



College of Audiologists and
Speech-Language Pathologists of Ontario

Ordre des Audiologistes et
des Orthophonistes de l'Ontario

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'ÉVALUATION DE L'AUDITION DES ADULTES PAR L'AUDIOLOGISTE

5060-3080 Yonge Street, Box 71
Toronto, Ontario M4N 3N1
416-975-5347 1-800-993-9459
www.caslpo.com

Date d'approbation: mars 2008
Nouvelle mise en page: avril 2014

SUMMARY

Le présent document donne un aperçu des normes et lignes directrices de pratique (NLDP) sur l'évaluation de l'audition d'adultes. Il contient de l'information sur les points suivants :

- La prévalence de la perte auditive chez la population adulte
- Le besoin de traitement de la perte auditive chez les adultes
- Les composantes de base de la batterie de tests et d'évaluation de l'audition d'adultes
- Les critères à prendre en considération pour l'adaptation de la batterie de tests pour des populations spéciales
- Le matériel et l'équipement requis pour l'évaluation de l'audition d'adultes
- Des lignes directrices relatives à la collaboration professionnelle et à l'obligation de collaborer
- Des précautions en matière de santé et sécurité associées à l'évaluation de l'audition d'adultes
- Les compétences requises de la part de l'audiologiste
- Les composantes du modèle de prestation des services
- Des lignes directrices relatives aux techniques utilisées pour l'évaluation de l'audition d'adultes
- Les conditions nécessitant que le patient/client soit référé au médecin (signal d'alerte).

TABLE DES MATIÈRES

A) AVANT-PROPOS	1
B) DÉFINITION DU SERVICE	2
C) CHAMP DE PRATIQUE	5
D) POPULATION CIBLE DE PATIENTS/CLIENTS.....	6
E) RESSOURCES NÉCESSAIRES	7
F) OBLIGATION DE COLLABORER	9
G) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ.....	11
H) COMPÉTENCES	13
I) COMPOSANTES DE LA PRESTATION DES SERVICES	15
1. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.....	15
2. DÉTERMINATION DU BESOIN	16
3. DÉTERMINATION DES RISQUES	16
4. PROCÉDURES	16
A. Évaluation audiologique d'adultes coopératifs	17
B. Évaluation d'adultes difficiles à évaluer.....	23
C. Procédures d'évaluation pour la prescription de prothèses auditives	24
5. CONTINUUM DES SOINS	25
6. PRENDRE L'INITIATIVE D'IMPLIQUER D'AUTRES PERSONNES.....	26
7. CRITÈRES DE MISE EN CONGÉ	27
J) DOCUMENTATION	29
K) GLOSSAIRE	30
L) RÉFÉRENCES	32

A) AVANT-PROPOS

Les normes et lignes directrices de pratique (NLDP) sont nécessaires pour veiller à la prestation de soins de qualité aux personnes qui ont besoin de soins de santé auditive en Ontario. L'évaluation initiale de la fonction auditive est essentielle à la prestation de soins de santé auditive de qualité. Les lignes directrices présentées dans ce document visent à donner aux audiologistes en Ontario un aperçu du processus d'évaluation de l'audition des adultes et de fournir des renseignements nécessaires à la prise de décisions raisonnables relatives à cette évaluation. Ce document est conçu pour être utilisé en tant que cadre pour la prise de décisions. Il ne se veut ni un outil d'apprentissage ni une source complète de renseignements concernant l'évaluation de l'audition des adultes. L'audiologiste a la responsabilité éthique d'acquérir les compétences nécessaires pour évaluer l'audition des adultes et de veiller à la sécurité de ses patients/clients pendant la prestation de ces services. L'audiologiste doit avoir des compétences spécialisées pour évaluer l'audition de populations particulières (p. ex. perte auditive fonctionnelle, surdité congénitale, problème de développement, déficience neurologique). L'audiologiste doit absolument avoir l'expertise, les ressources, le matériel et l'équipement nécessaires à l'évaluation de la perte auditive chez les populations où le risque de préjudice associé est grand.

Les normes et lignes directrices de pratique (NLDP) comprennent à la fois des énoncés d'actions obligatoires (le professionnel « doit ») et des énoncés d'actions souhaitables (le professionnel « devrait »). Dans les NLDP, les énoncés d'actions obligatoires sont formulés sous forme de normes que les membres de l'Ordre doivent suivre en tout temps. Dans certains cas, il s'agira d'actions établies et prévues dans une loi et/ou un document de l'Ordre. Dans d'autres cas, les énoncés d'actions obligatoires décrivent des normes établies pour la première fois dans les présentes NLDP.

Les énoncés d'actions souhaitables avec « devrait » dans les NLDP décrivent des pratiques exemplaires (appelées aussi meilleures pratiques). Les membres de l'Ordre doivent suivre ces lignes directrices de pratiques exemplaires autant que possible. L'audiologiste devra faire preuve de jugement professionnel et tenir compte de l'environnement ainsi que des besoins individuels du patient/client lorsqu'il envisagera de s'écarter de ces lignes directrices. L'audiologiste doit documenter toute dérogation aux présentes lignes directrices et doit être prêt à les expliquer entièrement.

B) DÉFINITION DU SERVICE

De nos jours, la perte auditive est un problème courant dans notre société en raison des effets combinés du vieillissement, de la maladie, de l'hérédité et du bruit. La prévalence de la perte auditive dans une population donnée est influencée par l'âge, le sexe et la race. La capacité de définir la prévalence de la perte auditive dépend de la capacité d'identifier le type et le degré de la perte ainsi que le siège des anomalies du système auditif (oreille externe, oreille moyenne, oreille interne, cerveau). Les pertes légères et même modérées passent parfois inaperçues parce qu'elles ne posent pas de problème pour une personne ayant d'excellentes habiletés perceptuelles et de bonnes habiletés d'adaptation. L'incidence estimée de la perte auditive chez la population générale varie entre 8 et 10 p. 100¹. Chez la population adulte, l'incidence de la perte auditive augmente en vieillissant. Environ 2 p. 100 des adultes de 18 à 44 ans, 6 p. 100 des adultes de 45 à 64 ans² et 30 p. 100 des adultes de 65 ans et plus présentent une perte auditive^{3,4}.

L'évaluation de l'audition d'adultes a pour but de quantifier et de qualifier l'audition en déterminant le degré, le type, le siège (au besoin) et la configuration de la perte auditive. À la suite de toute évaluation de l'audition, l'audiologiste doit communiquer les résultats de l'évaluation au patient/client. S'il a identifié une perte auditive, l'audiologiste doit examiner avec le patient/client l'impact de la perte sur la communication et fournir de l'information de base sur les options de traitement possibles. Ces options peuvent inclure, notamment un counseling, une intervention médicale ou chirurgicale, la prescription ou la délivrance d'une prothèse auditive, d'une aide auditive ou d'aides technologiques pour malentendants, le développement d'habiletés par l'adaptation ou la réadaptation auriculaire (audiologique) ou la simple surveillance de l'état par évaluation périodique.

L'évaluation de l'audition fait appel à une batterie de tests. Les éléments de base de la batterie de tests comprennent :

1. Historique du cas
2. Examen otoscopique
3. Immittancemétrie acoustique
4. Audiométrie tonale (tests audiométriques des sons purs)
5. Audiométrie vocale
6. Test pour localiser le siège des lésions (évaluation audiologique des potentiels évoqués du tronc cérébral)
7. Counseling

La série de tests peut inclure d'autres examens en fonction des résultats de la batterie de base, des interventions recommandées et de la nature du patient/client évalué.

¹ Statistique Canada (Division de la statistique sociale, du logement et des familles). *Profil de l'incapacité au Canada en 2001, janvier 2001*, n° 89-577-XIF au catalogue.

² National Academy of an Aging Society. *Analysis of data from the 1994 National Health Interview Survey of Disability*, Phase I, 1994.

³ Weinstein, BE. « Age-related hearing loss: how to screen for it, and when to intervene », *Geriatrics*, vol. 49, n° 8 (1994), p. 40-5.

⁴ DHHS: U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*, 2^e éd, *Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health*, 2 vol., Washington, DC, U.S. Government Printing Office, novembre 2000.

Les normes et lignes directrices de pratique (NLDP) se veulent conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)⁵ de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cette conformité à la CIF vise à favoriser le recours à une terminologie uniforme au sein des disciplines de la santé^{6, 7}. Un cadre conceptuel s'inspirant de la terminologie de l'OMS pour l'évaluation de l'audition des adultes est présenté ci-dessous.

L'évaluation de l'audition d'adultes a pour objectif principal d'optimiser la capacité de communication de la personne dans son environnement naturel et, ainsi, d'améliorer sa qualité de vie. Le meilleur moyen de réaliser cet objectif est de dispenser les services dans des contextes de vie significatifs pour la personne. Le système de classification de la santé de l'OMS, le CIF, offre aux fournisseurs de soins un cadre conceptuel reconnu à l'échelle internationale et une terminologie normalisée pour examiner et décrire le fonctionnement humain et les déficiences⁸. Ce cadre peut être utilisé pour décrire le rôle de l'audiologiste dans l'amélioration de la qualité de vie par l'évaluation audiolinguistique et le traitement, peu importe le milieu, comme il est illustré ci-dessous.

L'évaluation de l'audition doit porter non seulement sur l'oreille et la fonction auditive, mais aussi sur l'ensemble unique de caractéristiques de la personne entière, notamment les besoins et exigences d'audition et de communication, les habiletés linguistiques et cognitives, les limites du contrôle visuo-moteur, l'attitude familiale face à la déficience et aux interventions, l'environnement d'écoute et de communication et le soutien.

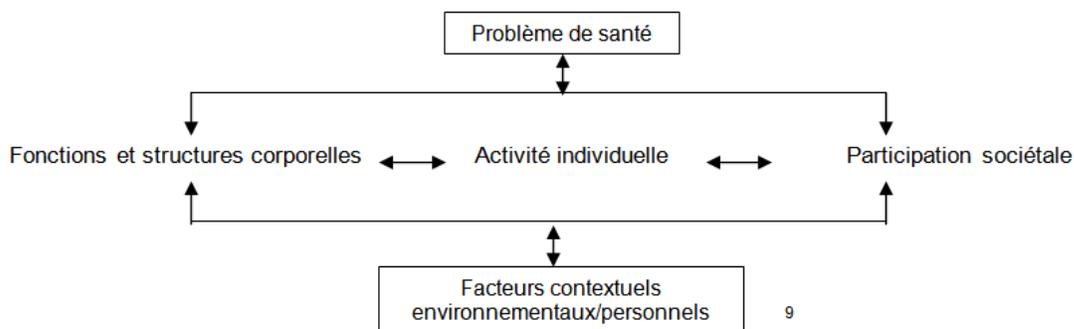
⁵ Organisation mondiale de la Santé. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, Suisse, chez l'auteur, 2001.

⁶ Eadie, T. L. « The ICDH-2: Theoretical and Clinical Implications for Speech-Language Pathology », *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, vol. 25, n° 4 (2001), p. 181-200.

⁷ Threats, T. T. *The International Classification of Functioning, Disability, and Health* (la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), Fondation des maladies du coeur de l'Ontario, présentation à l'Aphasia Institute, Toronto, 2002.

⁸ Organisation mondiale de la Santé. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, Suisse, chez l'auteur, 2001.

Dimension	Définition	Exemples
Déficiences	Problèmes au niveau des structures et/ou des fonctions du corps tels qu'une perte ou un écart important	Perte auditive suffisante pour nuire à la capacité de communication; acouphène, otalgie et vertige
Activités/ Participation	Aspects du fonctionnement du point de vue individuel ou sociétal	Exemples de limitations et de restrictions : difficulté dans les conversations, limitations dans l'expression des idées, des opinions, des choix, des désirs et des besoins, isolement social, dépendance par rapport à d'autres personnes pour la communication fonctionnelle, difficultés scolaires, sous-emploi ou perte d'emploi
Facteurs contextuels environnementaux	Facteurs qui influent sur l'incapacité allant de l'environnement immédiat à l'environnement général de la personne	Manque de soutien de la famille et des amis pour permettre la communication, environnements non accessibles, acceptation sociale réduite, contraintes financières, environnement scolaire inflexible, limites professionnelles
Facteurs contextuels personnels	Facteurs individuels qui influencent la performance dans l'environnement	Race, sexe, âge, style de vie, habitudes, éducation reçue des parents, styles d'adaptation, antécédents sociaux, scolarité, expériences antérieures, style de caractère, comportement



L'évaluation de l'audition d'adultes par l'audiologiste englobe toutes les composantes et tous les facteurs du cadre de l'OMS. En d'autres mots, l'audiologiste s'emploie à améliorer la qualité de vie en réduisant les troubles de communication attribuables à la perte auditive en atténuant les limitations d'activités et de participation et en modifiant les obstacles environnementaux de sa clientèle. L'audiologiste œuvre auprès de personnes ayant des déficiences, des retards ou des troubles connus (perte auditive permanente ou transitoire). L'audiologiste œuvre également auprès de personnes ayant des limitations d'activités ou des restrictions au niveau de la participation (interaction sociale et de communication, participation scolaire et limites au succès) liées à une perte auditive qui n'a peut-être pas été formellement identifiée. Le rôle de l'audiologiste comprend la prévention de troubles spécifiques ainsi que l'identification, l'adaptation et la réadaptation des fonctions.

C) CHAMP DE PRATIQUE

Selon la *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes*, chap. 19, paragraphe 3 (1), « L'exercice de la profession d'audiologiste consiste dans l'évaluation de la fonction auditive et dans le traitement et la prévention des troubles de l'audition en vue de développer, de maintenir, de restaurer ou d'accroître les fonctions auditive et de communication ». L'évaluation de l'audition fait partie du champ de pratique des audiologistes en Ontario. En fait, il s'agit de la responsabilité de base dans le domaine de l'évaluation en audiologie. L'évaluation de l'audition afin de quantifier et de qualifier l'audition relativement au degré, au type et à la configuration de la perte auditive chez l'adulte nécessite des compétences spécialisées. Elle devrait être pratiquée uniquement par des audiologistes qualifiés, connaissant bien les procédés requis et tout à fait prêts à prendre en charge tout problème qui pourrait surgir. L'expertise en évaluation de l'audition s'acquiert par la formation universitaire, la formation pratique, l'expérience et l'éducation continue. Des compétences spécialisées s'imposent pour intervenir auprès de certaines populations (perte auditive fonctionnelle, surdité congénitale, problèmes de développement, déficiences neurologiques, prescription et appareillage d'aides et d'appareils auditifs et implants cochléaires). L'audiologiste doit absolument avoir l'expertise, les ressources, le matériel et l'équipement nécessaires à l'évaluation de l'audition de personnes atteintes de problèmes où le risque de préjudice associé pourrait être grand.

D) POPULATION CIBLE DE PATIENTS/CLIENTS

La population cible de l'évaluation comprend toute personne de 19 ans et plus à risque de perte auditive ou tout adulte présentant un trouble éventuel du système auditif. Ces personnes devraient obtenir une évaluation audiolinguistique diagnostique.

Déficiences cibles

La déficience cible comprend toute élévation du seuil d'audition qui, en l'absence d'intervention, porte atteinte à la fonction auditive ou limite l'activité et la participation. La plupart des pertes auditives se caractérisent par une perte de sensibilité aux sons telle que reflétée par les seuils audiométriques.

E) RESSOURCES NÉCESSAIRES



Normes

E.1

L'audiologiste doit avoir les ressources nécessaires à la réalisation d'une évaluation de l'audition des adultes.

L'audiologiste doit avoir les ressources qui suivent pour effectuer l'évaluation de l'audition d'un adulte :

1. Une salle de test audiométrique conforme à la norme ANSI S3.1- 1999 (R 2003) (ou version la plus récente) pour les niveaux de bruit ambiant maximum permis dans les salles de test audiométrique⁹. Si une partie quelconque de l'évaluation de l'audition est effectuée à l'aide d'un haut-parleur de champ sonore, la salle doit satisfaire aux exigences dimensionnelles minimales pour l'étalonnage du haut-parleur.
2. Un audiomètre diagnostique pleine gamme à deux canaux de type 1A (ANSI S3.6 - 2004 ou version la plus récente) avec écouteurs intra-auriculaires (Etymonic 3A ou 5A en attente de l'approbation de Santé Canada) et écouteurs de type TDH (ANSI S3.7 - 1995 ou version la plus récente) et oscillateur de conduction osseuse [ANSI S3.13 -- 1987 (R 2007) ou version la plus récente].
3. Otoscope de haute résolution avec embouts de taille pédiatrique et standard.
4. Système d'immitancemétrie acoustique pleine gamme de type 1 [ANSI S3.39 - 1987 (R 2007) ou version la plus récente].
5. Le matériel requis pour satisfaire aux normes en prévention des infections selon les besoins de la pratique. Dans la plupart des cas, les ressources nécessaires au nettoyage ordinaire, au nettoyage antiseptique et à la désinfection de faible niveau suffiront (p. ex. gants jetables, solutions de nettoyage). Il faut des ressources de désinfection de niveau intermédiaire ou de niveau élevé lorsque le besoin de prévention des infections est semi-critique, notamment un patient/client qui présente une peau non intacte (voir le document *Infection Control for Regulated Health Professions*, OAOO, 2006).

On doit vérifier régulièrement le bon fonctionnement de tout le matériel et l'équipement ci-dessus. De plus, le matériel et l'équipement doivent être étalonnés une fois par année comme il est prévu dans la norme appropriée. [Voir l'énoncé de principe de l'Ordre sur l'entretien du matériel et de l'équipement des audiologistes (en cours d'impression)].

Populations spéciales

On pourrait avoir besoin d'autres appareils électrophysiologiques pour aider à trouver le siège des lésions (p. ex. potentiels évoqués auditifs, électroystagmographie, émissions oto-acoustiques).

Chez les adultes atteints de troubles du développement, on pourrait avoir besoin d'instruments pour faciliter la réalisation d'une évaluation appropriée, notamment des outils

⁹ Frank, T. « ANSI Update: Maximum Permissible Ambient Noise Levels for Audiometric Test Rooms », *American Journal of Audiology*, 9 (2000), p. 1-6.

d'évaluation comportementale qui font appel à un paradigme de réflexe conditionné comme un système d'audiométrie par renforcement visuel, un système de renforcement pour la conduction d'un paradigme de type « jeu », un système de réponse évoquée auditive du tronc cérébral et des émissions oto-acoustiques. On pourra considérer que cet équipement ne fait pas partie des ressources nécessaires.

Prescription et appareillage d'aides et de prothèses auditives



Normes

E.2

L'audiologiste doit avoir les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la population desservie et pour effectuer les techniques appropriées.

Si l'audiologiste effectue l'évaluation aux fins de la prescription et de l'appareillage d'une aide ou d'une prothèse auditive, il faut alors un système de mesures de l'oreille réelle ainsi que le matériel et le logiciel informatiques appropriés.

Outils et matériel de gestion du cérumen, selon le besoin. Pour les techniques et le matériel approprié, voir le document de l'Ordre intitulé [*Directives professionnelles préférées concernant la gestion du cérumen*](#), (2004).



Normes

E.3

L'audiologiste doit prévoir la consultation appropriée et opportune d'un autre professionnel pour le patient/client lorsqu'il n'a pas les ressources nécessaires pour répondre à ses besoins.

Lorsque ces ressources sont jugées nécessaires à la réalisation de l'évaluation et que l'audiologiste ne les a pas, il doit référer la personne à un professionnel approprié, de manière opportune.

F) OBLIGATION DE COLLABORER



Normes

F.1

L'audiologiste doit prévoir la consultation d'un autre professionnel pour le patient/client lorsqu'il n'a pas les compétences ou ne peut pas offrir les services nécessaires pour répondre aux besoins du patient/client ou ne peut pas gérer les risques de façon sécuritaire.

Il est important que l'audiologiste comprenne son rôle dans le processus d'évaluation de l'audition. L'audiologiste doit prévoir la consultation appropriée d'autres professionnels pour le patient/client lorsque les résultats de l'évaluation indiquent le besoin d'une évaluation ou d'un traitement supplémentaire dépassant son expertise ou son champ de pratique ou lorsqu'il n'a pas les ressources nécessaires.

Lorsqu'une prothèse auditive personnelle ou une technique d'écoute avancée est le traitement à privilégier et que l'audiologiste effectuant l'évaluation ne prescrit ou ne délivre pas ces dispositifs, il doit alors prévoir la consultation d'un professionnel approprié pour le patient/clients.



Normes

F.2

L'audiologiste qui fait l'évaluation doit collaborer avec les autres audiologistes impliqués dans les soins du patient/client conformément à l'énoncé de principe de l'Ordre, « Intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAAO ».

Il peut y avoir plus d'un audiologiste qui participe à l'évaluation de l'audition et aux soins continus d'une personne. Il est donc important que chaque audiologiste comprenne bien son rôle dans la prestation d'une évaluation de l'audition des adultes. Le transfert d'une partie ou de la totalité des procédés de l'évaluation de l'audition entre audiologistes ne constitue pas un acte de délégation des tâches, mais plutôt une collaboration. Le rôle et le niveau de responsabilité de chaque audiologiste auprès du patient/client face aux procédures d'évaluation de l'audition et de réadaptation seront déterminés par le patient/client et selon la collaboration existante entre les audiologistes. La collaboration doit être dans le meilleur intérêt du patient/client et doit satisfaire aux exigences prévues dans l'énoncé de principe de l'Ordre, « Intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAAO ». Lorsque les rôles des audiologistes se chevauchent, les deux membres doivent respecter l'énoncé de principe de l'Ordre sur l'intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAAO. On doit tenir compte des facteurs suivants et les documenter :

1. Les raisons qui justifient une intervention simultanée;
2. Les buts de l'intervention et le rôle de chaque clinicien dans l'atteinte de ces buts;
3. Le mode de communication entre les cliniciens;
4. La fréquence des communications;
5. Le mode de communication avec les autres personnes concernées par les soins donnés au patient/client (p.ex. proches et professionnels de la santé).



Normes

F.3

En cas de désaccords, les audiologistes doivent respecter l'énoncé de principe de l'Ordre, « Règlement de désaccords entre fournisseurs de services ».

Il pourra y avoir des situations où deux ou plusieurs professionnels offrent des soins aux mêmes patients/clients. Le code de déontologie de l'Ordre exige des membres « qu'ils maintiennent des rapports professionnels positifs avec leurs collègues, les étudiants et les autres professionnels ».

Le membre de l'Ordre doit déployer des efforts raisonnables afin de régler directement tout désaccord avec l'autre professionnel et prendre des mesures qui soient dans l'intérêt du patient ou client. Il faut respecter l'énoncé de principe de l'Ordre, « Règlement de désaccords entre fournisseurs de services », (2007).

G) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ

Guide

G.1

L'audiologiste devrait envisager de modifier ou d'interrompre l'évaluation si la présence d'un trouble de l'oreille externe ou du conduit auditif nécessite un traitement.

Il faut s'occuper de tous les aspects de la prestation des services de manière à assurer la sécurité du patient/client ainsi que du clinicien en appliquant les pratiques de prévention des infections généralement acceptées. L'audiologiste doit respecter les techniques courantes de prévention des infections indiquées dans le document de l'Ordre intitulé « Infection Control for Regulated Health Professionals », (2006). L'audiologiste doit prendre des précautions supplémentaires propres à l'exercice de l'audiologie et aux procédures particulières utilisées. Il incombe à l'audiologiste de faire particulièrement attention au lavage des mains et aux critères de désinfection. Le lavage des mains constitue la plus importante mesure de prévention des infections .

Avant de commencer l'évaluation, l'audiologiste doit déterminer l'état de l'oreille externe et du conduit auditif du patient/client. (Voir la norme I.4.) En cas d'anomalie (présence de sang, de liquide, d'inflammation, autre substance potentiellement infectieuse, bouchon de cérumen), des parties ou la totalité de l'évaluation peuvent être reportées après le traitement approprié du problème observé. La modification ou l'interruption de l'évaluation en raison d'une anomalie est à la discrétion de l'audiologiste.



Normes

G.1

L'audiologiste doit utiliser les mesures de prévention des infections courantes et mettre en œuvre des précautions supplémentaires propres à l'exercice de l'audiologie.

Lorsque l'audiologiste décide d'effectuer la totalité ou une partie de l'évaluation, il doit désinfecter ou jeter de façon appropriée tout dispositif qui entre en contact avec l'anomalie.

L'audiologiste doit également prendre des précautions afin de s'éviter tout préjudice. Tout le personnel responsable du nettoyage et de la stérilisation du matériel doit avoir suivi une formation appropriée et porter les dispositifs de protection personnelle appropriés à la tâche. Au besoin, il faut prendre les mesures de protection contre les pathogènes transmissibles par les fluides et le sang. La manipulation de l'otoscope et de l'embout de la sonde est habituellement considérée comme étant non critique. Cependant, l'audiologiste doit se protéger et protéger le personnel de manière appropriée lorsqu'il travaille auprès de patients/clients présentant une peau non intacte chronique (p. ex. écoulement chronique de l'oreille moyenne) ou une peau fragile (p. ex. personne âgée fragile).



Normes

G.2

Lorsque la gestion du cérumen s'impose, l'audiologiste doit respecter les lignes directrices énoncées dans le document de l'Ordre, « Directives professionnelles préférées concernant la gestion du cérumen ».

Si l'oreille nécessite l'extraction du cérumen avant d'insérer une sonde auriculaire ou l'embout du tympanomètre, l'audiologiste doit respecter les lignes directrices appropriées en prévention des infections énoncées dans les directives professionnelles préférées de l'Ordre concernant la gestion du cérumen.

H) COMPÉTENCES



Normes

H.1

L'audiologiste doit avoir les compétences requises pour effectuer les techniques et procédures couvertes dans les présentes normes et lignes directrices de pratique (NLDP).

L'audiologiste doit démontrer :

1. Une connaissance :
 - a. de l'anatomie et de la physiologie du système auditif
 - b. du fonctionnement auditif normal
 - c. des troubles du système auditif et de la nature des troubles révélés par l'évaluation diagnostique
 - d. des instruments associés à l'évaluation diagnostique
 - e. de l'interprétation des résultats de la batterie de tests s'appliquant aux troubles de l'audition.
2. La capacité de recueillir de la part du patient/client les antécédents pertinents au cas et de mettre l'accent sur les causes de la perte auditive chez la population adulte.
3. Qu'il sait interpréter les résultats de l'historique du cas en ce qui concerne les troubles de l'audition.
4. Qu'il connaît les techniques d'examen appropriées de l'oreille externe et du conduit auditif à l'aide d'un otoscope.
5. Qu'il connaît les pathologies de l'oreille externe et du conduit auditif pouvant être identifiées par examen otoscopique, leur lien avec les troubles de l'audition et leur traitement.
6. Qu'il connaît et qu'il a les compétences requises pour effectuer les techniques d'évaluation de l'audition fondées sur les données probantes.
7. Qu'il connaît les protocoles appropriés de mesure de l'immitance acoustique pour déterminer la présence ou l'absence de pathologies de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.
8. Qu'il peut interpréter les résultats du tympanogramme s'appliquant aux pathologies de l'oreille externe et de l'oreille moyenne et aux troubles de l'audition.
9. Qu'il connaît un protocole d'évaluation approprié du réflexe stapédien pour déterminer la présence ou l'absence de pathologies de l'arc réflexe.
10. Qu'il peut interpréter les résultats de l'évaluation du réflexe stapédien en ce qui a trait aux pathologies de l'arc réflexe et aux troubles de l'audition.

11. Qu'il connaît un protocole approprié d'audiométrie tonale manuelle, y compris la conduction aérienne, la conduction osseuse et les techniques de masquage.
12. Qu'il peut interpréter les résultats d'audiométrie tonale manuelle s'appliquant aux troubles de l'audition.
13. Qu'il connaît les protocoles d'audiométrie vocale, y compris les seuils d'identification de la parole, la reconnaissance des mots et les niveaux sonores confortables et inconfortables.
14. Qu'il peut interpréter les résultats d'audiométrie vocale s'appliquant aux troubles de l'audition.
15. Qu'il peut interpréter les résultats d'examen combinés parmi ceux de la batterie de tests s'appliquant aux troubles de l'audition.
16. Qu'il a les compétences et les connaissances nécessaires pour offrir des services centrés sur le patient/client tout en mettant l'accent sur la sensibilité aux réalités linguistiques et culturelles, la protection des renseignements personnels et le consentement éclairé.
17. Qu'il connaît les options appropriées en matière de counseling, de traitement et d'orientation du patient/client vers les professionnels pertinents en ce qui a trait aux troubles de l'audition.
18. Qu'il a les compétences et les connaissances nécessaires à l'utilisation appropriée du personnel de soutien, le cas échéant (voir l'énoncé de principe de l'Ordre, « Lignes directrices sur l'utilisation du personnel de soutien »).

I) COMPOSANTES DE LA PRESTATION DES SERVICES



Normes

J.1

L'audiologiste doit obtenir le consentement éclairé à l'évaluation de l'audition.

1. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Avant de faire l'évaluation, il faut informer le patient/client des résultats, des avantages et des risques associés au service tel qu'exigé par la *Loi sur le consentement aux soins de santé*¹⁰ (voir l'énoncé de principe de l'Ordre, « Consentement aux services d'évaluation et de dépistage », 2007). On doit documenter cette discussion. L'audiologiste doit informer le patient/client :

- de la nature des techniques et des procédures qui seront effectuées
- de la réaction attendue de la part du patient/client durant chaque technique ou procédure
- de tout inconfort ou risque pouvant être associé à la technique ou procédure
- du résultat d'une technique ou procédure donnée et de son interprétation dans le contexte du trouble de l'audition du patient/client
- des recommandations de traitement ou de suivi.

Nous rappelons aux audiologistes que l'élément primordial du consentement est la discussion de cette information et non le geste consistant à signer un formulaire de consentement.

Le consentement éclairé à l'évaluation de l'audition peut être fourni verbalement ou par écrit (voir le document « L'obtention du consentement aux services : Guide à l'intention des audiologistes et des orthophonistes », 2007).



Normes

J.2

L'audiologiste doit obtenir le consentement éclairé à la collecte et à la gestion de l'information obtenue pendant l'évaluation de l'audition.

¹⁰ *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, CHAPITRE 2, Annexe A (en ligne).http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_96h02_f.htm

En vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, l'audiologiste doit obtenir le consentement éclairé à la collecte, à l'utilisation, à la conservation et à la divulgation de toute information obtenue pendant l'évaluation de l'audition. Ce consentement peut également être fourni verbalement ou par écrit.

2. DÉTERMINATION DU BESOIN



Normes

J.3

L'audiologiste doit effectuer une détermination du besoin.

La détermination du besoin d'une évaluation de l'audition repose sur la doléance initiale du patient/client et les facteurs de risque susceptibles d'être associés à un trouble de l'audition.

Pour évaluer l'audition de manière appropriée, l'audiologiste doit évaluer les besoins et/ou les capacités du patient/client. La capacité du patient/client de se soumettre aux procédures d'évaluation variera en fonction de ses habiletés physiques et cognitives.

3. DÉTERMINATION DES RISQUES



Normes

J.4

L'audiologiste doit faire preuve de prudence et prendre des mesures pour réduire au minimum l'inconfort éventuel associé à l'évaluation, aux techniques et aux procédures.

L'audiologiste doit prendre des mesures pour réduire au minimum les risques associés à l'évaluation de l'audition. Dans toutes les situations, il doit tenir compte des précautions soulignées antérieurement en matière de santé et sécurité. En général, les risques associés à l'évaluation de l'audition chez les adultes sont minimes. L'insertion d'un spéculum d'otoscope, d'embouts pour les mesures d'immitance et d'embouts mousse d'écouteurs intra-auriculaires peut entraîner un peu d'inconfort. Les niveaux sonores élevés présentés pendant l'évaluation peuvent également être inconfortables.

4. PROCÉDURES

Guide

J.1

Pour l'exécution des techniques et procédures couvertes dans les présentes normes et lignes directrices de pratique (NLDP), l'audiologiste devrait utiliser une approche centrée sur le patient/client et tenir compte de ses réalités culturelles et linguistiques.

A. ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE D'ADULTES COOPÉRATIFS

L'évaluation audiologique de base d'adultes coopératifs devrait être centrée sur le patient/client, tenir compte de ses réalités culturelles et linguistiques et, dans la mesure du possible, se dérouler dans la langue choisie par le patient/client/soignant.



Normes

J.5

L'audiologiste doit avoir un historique du cas contenant les éléments précisés ou y avoir accès.

On doit inclure les procédures qui suivent dans le processus d'évaluation d'adultes coopératifs :

i. Historique du cas

L'audiologiste devrait obtenir l'historique du cas en fonction des facteurs de risque associés à la perte auditive. Pendant l'obtention de l'historique du cas, on obtiendra au moins les renseignements suivants :

- La source qui a référé le patient/client et, donc, le contexte professionnel de la préoccupation à l'origine de la consultation;
- Le motif du patient/client pour faire évaluer son audition;
- La perception qu'a le patient/client de sa perte auditive et l'effet sur la communication et la vie quotidienne;
- Le moment d'apparition et l'étiologie apparente du problème d'audition;
- La symétrie apparente des niveaux d'audition;
- La présence d'acouphène ou d'étourdissements associés, le cas échéant;
- Les antécédents familiaux pertinents de perte auditive;
- Les antécédents d'exposition professionnelle et récréative au bruit;
- L'information relative aux évaluations antérieures de l'audition et aux traitements antérieurs;
- Autres antécédents médicaux ou chirurgicaux liés au problème d'audition, y compris les médicaments et autres facteurs susceptibles d'influencer le processus d'évaluation de l'audition.



Normes

J.6

L'audiologiste doit effectuer un examen otoscopique de chaque oreille.

À la fin de la collecte des données sur les antécédents, on doit expliquer au patient/client, dans le cadre du processus de consentement éclairé, les procédures et les techniques d'évaluation de l'audition qui seront effectuées (norme I.1).

ii. Otoscopie

L'audiologiste doit effectuer un examen otoscopique de chaque oreille. *Il convient d'utiliser les techniques appropriées les moins invasives possible pour le patient/client.* L'examen otoscopique vise à :

- S'assurer que le conduit auditif est dépourvu de débris ou d'infections qui pourraient empêcher la réalisation de l'évaluation ou qui pourraient nécessiter un traitement préalable ou subséquent à l'évaluation;
- Identifier toute caractéristique de l'oreille externe ou du conduit auditif susceptible de contribuer au diagnostic de perte auditive;
- Déterminer le moyen le plus approprié d'appliquer les dispositifs de couplage (écouteurs intra-auriculaires, embouts pour la mesure de l'immitance acoustique) à l'oreille externe ou au conduit auditif pour réaliser un sceau hermétique;
- Réduire au minimum le risque de préjudice pendant les procédures et techniques subséquentes.

Guide

J.2

L'audiologiste devrait systématiquement effectuer les mesures d'immitance acoustique (immitancemétrie) sauf en cas de contre-indications.

iii. Mesures de l'immitance acoustique

Les mesures de l'immitance acoustique (immitancemétrie) comprennent la tympanométrie et les mesures du réflexe stapédien.

- La tympanométrie évalue essentiellement la flexibilité ou l'immitance acoustique du système de l'oreille moyenne (membrane tympanique, osselets, couplage avec la cochlée). Les mesures pertinentes comprennent le pic d'immitance ou de compliance tympanométrique, le pic de pression tympanométrique et le gradient. L'audiologiste compare les résultats du patient/client et les données normatives ou les résultats pathologiques connus pour déterminer le fonctionnement du système de l'oreille moyenne, les pathologies possibles et les facteurs potentiels contribuant à la perte auditive présente.

Les mesures tympanométriques doivent être faites régulièrement à moins de contre-indication (p. ex. chirurgie récente ou antérieure de l'oreille moyenne, faible tolérance aux changements de pression).

- Les mesures du réflexe stapédien comprennent traditionnellement les mesures des seuils du réflexe stapédien et d'adaptation du réflexe stapédien. Les mesures peuvent être ipsilatérales ou contralatérales. La mesure comme telle renvoie à l'oreille recevant la stimulation du réflexe. De nouveau, l'audiologiste compare les résultats du patient/client aux données normatives ou aux troubles pathologiques connus pour évaluer le fonctionnement de l'arc réflexe. Les seuils du réflexe et le résultat d'adaptation aident à évaluer l'intégrité et le fonctionnement global de l'arc réflexe et à formuler des diagnostics liés à l'étiologie de la perte auditive. Il incombe à l'audiologiste de connaître les variables affectant ces mesures et leur efficacité clinique relative.

La recherche du réflexe stapédien devrait être effectuée régulièrement sauf en cas de contre-indication (p. ex. chirurgie récente ou antérieure de l'oreille moyenne, faible tolérance à l'intensité sonore de la stimulation).



Normes

J.7

L'audiologiste doit effectuer l'audiométrie tonale manuelle chez les patients/clients coopératifs.

i. Audiométrie tonale manuelle

L'audiométrie tonale manuelle est une composante obligatoire de l'évaluation de l'audition chez les patients/clients coopératifs. La détermination du seuil d'audition des deux oreilles à des fréquences spécifiques demeure le pilier de l'évaluation audiométrique. Au minimum, l'audiométrie tonale devrait inclure la mesure du seuil d'audibilité aérienne des deux oreilles pour les fréquences d'octave allant de 250 à 8000 hertz ainsi que la conduction osseuse et le masquage selon le besoin. On peut inclure les fréquences d'inter octave selon le but de l'évaluation et la configuration de l'audiogramme.

Guide

J.3

L'audiologiste devrait suivre le protocole de Hughson-Westlake modifié pour l'audiométrie tonale sauf lorsque le patient/client est incapable de s'adapter à la tâche.

L'interprétation de tous les autres tests se fait en fonction des seuils d'audiométrie tonale. Les stratégies de traitement et de suivi reposent principalement sur les niveaux d'audition des signaux de sons purs obtenus dans le cadre de l'audiométrie comportementale. L'audiométrie tonale est donc considérée comme l'aspect le plus critique de l'évaluation audiolinguistique diagnostique de base.

Traditionnellement, l'audiométrie tonale manuelle fait appel au protocole de Hughson-Westlake modifié¹¹. Il incombe à l'audiologiste d'utiliser une approche similaire. On pourra modifier cette approche selon la capacité du patient/client de s'adapter à la tâche. On évitera de modifier l'approche uniquement dans le but de réduire le temps d'évaluation du patient/client sauf si ce dernier ne peut pas se concentrer sur la tâche.

Guide

J.4

L'audiologiste devrait tenter des techniques de mesure faisant appel à la parole lorsqu'elles sont pertinentes au motif de consultation ou au problème d'audition signalé.

i. Audiométrie vocale

Le langage parlé est un stimulus naturel pour l'audiométrie car la plupart des problèmes signalés par les patients/clients impliquent entendre et comprendre la parole. L'audiométrie vocale traditionnelle comprend la mesure à la fois du seuil d'identification de la parole et du seuil de reconnaissance des mots.

Le test d'identification de la parole vise à quantifier le seuil de reconnaissance de mots du patient/client. On parle aussi de seuil de réception de la parole ou de seuil d'intelligibilité des spondées pour désigner cette notion. En milieu clinique, le seuil d'identification ou d'intelligibilité sert à vérifier la validité des seuils d'audition des sons purs. Les recherches soutiennent qu'il y a peu de différences entre les seuils d'intelligibilité des spondées et les moyennes de seuils d'audibilité des sons purs¹².

La méthode de mesure recommandée du seuil d'identification de la parole est semblable à la méthode utilisée pour mesurer le seuil d'audition des sons purs¹³. Les facteurs à prendre en considération lors de la mesure du seuil d'identification de la parole comprennent l'âge du patient/client, la facilité linguistique et l'état physique. Lorsqu'il est impossible d'administrer le test du seuil d'identification de la parole au patient/client, le test du seuil de détection de la parole ou du seuil de sensibilité peut fournir des renseignements diagnostiques utiles.

Il y a des opinions divergentes sur l'utilité du test du seuil d'identification de la parole¹⁴. Lorsque l'audiogramme tonal du patient/client est fiable, il convient d'envisager la valeur clinique du test du seuil d'identification de la parole pour confirmer les seuils d'audition des sons purs. Du point de vue subjectif, les seuils d'identification de la parole peuvent aider à déterminer les seuils approximatifs

¹¹ American Speech-Language-Hearing Association. « Guidelines for manual pure-tone audiometry », *Asha*, 20 (1978), p. 297-301.

¹² Wilson, R., D. Morgan et D. Kirks. « A proposed SRT procedure and its statistical precedent », *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 38 (1973), p. 184-191.

¹³ American Speech-Language-Hearing Association. « Guidelines for determining threshold level for speech », *Asha*, (mars 1988), p. 85-89.

¹⁴ Wilson, R.H., et R.H. Margolis. « Measurement of auditory thresholds for speech stimuli », in Konkle, D.F., et W.F. Rintelmann (éd.), *Principles of Speech Audiometry*, Baltimore, Academic Press, 1983, p. 79 -126.

chez les patients/clients qui ne sont pas de bons candidats pour l'audiométrie tonale. Les écarts entre les seuils d'identification de la parole et les seuils d'audiométrie tonale peuvent également signaler la possibilité d'un trouble d'audition fonctionnelle (pseudo-hypoacousie). Parmi les autres facteurs pouvant contribuer aux écarts entre les seuils, mentionnons les facteurs développementaux, les configurations audiométriques atypiques, la fluctuation de la sensibilité auditive ainsi que les troubles cognitifs, du langage et du traitement de l'information auditive^{15,16}. De ce fait, les seuils d'identification de la parole peuvent ne pas être considérés comme étant essentiels pour l'évaluation de base de patients/clients adultes qui coopèrent et qui ont produit des données fiables sur les seuils d'audition des sons purs.

Test de reconnaissance des mots : Ce test tente de fournir une mesure de la capacité du patient/client de comprendre le langage parlé en l'absence de bruit. Les protocoles de test comprennent la présentation de mots monosyllabiques dans une oreille ou les deux à un niveau d'écoute confortable ou à un niveau qui optimise le score de reconnaissance des mots. Ce test serait apparemment utile pour déterminer les stratégies de traitement (bienfait prédit de l'amplification). De plus, on pense qu'il aide à déterminer le siège de la lésion (cochléaire versus rétrocochléaire). Malheureusement, les recherches disponibles sur les tests traditionnels de reconnaissance des mots n'appuient ni l'une ni l'autre de ces deux prémisses^{17, 18}. Par conséquent, bien que la mesure de la capacité de perception de la parole du patient/client puisse sembler nécessaire pour quantifier l'ampleur de la perte associée à un degré, à une configuration et à un type donné de perte auditive, nous recommandons aux cliniciens d'interpréter prudemment les résultats des protocoles d'audiométrie vocale traditionnels. On doit au moins être conscient que l'effet de filtre découlant du degré et de la configuration de la perte auditive du patient/client et le niveau auquel le stimulus est présenté affecteront considérablement les résultats des méthodes traditionnelles d'audiométrie vocale. Ainsi, ces résultats risquent de ne pas refléter le degré ou le type d'atteinte et de ne pas prédire le succès prévu des stratégies de réadaptation.

Audiométrie de parole dégradée : Le test de parole dégradée peut être administré pour tenter d'évaluer les difficultés de réception et de compréhension de la parole dans des conditions d'écoute peu optimales. Le test simple de parole dégradée consiste à évaluer la capacité d'identification de la parole en présence

¹⁵ Berlin, C.I., K.F. Wexler, J.F. Jerger, H.R. Halperin et S. Smith. « Superior ultra-audiometric hearing: a new type of hearing loss which correlates highly with unusually good speech in the "profoundly deaf" », *Otolaryngology*, 86 (1978), p. 111-116.

¹⁶ Roesser, R. « Moderate to severe hearing loss with an island of normal hearing », *Ear and Hearing*, 3 (1982), p. 284-286

¹⁷ Thornton AR et MJM Raffin. « Speech-discrimination scores modeled as a binomial variable », *Journal of Speech and Hearing*, 21 (1978), p. 507-518.

¹⁸ Turner, R.G., M.S. Robinette et C.D. Bausch. « Clinical Decisions », chapitre 15 dans *Contemporary Perspectives in Hearing Assessment*, Musiek F.E. et W.F. Rintelmann (éd.), Allyn & Bacon, 1999.

de bruits de fond. Ce test peut être utile pour prédire le bienfait perçu de l'amplification chez l'adulte.

L'évaluation de la parole dégradée peut également inclure des outils d'évaluation dans les situations où la parole servant de stimulus auditif a été dégradée par modification électroacoustique de la fréquence, de l'intensité ou des caractéristiques temporelles du signal vocal. Ces tests sont très souvent utilisés pour l'évaluation de problèmes auditifs centraux¹⁹.

Guide

J.5

L'audiologiste devrait envisager de faire un test de localisation du siège des lésions lorsqu'un trouble neurologique est mis en cause.

- i. Test de localisation du siège des lésions : L'évaluation initiale du siège des lésions découle directement de l'audiométrie tonale. La comparaison des seuils de perception des sons purs en conduction aérienne et osseuse permet de déterminer la nature conductive, mixte ou neurosensorielle de la perte auditive. Les mesures d'immittance acoustique aident à confirmer tant la perte auditive conductive (grâce aux mesures de compliance statique et aux mesures du réflexe stapédien) que la perte auditive sensorielle (grâce aux mesures du réflexe stapédien).

Parmi la batterie de tests audiologiques, il est préférable d'évaluer la présence de troubles neurologiques au moyen d'un test électrophysiologique du siège des lésions, appelé couramment « évaluation audiolinguistique des potentiels évoqués du tronc cérébral ». Toutefois, une évaluation médicale faisant appel à l'imagerie par résonance magnétique demeure le test définitif pour détecter la présence de troubles neurologiques affectant le système auditif.



Normes

J.8

L'audiologiste doit conseiller le patient/client concernant son degré et type de perte auditive et lui expliquer les conséquences sur la communication. Le counseling doit être centré sur le patient/client.

- iv. Counseling : Le counseling initial de patients/clients adultes ayant une perte auditive doit inclure une explication claire du degré et du type de perte auditive et des conséquences sur la communication. Le counseling doit être centré sur le patient/client et tenir compte :
 - du trouble ou du problème initial du patient/client;
 - de sa perception de l'incapacité associée;
 - de ses limites cognitives, physiques, financières et de style de vie.

¹⁹ Wilson R.H. et A.L. Strousse. « Auditory Measures with Speech Signals », chapitre 2 dans *Contemporary Perspectives in Hearing Assessment*, Musiek F.E. et W.F. Rintelmann (éd.), Allyn & Bacon, 1999.

B. ÉVALUATION D'ADULTES DIFFICILES À ÉVALUER

Guide

J.6

L'audiologiste devrait avoir recours à des évaluations complémentaires pour répondre aux besoins du patient/client, au besoin.

Après avoir essayé les procédures standards soulignées dans la section 4a ci-dessus, il arrive qu'il soit difficile d'évaluer certains patients/clients adultes. Les difficultés peuvent être liées aux facteurs suivants :

- Acouphène
- Motivation
- Facteurs neurologiques/cognitifs.

Acouphène :

L'acouphène peut influencer la perception d'un son pur au niveau du seuil ou près du niveau du seuil. Il pourrait être préférable d'évaluer les personnes atteintes d'acouphène grave au moyen de sons purs pulsés (cycle actif de 200 millisecondes)²⁰.

Facteurs de motivation :

Les facteurs de motivation peuvent être en cause chez les adultes qui veulent cacher ou exagérer leur perte auditive. Il n'est pas rare que les employés veuillent cacher leur perte auditive lors de la surveillance en milieu de travail de la perte auditive professionnelle. Parfois, la personne nie l'existence de la perte auditive et veut éviter le traitement (prescription et appareillage de la prothèse auditive). Des conflits au sein de la famille peuvent être en cause.

Le plus souvent, des facteurs de motivation sont en cause chez des adultes qui aimeraient présenter une perte auditive alors qu'ils n'en ont pas ou qui aimeraient exagérer un problème d'audition existant. Dans ce cas, on doit considérer qu'il s'agit de pathomimie ou de simulation et/ou d'un trouble auditif fonctionnel. La pathomimie et la simulation découlent habituellement de facteurs psychologiques (p. ex. dans le but d'attirer l'attention) ou sont motivées par le potentiel de gain financier. Ce domaine d'audiologie « médico-légale » requiert des connaissances spécialisées ainsi que des compétences et une formation supplémentaires. La présentation des stimuli et l'évaluation des réactions nécessitent une attention particulière.

La détection et l'optimisation d'un trouble fonctionnel peuvent nécessiter des techniques d'évaluation comportementales et électrophysiologiques. Les techniques comportementales comprennent la modification de l'audiométrie tonale (instructions et moment de présentation des stimuli) et la comparaison des résultats de l'audiométrie vocale et tonale. Il doit y avoir une uniformité raisonnable entre les seuils d'audition des sons purs en conduction aérienne et osseuse, les seuils de réception de la parole et les scores d'identification de la parole ainsi que les mesures d'immittance acoustique (seuils du réflexe stapédien).

²⁰ Hall J.W. et D.S. Haynes. « Audiological Assessment and Consultation of the Tinnitus Patient », *Seminars in Hearing*, 22 (2001), p. 37-50.

Des tests complémentaires, notamment l'épreuve tonale et vocale de Stenger, peuvent être utiles pour détecter un trouble fonctionnel lorsque les résultats de l'évaluation initiale révèlent une asymétrie importante.

Parfois, on doit avoir recours à l'évaluation électrophysiologique et aux potentiels évoqués corticaux pour démontrer la présence d'une composante fonctionnelle et pour quantifier les seuils d'audition réels.

Facteurs neurologiques/cognitifs :

Il pourrait être nécessaire d'utiliser une batterie de tests d'évaluation adaptés face à l'adulte qui présente des troubles neurologiques/cognitifs importants. On pourrait faire appel à des techniques comportementales couramment employées auprès de nourrissons et de jeunes enfants (audiométrie par renforcement visuel ou par le jeu décrite dans la NLDP sur l'évaluation de l'audition des enfants par l'audiologiste, OAOO, 2007). Selon la capacité du patient/client de coopérer à l'évaluation comportementale, on devra utiliser des techniques d'évaluation objectives comme les mesures électrophysiologiques et les mesures des émissions oto-acoustiques.

C. PROCÉDURES D'ÉVALUATION POUR LA PRESCRIPTION DE PROTHÈSES AUDITIVES



Normes
J.9

L'audiologiste doit évaluer les fréquences inter octave et obtenir les mesures RECD lorsqu'il effectue une évaluation audiolinguistique aux fins de la prescription d'une prothèse auditive.

Selon les résultats de l'évaluation de l'audition effectuée à l'aide des procédures standards soulignées à la section 4a ci-dessus, l'audiologiste doit évaluer les besoins et/ou les habiletés des patients/clients pour prescrire une prothèse auditive de façon satisfaisante. Les besoins varieront en fonction de l'âge, de l'éducation, de la compréhension de la technologie, de la connaissance de la langue anglaise, des problèmes de santé, etc. (voir la NLDP sur la délivrance de prothèses auditives par l'audiologiste, OAOO, 2007).

Lorsqu'on effectue l'audiométrie tonale manuelle dans le but de prescrire une prothèse auditive, on doit faire une évaluation des fréquences inter octave. De plus, les mesures de la différence entre l'oreille réelle et le coupleur (RECD = Real-Ear-to-Coupler-Difference) jouent un rôle important dans l'adaptation et l'appareillage des prothèses auditives chez les adultes. Lorsque des écouteurs intra-auriculaires sont utilisés pour l'évaluation de l'audition, les mesures RECD permettent d'obtenir des seuils d'audition plus précis et d'établir des objectifs pour le rendement de la prothèse auditive tant au niveau de l'oreille réelle que du coupleur 2 cc.

5. CONTINUUM DES SOINS



Normes
J.10

L'audiologiste doit prévoir la consultation de professionnels appropriés pour le patient/client lorsque l'état présenté nécessite une intervention qui va au-delà de la gestion audiolgique.



Normes
J.11

L'audiologiste doit informer le patient/client des services de soutien et d'intervention appropriés ou prévoir pour lui la consultation des professionnels pertinents pour lui permettre d'obtenir l'information adéquate.

Lorsqu'un patient/client lui est référé, l'audiologiste détermine les besoins d'évaluation du patient/client, détermine s'il est compétent et capable d'effectuer les techniques et les procédures requises et évalue les risques. Lorsque c'est approprié, l'audiologiste effectue ensuite l'évaluation audiolgique. Puis, selon les résultats (identification d'une perte auditive le cas échéant), il offre de dispenser les soins ou fait intervenir d'autres fournisseurs de soins, au besoin. L'ordre des procédures est comme suit :

- Évaluation audiolgique de la personne par l'audiologiste, y compris passer en revue les résultats avec le patient/client et les personnes appropriées
- Évaluation/examen médical (au besoin)
- Prévoir la consultation de professionnels pour offrir des services de soutien et d'intervention afin de répondre aux besoins psychologiques du patient/client et des personnes appropriées et de faciliter la prise des décisions relatives aux interventions
- Amplification (selon le besoin)
- Réadaptation audiolgique (selon le besoin)
- Réévaluation de l'audition ou de la prothèse auditive (requis si choisie par le patient/client).

6. PRENDRE L'INITIATIVE D'IMPLIQUER D'AUTRES PERSONNES



Normes
J.12

L'audiologiste doit prévoir la consultation d'un autre professionnel pour le patient/client lorsqu'il n'a pas les compétences requises pour satisfaire aux besoins du patient/client ou ne peut pas gérer les risques de façon sécuritaire.

L'audiologiste doit prévoir la consultation d'un autre professionnel pour le patient/client dans les situations suivantes :

1. L'audiologiste n'a pas les compétences requises pour répondre aux besoins individuels du patient/client;
2. Les risques déterminés sont tels que l'audiologiste ne peut pas fournir le service au patient/client de façon sécuritaire.

7. CRITÈRES DE MISE EN CONGÉ



Normes
J.13

L'audiologiste doit donner congé au patient/client une fois qu'il a atteint ses objectifs thérapeutiques.

L'audiologiste doit donner congé au patient/client lorsque ses objectifs thérapeutiques ont été atteints, notamment :

- On détermine que l'audition du patient/client est normale et on lui fournit des recommandations, entre autres des renseignements sur les indicateurs de risque de perte auditive progressive et tardive ainsi que les signes et symptômes de perte auditive.
- Lorsqu'on identifie une perte auditive de conduction (transmission), on fournit les renseignements au patient/client incluant les conséquences du diagnostic audiolinguistique. On fait des recommandations relatives au traitement médical et à la prise en charge du problème et on explique les situations dans lesquelles une évaluation de suivi de l'audition n'est pas requise.
- Lorsqu'on identifie une perte auditive mixte ou neurosensorielle, on fournit les renseignements au patient/client incluant les conséquences du diagnostic audiolinguistique et les recommandations de suivi. Cela peut comprendre le besoin d'un traitement médical ou d'une prise en charge médicale, des renseignements sur les

options d'amplification, l'importance de l'intervention précoce et le besoin de services pour appuyer le développement du langage ainsi que des mesures pour prévoir la transition à un autre fournisseur de services.

J) DOCUMENTATION



Normes

J.14

L'audiologiste doit conserver les dossiers et documents conformément aux normes de l'OAAO.

On doit tenir et conserver tous les dossiers d'évaluation de l'audition conformément aux normes de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario (OAAO).

K) GLOSSAIRE

Adulte

Personne de 19 ans et plus.

Dépistage

Utilisation de mesures « satisfaisant/référent » (pass/refer) par l'audiologiste ou l'orthophoniste, conformément à son champ de pratique, pour identifier les personnes qui pourraient avoir un retard ou un trouble d'audition, de communication et/ou de déglutition. Le dépistage ne sert qu'à déterminer si une évaluation orthophonique et/ou audiolinguistique s'impose. Le dépistage peut être effectué par un membre de l'Ordre ou par du personnel de soutien. L'interprétation et la communication des résultats du dépistage se limitent à conseiller la personne quant au besoin éventuel d'une évaluation orthophonique et/ou audiolinguistique. Les résultats du dépistage ne doivent pas être utilisés pour la planification du traitement.

Désinfection de faible niveau

Niveau de désinfection requis pour le traitement d'objets non critiques ou de certaines surfaces environnementales. Les désinfectants de faible niveau tuent la plupart des bactéries végétatives, certains champignons ainsi que certains virus à enveloppe (membrane lipidique) (p. ex. virus des hépatites B et C, Hantavirus et VIH). Les désinfectants de faible niveau ne tuent pas les mycobactéries ni les spores bactériennes. Les désinfectants-détergents à faible niveau d'activité sont utilisés pour nettoyer les surfaces environnementales. (Source : Relevé des maladies transmissibles au Canada, Supplément, Guide de prévention des infections, Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé, décembre 1998, volume 24S8).

Désinfection de niveau intermédiaire

Niveau de désinfection requis pour certains articles semi-critiques. Les désinfectants de niveau intermédiaire tuent les bactéries végétatives, la plupart des virus et la plupart des champignons, mais non les spores bactériennes résistantes. (Source : Relevé des maladies transmissibles au Canada, Supplément, Guide de prévention des infections, Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé, décembre 1998, volume 24S8)

Évaluation

L'utilisation de mesures formelles ou informelles par l'audiologiste ou l'orthophoniste, conformément à son champ de pratique, afin de déterminer le fonctionnement du patient/client face à divers aspects de la communication fonctionnelle, de la déglutition ou de l'audition, et afin de formuler des recommandations de traitement précises.

Intervention

Comprend toute participation d'un membre de l'Ordre ou du personnel de soutien à la prestation de services aux patients/clients, y compris mais sans s'y limiter, le dépistage, l'évaluation, le traitement et la gestion/prise en charge.

Matériel non critique

Matériel qui n'entre pas en contact avec le patient ou qui touche la peau intacte du patient mais non les muqueuses. La réutilisation du matériel non critique nécessite un nettoyage et(ou) une désinfection de faible niveau. (Source : Relevé des maladies transmissibles au Canada, Supplément, Guide de prévention des infections, Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé, décembre 1998, volume 24S8).

Matériel semi-critique

Matériel qui entre en contact avec la peau non intacte ou les muqueuses mais, qui en général ne les pénètre pas. Le traitement du matériel semi-critique en vue de sa réutilisation englobe un nettoyage méticuleux suivi de préférence d'une désinfection de haut niveau (le niveau de désinfection exigé dépend de l'article en question). Selon le type d'article et l'usage auquel il est destiné, la désinfection de niveau intermédiaire peut être acceptable. (Source : Relevé des maladies transmissibles au Canada, Supplément, Guide de prévention des infections, Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé, décembre 1998, volume 24S8).

Patient/client

Personne ayant un trouble de communication et/ou de déglutition confirmé ou possible et qui est susceptible de profiter de l'intervention du membre de l'Ordre.

Traitement

Intervention ayant pour but d'améliorer les habiletés de communication et/ou de déglutition du patient/client

L) RÉFÉRENCES

American Speech-Language-Hearing Association. « Guidelines for determining threshold level for speech », *Asha*, (mars 1988), p. 85-89.

American Speech-Language-Hearing Association. « Guidelines for manual pure-tone audiometry », *Asha*, 20 (1978), p. 297-301.

ANSI S3.1 --1999 (R 2003) Standards for maximum permissible ambient noise levels for audiometric assessments.

ANSI S3.39-1987 (R 2007) American National Standards Specifications for Instruments to Measure Aural Acoustic Impedance and Admittance (Aural Acoustic Immittance).

ANSI S3.6-2004 American National Standard Specifications for Audiometers.

Berlin, C.I., K.F. Wexler, J.F. Jerger, H.R. Halperin et S. Smith. « Superior ultra-audiometric hearing: a new type of hearing loss which correlates highly with unusually good speech in the "profoundly deaf" », *Otolaryngology*, vol. 86 (1978), p. 111-116.

Boothroyd, A. « Speech Perception, sensorineural hearing loss and hearing aids », in G.A. Studebaker et I. Hochberg (éds.), *Acoustical factors affecting hearing aid performance* (p. 277-279), 2^e éd., Boston, Allyn and Bacon, 1993a.

Carhart, R. et J.F. Jerger. « Preferred method for clinical determination of pure-tone thresholds », *Journal of Speech and Hearing Disorders*, vol. 24 (1959), p. 330-345.

Clark, J.G., R.J. Kemp et A.U. Bankaitis. Infection Control Task Force, American Academy of Audiology, 2003.

DHHS: U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*, 2^e éd., *Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health*, 2 volumes, Washington, DC, U.S. Government Printing Office, novembre 2000.

Hall J.W. et D.S. Haynes. « Audiological Assessment and Consultation of the Tinnitus Patient », *Seminars in Hearing*, vol. 22 (2001), p. 37-50.

http://www.caslpo.com/english_site/m_memreguirec.asp

Loi de 1991 sur les audiologistes et orthophonistes.

Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, L.O. 1996.

National Academy of an Aging Society. *Analysis of data from the 1994 National Health Interview Survey on Disability*, Phase I, 1994.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. Directives professionnelles préférées : *Prescription de prothèses auditives à des adultes*, 2000.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. Énoncé de principe : *Règlement de désaccords entre fournisseurs de services*, 2007.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. Énoncé de principe : *Intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAAO*, 2001.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. Énoncé de principe : *Consentement aux services d'évaluation et de dépistage*, 2007.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. *L'obtention du consentement aux services : Guide à l'intention des audiologistes et des orthophonistes*, 2007.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. *Preferred Practice Guideline for Dispensing of Hearing Aids by Audiologists*, 2007.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. *Proposed Regulation of Records*, 1996.

Relevé des maladies transmissibles au Canada, Supplément, *Guide de prévention des infections, Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé*, décembre 1998, volume 24S8.

Rintelmann W.F., S.A. Schan et B.W. Blakley. « Pseudohypacusis », *Otolaryngol Clin North Am.*, vol. 24, n° 2 (1991), p. 381-390.

Roesser, R. « Moderate to severe hearing loss with an island of normal hearing », *Ear and Hearing*, vol. 3 (1982), p. 284-286.

Statistique Canada (Division de la statistique sociale, du logement et des familles). *Profil de l'incapacité au Canada en 2001*, janvier 2001, n° 89-577-XIF au catalogue.

Thornton AR et MJM Raffin. « Speech-discrimination scores modeled as a binomial variable », *Journal of Speech and Hearing*, vol. 21 (1978), p. 507-518.

Tomlin, T., G.Rance, K. Graydon et I. Tsialios. « A comparison of 40 Hz auditory steady-state response (ASSR) and cortical auditory evoked potential (CAEP) thresholds in awake adult subjects », *International Journal of Audiology*, 45 (2006), p. 580-588.

Turner, R.G., M.S. Robinette et C.D. Bausch. « Clinical Decisions », chapitre 15 dans *Contemporary Perspectives in Hearing Assessment*, Musiek F.E. et W.F. Rintelmann (éd.), Allyn & Bacon, 1999.

Weinstein BE. « Age-related hearing loss: how to screen for it, and when to intervene », *Geriatrics*, vol. 49, n° 8, p. 40-5, 1994.

Wilson R.H. et A.L. Strousse. « Auditory Measures with Speech Signals », chapitre 2 dans *Contemporary Perspectives in Hearing Assessment*, Musiek F.E. et W.F. Rintelmann (éd.), Allyn & Bacon, 1999.

Wilson, R., D. Morgan et D. Kirks. « A proposed SRT procedure and its statistical precedent », *Journal of Speech and Hearing Disorders*, vol. 38 (1973), p. 184-191.

Wilson, R.H., et R.H. Margolis. « Measurement of auditory thresholds for speech stimuli » in Konkle, D.F. et Rintelmann, W.F. (éd.), *Principles of Speech Audiometry*, Baltimore, Academic Press, 1983, p. 79 -126.

ANNEXE 1

Résumé des préjudices potentiels susceptibles de découler d'erreurs ou d'omissions audiométriques

Préjudices généraux chez la population adulte

Faux diagnostic d'audition normale : défaut de prise en charge d'un trouble réel
Fausse assurance et défaut d'obtenir l'aide nécessaire
Renforcement du déni des limites fonctionnelles
Défaut de détecter un trouble psychogène
Augmentation de l'anxiété, de la frustration et de la désillusion face aux soins de santé auditive
Faux diagnostic ou surestimation de la perte auditive : anxiété et étiquetage inutiles
Défaut de détecter l'asymétrie de la perte auditive et de signaler une tumeur acoustique potentielle dont l'intervention précoce est associée à de meilleurs résultats chirurgicaux
Défaut de détecter une perte auditive conductive susceptible d'être traitée au plan médical
Faux diagnostic d'une composante conductive qui est absente
Faux diagnostic d'une perte auditive progressive ou fluctuante traitable au plan médical
Renvoi médical inapproprié, examens et traitements supplémentaires inappropriés
Ne pas fournir les aides techniques nécessaires
Fournir des aides techniques non nécessaires
Fournir des aides techniques inappropriées
Dommages physiques de l'audition résiduelle découlant de la suramplification
Inconfort inutile causé par le son amplifié et développement d'une phobie du son amplifié
Défaut d'obtenir le bienfait maximum des aides techniques
Continuation inutile de limites fonctionnelles importantes
Développement d'attitudes et de comportements inappropriés et mésadaptés
Perturbation inutile des relations familiales
Perte inutile de productivité en milieu de travail
Incapacité de percevoir les signaux auditifs de dangers professionnels et environnementaux
Résultats et remèdes médicolégaux inappropriés
Accès inapproprié aux ressources de santé au travail et compensation financière inappropriée
Utilisation inefficace des ressources personnelles et des ressources de soins de santé

Autres préjudices

Fausse assurance, anxiété inutile ou confusion du soignant (aidant)
Continuation de styles de communication inappropriés
Prise de décisions et communication non rapides et promptes de l'information
Fausse inférence de la présence d'un trouble comportemental, psychologique ou du développement
Défaut de maintien approprié de la parole et du langage
Défaut d'optimiser le potentiel scolaire
Défaut d'optimiser le potentiel professionnel
Préjudices au niveau du développement psychologique, cognitif et social