



Speech-Language & Audiology Canada
Orthophonie et Audiologie Canada
Communicating care | La communication à cœur

Orthophonie et Audiologie Canada

La communication à cœur

Mémoire relatif à l'étude d'INAN sur les soins de longue durée dans les réserves

Résumé

Dans un esprit de partenariat et de respect mutuel, Orthophonie et Audiologie Canada (OAC) aide les Premières Nations à concevoir des services d'orthophonie et d'audiologie axés sur la personne et offrant une sécurité culturelle, pour les établissements de soins de longue durée dans les réserves. Les troubles de parole, de langage, de communication, de déglutition (dysphagie), d'audition et d'équilibre sont courants chez les résidents des établissements de soins de longue durée. C'est pourquoi les orthophonistes, les audiologistes et les aides en santé de la communication sont essentiels pour assurer les meilleurs soins et améliorer la qualité de vie de ces personnes et, en retour, de leurs familles, des fournisseurs de soins et de la collectivité. Sur la base de données probantes, le présent mémoire recommande des mesures qui aideront les professionnels de l'orthophonie et de l'audiologie à répondre aux besoins de santé de la communication des résidents des établissements de soins de longue durée dans les réserves.

Nos recommandations sont les suivantes :

- 1) Que les établissements de soins de longue durée dans les réserves offrent des services d'orthophonie et d'audiologie aux aînés, aux personnes souffrant d'une maladie chronique et aux personnes recevant des soins palliatifs et terminaux, afin de répondre à leurs besoins en matière de santé de la communication.**
- 2) Que les orthophonistes et les audiologistes mènent des interventions en communication dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves, avec l'appui d'aides en santé de la communication.**
- 3) Que les établissements de soins de longue durée dans les réserves mettent en œuvre des programmes de dépistage de la dysphagie, avec l'aide d'orthophonistes.**
- 4) Que la recherche non autochtone soit considérée comme le point de départ des discussions des collectivités sur la prestation de services d'orthophonie et d'audiologie offrant une sécurité culturelle dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves.**

- 5) **Que le gouvernement fédéral investisse dans la recherche afin d'évaluer l'efficacité des interventions en orthophonie et en audiologie dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves.**
- 6) **Que le gouvernement fédéral réalise des investissements visant à accroître le nombre d'orthophonistes, d'audiologistes et d'aides en santé de la communication des Premières Nations.**

Orthophonie et Audiologie Canada (OAC)

OAC est la principale association nationale représentant plus de 6 400 orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication au Canada. Avec l'aide de nos membres et associés, nous travaillons à répondre aux besoins des personnes ayant un trouble de communication. En juin 2018, OAC a publié un [Énoncé de position sur les services orthophoniques et audiologiques aux Premières Nations](#).

Introduction

Dans un esprit de partenariat et de respect mutuel, OAC aide les Premières Nations à concevoir des services d'orthophonie et d'audiologie axés sur la personne et offrant une sécurité culturelle, pour les établissements de soins de longue durée dans les réserves. Des services d'orthophonie et d'audiologie, adaptés aux besoins des Nations, pourraient améliorer la qualité de vie des résidents des établissements de soins de longue durée, et de la collectivité qui les soutient.

Les recommandations d'OAC sont guidées par le respect des droits inhérents des Premières Nations, des droits ancestraux et issus des traités, ainsi que par les principes et les valeurs de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Plus précisément, les orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication reconnaissent le droit à l'autodétermination des Premières Nations, la valeur de leurs pratiques de guérison ainsi que la nécessité de réduire l'écart dans les résultats en matière de santé entre les Premières Nations et les collectivités non autochtones.

La communication verbale dans la culture des Premières Nations

Les Premières Nations du Canada possèdent un riche patrimoine de traditions orales, d'enseignements culturels et de contes. La préparation et la consommation de mets traditionnels et locaux constituent un aspect important de la culture et du mode de vie des Premières Nations. La capacité de communiquer par la parole, l'écoute et l'interaction sociale ainsi que la consommation de nourriture et l'usage de produits médicinaux peuvent avoir un effet positif sur la qualité de vie d'une personne autochtone.

Les orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication peuvent fournir une aide précieuse aux personnes éprouvant des difficultés à communiquer. Ces professions améliorent la qualité de vie et l'expérience en établissement de soins de longue durée en permettant aux membres des Premières Nations de continuer de communiquer le plus longtemps possible avec leurs familles, leurs amis, leurs collectivités et les travailleurs de la santé. En travaillant avec la personne, sa famille et la collectivité, les orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication peuvent aussi lui permettre de continuer à apprécier la nourriture et les produits médicaux en toute sécurité et à participer aux traditions culturelles, aux cérémonies et aux activités quotidiennes.

Les orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication s'efforcent de découvrir et de respecter l'importance de la tradition orale, de la nourriture et des produits médicaux ainsi que leurs rôles dans la culture des Premières Nations. En plus de soutenir le membre de la Première Nation résidant dans un établissement de soins de longue durée, la protection de ces aptitudes et valeurs peut aussi appuyer toute la collectivité en préservant sa capacité à transmettre les enseignements de sa culture et de son passé aux prochaines générations et à maintenir la tradition de l'histoire orale.

Nous savons que l'admission dans un établissement de soins de longue durée peut être pénible, voire traumatisante pour certains. Des services d'orthophonie et d'audiologie fournis dans le respect et le souci de la sécurité culturelle peuvent reconforter et soutenir les membres des Premières Nations résidant dans des établissements de soins de longue durée dans les réserves.

Troubles de l'ouïe, de communication et de déglutition dans un contexte de soins de longue durée dans les réserves

- 1) OAC recommande que les établissements de soins de longue durée dans les réserves offrent des services d'orthophonie et d'audiologie aux aînés, aux personnes souffrant d'une maladie chronique et aux personnes recevant des soins palliatifs et terminaux, afin de répondre à leurs besoins en matière de santé de la communication.**

Les données disponibles montrent qu'en général, les Premières Nations affichent des niveaux de santé inférieurs dans tous les aspects mesurables, en comparaison des Canadiens non autochtones (Assemblée des Premières Nations, 2017). Les membres des Premières Nations sont plus susceptibles de subir un accident vasculaire cérébral que les autres Canadiens (Régie de la santé des Premières Nations, n.d.). Par rapport à la population non membre des Premières Nations, le taux de démence est supérieur de 34 % et le trouble apparaît 10 ans plus tôt (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2016). Bien que le Canada ne dispose pas de données portant expressément sur les Premières Nations, il est connu que la perte auditive est très courante chez les personnes âgées, la prévalence estimée de perte auditive chez les aînés internés se situant entre 80 et 97 % (Schow et Nerbonne, 1980; Stumer,

Hickson et Worrall, 1996; Statistique Canada, 2016). La perte auditive est aussi un facteur de risque important de démence (Lin et coll., 2011) et a été reconnue parmi les facteurs de risque modifiables les plus prometteurs au regard de ce trouble mental (Livingston et coll., 2017).

Des études de plus en plus nombreuses montrent que la perte auditive est associée à diverses maladies concomitantes, dont la dépression, l'anxiété, les troubles de communication, l'isolement social, l'instabilité émotionnelle, des difficultés accrues pour les fournisseurs de soins, des déficiences cognitives et une augmentation du risque de chute (Mulrow et coll., 1990; Boi et coll., 2012; Lin et coll., 2011; Lin et Ferrucci, 2012; Amieva, Ouvrard, Meillon, Rullier et Dartigues, 2018). Les recherches montrent aussi que la démence constitue un risque important de chute chez les résidents des maisons de soins infirmiers (Van Doorn et coll., 2003).

Les survivants d'accident vasculaire cérébral présentant des troubles importants et durables de communication et de déglutition résident souvent dans des établissements de soins de longue durée, tout comme les gens souffrant de démence, en particulier dans les phases tardives de la maladie, lorsque les difficultés de communication et de déglutition sont courantes. La perte auditive, les accidents vasculaires cérébraux, la démence et autres conditions neurologiques – souvent combinés à d'autres problèmes de santé chroniques ou faiblesses médicales complexes – rendent nécessaires les services d'orthophonie et d'audiologie dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves, pour aider les résidents à consommer de la nourriture et des produits médicaux traditionnels et à participer aux traditions culturelles, aux cérémonies et aux activités quotidiennes.

Les orthophonistes dépistent, diagnostiquent et traitent les troubles de communication et de déglutition (dysphagie). Les audiologistes font de même pour les pertes auditives périphériques ou centrales, les acouphènes, les troubles vestibulaires et les pertes d'équilibre. Les aides en santé de la communication appuient la prestation des services d'orthophonie et d'audiologie sous la supervision d'orthophonistes et d'audiologistes qualifiés. Les orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication œuvrent aussi au sein d'équipes interprofessionnelles assurant des soins de fin de vie.

Communication : élément clé des soins de longue durée de qualité

- 2) OAC recommande que les orthophonistes et les audiologistes mènent des interventions en communication dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves, avec l'appui d'aides en santé de la communication.**

L'aptitude des fournisseurs de soins à communiquer avec les résidents afin de comprendre leurs besoins est une condition essentielle à des soins de longue durée de qualité. Lorsque les résidents d'établissements de soins de longue durée ne peuvent exprimer leurs besoins, comprendre les autres ou être compris, que ce soit en raison d'un accident vasculaire cérébral

ou de la démence, les interactions en souffrent, tout comme la qualité des soins. Environ 80 % des résidents d'établissements de soins de longue durée éprouvent une perte auditive. Environ la moitié souffrent d'une déficience de modérée à grave (Garahan, Waller, Houghton, Tisdale et Runge, 1992). Des données indiquent que jusqu'à 57 % des résidents d'établissements de soins de longue durée éprouvent une déficience visuelle (Yamada et coll., 2014). Ces déficiences sensorielles aggravent les difficultés de communication de ces résidents.

Formation en communication pour les fournisseurs de soins

La responsabilité de veiller à ce que les résidents d'établissements de soins de longue durée reçoivent les meilleurs soins échoit souvent à des fournisseurs de soins non réglementés, qui n'ont pas nécessairement les aptitudes à communiquer requises pour prendre soin de résidents qui peuvent présenter des difficultés de communication. Des études systématiques indiquent qu'une formation en communication pour le personnel procure des résultats positifs tant pour les résidents que les fournisseurs de soins, et pourrait avoir une influence sur des symptômes neuropsychiatriques, selon certains éléments probants (McGilton, Boscart, Fox, Sidani, Rochon et Sorin-Peters, 2009; Egan, Bérubé, Racine, Leonard, et Rochon, 2010; Vasse, Vernooij, Spijker, Rikkert, et Koopman, 2010; Eggenberger, Heimerl, et Bennett, 2013). La recherche montre que les connaissances des fournisseurs de soins et leur aptitude à communiquer avec les résidents d'établissements de soins de longue durée peuvent être améliorées par les moyens suivants :

- Offrir une formation sur l'application de stratégies de communication individuelles utiles au quotidien et la sélection de sujets d'intérêt pour engager la conversation avec les résidents.
- Incorporer des méthodes didactiques pour enseigner au personnel l'application de nouvelles compétences, compte tenu des besoins des apprenants.
- Concevoir une intervention multifactorielle axée sur l'éducation, la pratique et le soutien.
- Mener des interventions en communication adaptées à la personne.

Des chercheurs canadiens ont mis au point des interventions en communication pour les résidents d'établissements de soins de longue durée souffrant de démence et les personnes qui reçoivent des soins continus complexes afin de se rétablir d'un accident vasculaire cérébral. Il a été établi que ces interventions permettent au personnel de mieux comprendre les troubles du langage et les aptitudes perçues dans les soins aux résidents présentant des difficultés de communication, après la formation (McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart, et Fox, 2010; Sorin-Peters, McGilton et Rochon, 2010). De plus, les interventions améliorent la qualité de vie des résidents et ont un effet positif sur les émotions et l'humeur des fournisseurs de soins, tout en réduisant leur tâche de travail et leur niveau de tension (McGilton et coll., 2017).

Les interventions en communication pour les fournisseurs de soins comprennent :

- 1) la création de plans de communication individualisés, par des orthophonistes

- 2) un atelier dans lequel un ou une orthophoniste et un membre du corps infirmier exposent des stratégies de communication et de gestion du comportement à appliquer auprès des résidents et recueillent les avis des fournisseurs de soins sur les plans de communication
- 3) des réunions hebdomadaires avec les fournisseurs de soins pour revoir les plans de communication et les aider à les mettre en œuvre.

Soins orthophoniques individualisés

Les résidents d'établissements de soins de longue durée peuvent aussi recevoir des soins orthophoniques individuels, qui les aideront à communiquer avec leurs familles, leurs amis, les membres de la collectivité et les travailleurs de la santé et à participer aux traditions culturelles, aux cérémonies et aux activités quotidiennes. Les gens ayant des difficultés de communication peuvent profiter de la thérapie des années après leur accident vasculaire cérébral (Moss et Nicholas, 2006; Allen et coll., 2012). L'orthophonie peut s'avérer utile pour certaines formes de démence, comme la démence frontotemporale (Jokel, Graham, Rochon et Leonard, 2014). D'autres résidents peuvent nécessiter des interventions utilisant des dispositifs de suppléance et d'autres moyens de communication, comme des planches de communication et des manuels, ou des générateurs de parole (Fried-Oken, Moony, et Peters, 2015).

Optimisation de la communication et de l'accessibilité par la gestion de la perte auditive

À leur arrivée à un établissement de soins de longue durée, bon nombre de résidents présentent une perte auditive non traitée (Chien et Lin, 2012; Popelka et coll., 1998). Les établissements de soins de longue durée posent des difficultés complexes aux personnes ayant une perte auditive : environnement acoustique défavorable (l'absence de tapis et d'absorbants acoustiques entraîne de la réverbération, qui contribue à la distorsion du son), situations de communication de groupe courantes pour les activités sociales, salles à manger bruyantes. La réadaptation des personnes ayant une déficience auditive vise à optimiser la fonction de communication et l'accessibilité, tout en réduisant l'impact de la perte auditive comme facteur de réduction de la participation.

La détection d'une perte auditive par un programme de dépistage réalisé dès l'admission à l'établissement de soins de longue durée optimise les perspectives de réadaptation du résident et facilite la gestion et la planification des soins pour le personnel. Après le dépistage et le diagnostic de perte auditive, la réadaptation audiolinguistique dans les établissements de soins de longue durée devrait comprendre les éléments suivants :

- évaluation des besoins de communication par des audiologistes (avec le soutien éventuel d'aides en santé de la communication)
- formation et orientation sur la perte auditive associée à l'âge, les stratégies d'adaptation, les attentes à l'égard des dispositifs d'amplification et les limites de ces appareils (p. ex. prothèses auditives) et d'autres possibilités de traitement

- technologies d'amplification
 - prothèses auditives et accessoires (pour téléviseur et téléphone)
 - aides de suppléance à l'audition, comme les amplificateurs personnels, les appareils pour téléviseur et les amplificateurs de téléphone
- formation en cours d'emploi sur la perte auditive associée à l'âge, la gestion et le [dépannage des dispositifs d'amplification](#), les aptitudes et les stratégies de communication
- stratégies de communication comportementales (y compris la formation du personnel); séances individuelles et collectives
- accessibilité du milieu : intégrer l'accès à la communication dans le plan d'accessibilité de l'établissement. Les interventions environnementales peuvent comprendre des recommandations sur la modification du milieu physique (p. ex. réduire le bruit ou optimiser l'acoustique et l'éclairage des pièces) ou du milieu social (p. ex. formation sur la réponse aux besoins des personnes ayant une déficience auditive).
- groupes sociaux et groupes de soutien pour les résidents souffrant d'une perte auditive importante

Bien que cette approche représente un plan de traitement idéal pour la perte auditive, l'accès à des audiologistes et aux instruments peut être limité dans les collectivités éloignées et il peut ne pas être rentable de maintenir une ou un audiologiste sur place quotidiennement. Bon nombre des activités requises chaque jour, comme le nettoyage, l'entretien et la réparation des prothèses auditives, les services d'installation et d'assistance pour les appareils et accessoires fonctionnels et les systèmes d'amplification de groupe, pourraient être exécutées sur place par du personnel formé et supervisé à distance par des audiologistes. D'autres services et fournisseurs peuvent aussi répondre efficacement aux besoins de bon nombre d'aînés ayant une déficience auditive, comme le travail de dépistage et la gestion du cérumen effectués par du personnel infirmier, le dépannage des appareils par le personnel de soutien, la formation sur les aptitudes à communiquer offerte par des orthophonistes et des aides en santé de la communication ainsi que des groupes de soutien, assurés par des ludothérapeutes, des travailleurs sociaux et des préposés aux services de soutien à la personne ayant suivi une formation appropriée.

Bien que l'amplification joue un rôle déterminant dans le rétablissement de l'audibilité, les prothèses auditives peuvent ne pas être une solution acceptable, abordable ou appropriée pour certains. En raison de la nature de la perte auditive associée à l'âge et de la présence de maladies incapacitantes concomitantes, l'utilisation de prothèses auditives peut s'avérer difficile pour bien des résidents d'établissements de soins de longue durée. D'autres appareils et accessoires fonctionnels peuvent être plus avantageux pour amplifier certaines sources sonores (comme un téléviseur), accroître la sécurité (p. ex. dispositifs d'avertissement visuels pour les alarmes) ou permettre la participation à des activités de groupe (p. ex. système de modulation de fréquences ou amplificateur personnel). Les appareils et accessoires fonctionnels comme les amplificateurs personnels coûtent moins cher, sont plus grands, plus faciles à utiliser et moins

susceptibles d'être égarés que les prothèses auditives, et sont idéaux à utiliser dans bien des situations à deux personnes, où l'amplification est nécessaire et tolérée. La technologie, de pair avec des modifications de l'environnement et de bonnes stratégies de communication, contribue à rendre l'environnement accessible et à réduire les restrictions que la perte auditive impose souvent dans le choix des activités et la possibilité d'y participer. Même sans le recours à l'amplification, la formation et l'orientation sur la perte auditive associée à l'âge ainsi que les stratégies de communication peuvent permettre une intervention très efficace pour les aînés ayant une perte auditive ainsi que leurs interlocuteurs et les fournisseurs de soins de santé.

Troubles de déglutition (dysphagie) : Lien avec la malnutrition dans un cadre de soins de longue durée

- 3) OAC recommande que les établissements de soins de longue durée dans les réserves mettent en œuvre des programmes de dépistage de la dysphagie, avec l'aide d'orthophonistes.**

Plus de 50 % des résidents d'établissements de soins de longue durée souffrent de dysphagie (Clave et coll., 2012; Clave et Shaker, 2015; Steele et coll., 1997). La dysphagie cause des complications constituant un danger de mort, comme la malnutrition, la déshydratation et la pneumonie par aspiration. D'ailleurs, une étude canadienne récente montre que la dysphagie et la malnutrition sont observées simultanément dans les établissements de soins de longue durée et que la dysphagie augmente sensiblement le risque de malnutrition chez les résidents de ces établissements (Namasivayam-MacDonald, Morrison, Steele, et Keller, 2017). En raison de ses effets nocifs sur la santé, la dysphagie doit être détectée rapidement par les orthophonistes, afin de permettre aux résidents d'établissements de soins de longue durée de profiter de la nourriture et des produits médicaux traditionnels et locaux, d'optimiser la prise de décisions sur l'absorption orale et les sondes d'alimentation et d'éviter les complications d'ordre médical.

Interventions en orthophonie et en audiologie dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves : incorporer les perspectives communautaires

- 4) OAC recommande que la recherche non autochtone soit considérée comme le point de départ des discussions des collectivités sur la prestation de services d'orthophonie et d'audiologie offrant une sécurité culturelle dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves.**
- 5) OAC recommande que le gouvernement fédéral investisse dans la recherche afin d'évaluer l'efficacité des interventions en orthophonie et en audiologie dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves.**

Les orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication respectent les droits à l'autodétermination des Premières Nations en s'employant ensemble à concevoir des services adaptés aux réalités culturelles et linguistiques, qui tiennent compte des besoins de la collectivité des Premières Nations en matière de santé.

En l'absence d'information sur les troubles de communication et de déglutition des membres des Premières Nations recevant des soins de longue durée et d'interventions adaptées aux établissements de soins de longue durée dans les réserves, les orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication discutent avec les intervenants communautaires en vue de définir des procédés de dépistage et de traitement des troubles de communication et de déglutition. Par un processus de consultation soutenu, adapté et mené en temps opportun, les membres de la collectivité peuvent exposer leurs points de vue et faire en sorte que les soins soient mieux adaptés, efficaces et offrent une plus grande sécurité culturelle. De plus, compte tenu du manque de données probantes sur les services d'orthophonie et d'audiologie offerts dans les établissements de soins de longue durée, il serait nécessaire de mener des recherches sur les troubles en santé de la communication chez les membres des Premières Nations.

Services d'orthophonie et d'audiologie : nécessité de renforcer les capacités des Premières Nations

- 6) OAC recommande que gouvernement fédéral réalise des investissements visant à accroître le nombre d'orthophonistes, d'audiologistes et d'aides en santé de la communication des Premières Nations.**

Les Premières Nations ont exprimé leurs préoccupations quant aux lacunes dans les services d'orthophonie et d'audiologie dans les réserves (Vives, Sinha, Burnet et Lach, en collaboration avec la Première Nation de Pinaymootang, 2017). Des aides en santé de la communication, idéalement membres de la collectivité, supervisés par des orthophonistes ou des audiologistes qualifiés, pourraient augmenter la valeur et l'efficacité des services et faciliter la prestation de services d'orthophonie et d'audiologie offrant une sécurité culturelle dans les établissements de soins de longue durée dans les réserves.

Préparé par :

Chantal Kealey AuD, Aud(C)
Orthophonie et Audiologie Canada

Sarah Sark, M. Sc., S-LP, OAOO
Mi'kmaq, Première Nation de Lennox Island
orthophoniste

Meredith Wright, Ph. D., S-LP, OAOO
Orthophonie et Audiologie Canada

OAC remercie les membres suivants pour leur apport au présent mémoire :

Ashwini Namasivayam-MacDonald, Ph. D., S-LP(C)

M. Kathleen Pichora-Fuller, Ph. D., Aud(C)

Marilyn Reed, M. Sc., Aud, OAOO

Références

Allen, L., S. Mehta, J. Andrew McClure et R. Teasell, 2012, Therapeutic interventions for aphasia initiated more than six months post stroke: a review of the evidence. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19(6), 523-535.

Amieva, H., C. Ouvrard, C. Meillon, L. Rullier et J-F Dartigues, 2018, Death, depression, disability, and dementia associated with self-reported hearing problems: A 25-year study, *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(10), 1383–1389.

Assemblée des Premières Nations, 2017, *First Nations Health Transformation Agenda*, http://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf.

Boi, R., L. Racca, A. Cavallero, V. Carpaneto, M. Racca, F. Dall'Acqua et P. Odetti, 2012, Hearing loss and depressive symptoms in elderly patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(3), 440-445.

Chien, W. et F.R. Lin, 2012, Prevalence of hearing aid use among older adults in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 172(3), 292-293.

Clavé, P., L. Rofes, S. Carrión, O. Ortega, M. Cabré, M. Serra-Prat et V. Arreola, 2012, Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older people, In *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia* (vol. 72, p. 57-66), Karger Publishers.

Clavé, P. et R. Shaker, 2015, Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12(5), 259.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2016. *La démence au Canada : Une stratégie nationale pour un Canada sensible aux besoins des personnes atteintes de démence*, http://alzheimer.ca/sites/default/files/Files/national/Advocacy/SOCI_6thReport_DementialnCanada-WEB_f.pdf.

Egan, M., D. Bérubé, G. Racine, C. Leonard et E. Rochon, 2010, Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: a systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010.

First Nations Health Authority. (n.d.) *First Nations Health Status & Health Services Utilization Summary of Key Findings 2008/09 – 2014/15*, <http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA-First-Nations-Health-Status-and-Health-Services-Utilization.pdf>.

Eggenberger, E., K. Heimerl et M.I. Bennett, 2013, Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345-358.

Fried-Oken, M., A. Mooney et B. Peters, 2015, Supporting communication for patients with neurodegenerative disease, *NeuroRehabilitation*, 37, 69-87.

Garahan, M. B., J. A. Waller, M. Houghton, W.A. Tisdale et C.F. Runge, 1992, Hearing loss prevalence and management in nursing home residents, *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(2), 130-134.

Jokel, R., N.L. Graham, E. Rochon et C. Leonard, 2014, Word retrieval therapies in primary progressive aphasia, *Aphasiology*, 28(8-9), 1038-1068.

Lin, F.R. et L. Ferrucci, 2012, Hearing loss and falls among older adults in the United States, *Archives of Internal Medicine*, 172(4), 369–371.

Lin, F.R., R. J. Metter, R.J. O'Brien, S. M. Resnick, A.B. Zonderman et L. Ferrucci, 2011, Hearing loss and incident dementia. *Archives of Neurology*, 68(2), 214-20.

Livingston, G., A. Sommerlad, V. Orgeta, S.G. Costafreda, J. Huntley, D. Ames et C. Cooper, 2017, Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.

K. S. McGilton, V. Boscart, M. Fox, S. Sidani, E. Rochon et R. Sorin-Peters, 2009. A systematic review of the effectiveness of communication interventions for health care providers caring for patients in residential care settings. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(3), 149-159.

McGilton, K. S., E. Rochon, S. Sidani, A. Shaw, B.M. Ben-David, M. Saragosa et M.K. Pichora-Fuller, 2017. Can we help care providers communicate more effectively with persons having

dementia living in long-term care homes? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32(1), 41–50.

Moss, A. et M. Nicholas, 2006. Language rehabilitation in chronic aphasia and time postonset: A review of single-subject data, *Stroke*, 37, 3043-3051.

Mulrow, C. D., C. Aguilar, J.E. Endicott, M.R. Tuley, R. Velez, W.S. Charlip et L.A. DeNino, 1990. Quality-of-life changes and hearing impairment: a randomized trial, *Annals of Internal Medicine*, 113(3), 188-194.

Namasivayam-MacDonald, A. M., J.M. Morrison, C.M. Steele et H. Keller, 2017. How swallowing pressures and dysphagia affect malnutrition and meal-time outcomes in long-term care, *Dysphagia*, 32(6), 785-796.

Popelka, M. M., K.J. Cruickshanks, T.L. Wiley, T.S. Tweed, B.E. Klein et R. Klein, 1998. Low prevalence of hearing aid use among older adults with hearing loss: the Epidemiology of Hearing Loss Study, *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(9), 1075-1078.

Schow, R. L. et M.A. Nerbonne, 1980. Hearing levels among elderly nursing home residents, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45(1), 124-132.

Sorin-Peters, R., K.S. McGilton et E. Rochon, 2010. The development and evaluation of a training programme for nurses working with persons with communication disorders in a complex continuing care facility, *Aphasiology*, 24(12), 1511-1536.

Statistique Canada, 2016. *Perte auditive chez les Canadiens, 2012 à 2015* (Feuilles d'information de la santé), <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2016001/article/14658-fra.htm>.

Steele, C. M., C. Greenwood, I. Ens, C. Robertson et R. Seidman-Carlson, 1997. Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia, *Dysphagia*, 12(1), 43-50.

Stumer, J., L. Hickson et L. Worrall, 1996. Hearing impairment, disability and handicap in elderly people living in residential care and in the community, *Disability and Rehabilitation*, 18:2, 76-82.

Van Doorn, C., A.L. Gruber-Baldini, S. Zimmerman, J.R. Hebel, C.L. Port, M. Baumgarten et J. Magaziner, 2003. Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents, *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(9), 1213-1218.

Vasse, E., M. Vernooij-Dassen, A. Spijker, M.O. Rikkert et R. Koopmans, 2010. A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes, *International Psychogeriatrics*, 22(2), 189-200.

Vives, L., V. Sinha, E. Burnet et L. Lach en collaboration avec Pinaymootang First Nation, 2017. Honouring Jordan's Principle: Obstacles to Accessing Equitable Health and Social Services for First Nations Children with Special Healthcare Needs Living in Pinaymootang, Manitoba, Fairford, MB: Pinaymootang First Nation, Canada.

Yamada, Y., M. Vlachova, T. Richter, H. Finne-Soveri, J. Gindin, H. van der Roest et E. Topinkova, 2014. Prevalence and correlates of hearing and visual impairments in European nursing homes: results from the SHELTER study, *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(10), 738-743.