 microaspiration. 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 peut s'avérer nécessaire [Schwartz *et al.*, 2017*].

Dans le cadre de la revue systématique réalisée pour cet avis, six études scientifiques ont été retenues. Celles-ci examinent notamment 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] (voir l'annexe E-3 du document *Annexes complémentaires*). Les données suggèrent que :

- l'irrigation combinée aux agents céruménolytiques ainsi que la microaspiration 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.

L'utilisation des techniques d'irrigation et de microaspiration est associée à des risques mineurs de complication (p. ex. saignement, perforation du tympan, otite externe) [Schwartz *et al.*, 2017*]. L'utilisation de 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 [National Institute for

Health and Care Excellence, 2018*; Schwartz *et al.*, 2017*]. 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 microaspiration peut créer une diminution temporaire du seuil de l'audition [Cronin et Zhao, 2020].

Au Québec, les médecins, les médecins oto-rhino-laryngologistes (ORL), les infirmières, les audiologistes, les audioprothésistes et les infirmières auxiliaires (si ordonnance ou directive verbale reçue de l'infirmière ou du médecin [OIIAQ, 2021*; OIIQ, 2019*] peuvent effectuer le nettoyage des conduits auditifs (consultations). Les membres du personnel des MHLN doivent détenir les connaissances et les compétences requises pour le faire de façon sécuritaire ([OIIAQ, 2021*; OIIQ, 2019*] et consultations).

Le nettoyage des conduits auditifs présente un ratio « coût-efficacité » qui tend à être favorable à son implantation. Le coût principal est le temps du professionnel, alors que les coûts liés à l'achat de l'appareil et à son utilisation sont mineurs. L'irrigation est moins dispendieuse que la microaspiration [National Institute for Health and Care Excellence, 2018*]. Le nettoyage des conduits auditifs est perçu comme une pratique pertinente par les différentes parties prenantes, et il semble implanté de manière variable auprès des résidents des MHLN du Québec. Malgré qu'il soit difficile d'établir une fréquence de nettoyage optimale, la mise en place d'une démarche structurée pour déceler les bouchons de cérumen, chez les résidents en MHLN, apparaît essentielle, afin que la pratique devienne partie intégrante d'une culture qui promeut la santé auditive ([Echalier et Action on Hearing Loss, 2012*] et consultations).

Recommandation

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.

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

- L'irrigation combinée aux agents céruménolytiques ainsi que la microaspiration 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.

2.2.1.3 Les stratégies de communication

Description de la pratique

Les stratégies de communication font référence 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.

Voici quelques exemples de stratégies pouvant être utilisées par l'interlocuteur :

- 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.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

Pour les personnes en perte d'autonomie, la réussite de la communication repose davantage sur les actions de l'intervenant. De ce fait, il est important que ceux-ci utilisent diverses stratégies de communication pour s'assurer d'être compris par les résidents des MHLD (consultations).

Les stratégies de communication sont considérées comme efficaces et essentielles en milieu d'hébergement. Elles peuvent notamment 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, favoriser la participation des résidents aux activités de la vie quotidienne [OOAQ, 2019*] ou aux loisirs (consultations), ainsi que contribuer à diminuer les symptômes de dépression [Ray *et al.*, 2019]. 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). De plus, 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).

Dans le cadre de la revue systématique réalisée pour cet avis, 14 études scientifiques examinent différents effets relatifs à l'utilisation de quatre stratégies de communication (voir l'annexe E-4 du document *Annexes complémentaires*). Les données suggèrent que :

- la présence d'indices visuels améliore la perception de la parole chez des personnes présentant des difficultés d'audition [Moradi *et al.*, 2019; Puschmann *et al.*, 2019; Moradi *et al.*, 2017; Moradi *et al.*, 2016; Picou *et al.*, 2013; Jesse et Janse, 2012] – Niveau de preuve élevé;
- 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 [Shin *et al.*, 2020; Shen et Souza, 2017; Adams *et al.*, 2012] – Niveau de preuve modéré;
- la lecture labiale pourrait améliorer la reconnaissance de la parole chez des personnes présentant des difficultés d'audition [Reis et Escada, 2017; Reis et Escada, 2016] – Niveau de preuve modéré;
- le port d'un masque par un locuteur altère la perception de la parole chez des personnes présentant des difficultés d'audition [Homans et Vroegop, 2022; Ritter *et al.*, 2021; Atcherson *et al.*, 2017] – Niveau de preuve modéré.

Comme les masques demeurent indiqués dans des situations qui requièrent la prévention et le contrôle des infections, des stratégies de mitigation de leurs impacts sur la communication doivent être envisagées. Parmi ces stratégies, l'utilisation de masques transparents, plus favorables à la compréhension de la parole, serait à envisager, tout en s'assurant que ceux-ci respectent les normes de prévention et de contrôle des infections (PCI). Les personnes qui présentent des difficultés d'audition sévères semblent particulièrement bénéficier de l'utilisation du masque transparent [Homans et Vroegop, 2022; Atcherson *et al.*, 2017].

Selon les personnes consultées, certaines stratégies de communication sont utilisées de façon naturelle par les intervenants des MHL, mais cela ne serait pas suffisant, d'où l'importance de la formation. Les bénévoles, les personnes responsables des RI-RTF, les PPA et tous ceux qui côtoient les personnes hébergées ont aussi besoin d'être sensibilisés sur le sujet et d'être informés des stratégies de communication particulières à utiliser avec chaque personne. La collaboration entre les différents professionnels de l'équipe et les PPA de la personne hébergée permet de trouver des stratégies de communication appropriées [Höbler *et al.*, 2018].

La mise en place de stratégies de communication est perçue comme peu coûteuse [OOAQ, 2019*]. Quant au temps requis par le personnel pour leur utilisation, il 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). En somme, les stratégies de communication sont perçues comme applicables dans les MHL, étant donné leur faible coût et leurs bénéfices potentiels (consultations).

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.

Précisions sur les modalités et les 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 hébergée présentant des difficultés d'audition sévères.

2.2.2 Pratiques cliniques à considérer selon les besoins de la personne hébergée

2.2.2.1 Les aides auditives : appareils auditifs et aides de suppléance à l'audition

Description de la pratique

Il existe deux principaux types d'aides auditives, soit les appareils auditifs et les aides de suppléance à l'audition (ASA) (voir [tableau 2](#)).

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.

Tableau 2 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	▪ Prescription par un audiolgiste ou un ORL ▪ Vente, ajustement et réparation par un audioprothésiste ▪ Ajustement aussi possible par un audiolgiste ▪ Couvert par la RAMQ si la personne est admissible	▪ Achat en vente libre (présentement non autorisé au Québec) ▪ Ajustement par l'acheteur, soutien possible par un professionnel à la demande de l'utilisateur ▪ Non couvert par la RAMQ	▪ Achat en vente libre ▪ Ajustement par l'acheteur, soutien possible par un professionnel à la demande de l'utilisateur ▪ Non couvert par la RAMQ	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'usager 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 Exemples : ▪ Amplificateur personnel (<i>pocket talker</i>) ▪ Système pour écouter la télévision

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

La majorité des personnes présentant des difficultés d'audition n'utilisent pas d'appareil auditif conventionnel. Les ASA et les appareils auditifs en vente libre constituent donc des solutions de remplacement pour ces personnes. Dans le cadre de la revue systématique réalisée pour cet avis, 21 études scientifiques ont été retenues. Celles-ci examinent différents effets relatifs à l'utilisation des appareils auditifs en vente libre, au processus d'ajustement de ces appareils ainsi qu'aux microphones distants (voir l'annexe E-5 du document *Annexes complémentaires*). Les données suggèrent que :

- les appareils auditifs 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 [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] – Niveau de preuve élevé;
- à la suite de l'autoajustement 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 [Sabin *et al.*, 2020; Convery *et al.*, 2019; Reed *et al.*, 2019; Keidser et Convery, 2017; Convery *et al.*, 2016] – 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 [Salehi *et al.*, 2018; Wagener *et al.*, 2018; Rodemerk et Galster, 2015; Wolfe *et al.*, 2015] – Niveau de preuve modéré.

Les ASA et les appareils auditifs en vente libre constituent des solutions de remplacement ou des compléments aux appareils auditifs conventionnels. Ils sont utilisés pour faciliter la communication, favoriser les soins, les interactions sociales et la sécurité des personnes [Action on Hearing Loss, 2018*; National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; Caron, 2014*].

Les ASA sont sous-utilisées, et ce, pour diverses raisons : manque de connaissances de la part des personnes hébergées qui en auraient besoin et des employés, entretien défaillant, etc. Les personnes consultées ainsi que la littérature grise indiquent qu'un audiologiste pourrait évaluer les besoins des personnes hébergées en matière d'ASA et former le personnel à leur utilisation [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*].

Les risques associés à l'utilisation des ASA seraient minimes et faciles à gérer. Ils sont peu documentés, mais parmi ceux évoqués se trouve la transmission 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). Pour ce qui est des PSAP (un des types d'appareils auditifs en vente libre), ils peuvent endommager l'ouïe de la personne hébergée lorsque le volume est trop élevé et pourraient causer des bouchons de cérumen ([American Academy of Audiology, 2018*] et consultations).

Les ASA sont généralement perçues comme peu coûteuses [OOAQ, 2019*]. Au Québec, la RAMQ peut les fournir aux personnes qui remplissent les conditions d'admissibilité. Les ASA sont également considérées par les personnes consultées comme applicables dans les MHL. Toutefois, leur acceptabilité varie d'un usager à l'autre [College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia, 2016*]. Pour leur part, les appareils en vente libre sont vus comme des options plus abordables que les appareils auditifs conventionnels. Comme leur marché n'est pas encore réglementé, ils ne sont pas couverts par la RAMQ.

Bien que des études sur les appareils auditifs en vente libre ont été examinées dans le cadre de la revue systématique, l'INESSS n'émet pas de recommandation quant à l'utilisation de ces appareils.

Recommandations

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

Précisions sur les modalités et les 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).

2.2.2.2 Les interventions éducatives pour la personne hébergée et les personnes proches aidantes

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 (p. ex. conséquences liées aux difficultés d'audition) et leurs habiletés en santé auditive (p. ex. utilisation d'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. Avec l'adoption de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes [MESS, 2022*-a], l'offre d'interventions éducatives sur la santé auditive aux PPA est également considérée dans cette pratique clinique, selon les besoins exprimés ou observés chez elles. Il est à noter que cette section porte sur des interventions en soutien à la personne hébergée et aux PPA. La formation des membres du personnel est abordée, quant à elle, dans le cadre d'une pratique organisationnelle.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

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 appareils auditifs et les ASA [OOAQ, 2019*; Ferguson *et al.*, 2019; Bennett *et al.*, 2018; Bennett *et al.*, 2017; Henshaw *et al.*, 2012]. En effet, des études menées spécifiquement sur le sujet des habiletés des utilisateurs d'appareils auditifs indiquent qu'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]). 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.

Dans le cadre de la revue systématique réalisée pour cet avis, 17 études scientifiques examinent l'effet d'interventions éducatives variées (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. Peu de ces études ont été menées auprès de personnes vivant en milieu d'hébergement qui présentent des difficultés cognitives [Alicia 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; Wallhagen et Strawbridge, 2017; Caposecco *et al.*, 2016; Ferguson *et al.*, 2016; 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] (voir l'annexe E-6 du document *Annexes complémentaires*). Les données suggèrent notamment 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 ces appareils – Niveau de preuve faible;
 - 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;
 - 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 d'appareils auditifs – Niveau de preuve faible.

Plusieurs variables peuvent être à considérer dans l'acquisition de connaissances et d'habiletés en matière d'appareils auditifs (p. ex. styles d'apprentissage [visuel, auditif et tactile] à privilégier selon le destinataire, degré de familiarité avec le sujet). Ces diverses variables mettent en évidence la nécessité d'adopter une approche personnalisée lors de l'offre d'interventions éducatives [Bennett *et al.*, 2018]. Afin que cette pratique soit accessible de façon équitable, les interventions éducatives doivent également être adaptées au niveau de littératie des différents publics cibles ayant des difficultés d'audition [Arnold *et al.*, 2019a; National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; Caposecco *et al.*, 2014]. En effet, les habiletés relatives à l'utilisation et la gestion d'un appareil auditif peuvent particulièrement se détériorer au fil du temps chez les personnes hébergées qui présentent des difficultés cognitives [Desjardins *et al.*, 2019]. La répétition des tâches liées à l'utilisation de l'appareil est encouragée afin de maintenir leurs compétences [Bennett *et al.*, 2018]. Certaines interventions (p. ex. celles visant

l'autogestion) peuvent être plus difficiles à réaliser auprès de certaines clientèles, telles que celles ayant une déficience intellectuelle, des difficultés motrices (p. ex. liées à l'arthrose, l'arthrite ou la maladie de Parkinson), un trouble du langage ou un trouble neurocognitif majeur (consultations). Néanmoins, diverses adaptations peuvent soutenir l'offre d'interventions éducatives auprès de ces personnes hébergées (p. ex. division de la tâche en étapes simples, utilisation de rappels vocaux, écrits ou visuels pour diminuer les oublis associés au port des appareils auditifs) [Meyer et Hickson, 2020*]. Pour leur part, les interventions visant l'autogestion pourraient augmenter la satisfaction de la personne en lien avec l'utilisation d'un appareil auditif, en plus de réduire l'impact des difficultés d'audition dans la vie quotidienne [Humes *et al.*, 2020*; Arnold *et al.*, 2019b; Philipsen et Gregory, 2016*].

L'importance de développer les connaissances des PPA, afin qu'ils deviennent des partenaires dans l'implantation des interventions ciblées, est soulignée à quelques reprises, tous milieux d'hébergement confondus (consultations). Plusieurs membres du personnel sont aussi 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).

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. Les perceptions relatives à l'efficacité des interventions d'éducation et d'autogestion réalisées au bénéfice de la personne hébergée et des PPA varient selon les personnes interrogées (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 MHLD du Québec (consultations).

Recommandation

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

Précisions sur les modalités et les 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.

2.2.2.3 Le soutien émotionnel

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. Il peut être offert selon diverses modalités, dans le cadre de rencontres individuelles ou de groupe, avec ou sans la participation des PPA des résidents. Le soutien émotionnel à l’égard des difficultés d’audition 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.

Éléments soutenant l’appréciation de la valeur de la pratique

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]; [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 ([Rutherford *et al.*, 2018; Pronk *et al.*, 2013] dans [Bennett *et al.*, 2020b]). Une atteinte au bien-être émotionnel peut également influencer négativement l'utilisation des services 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].

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*]. Ce soutien pourrait 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*]. Le soutien émotionnel pourrait également faciliter l'adaptation des nouveaux résidents à l'environnement du MHLD et à leur participation aux activités, de même que favoriser le port des appareils auditifs (consultations).

Dans le cadre de la revue systématique réalisée pour cet avis, six études scientifiques ont été retenues. Celles-ci portent sur différentes interventions de soutien [Lazzarotto *et al.*, 2019; Molander *et al.*, 2018; Armitage *et al.*, 2017; Heffernan *et al.*, 2016; Lazzarotto *et al.*, 2016; Saunders et Forsline, 2012] (voir l'annexe E-7 du document *Annexes complémentaires*). 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;
- les interventions de soutien diminuent l'anxiété et les symptômes dépressifs chez les personnes qui présentent des difficultés d'audition – Niveau de preuve faible.

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 [National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016*].

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). Certains auteurs de même que les parties prenantes consultées soulignent la nécessité de soutenir le développement des compétences des différents membres du personnel qui œuvrent au sein des MHLD, pour offrir du soutien émotionnel aux résidents à l'égard de leurs difficultés d'audition ([Bennett *et al.*, 2021b] et consultations).

Par ailleurs, selon diverses organisations, différents intervenants en santé et en services sociaux pourraient contribuer à la mise en œuvre de cette pratique ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; OOAQ, 2016*] et consultations). La perception quant à son applicabilité est variable parmi les personnes consultées.

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.

Précisions sur les modalités et les 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 de la personne hébergée.

2.3 Pratiques organisationnelles

Quatre pratiques organisationnelles sont recommandées afin de répondre aux besoins en santé auditive des résidents des MHL. Deux d'entre elles ont comme objectif de combler les besoins des personnes hébergées : (1) la gestion des aides auditives par les milieux d'hébergement et (2) l'adaptation de l'environnement. Les deux autres pratiques sont à considérer en soutien à l'ensemble des pratiques : (3) la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF ainsi que (4) le soutien par la personne-ressource. Une courte description de chaque pratique ainsi que les éléments principaux qui soutiennent l'appréciation de sa valeur sont d'abord détaillés. Par la suite, les recommandations émises de même que les précisions suggérées au sujet des modalités et des conditions à considérer pour concrétiser ou accroître leur valeur dans les MHL sont présentées.

2.3.1 Pratiques organisationnelles en réponse aux besoins des personnes hébergées

2.3.1.1 La gestion des aides auditives par les milieux d'hébergement

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 aides de suppléance à l'audition 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, à assurer un entretien de base permettant un bon fonctionnement, à s'assurer que les appareils auditifs sont vérifiés et ajustés par un professionnel de l'audition ainsi qu'à en prévenir les bris, les pertes ou les vols.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

Parmi les personnes détentrices d'aides auditives, une proportion significative ne les utilise pas [Arnold *et al.*, 2019a]. De plus, dans des études portant sur l'état des aides auditives dans les MHL, les chercheurs ont constaté que 30 % à 70 % ne fonctionnaient pas ou devaient être réparées [Hopper et Hinton, 2012]. La prévention des bris et des pertes est donc importante pour épargner aux personnes hébergées des problèmes de communication et des démarches de remplacement de leurs aides auditives (consultations).

Une bonne gestion des aides auditives peut être efficace pour en favoriser un usage optimal [McCormack et Fortnum, 2013], mais cette pratique gagnerait à être améliorée dans les MHL québécois (consultations). Bien que 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, ces habiletés peuvent décliner en raison du vieillissement ou d'autres conditions de santé (p. ex. arthrose, maladie de Parkinson). Lorsque la personne n'est plus en mesure de gérer ses aides auditives, une tierce personne –PPA ou intervenant – devrait s'en occuper (consultations). Dans cette perspective, les aptitudes de la personne hébergée à utiliser et à gérer elle-même ses aides auditives devraient être évaluées lors de son arrivée en MHL et être réévaluées après un certain temps. L'information devrait être mise à jour au dossier ou au plan de soins (consultations).

En général, les intervenants manqueraient de connaissances et de confiance en leurs capacités au regard du fonctionnement et de l'entretien des aides auditives [Ray *et al.*, 2019; Pryce et Goberman-Hill, 2013]. Le roulement du personnel et le transfert des personnes hébergées d'un endroit à un autre contribueraient également à la perte des aides auditives (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.

Diverses stratégies organisationnelles pour prévenir les bris et les pertes de même qu'assurer l'entretien de base des aides auditives ont d'ailleurs été identifiées [McShea et Ferguson, 2022; Crosbie *et al.*, 2019; Caron, 2014*; Haque *et al.*, 2012]. Par exemple, les personnes consultées ont suggéré d'intégrer l'utilisation des aides auditives ou d'un ASA à la feuille d'administration des médicaments (FADM) et aux autres plans de soins de l'établissement, ou encore de mettre en place un système de rangement sécuritaire géré par les intervenants. Pour ce qui est de la vérification des aides auditives et de leur ajustement aux besoins de la personne hébergée, ceux-ci devraient se faire au moins une fois par an [Rousseau, 2014*]. Malgré les politiques et les procédures recensées

auprès de quelques établissements du RSSS [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*], le partage des responsabilités entre la personne hébergée, les PPA, le personnel et les instances administratives des MHLD dans les différentes stratégies de gestion des aides auditives demeure à clarifier.

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

Recommandation

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

Précisions sur les modalités et les 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.

2.3.1.2 L'adaptation de l'environnement

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. Les activités quotidiennes en MHLD génèrent leur lot de bruits ambiants, qui s'ajoutent aux bruits extérieurs.

L'implantation de stratégies d'adaptation de l'environnement, notamment sur le plan de

l'acoustique et de l'éclairage, est donc importante pour favoriser la communication et la mise en œuvre de stratégies compensatoires (comme la lecture labiale) par les personnes hébergées qui présentent des difficultés d'audition. Cependant, puisque ces dernières 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.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

L'acuité auditive diminue d'environ un décibel par an, après l'âge de 65 ans, et les personnes âgées sont sensibles aux effets néfastes du bruit [MMP Architects, 2018*]. L'acuité visuelle baisse aussi avec l'âge, au point qu'à partir de 55 ans, la quantité de lumière nécessaire est de 300 % plus grande qu'à l'âge de 25 ans, et ce, pour une performance visuelle équivalente [ANESM, 2016*]. Un éclairage approprié, qui tient compte des effets de l'âge, est donc important, car les personnes présentant des difficultés d'audition compensent parfois par la lecture des informations écrites et la lecture labiale. Un bon éclairage comporte d'autres avantages, dont la prévention des chutes.

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. Au Canada et ailleurs, les gouvernements ont mis en place des normes relatives à l'acoustique et à l'éclairage [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, pour les MDA et les MA en cours de construction, les exigences techniques prévoient déjà un environnement acoustique favorable à la communication. Les mêmes exigences sont également établies pour la rénovation des MHLN 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).

Selon les avis publiés par diverses organisations professionnelles, l'adaptation de l'environnement dans les MHLN 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 [OOAQ, 2019*; OIIQ, 2016*; Coopérative CISAME, ANESM, 2015*]. Les mesures sonores prises dans les MHLN 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, ce qui est comparable au bruit produit par un trafic routier intense [MMP Architects, 2018*]. Ce bruit provient d'une pluralité de sources, dont particulièrement les conversations entre les membres du personnel, les opérations quotidiennes (p. ex. équipements) et le fonctionnement des appareils électroniques [Aletta *et al.*, 2018; Joosse, 2011].

Un environnement sonore favorable à la communication peut être bénéfique tant pour les personnes hébergées que pour les membres du personnel [McCullagh *et al.*, 2022; Huisman *et al.*, 2017]. Des modifications simples de l'environnement pourraient améliorer significativement la communication pour les personnes présentant des difficultés d'audition ([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). Il pourrait s'agir, par exemple, de changer l'emplacement des meubles dans la chambre de la personne hébergée pour qu'elle ait un meilleur contact visuel avec ses interlocuteurs (consultations). Cependant, les mesures correctives contre les nuisances liées au bruit qui impliquent des travaux complexes, voire la reconstruction d'éléments du bâtiment, sont coûteuses, d'où l'importance de prendre en compte l'environnement sonore dès la planification et la construction des milieux [Vivre en ville, 2020*].

Il existe des guides auxquels les MHLD peuvent se référer. Ceux-ci décrivent des adaptations simples et peu coûteuses à mettre en place (p. ex. utiliser des patins en feutre sous les tables et les pieds de chaises ainsi que des roulettes antibruit pour les chariots), qui diminuent le niveau sonore et donc, favorisent la communication des personnes présentant des difficultés d'audition [ANESM, 2016*; Saint-Laurent et Louis, 2012*]. Les MHLD pourraient identifier les principales sources de bruit et déterminer celles sur lesquelles ils ont le pouvoir d'agir, de façon à réduire l'émission de bruit et atténuer l'impact du bruit inévitable. Par exemple, l'horaire des activités quotidiennes pourrait être établi en fonction du niveau de bruit qu'elles génèrent. 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 [Thomas *et al.*, 2020; Joosse, 2011].

La formation du personnel pourrait soutenir l'adaptation de l'environnement pour favoriser la communication. Plusieurs intervenants (p. ex. audiologiste, infirmière, ergothérapeute, personne-ressource en santé auditive ou ingénieur environnemental) pourraient collaborer pour déterminer les changements pertinents à apporter à l'environnement (consultations). Selon les personnes consultées, la pratique consistant à adapter l'environnement est plutôt applicable et indiquée, quoique la structure de certains milieux d'hébergement actuels au Québec limiterait les possibilités d'adaptation (consultations).

Recommandation

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

Précisions sur les modalités et les 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.

2.3.2 Pratiques organisationnelles en soutien à l'ensemble des pratiques

2.3.2.1 La formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des ressources intermédiaires – ressources de type familial

Description de la pratique

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

Plusieurs thèmes généraux peuvent être envisagés en ce qui concerne la santé auditive (p. ex. impacts des difficultés d'audition pour les personnes hébergées, dépistage des difficultés d'audition, stratégies de communication appropriées, gestion des aides auditives). La sélection des thèmes de la formation donnée aux intervenants peut aussi être réalisée selon les besoins spécifiques des personnes hébergées qu'ils desservent.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

Les besoins des personnes hébergées en matière de santé auditive sont diversifiés. Selon les personnes consultées, le personnel de soins des MHLD québécois n'aurait pas les compétences suffisantes pour y répondre et pourrait bénéficier d'une formation. Comme les difficultés relatives à l'audition peuvent passer facilement inaperçues, il est important de sensibiliser les intervenants, notamment au sujet des personnes ayant des troubles cognitifs [Ray *et al.*, 2019; Pryce et Gooberman-Hill, 2013].

Selon les données issues de la littérature scientifique, la formation mène à une amélioration des connaissances théoriques et pratiques/habiletés pour le personnel, de même qu'à une augmentation du sentiment de confiance et d'auto-efficacité [McShea et Ferguson, 2022; Leedy *et al.*, 2021; McShea, 2015]. Or, la thématique de la santé auditive semble absente ou peu abordée dans les formations initiales données aux intervenants, d'où la pertinence de l'inclure dans la formation continue [McShea et Ferguson, 2022; Thai-Van *et al.*, 2021].

La formation du personnel pourrait être bénéfique pour la santé auditive des résidents en MHLD [OOAQ, 2019*; National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2016*]. Pour les personnes consultées, elle apparaît nécessaire afin de soutenir la

qualité des interventions offertes. Dans l'une des études retenues pour cet avis, une augmentation du taux de détection des difficultés auditives, du nombre de références vers des professionnels de l'audition et de l'entretien des appareils auditifs a été notée à la suite d'une formation donnée au personnel d'un milieu d'hébergement [McShea, 2015]. Dans une autre étude, les réparations d'appareils auditifs ont été faites sur place, et certaines personnes hébergées ont pu utiliser des fonctions de leurs appareils qu'ils n'utilisaient pas avant [McShea et Ferguson, 2022].

Les personnes consultées précisent que dans le RSSS, des initiatives de formation sur la santé auditive existent déjà (p. ex. formule « capsules en ligne de courte durée »). L'offre serait cependant à bonifier. Pour ce faire, la collaboration entre les acteurs impliqués en santé auditive des établissements du RSSS, des ordres professionnels et des associations en déficience auditive pourrait donner lieu à d'autres offres de formation. De plus, il serait possible d'intégrer l'offre de formation en santé auditive dans les plans de formation déjà établis dans les MHL et dans les outils existants, comme la plateforme « Environnement numérique d'apprentissage – formation continue partagée » (ENAF-FCP). Cet ajout de thèmes sur la santé auditive pourrait toutefois s'avérer plus complexe dans les RI et les RTF (consultations). Dans l'organisation des formations, il est important d'adapter le contenu aux besoins des milieux. Le manque de temps, le nombre élevé de formations obligatoires et le roulement du personnel constituent des obstacles à considérer lors de l'implantation de cette pratique. Il est également important de rejoindre la main-d'œuvre indépendante lors des activités de formation, car sa part du personnel peut atteindre 40 % dans certains milieux (consultations). Enfin, il serait pertinent que le personnel de soutien et de loisirs, les bénévoles et les personnes responsables des RI-RTF reçoivent de la formation sur le sujet de la santé auditive ([National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; ANESM, 2016*] et consultations).

Aucune donnée n'a été répertoriée dans la littérature scientifique pour documenter précisément les aspects économiques (p. ex. : coûts directs et indirects) de la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF. Toutefois, la dispensation de formations peut entraîner certains coûts, notamment en termes de libération et de remplacement de personnel. Actuellement, la formation sur la santé auditive est une pratique peu implantée dans les MHL québécois, mais elle est perçue comme très applicable (consultations). Il est donc important que le personnel de tous les milieux d'hébergement soit formé. Le contenu et le choix des formations devraient être déterminés selon les intervenants et les milieux, afin de répondre aux besoins des résidents. À long terme, la formation pourrait notamment avoir comme objectifs de développer et consolider une culture de la santé auditive, 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).

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.

Précisions sur les modalités et les 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.

2.3.2.2 La personne-ressource

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.

Éléments soutenant l'appréciation de la valeur de la pratique

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]. En effet, les intervenants ne possèderaient pas toujours les connaissances nécessaires pour réaliser les diverses tâches relatives aux pratiques en santé auditive, telles que celles liées à l'entretien des aides auditives (consultations). Le fait de désigner une personne de référence pour accompagner les membres du personnel d'un ou de plusieurs MHL D 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. La personne-ressource pourrait notamment s'assurer que les intervenants sont adéquatement formés pour participer à l'offre des diverses pratiques (consultations). Selon la littérature, le recours à une personne-ressource peut contribuer à un dépistage plus rapide des difficultés d'audition et à l'acheminement des références vers les services nécessaires [McShea et Ferguson, 2022; Brunkert *et al.*, 2021; Edwards *et al.*, 2017].

Dans le cadre de la revue systématique réalisée pour cet avis, 17 études scientifiques ont été retenues. Celles-ci documentent l'effet d'un « champion »⁶ en MHL D, en lien avec l'offre de différents soins et services auprès des résidents, tels que les soins auditifs, buccaux, cutanés, palliatifs ou associés à la gestion de la douleur (voir l'annexe E-8 du document *Annexes complémentaires*). Les données de 11 études ([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 d'une revue systématique [Hall *et al.*, 2021] et [Edwards *et al.*, 2017; Wiktamp *et al.*, 2016; Amerine *et al.*, 2014]) 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 confiance modéré.

⁶ 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.

Les données de neuf études ([Beeckman *et al.*, 2013; McCabe *et al.*, 2013; Resnick *et al.*, 2011] provenant d'une revue systématique [Hall *et al.*, 2021] et [McShea et Ferguson, 2022; Brunkert *et al.*, 2021; Lo *et al.*, 2018; Edwards *et al.*, 2017; Sharkey *et al.*, 2013]) suggèrent également que la présence d'une personne-ressource en milieu d'hébergement :

- 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.

Parmi les caractéristiques facilitatrices recensées au sujet des attributs des personnes-ressources se trouvent notamment l'engagement au regard du bon déroulement de la mise en œuvre des pratiques, 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].

Des connaissances et des compétences spécialisées en audition ne sont généralement pas un prérequis. Différents membres du personnel pourraient exercer ce rôle, tels que les infirmières, les infirmières auxiliaires, les ergothérapeutes et les gestionnaires ([McShea et Ferguson, 2022; Lo *et al.*, 2018] et consultations). L'intervenant peut être formé en cours d'emploi. Il devrait alors bénéficier de l'expertise ainsi que de l'accompagnement ou de la supervision d'un audiologiste, selon les besoins [OOAQ, 2019*; Action on Hearing Loss, 2018*; National Institute for Health and Care Excellence, 2018*; Palmer *et al.*, 2017; ANESM, 2016*]. 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*]. Les responsabilités de la personne-ressource doivent donc être définies selon les activités professionnelles permises par le code de déontologie propre à sa profession (consultations). 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. Le roulement et le manque de personnel sont nommés comme des obstacles à l'implantation de cette pratique (consultations). Dans la littérature, 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 son effet [Santos *et al.*, 2022; Hall *et al.*, 2021].

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). Par ailleurs, le rôle de personne-ressource s'apparente à celui d'autres fonctions déjà 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. Dans le domaine de la santé auditive, cette pratique semble applicable, mais requiert que les responsabilités de la personne-ressource soient bien balisées (consultations).

Recommandations

Pour chaque MHL, 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.

Précisions sur les modalités et les 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 MHL, ou être facilement accessible si elle est attitrée 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.

DISCUSSION

Dans les CHSLD du Québec, il est estimé qu'entre 60 % et 80 % des personnes hébergées présentent des difficultés d'audition suffisamment importantes pour nuire à la réalisation de leurs activités quotidiennes. Ces difficultés ne seraient toutefois pas identifiées chez plus de la moitié des personnes hébergées [MSSS, 2022*]. Cet avis a pour objectifs d'identifier les pratiques pertinentes pour favoriser la santé auditive des résidents vivant dans les différents MHLD de même que les modalités et les conditions visant à concrétiser ou accroître leur valeur. Ces travaux ont mené à l'identification de six principes généraux visant à soutenir la mise en œuvre de l'ensemble des pratiques : (1) faciliter l'accès à l'information; (2) intégrer les pratiques dans les protocoles et les routines; (3) adapter les pratiques selon les habiletés des personnes hébergées; (4) définir les rôles et les responsabilités des parties prenantes; (5) établir et consolider les collaborations et les partenariats et (6) planifier et mettre en œuvre des activités d'amélioration continue. Dans le cadre de cet avis, l'implantation de dix pratiques est recommandée, soit six pratiques cliniques (c.-à-d. dépistage des difficultés d'audition, nettoyage des conduits auditifs, stratégies de communication, aides auditives, interventions éducatives et soutien émotionnel) et quatre pratiques organisationnelles (c.-à-d. gestion des aides auditives, adaptation de l'environnement, formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF ainsi que soutien par la personne-ressource).

Les résultats rapportés dans cet avis visent à répondre au mandat qui provient de la mesure 22 du Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026, déposé par le MSSS en mai 2022. Cette mesure, qui porte sur la mise en place de moyens pour favoriser la santé auditive des personnes hébergées, vise notamment à identifier les pratiques permettant d'améliorer la perception auditive, de détecter les difficultés d'audition et d'en diminuer les impacts. Dans le cadre de cet avis, les pratiques retenues, de même que les principes généraux sur lesquels celles-ci s'appuient, s'arriment avec les six principes directeurs dudit Plan d'action, qui sont : (1) respect de la dignité de la personne; (2) exercice des droits de la personne et soutien à son autodétermination; (3) actualisation de l'approche de partenariat entre l'usager, les proches et les acteurs du RSSS; (4) mieux-être de la personne hébergée; (5) personnalisation des soins et des services et (6) promotion et actualisation de la bientraitance [MSSS, 2022*]. Par exemple, l'ensemble des pratiques cliniques ici recommandées visent le respect de la dignité et du mieux-être des personnes, en répondant à leurs besoins de communication par des moyens appropriés et respectueux de leurs droits. Le principe relatif à l'importance d'adapter les pratiques selon les habiletés des personnes hébergées appuie le concept d'autodétermination, de même que celui préconisant la valorisation des collaborations, lequel s'inscrit dans l'approche de partenariat entre le résident, ses proches et les acteurs du RSSS. Enfin, les pratiques identifiées favorisent la promotion de la bientraitance des personnes hébergées, de manière à offrir des soins et des services soucieux de considérer leurs besoins au regard des difficultés d'audition et d'y répondre au moment opportun.

Diverses associations soulignent la nécessité de formuler des directives cliniques à l'intention des intervenants, dans la perspective de valoriser une approche holistique de soins en santé auditive (*American Speech-Language-Hearing Association*, 2020; *Audiology Australia*, 2013; *British Society of Audiology*, 2016, cités dans [Bennett *et al.*, 2021c]). En effet, en plus d'aborder les difficultés d'audition et les conséquences qu'elles engendrent sur la communication, un nombre croissant d'écrits soulignent la nécessité d'en considérer les impacts psychologiques, émotionnels et sociaux et d'agir à cet égard [Bennett *et al.*, 2021c]. Les pratiques cliniques recommandées dans cet avis portent sur plusieurs sphères de la santé des personnes hébergées et s'inscrivent dans l'optique d'offrir une réponse complète aux besoins en santé auditive des résidents en MHL. Certaines de ces pratiques sont susceptibles de bénéficier à l'ensemble des résidents au sein des différents MHL, alors que d'autres apparaissent particulièrement pertinentes à déployer auprès de certaines personnes hébergées considérant leurs besoins spécifiques, dans la mesure des ressources disponibles. Lors des consultations, l'adaptation de l'offre de soins et de services en MHL pourrait être amorcée auprès des résidents qui présentent des difficultés d'audition, avec l'introduction des cinq pratiques suivantes : dépistage des difficultés d'audition, nettoyage des conduits auditifs, utilisation des stratégies de communication, formation et soutien par une personne-ressource.

Les données présentées dans cet avis ont le potentiel de soutenir les milieux d'hébergement dans la mise en œuvre des pratiques à différents niveaux. Les éléments d'appréciation de la valeur respectifs à chacune d'elles permettent d'abord d'étayer l'importance de la santé auditive et de son impact sur différentes sphères de la santé des personnes hébergées, et ce, pour l'ensemble des milieux. Pour leur part, les recommandations informent les milieux sur les pratiques à mettre en place. Les précisions sur les modalités et les conditions, quant à elles, visent à accompagner les différents acteurs dans l'actualisation de ces recommandations. En somme, l'ensemble des informations présentées pour chacune des pratiques a le potentiel de soutenir les milieux d'hébergement dans l'appropriation de celles-ci, quel que soit les services actuellement déployés auprès des personnes hébergées.

Par ailleurs, l'importance de certaines caractéristiques relatives aux intervenants et aux contextes de pratique a été documentée de manière transversale à l'implantation de plusieurs pratiques. En effet, le besoin de développer les connaissances des intervenants sur la santé auditive est particulièrement documenté dans les écrits, à titre de barrière potentielle à l'implantation de diverses pratiques en santé auditive [DeJonckheere *et al.*, 2021; Zazove *et al.*, 2020; McCullagh et Frank, 2013]. Parmi les autres caractéristiques fréquemment rapportées se trouvent le manque de temps et d'outils (p. ex. : pour réaliser le dépistage [McCullagh et Frank, 2013]), le manque de confiance des intervenants en leurs propres habiletés ainsi que le manque de support de leurs pairs afin de développer lesdites habiletés [Bennett *et al.*, 2021c; Bennett *et al.*, 2020b]. Ces constats appuient notamment la pertinence de déployer des pratiques organisationnelles telles que la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF ainsi que le soutien d'une personne-ressource, afin d'optimiser

les retombées relatives à l'implantation de l'ensemble des pratiques cliniques au sein des MHL.

Cet avis comporte des limites, qui doivent être soulignées. D'une part, compte tenu des données disponibles, une revue systématique de la littérature scientifique sur l'efficacité des pratiques identifiées n'a pu être réalisée que pour sept d'entre elles (sur dix). Pour les trois autres pratiques (c.-à-d. formation, gestion des appareils auditifs et adaptation de l'environnement), ce sont les données issues de la littérature grise et des consultations qui ont contribué à documenter l'appréciation de leur valeur respective, notamment en raison de la difficulté à trouver des études sur la santé auditive spécifiquement en milieu d'hébergement. De plus, il est à noter que les écrits publiés pour certaines pratiques (p. ex. études psychométriques en lien avec l'élaboration d'outils pour le dépistage des difficultés d'audition) n'ont pas été analysés de manière aussi détaillée que ceux retenus au regard des critères de la revue systématique. Dans le même ordre d'idées, certaines dimensions (p. ex. économique et socioculturelle) du nouveau cadre d'appréciation de la valeur de l'INESSS [INESSS, 2021*], n'ont pas pu être suffisamment documentées pour certaines pratiques, faute de données. Cela peut notamment avoir limité la formulation des précisions sur les modalités et les conditions qui accompagnent les recommandations. Par ailleurs, à défaut de trouver des études répondant à l'ensemble des critères d'inclusion, quelques études ne portant pas spécifiquement sur la santé auditive ont été incluses (p. ex. pour la pratique « personne-ressource », utilisée dans d'autres domaines comme la santé buccodentaire).

La réalisation de cet avis a permis de dégager quelques pistes de réflexion susceptibles de soutenir l'implantation d'une véritable « culture de la santé auditive » [Fogelson *et al.*, 2021]. Il apparaît pertinent de valoriser l'intégration de notions de base en lien avec la santé auditive dans les cursus des formations collégiales et universitaires, à l'intention des intervenants en santé et en services sociaux qui n'œuvrent pas dans le domaine de l'audition. Des études pourraient également être effectuées sur l'implantation des pratiques en collaboration avec les programmes de formation collégiale et universitaire. Par ailleurs, avec l'évolution des technologies, l'offre croissante d'appareils en vente libre pose un certain nombre d'enjeux, notamment au regard de l'absence de réglementation et les risques inconnus à long terme liés à leur utilisation. Il apparaît nécessaire de documenter les différents impacts de l'usage de ces technologies pour les différentes clientèles qui résident en milieu d'hébergement. Enfin, la planification et la mise en œuvre d'activités d'amélioration continue sont indispensables pour le suivi de l'implantation des pratiques recommandées, afin de soutenir une prise en charge pérenne de la santé auditive des résidents en MHL.

CONCLUSION

La prévalence élevée des difficultés d'audition chez les résidents des MHLD au Québec de même que les conséquences qui leur sont associées sur plusieurs sphères de la santé invitent l'ensemble des intervenants à tenir compte des besoins de cette population dans l'offre des différents services. Dans un premier temps, le présent avis a permis de mettre de l'avant des recommandations en faveur de l'actualisation de dix pratiques pertinentes, soit six pratiques cliniques et quatre pratiques organisationnelles, afin d'améliorer la prise en charge de la santé auditive chez les personnes hébergées au sein des différents MHLD. Le dépistage des difficultés d'audition, le nettoyage des conduits auditifs et l'utilisation de stratégies de communication constituent des pratiques cliniques essentielles à considérer. Pour leur part, l'offre d'aides auditives, les interventions éducatives et le soutien émotionnel sont des pratiques cliniques qu'il est important de mettre en place, selon les besoins des personnes hébergées. Enfin, quatre pratiques organisationnelles ont été ciblées soient: la gestion des aides auditives, l'adaptation de l'environnement, la personne-ressource et la formation du personnel, des bénévoles et des personnes responsables des RI-RTF afin de répondre aux besoins des résidents et soutenir l'implantation de l'ensemble des pratiques. De manière transversale, six principes généraux sont également décrits dans l'objectif d'accompagner le déploiement de l'ensemble de ces pratiques au sein des MHLD. Dans l'optique de soutenir les différents acteurs (p. ex. intervenants, personnes responsables des RI-RTF) dans la mise en œuvre et l'adaptation des services visant à favoriser la santé auditive, diverses modalités et conditions sont aussi présentées dans cet avis, afin de concrétiser la valeur de chaque pratique. Ces pratiques concordent avec le Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026. Enfin, il est essentiel de reconnaître l'importance de la santé auditive et de son impact biopsychosocial potentiel pour répondre adéquatement aux besoins des personnes hébergées.

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 [site Web]. 2018*. Disponible à : https://rnid.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/A1422_Info-sheet_checking-for-hearing-loss-and-next-steps_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 de santé publique du Canada. Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence. Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections : trousse d'outils de l'évaluation critique. Ottawa, Ontario : 2014. Disponible à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-119-2014-fra.pdf.
- 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.
- 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>.
- Ahtisham Y et Jacoline S. Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson need theory. International Journal of Caring Sciences 2015;8(2):443-50.
- 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.
- 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*. Disponible à : <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/all-clinical-recommendations/hearing.html>.
- 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. Preferred practice patterns for the profession of audiology. 2006*. Disponible à : www.asha.org/policy.
- 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.
- Anon. Caring for hearing- and vision-impaired residents. *CNA Training Advisor: Lesson Plans for Busy Staff Trainers* 2020;18(12):1-5.
- 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;22:686-700.
- 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.
- Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec. Qu'est-ce que l'ORL [site Web]. 2022*. Disponible à : <https://orlquebec.org/a-propos-de-lorl/quest-ce-que-lorl/>.
- 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>.
- Audition Québec. Causes et maladies [site Web]. 2022*. Disponible à : <https://auditionquebec.org/causes-et-maladies/>.
- Aures Fortin & Gendron Audioprothésistes. Capsules informatives - Tout ce que vous devez savoir sur les appareils auditifs [site Web]. 2019. Disponible à : <https://aures.ca/tout-savoir-appareils-auditifs/>.
- 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.
- Bamiou DE. Chapter 35 - Hearing disorders in stroke. Dans : Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF, réd. *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier; 2015 633-47 :. Disponible à : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444626301000354>.
- 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.
- 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, 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* 2018;27(4):604-13.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Burton M, Adams M, Rosenfeld R. Cochrane corner: interventions to improve hearing aid use in adult auditory rehabilitation. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 2014;151(6):930-3.
- 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://chslmcduff.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.
- 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.
- 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>.
- Commissaire à la santé et au bien-être. Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19. Le devoir de faire autrement. 2022. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1.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, 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* 2019;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.

- 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.
- Cunningham LL et Tucci DL. Hearing loss in adults. *New England Journal of Medicine* 2017;377(25):2465-73.
- 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://mid.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.
- 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* 2016;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 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.
- Fougeyrollas P. Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap'(MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue* 2021;21(235):15-9.
- Fuente A, McPherson B, Hickson L. Auditory dysfunction associated with solvent exposure. *BMC Public Health* 2013;13(39):1-12.
- 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.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Lignes directrices du ministère du Développement social relatives à la conception des foyers de soins version 3.0. 2015*.

Gouvernement du Québec. Thésaurus de l'activité gouvernementale. Fiche du terme - Prothèse auditive [site Web]. 2023*. Disponible à : <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=10281>.

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, Davidson B. Patient-centred audiological rehabilitation: perspectives of older adults who own hearing aids. International Journal of Audiology 2014;53 Suppl 1:S68-75.

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.

Hearing Loss Association of America. Position paper - Screening for hearing loss in primary health care settings. Bethesda, MD : 2015*. Disponible à : https://www.hearingloss.org/wp-content/uploads/PositionPaper_ScreeningforHLinPrimaryHealthCareSettings.pdf?pdf=PositionScreen.

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.
- 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.
- Hooper E, Simkin Z, Abrams H, Camacho E, Charalambous AP, Collin F, *et al.* Feasibility of an Intervention to Support Hearing and Vision in Dementia: The SENSE-Cog Field Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019;67(7):1472-7.
- 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. *Research on Aging* 2021;44(2):186-204.
- Hubbard HI, Mamo SK, Hopper T. Dementia and Hearing Loss: Interrelationships and Treatment Considerations. *Seminars in Speech & Language* 2018;39(3):197-210.
- 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, 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.
- 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 d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Énoncé de principes et fondements éthiques. Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux. Québec, Qc. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf. 2021*;
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Typologie des produits de connaissances de l'INESSS. Québec, Qc. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS-Typologie-des-produits.pdf>. 2017*;
- 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.
- Jones CA, Siever J, Knuff K, Van Bergen C, Mick P, Little J, *et al.* Walk, Talk and Listen: a pilot randomised controlled trial targeting functional fitness and loneliness in older adults with hearing loss. *BMJ Open* 2019;9(4):e026169.
- Joosse 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.
- 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.
- Laplane-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.
- Laplane-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. Factors influencing rehabilitation decisions of adults with acquired hearing impairment. *International Journal of Audiology* 2010;49:497–507.
- 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.
- Leroi I, Himmelsbach I, Wolski L, Littlejohn J, Jury F, Parker A, *et al.* Assessing and managing concurrent hearing, vision and cognitive impairments in older people: an international perspective from healthcare professionals. *Age and Ageing* 2019;48(4):580-7.
- Lin F, Metter E, O'Brien R, Resnick S, Zonderman A, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Archives of Neurology* 2011;68(2):214-20.
- 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.
- Mamo SK, Reed NS, Price C, Occhipinti D, Pletnikova A, Lin FR, Oh ES. Hearing loss treatment in older adults with cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Speech Language & Hearing Research* 2018;61(10):2589-603.
- Manchaiah V, Taylor B, Dockens AL, Tran NR, Lane K, Castle M, Grover V. Applications of direct-to-consumer hearing devices for adults with hearing loss: a review. *Clinical Interventions In Aging* 2017;12:859-71.
- 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 MM, Stransky ML, Reichard A. Hearing loss and associated medical conditions among individuals 65 years and older. *Disability and Health Journal* 2018;11(1):122-5.
- 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, Fletcher A. Identifying the barriers and facilitators to optimal hearing aid self-efficacy. *International Journal of Audiology* 2014;53 Suppl 1:S28-37.
- 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 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.
- Michaud HN et Duchesne L. Aural rehabilitation for older adults with hearing loss: impacts on quality of life - A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Audiology* 2017;28(7):596-609.
- Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 2014;150(3):378-84.
- 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*-a. Disponible à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/R-1.1.pdf>.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Loi sur les audioprothésistes. Chapitre A-33, Section IV Article 7, 1973, c 54, a 7 2022*-b. Disponible à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/a-33#:~:text=Constitue%20l'exercice%20de%20la,de%20remplacer%20des%20proth%C3%A8ses%20auditives>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées. 2022*. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003375/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vie qui nous ressemblent. 2021*. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux [site Web]. 2018*. Disponible à : [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/#:~:text=Le%20Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20de,et%20des%20services%20sociaux%20\(RSSS\).](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/#:~:text=Le%20Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20de,et%20des%20services%20sociaux%20(RSSS).)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Glossaire - Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux. 2017*. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001189/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. 2016*. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/cadre-de-reference-ri-rtf/>.
- 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.
- 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.
- Moyer VA *et al.* 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.
- Ng JH et Loke AY. Determinants of hearing-aid adoption and use among the elderly: a systematic review. International Journal of Audiology 2015;54(5):291-300.
- 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>.
- Nieman CL et Oh ES. Hearing Loss. Annals of Internal Medicine 2020;173(11):ITC81-96.
- 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.
- Office des professions du Québec. Loi 90 (2002, chapitre 33): Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002) - Cahier explicatif. 2003*. Disponible à : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.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. Qui est l'audiologiste? [site Web]. 2022*-a. Disponible à : <https://www.ooaq.qc.ca/consulter/audiologiste/definition-audiologiste/>.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Rapport annuel 2021-2022 [site Web]. 2022*-b. Disponible à : 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.
- 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.
- Organisation mondiale de la Santé. Hearing screening: considerations for implementation. 2021. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344797>.
- 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>.
- Pichora-Fuller MK, Dupuis K, Reed M, Lemke U. Helping older people with cognitive decline communicate: hearing aids as part of a broader rehabilitation approach. *Seminars in Hearing* 2013;34(4):308-30.

- 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.
- Polyclinique de l'Oreille. Questionnaire de dépistage auditif [site Web]. 2023*. Disponible à : <https://www.polycliniquedeloreille.com/test-auditif-complet/questionnaire-auditif-en-ligne>.
- Pourtois J-P et Desmet H. L'éducation postmoderne. Presses Universitaires de France; 2012.
- 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.
- Pronk M, Deeg DJ, Smits C, van Tilburg TG, Kuik DJ, Festen JM, Kramer SE. Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: identification of subgroups. *International Journal of Audiology* 2011;50(12):887-96.
- 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.
- Punch R et Horstmanshof L. Hearing loss and its impact on residents in long term care facilities: Asystematic review of literature. *Geriatric Nursing* 2019;40(2):138-47.
- 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.
- 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.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. Aides auditives [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/aides-auditives>.
- 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.
- Rydzewska E, Hughes-McCormack LA, Gillberg C, Henderson A, MacIntyre C, Rintoul J, Cooper S-A. Prevalence of long-term health conditions in adults with autism: observational study of a whole country population. *BMJ Open* 2018;8(8):e023945.
- 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.
- 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 et Forsline A. Hearing-aid counseling: Comparison of single-session informational counseling with single-session performance-perceptual counseling. *International Journal of Audiology* 2012;51:754-64.
- Saunders GH, Grush L, Vachhani J, Echt KV, Griest S, Lewis MS. Heterogeneity in vision, hand function, cognition, and health literacy among older veterans: impacts, outcomes, and clinical recommendations for first-time hearing aid users. *Journal of the American Academy of Audiology* 2021;32(6):355-65.
- 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.
- Sciacca A, Meyer C, Ekberg K, Barr C, Hickson L. Exploring Audiologists' Language and Hearing Aid Uptake in Initial Rehabilitation Appointments. *American Journal of Audiology* 2017;26(2):110-8.
- 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.
- 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 Journal* 2012;91(3):E25-E8.
- 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*.

- Statistique Canada. Perte auditive chez les Canadiens, 2012 à 2015 (page web). 2016*. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2016001/article/14658-fra.htm>.
- 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.
- 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>.
- UK National Screening Committee. UK NSC hearing loss in adults recommendation. Crown Copyright; 2016*. Disponible à : <https://legacyscreening.phe.org.uk>.
- Vaisbuch Y et Santa Maria PL. Age-Related Hearing Loss: Innovations in Hearing Augmentation. *Otolaryngologic Clinics of North America* 2018;51(4):705-23.
- 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.
- 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. Sound Connections. *The ASHA Leader* 2013;18(5):52-4.
- Weinstein BE, Sirow LW, Moser S. Relating hearing aid use to social and emotional loneliness in older adults. *American Journal of Audiology* 2016;25(1):54-61.
- 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>.
- 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.

- Woods M et Burgess Z. Report to department of health: report of the independent review of the hearing services program. 2021*. Disponible à :
<https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/09/report-of-the-independent-review-of-the-hearing-services-program-report.pdf>.
- 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.
- Zitelli L et Palmer CV. The Effect of Outpatient Interventional Audiology on Inpatient Audiology Services. *Seminars in Hearing* 2017;38(2):160-8.

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

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

