

Mémoire de Maîtrise en médecine No 4377

Prise en charge des patients sourds et malentendants locuteurs de la langue des signes : perceptions de médecins du CHUV et de la PMU.

(Taking care of deaf and hard of hearing patients using sign language:
perceptions from physicians at the CHUV and the PMU.)

Étudiante

Blanc Aline

Tuteur

Prof. Singy Pascal

Service de psychiatrie de liaison

Co-tutrice

Dre Cantero Odile

Expert

Prof. Bodenmann Patrick

Centre des populations vulnérables

Lausanne, 15.12.2017

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	3
Résumé	4
Introduction – Revue de littérature	5
Population sourde.....	5
Méconnaissance des soignants.....	7
Études exploratoires – Problématique	9
Méthodologie	12
Type d'étude et d'entretien	12
Revue de littérature	12
Procédures	12
Analyse des données.....	13
Participants	13
Résultats	15
Thème 1 : Difficultés	15
Thème 2 : Vécu.....	16
Thème 3 : Stratégies de communication	18
Thème 4 : Propositions d'améliorations	22
Thème 5 : Perceptions de la population sourde	25
Remarques conclusives	28
Bibliographie	29
Annexes	31
1. Formulaire d'information pour le/la participant(e).....	31
2. Formulaire de consentement pour le/la participant(e).....	32
3. Questionnaire sociodémographique pour le/la participant(e)	33
4. Guide d'entretien.....	34
5. Tableau 4.....	35

Mes sincères remerciements au Prof. Pascal Singy et à la Dre Odile Cantero pour la direction de ce travail et leurs avis constructifs.

Mes remerciements à la Prof. Marie-Claude Audetat et au Dr Christian Voirol pour leur aide méthodologique.

Un remerciement spécial aux 5 personnes qui ont permis d'entrer en contact avec les participants, et pour la disponibilité et la contribution des 17 participants à cette recherche et aux études exploratoires.

Finalement, je remercie mon entourage pour son précieux soutien et les multiples relectures.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La surdité peut se définir selon une approche socio-culturelle : les sourds appartiennent à une même communauté culturelle dont le vecteur principal est la langue des signes. Il existe différentes stratégies de communication entre une personne sourde et entendant, avec pour chacune des avantages et des limites. Dans le milieu médical, les soignants sont souvent confrontés aux méconnaissances de ces aspects, risquant de mettre à mal la communication avec leur patient sourd et une relation thérapeutique favorable. La littérature met en évidence un risque d'impacts négatifs sur l'accès aux soins et la santé de cette population. Par conséquent, un inconfort peut être perçu par le patient sourd, mais également par le médecin.

MÉTHODE

Pour commencer, une revue approfondie de la littérature ainsi que deux études exploratoires ont été effectuées afin d'élaborer un guide d'entretien. C'est ainsi qu'une étude qualitative a pu être réalisée sous forme de huit entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins du CHUV et de la PMU qui ont rencontré dans leur pratique médicale un/des patient(s) sourd(s) locuteur(s) de la langue des signes, sans avoir été formés ou sensibilisés à la prise en charge de cette population.

RÉSULTATS

La complexité de la communication avec un patient sourd, suscitant de nombreuses difficultés dans la prise en charge médicale, est largement exprimée par tous les participants. D'autres difficultés sont énoncées, telles que le temps supplémentaire nécessaire dans ce type de prise en charge, les institutions médicales inadaptées pour cette patientèle et un enseignement médical inexistant à ce sujet. Sept participants sur huit rapportent un souvenir négatif de leur(s) rencontre(s) avec leur(s) patient(s) sourd(s). Certains perçoivent un sentiment partagé de la part leur(s) patient(s). Hormis la frustration et le sentiment d'incompétence, la plupart des participants remettent en question la qualité de la prise en charge. Il est intéressant d'observer que les principales stratégies de communication utilisées ont été la lecture labiale et l'écrit. En effet, ces deux stratégies ont pourtant suscité de nombreuses critiques de la part des participants. Les recours à un proche et un interprète professionnel en langue des signes sont pour la plupart les stratégies les plus avantageuses. Cependant, les participants n'ont pas spécialement fait appel aux proches et aucun n'a fait appel à un interprète professionnel. Au cours des entretiens, des perceptions au sujet de la population sourde ont pu être exprimées : les patients sourds sont comparés aux patients allophones, voire incapables de communiquer, tout en appartenant à une catégorie minoritaire et vulnérable en santé. En conclusion, tous les participants ont exprimé des idées afin d'améliorer cette prise en charge : la quasi-totalité des participants désire avoir au sein de l'hôpital un ou plusieurs r f rent(s)   ce sujet, sous forme d'un système d'interprétariat, d'un service ou d'un p le, et ils proposent également la création de supports (carte de poche, vidéo, traduction électronique et site internet). Interrogés sur ce point, tous les participants souhaiteraient la mise en place d'une sensibilisation adressée aux médecins post-gradués et d'une formation complète pour toute personne intéressée.

CONCLUSION

La plupart des médecins interrogés ont relevé les difficultés et enjeux de la prise en charge actuelle des patients sourds. En conformité avec les études exploratoires et la revue de littérature, il est nécessaire selon les médecins interrogés de considérer les bénéfices qu'apporteraient des améliorations au sein du CHUV et de la PMU.

MOTS-CLÉS

Patient sourd, médecin, communication, perception.

INTRODUCTION – REVUE DE LITTÉRATURE

POPULATION SOURDE

SURDITÉ – CULTURE SOURDE – LANGUE DES SIGNES

La surdité peut se définir selon deux approches différentes : une approche dite médicale, suivant laquelle la surdité est un handicap, une déficience auditive qui peut être traitée, et une approche dite socio-culturelle, qui prend en compte l'appartenance d'une personne sourde à une communauté bien particulière avec sa propre culture, dite « culture sourde ».(1) Dans cette étude, nous nous intéresserons particulièrement à l'approche socio-culturelle à laquelle s'identifient de nombreux sourds pré-linguaux (devenus sourds avant d'avoir appris à parler) et qui communiquent en langue des signes.

Les sourds, locuteurs de la langue des signes, partagent une même communauté culturelle qui se distingue de la culture dite « entendante » (culture majoritaire¹). La langue des signes constitue le vecteur principal de la culture sourde, permettant à cette population de partager un « *habitus commun* ».(2) Autrement dit, la culture sourde a ses propres expressions humoristiques et théâtrales, sa propre littérature et poésie.(3) Les sourds partagent des valeurs, des traditions, des pratiques, des normes et ont leur représentation du monde. Contrairement aux idées reçues, la langue des signes n'est pas universelle (la langue des signes française étant différente de l'anglaise) et ne ressemble pas au français « parlé ». Elle n'est pas un calque d'une langue orale, elle a par exemple son propre vocabulaire et sa propre syntaxe. Au-delà de l'utilisation des mains, l'expression faciale et la position du corps dans l'espace sont au cœur de l'expression et de la compréhension de la langue des signes.(3,4) Un sourd peut utiliser un ou plusieurs modes de communication.(5) Certains oralisent et font recours à la lecture labiale, d'autres utilisent le Langage Parlé Complété (LPC) qui permet d'accompagner la lecture labiale par des signes sur le visage et finalement d'autres communiquent en langue des signes.

COMMUNICATION EN MILIEU MÉDICAL

Nous savons aujourd'hui qu'une relation favorable entre un médecin et un patient passe principalement par un bon mode de communication, permettant le respect de l'autonomie, de la confidentialité et un consentement libre et éclairé.(6,7) *“Effective doctor-patient communication is a central clinical function in building a therapeutic doctor-patient relationship, which is the heart and art of medicine.”*(8) Ainsi, « une bonne communication patient-médecin a un impact positif sur le suivi du traitement, ses résultats et la qualité de vie du patient. Une bonne communication améliore la satisfaction du patient et du médecin. »(5) Afin d'obtenir une communication favorable avec un patient sourd, diverses études se sont intéressées aux différentes stratégies de communication. Il s'agit ici d'exposer leurs avantages et leurs inconvénients, ainsi que les perceptions des soignants.

L'écrit est la stratégie la plus fréquemment utilisée par les soignants (5,9). Cependant, selon plusieurs études, c'est un mode de communication qui présente deux inconvénients majeurs. D'une part, pour les sourds communiquant avec la LSF, le français « oral » représente une langue étrangère.(4,5,10) Les différences de syntaxe, d'expressions et de contexte expliquent entre autres que les sourds peuvent être sujets à une faible littératie².(3,5,12,13) D'autre part, les soignants

¹ La culture sourde est une culture minoritaire qui existe au sein d'une culture majoritaire.

² « La littératie est la capacité d'utiliser l'écrit pour fonctionner dans la société, atteindre ses objectifs, parfaire ses connaissances et accroître son potentiel. » (11)

doivent prendre un temps considérable pour communiquer, ce qui favorise le risque de malentendus et la transmission d'informations abrégées.(5,9)

Selon une étude suisse romande, la plupart des soignants utilisent la lecture labiale avec un patient sourd.(14) Cependant, seuls 30-40% du message peut être compris avec cette stratégie, et ce sous les meilleures conditions.(4,5,9,12,14) Beaucoup de sons se ressemblent visuellement, et la capacité à les différencier va diminuer fortement si le visage du soignant est insuffisamment illuminé, s'il porte une barbe ou un masque, s'il articule peu, ou s'il ne se tient pas en face du patient.(4,5)

L'utilisation de la langue des signes dans la prise en charge médicale est appréciée par les patients sourds locuteurs de la langue des signes.(4,5,14,15) « *Ce n'est plus au patient de s'adapter à la langue des professionnels de santé, mais c'est à l'équipe qui l'a en charge de s'adapter à ses capacités de communication.* »(14). La traduction peut se faire grâce à la présence d'un proche du patient sourd (amis ou membre de la famille), un collègue du soignant connaissant la langue des signes, ou un interprète professionnel. Les avantages liés au recours à l'aide d'un proche sont les suivants : accès facilité, gratuité de la traduction et un langage « familial » similaire au vu de la relation avec le patient.(5,9) Cependant, de nombreuses études qualifient ce recours de « piège à éviter » (5,14) : le patient peut omettre certains sujets intimes face au proche (5,10), ce dernier peut manquer de compétence dans la terminologie médicale (4,14,16), le manque de neutralité de la part du proche risque de rendre sa traduction peu fidèle (1,3-5,9,14,16,17), et finalement, des études évoquent le manque d'autonomie et de confidentialité du patient (1,4,9,14,16,17). L'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) est formelle à ce sujet : « *Le recours à des membres de la famille et à des personnes de référence, notamment des enfants, est fondamentalement évité.* »(18). Le recours à l'aide d'un collègue connaissant la langue des signes est à éviter en raison également de la non-garantie de la fidélité de la traduction.(5,14) Selon une étude (9), deux tiers des médecins affirment que la meilleure stratégie de communication est la présence d'un interprète professionnel. Les avantages mis en avant par diverses études sont : une communication facilitée (7,10,15,16), des échanges d'informations complètes pour le soignant et pour le patient (5), une traduction fidèle et impartiale garantie (5,10,16) et un secret professionnel assuré (5). Cependant, plusieurs études mettent en évidence que le recours à ces interprètes n'est que rarement utilisé.(4,5,9,12,14,19,20) Les inconvénients sont les suivants : une méconnaissance de la part des soignants de l'accès et du rôle de l'interprète (10,14,15), une disponibilité limitée de ces derniers (5,15), des coûts élevés (la facture étant à la charge du service hospitalier requis) (3,5,15,20), une prise en charge nécessitant trop de temps et d'effort pour les soignants (9,15), une perte de lien direct entre le médecin et le patient (5,10,14,15), et finalement une traduction trop neutre selon certains patients sourds (5,15). « *La neutralité totale de l'interprète l'oblige à traduire sans expliquer. Si un mot est compliqué, le signe le sera aussi.* » (5).

D'autres moyens de communication sont évoqués dans la littérature : des images, des dessins, des objets, du mime, du pointage et des gestes. Ces supports sont pour la plupart utilisés en complément des techniques énoncées ci-dessus afin de faciliter la compréhension du patient sourd.(5,14,15)

ACCÈS AUX SOINS ET SANTÉ

L'accès aux soins pour les personnes sourdes est une problématique abordée dans divers articles.(4,5,14,15,20-24) La communication médecin-patient sourd difficile, les expériences angoissantes et les préjugés de la part des soignants (atteinte d'un retard mental ou d'une pathologie psychiatrique) mènent les sourds à éviter les services médicaux.(1,3-5,12,22,25-27) Lorsque la consultation médicale est nécessaire, plusieurs études observent que les patients sourds peuvent aller consulter plusieurs médecins différents jusqu'à obtenir une information

complète.(4,5,17) Selon une étude (28), en comparaison à la population « entendante », les sourds ont une probabilité plus élevée (97%) de fréquenter, et de manière répétée, le service des urgences. Une des raisons de cette fréquentation considérable est leur faible littératie, et donc leurs connaissances limitées en matière de santé qui entraînent des risques importants pour leur santé.(10,13,28) En effet, cette littératie pauvre en santé, liée à une mauvaise compréhension de la langue écrite chez les personnes sourdes, est une conséquence des barrières communicationnelles qui les isolent des médias de masse ainsi que des messages de prévention.(3,5,13,14,20,22,29) Dans les années 90, alors que des messages de prévention contre le SIDA étaient largement diffusés à la télévision, radio et sur des affiches, la population sourde a été frappée d'une épidémie importante, pour cause, la plupart de ces messages étaient peu accessibles pour les personnes sourdes (non-traduits ou non-écrits).(14) Aujourd'hui, des pathologies à des stades avancés (p.ex. insuffisances rénales terminales ou complications diabétiques importantes) émergent également dans cette population, tandis que ces stades sont rarement atteints dans la population entendante.(14)

Plusieurs articles s'accordent à dire que la population sourde est une population vulnérable dans le système de soins.(1,5,20,26,29) Les sourds apparaissent non seulement être sujets à une faible accessibilité aux messages de prévention, ils sont également à risque d'erreurs de diagnostic (dû à la mauvaise communication)(1,5,22,25), d'erreurs médicales (mauvaise médication, erreurs chirurgicales ou d'anesthésie)(1,5,12,20,22,25), d'un mauvais suivi médical (rendez-vous manqués ou annulés)(4,25), d'une non-adhérence au traitement (transmission d'informations peu efficace)(4,22), d'un recours excessif aux examens complémentaires (l'anamnèse n'apportant que trop peu d'informations)(20), et d'une santé mentale plus fragile que dans la population générale (la dépression étant fréquente)(4,20,21). Enfin, les problèmes de communication, les malentendus, les sentiments d'embarras et de peur sont autant de risques supplémentaires d'entrave à la capacité des patients sourds à prendre des décisions médicales libres et éclairées.(1)

La littérature démontre ainsi que la population sourde dispose d'un accès limité aux soins dont résultent des répercussions négatives sur la santé des patients sourds, et sur leur autonomie dans le système de soins.(5,26)

MÉCONNAISSANCE DES SOIGNANTS

Face à la méconnaissance d'une communauté culturelle sourde, les soignants ont pour la plupart tendance à percevoir la surdité à travers le prisme de l'approche médicale.(4,5) Une étude (12) a comparé les perceptions et les compétences d'étudiants en médecine ayant suivi une formation axée sur l'approche socio-culturelle de la surdité avec des étudiants n'ayant pas suivi cette formation. Les résultats mettent en lumière un net bénéfice dans la prise en charge des patients appartenant à la communauté sourde : contrairement aux étudiants non-formés, la prise en charge faite par les étudiants formés était axée sur les problèmes de santé autres que la surdité et les différents modes de communication avec leurs limites étaient bien connus. De nombreuses études (3-5,9,10,12,14-17,26) mettent en cause le manque d'information à ce sujet de la part des professionnels de la santé. Les patients sourds se sentent stressés, vulnérables, discriminés, en insécurité et perçoivent une perte d'autonomie.(12,20,26) Ils se montrent frustrés devant cette communication inefficace qui mène fréquemment à des malentendus et perçoivent les soignants comme étant réticents à comprendre leurs besoins.(4,5,17) Ils se sentent également « *méfiant*s quant à la qualité et la quantité d'informations que les médecins partagent avec eux ».(5)

« *La barrière de la communication ne met pas en situation de handicap les seules personnes sourdes, mais également les médecins et autres soignants.* »(21) Ces derniers rapportent un inconfort à ce sujet ; les échanges sont compliqués, ils se sentent désemparés, frustrés et ils ont l'impression que les patients sourds ne leur font pas confiance.(5,12,15,26) En Suisse romande, trois études

(5,14,15) démontrent que de manière générale les soignants sont insatisfaits de leur prise en charge de patients sourds. Plusieurs d'entre eux souhaitent davantage de formation en matière de communication avec un patient, notamment avec un patient sourd. Ils proposent une formation pré- et post-graduée, une sensibilisation, des cours de langue des signes, un accès facilité aux interprètes, des consultations spécialisées, du personnel supplémentaire et une meilleure organisation/reconnaissance au niveau institutionnel, et finalement du matériel à disposition (documents, supports visuels, technologie,...).

La littérature insiste sur la considération de la communauté culturelle et linguistique à laquelle appartiennent plusieurs sourds locuteurs de la langue des signes. Elle met également en évidence que les difficultés communicationnelles entre la patientèle sourde et les soignants font rarement l'objet d'une attention suffisante au vu de leur importance. Afin d'enrichir la littérature suisse romande, il s'agit dans cette étude de se focaliser sur les perceptions des médecins.

ÉTUDES EXPLORATOIRES – PROBLÉMATIQUE

L'objectif de cette étude est de donner la parole à des médecins du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) qui ont rencontré dans leur pratique médicale un/des patient(s) sourd(s) locuteur(s) de la langue des signes, sans avoir été formés ou sensibilisés à la prise en charge de cette population. Afin d'élaborer le guide d'entretien, deux études exploratoires ont été préalablement réalisées auprès des populations suivantes : les soignants de l'Unité d'Accueil et de Soins pour les personnes sourdes du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble-Alpes, ainsi que les médecins du CHUV et de la PMU ayant suivi des cours de sensibilisation proposés par le projet « Breaking the Silence » (BS).

Une vingtaine d'Unités d'Accueil et de Soins pour les personnes sourdes existent depuis 1995 dans différents hôpitaux en France. Elles emploient une équipe de soignants comprenant : des médecins généralistes, des psychologues et des secrétaires bilingues en langue des signes française (LSF), des interprètes professionnels en LSF, et des intermédiaires sourds. Le principal objectif de ces unités est de permettre l'accès aux soins de santé aux personnes sourdes et malentendantes.

Le projet Breaking the Silence (BS) est un projet local de l'association M.E.T.I.S. (Mouvement des Étudiants Travaillant contre les Inégalités d'accès à la Santé), géré bénévolement par des étudiants de l'Université de médecine de Lausanne. À travers des événements, des conférences et des cours de sensibilisation et d'initiation à la langue des signes destinés aux étudiants et professionnels de la santé, il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes sourdes en Suisse romande.

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés : quatre avec les soignants formés de Grenoble (un médecin, une infirmière, une interprète et une intermédiaire) et cinq avec les médecins sensibilisés du CHUV/PMU. Les thèmes abordés ont été les suivants : parcours professionnel, intérêt dans le domaine de la surdité, formation/sensibilisation reçue, avis concernant les cours de sensibilisation avec BS, et idées d'améliorations. Un thème a été abordé en plus avec les soignants formés : leur rôle au sein de l'équipe. Les médecins sensibilisés ont également été interrogés sur un thème supplémentaire : la rencontre d'un patient sourd avant ou après les cours de sensibilisation.

Unité d'Accueil et de Soins pour les personnes sourdes du CHU de Grenoble :

« L'idée c'est de se faire oublier, se positionner un peu derrière et à côté de l'entendant, pour que l'entendant et le sourd soient en « relation directe ». » (Une interprète)

Dans les débuts de la création des unités d'accueil et de soins pour les personnes sourdes, la plupart des contacts d'un pré-enquêté de Grenoble considéraient que « *les sourds sont rares en consultation, et s'il y en a, ils s'en sortent bien* » (un médecin). Dès 2001, une enveloppe est mise à disposition pour financer des projets et une équipe a pu être ainsi constituée. Le nombre de patients sourds venant consulter dans cette unité est passé de 19 patients la première année à 180 au bout de la troisième année. Cette augmentation de nombre de consultations s'explique par le fait que les sourds ont d'abord dû comprendre qu'un médecin puisse être bilingue en LSF. Aujourd'hui, les médecins et les psychologues de cette unité font des consultations médicales en LSF, et l'infirmière-cadre organise, entre autres, les interventions des membres de l'équipe. Les interprètes et les intermédiaires interviennent dans les différents services de l'hôpital. L'interprétation en LSF se fait dans toutes les situations du parcours de soin en suivant un code de déontologie. Ce dernier est résumé en trois piliers : le premier est la fidélité du message « *l'interprète devient l'entendant ou le sourd, elle prête ses mains et sa voix, elle-même elle disparaît* » (une interprète), le second la neutralité (l'interprète ne peut donc ni donner son opinion, ni intervenir) et le troisième le secret professionnel. L'intermédiaire vérifie la compréhension culturelle du discours entre le soignant

(culture entendante) et le patient (culture sourde), en se permettant de reformuler et d'ajouter des compléments. Cette intervention est favorable également pour les patients sourds étrangers et sourds aveugles. De plus, elle permet l'autonomisation des patients ; ces derniers sont invités à exprimer plus facilement leur incompréhension face au soignant. Il est important que l'intermédiaire soit sourd, car il peut symboliser une référence identitaire pour les patients sourds. Effectivement, pour la population sourde, il est difficile de considérer qu'un sourd puisse travailler dans un hôpital (lieu qui comprend normalement uniquement des entendants).

Avis à propos des cours de sensibilisation avec BS :

« Je pense que c'est vraiment un atout au niveau professionnel. » (Un médecin sensibilisé)

Les quatre soignants formés et les cinq médecins sensibilisés évaluent positivement ces cours. Les avantages exprimés sont les suivants : un enseignement donné par des sourds (4)³, un horaire en fin de journée et au CHUV (4), des petits groupes de participants (2), un accès au grand public (1), un vocabulaire général et médical (1), les supports de cours (1) et les piqûres de rappel au début des séances (1). Enfin, les compétences acquises par les soignants permettent un bon accueil pour le patient sourd. Cependant, tous les médecins sensibilisés s'accordent à dire que la fréquence des cours était trop ponctuelle, et trois d'entre eux souhaitent davantage de cours.

Rencontre d'un patient sourd avant/après les cours de sensibilisation avec BS :

« J'aurai aimé qu'on puisse aller un tout petit peu plus loin, et avoir plus de subtilité, mais contente en tout cas d'avoir pu créer ce lien, que la patiente sourde se sente un peu plus en confiance. » (Un médecin sensibilisé)

Parmi les médecins sensibilisés du CHUV/PMU, trois ont rencontré un patient sourd avant et un autre après les cours de sensibilisation avec BS. La rencontre avant les cours s'est plutôt mal passée pour l'un d'eux qui culpabilisait et se sentait impuissant face à de telles difficultés pour communiquer avec son patient. Tandis que la deuxième rencontre s'est bien passée pour les trois : un accueil amélioré (1), le patient rassuré et confiant (2) et le médecin plus à l'aise dans la prise en charge (1).

Idées d'amélioration :

« La langue c'est un outil de travail, un outil de diagnostic, un outil qui véhicule une demande, une souffrance. [...] Il faut que ces patients-là ne soient pas largués dans le système de soins [...] que l'angoisse puisse être diminuée. » (Un médecin sensibilisé)

Les soignants formés et les médecins sensibilisés proposent des améliorations pour les cours de sensibilisation avec BS : organiser des lieux de rencontre avec les sourds (3), expliquer l'histoire de la culture sourde (1), exposer les différentes stratégies de communication (1), et connaître en LSF les phrases principales (3) : « Bonjour ! Comment allez-vous ? Où est-ce que vous avez mal ? Je vais chercher un interprète. » (Un médecin sensibilisé). À Grenoble, les améliorations proposées sont les suivantes : la cessation des réticences face à la présence d'un interprète (2), une dizaine d'heures de cours de sensibilisation à tous les étudiants en médecine (1) et avoir des médecins sourds (1). Parmi les médecins sensibilisés, l'un ne souhaite rien améliorer, et les quatre autres proposent : des référents bilingues en LSF au sein du CHUV (4), un accès facilité aux interprètes (4), une sensibilisation pour tous (3), une formation pour les soignants qui le désirent (2), une consultation spécialisée (1) et un support accessible sur l'internet interne du CHUV (intranet TRIBU) (1).

³ Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de participants qui ont exprimé la même idée.

En conclusion, les soignants formés de l'unité de Grenoble et les médecins sensibilisés du CHUV et de la PMU s'accordent sur l'identification de certains éléments notables dans la prise en charge médicale des personnes sourdes. C'est à partir de ces éléments et de la revue de littérature qu'une problématique et deux questions de recherches ont été élaborées :

1) Quels sont les vécus et les perceptions des médecins dans la prise en charge d'un patient sourd locuteur de la langue des signes ?

Plusieurs études démontrent que la communication entre un médecin et un patient sourd est difficile. Il s'agit ici d'explorer ces difficultés ressenties chez nos participants, d'en identifier la nature, ainsi que les enjeux d'une bonne prise en charge. Nous pourrions relever leurs perceptions, leurs connaissances et leurs croyances au sujet de la population sourde ainsi que les stratégies mises en place pour communiquer avec cette dernière.

2) Y a-t-il un désir d'amélioration de ce type de prise en charge ? Sous quelle(s) forme(s) ?

Il a été observé dans nos études exploratoires et dans la revue de littérature que la plupart des soignants formés ou sensibilisés identifient certains manques dans la prise en charge des patients sourds et souhaitent plusieurs améliorations. Il s'agit ici de mettre en évidence si le vécu des médecins non-sensibilisés conduit aux mêmes constats et à l'expression du même besoin. Il s'agit également d'explorer les pistes d'améliorations qu'ils imaginent.

MÉTHODOLOGIE

TYPE D'ÉTUDE ET D'ENTRETIEN

Une étude qualitative a été réalisée sous forme d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins du CHUV et de la PMU de Lausanne entre le 7 décembre 2016 et le 28 juin 2017. Le guide d'entretien ayant guidé ces rencontres a été élaboré en fonction de la revue de littérature et des résultats des études exploratoires présentées dans le chapitre précédent (Problématique). Ce type d'entretien a permis le recueil des perceptions, des opinions et des expériences personnelles des médecins non-sensibilisés à la particularité d'un patient sourd pratiquant la langue des signes.

REVUE DE LITTÉRATURE

Avant de commencer cette recherche, une revue approfondie de la littérature a été nécessaire afin d'avoir une connaissance étendue des thématiques abordées dans ce travail. Par le biais des moteurs de recherches scientifiques *Medline*, *Pubmed* et *Google Scholar*, nous avons utilisé les mots clés suivants : « deaf, patients, physicians, communication, doctor-patient relationship, care access, health, medicine, health services utilization, hearing disorders, deafness, deaf culture, sign language, identity ». Des outils généraux, tels que *Google*, ont également été utilisés afin d'avoir accès à certains articles, mémoires et thèses de doctorat.

PROCÉDURES

RECRUTEMENT

Les critères d'inclusion à cette étude sont les médecins du CHUV et de la PMU non-sensibilisés⁴ qui ont rencontré au minimum une fois dans leur carrière un patient sourd ou malentendant pratiquant la langue des signes.

Afin d'avoir des témoignages de médecins ayant rencontré des patients sourds venus avec une problématique autre que celle de l'audition, nous avons volontairement ciblé les urgences et les services/centres de médecine interne/générale du CHUV et de la PMU. De cette façon, les médecins ne nécessitent pas de spécialisation dans le domaine de la surdité.

Le recrutement des participants à cette étude s'est fait grâce à un appel à participation par le biais de personnes-relais. Ainsi, les Chefs des urgences et du service de médecine interne du CHUV, et les Responsables du secteur des Urgences et du Centre des populations vulnérables de la PMU ont été contactés avec une brève explication du projet de recherche. Pour donner suite à cela, ils ont relayé un courriel de demande de participation aux médecins assistants et chefs de cliniques de leur service respectif. Cette demande comprenait les coordonnées de la responsable de la recherche, une description du sujet et du but de l'étude, les critères d'inclusion ainsi que la nature de la participation. Les médecins remplissant les critères d'inclusion étaient invités à contacter la responsable de la recherche afin de convenir d'un rendez-vous selon leurs disponibilités (lieu et horaire). C'est ainsi que neuf médecins ont répondu à cette demande, dont huit ont été invités à un entretien.

⁴ C'est-à-dire n'ayant suivi aucun cours de formation ni de sensibilisation au sujet de la prise en charge d'un patient sourd.

INSTRUMENTS

Au début de chaque entretien, le participant a reçu un formulaire d'information (annexe 1) contenant les coordonnées de la responsable de la recherche, le but de l'étude, la nature de la participation, la confidentialité, l'utilisation des données, et les droits du participant. La responsable de la recherche était également à disposition à tout moment pour d'éventuelles questions. Suite à cela, un formulaire de consentement (annexe 2) a été rempli et signé par chaque participant. Les données sociodémographiques (annexe 3) ont été récoltées afin d'avoir les informations suivantes : l'année de naissance, le sexe, la nationalité, le nombre d'années d'exercice, le lieu d'exercice actuel, le nombre de patient(s) sourd(s) rencontré(s) et le nombre de consultation(s)/hospitalisation(s) du/des patient(s) sourd(s) rencontré(s).

ENTRETIENS

En fonction des informations recueillies dans la revue de littérature et auprès de la population exploratoire, un guide d'entretien a pu être élaboré (annexe 4). Celui-ci est composé d'une consigne initiale⁵, accompagnée de 4 thèmes à aborder. La première partie de l'entretien aborde le déroulement de la consultation/hospitalisation avec un patient sourd et la deuxième explore les éventuels désirs d'amélioration. Les thèmes abordés sont les difficultés, le vécu et le ressenti, les stratégies de communication utilisées et leurs ressources, puis finalement les idées d'améliorations. Suivant la technique de l'entretien de type semi-directif, ces thèmes ont permis de relances lorsque la personne interrogée ne mentionnait pas spontanément les points que nous souhaitions aborder.

Au vu des horaires chargés des médecins, les entretiens étaient volontairement chronométrés afin de ne pas dépasser les 30 minutes. Selon les disponibilités de chaque participant, les entretiens ont duré entre 17 et 58 minutes et se sont faits dans des bureaux ou à la cafétéria du CHUV.

MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Suite à un rappel de la confidentialité des données et autorisation de chaque interviewé, les entretiens ont été enregistrés en format audio, afin d'être retranscrits verbatim et anonymisés.

ANALYSE DES DONNÉES

Afin de repérer et d'organiser les différents sujets évoqués par les participants, nous avons choisi d'analyser les données suivant l'analyse thématique de contenu (5). Voici les différentes étapes :

1. Lecture de la retranscription verbatim des données enregistrées en format audio ;
2. Identification et codage des unités de sens pour la mise en évidence des catégories ;
3. Regroupement des catégories en thèmes ;
4. Interprétation des données.

PARTICIPANTS

Notre échantillon est composé de 8 médecins âgés de 28 à 59 ans. Tous pratiquent à Lausanne et sont spécialisés ou en cours de spécialisation en médecine interne – générale. Le **Tableau 1** ci-dessous présente les informations sociodémographiques de chaque participant.

⁵ « Comment s'est déroulée la consultation/l'hospitalisation avec le(s) patient(s) sourd(s) que vous avez rencontré(s) ? »

Tableau 1. Informations sociodémographiques des participants.

<i>Participants (code)</i>	<i>Sexe</i>	<i>Nationalité</i>	<i>Nombre d'années d'exercice</i>	<i>Titre</i>	<i>Lieu d'exercice actuellement</i>	<i>Nombre de patient(s) sourd(s) rencontrés</i>	<i>Nombre de consultation(s)/ hospitalisation(s)</i>
M1	F	CH	7	Cheffe de clinique adjointe	PMU	3	2 consultations, 1 hospitalisation
M2	F	CH	3	Assistante	PMU	1	2-3 consultations
M3	F	CH	3	Assistante	CHUV - Service MI	1	1 hospitalisation (15j)
M4	F	F	29	Médecin cadre	PMU - SMPP	1	1 consultation
M5	H	CH	20	Assistant	PMU	1	3-4 consultations
M6	F	CH	6	Assistante	PMU - CMG	2	2 hospitalisations
M7	F	CH	3	Assistante	CHUV - Service MI	1	1 hospitalisation
M8	H	E	5	Chef de clinique	PMU	1	2 consultations

M=Médecin, F=Femme, H=Homme, CH=Suisse, F=Français, E=Espagnol, PMU=Policlinique Médicale Universitaire, CHUV=Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, MI=Médecine Interne, SMPP=Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaire, CMG=Centre de Médecine Générale.

Il s'agit ci-dessous de résumer brièvement les différentes rencontres médecin-patient(s) sourd(s).

M1 a suivi un patient sourd hospitalisé et rencontré deux autres aux urgences.

M2 a rencontré une patiente sourde étrangère accompagnée par sa fille (traduction de la langue des signes en langue spécifique) et d'une traductrice (traduction de la langue spécifique au français).

M3 a suivi un patient sourd hospitalisé qui présentait probablement des troubles cognitifs associés.

M4 a suivi un patient sourd étranger en centre de rétention. Il était accompagné d'un proche pour la traduction en langue spécifique, et un traducteur professionnel était au téléphone pour la traduction en français.

M5 a suivi un patient sourd pour le dépistage d'une pathologie cardiaque. Un interprète professionnel a été contacté pour la suite de la prise en charge.

M6 a suivi deux patients sourds, dont l'un était sourd et aveugle avec un probable état confusionnel.

M7 a suivi un patient sourd hospitalisé en raison d'un problème interniste.

M8 a rencontré un patient sourd étranger aux urgences, pour une demande d'arrêt de travail puis d'AI⁶. Une suite en consultation générale a été convenue, mais le patient ne s'y est jamais rendu.

⁶ AI = Assurance Invalidité

RÉSULTATS

L'analyse thématique de contenu des discours des huit médecins a permis d'identifier 5 thèmes et 22 catégories, figurant dans le **Tableau 4** donné en annexe (annexe 5). Il s'agit dans la prochaine partie de développer les différents thèmes et leurs catégories, et de les illustrer par des extraits des propos tenus par les médecins lors des entretiens semi-directifs.

THÈME 1 : DIFFICULTÉS

Suite à la consigne de départ « *Comment s'est déroulée la consultation/l'hospitalisation avec le(s) patient(s) sourd(s) que vous avez rencontré(s) ?* », sept médecins sur huit ont spontanément expliqué leurs difficultés. Tous les médecins interrogés ont, à un moment donné de l'entretien, évoqué une ou plusieurs difficultés relatives à la communication avec le patient sourd (1.1), à l'organisation administrative complexe (1.2), au temps supplémentaire nécessaire (1.3), ou encore en lien avec l'institution et l'enseignement médical au sujet d'une telle prise en charge (1.4).

1.1 COMMUNICATION

Tous les participants mentionnent dans leurs propos que la communication avec leur(s) patient(s) sourd(s) respectifs était une source de difficultés dans la prise en charge médicale. Selon six participants (M1, M3, M4, M5, M7 et M8), les difficultés sont les suivantes : l'échange d'informations médicales détaillées (3), l'évaluation clinique avec certains tests (évaluation des fonctions cognitives (MoCA/MMS⁷), du type de dyspnée et de l'état de conscience (GCS⁸)) (3), l'établissement d'un moyen de communication (1) et la compréhension du motif de recours (1). Ces différentes difficultés sont illustrées par les verbatims qui suivent :

« Rien que le motif de recours, c'est quasi impossible [à comprendre]. » (M1)

« On peut expliquer beaucoup moins de choses que ce qu'on aimerait. [...] On doit simplifier nos discours encore plus, on peut faire beaucoup moins de nuances, [...] on doit être très direct [...] et du coup on prend beaucoup moins de pincettes pour expliquer les choses. » (M7)

« Si quelqu'un arrive en syncope ou avec un Glasgow à 3, on sait toujours réagir. [...] [Pour un patient sourd] c'est difficile, on ne peut pas évaluer un Glasgow parce qu'il n'arrive pas à répondre. » (M8)

Deux participantes (M1 et M6) ont précisé que ces difficultés varient en fonction de l'état de santé du patient (1), et peuvent découler d'un manque d'habitude de la part des soignants à communiquer de telle manière (1). C'est ce qu'illustre le propos suivant :

« On n'a pas l'habitude de communiquer avec quelqu'un qui n'entend pas. [...] en tant que médecin, on perd un peu les repères, normalement ce qu'on fait c'est parler et puis là ça va pas. » (M6)

1.2 TEMPS

Une autre difficulté ressentie par trois participantes (M1, M3 et M6) a été le temps supplémentaire nécessaire dans la prise en charge. Ce point de vue peut être rendu compte par les dires d'une participante :

« Tu ne peux pas passer 1h30 dans la chambre du patient. Et du coup, le patient sourd doit être encore plus isolé que les autres patients. » (M1)

⁷ MoCA = Montreal Cognitive Assessment. MMS = Mini-Mental State.

⁸ GCS = Glasgow Coma Scale.

1.3 INSTITUTION ET ENSEIGNEMENT

Sur les huit participants, six ont pointé du doigt l'absence d'enseignement au sujet de la prise en charge des personnes sourdes (4) et/ou la structure et l'organisation de l'établissement médical (3).

Selon une participante (M1), l'institution médicale ne propose pas suffisamment de temps afin de permettre une bonne prise en charge des patients sourds. Deux autres participantes (M4 et M6) critiquent de manière générale la structure des établissements médicaux. Ces points de vue peuvent être rendu compte par les verbatims de deux participantes :

« L'institution n'est pas faite pour pouvoir pallier à ça. Du coup, c'est le médecin qui prend sur lui et fait des heures supp [supplémentaires]. » (M1)

« En gériatrie typiquement, c'est pas fait pour des gens sourds. C'est pas pratique, il y a un peu rien qui est à disposition. » (M6)

Comme le montrent les propos ci-dessous, trois participants (M2, M5 et M6) remarquent que l'enseignement médical n'aborde pas ce sujet. Par ailleurs, selon deux participants (M6 et M8), leurs collègues n'en savaient pas plus.

« Si j'ai un patient sourd, je sais pas où est-ce que je peux trouver les ressources. » (M2)

« L'équipe avait un peu ce « on saute les étapes » [...]. On a tendance à se dire « vu que je ne peux pas communiquer avec en parlant, bah je communique pas du tout avec ». » (M6)

Synthèse

S'agissant de résumer le degré de consensus entre les participants concernant ce premier thème, on note que tous les participants ont évoqué la complexité de communiquer avec leur(s) patient(s) sourd(s). Parmi eux, un a eu de la difficulté à établir un moyen de communication, un autre à comprendre le motif de recours, trois ont eu de la peine à échanger des détails médicaux, et trois autres ont réalisé la complexité d'évaluer les fonctions cognitives, le type de dyspnée et l'état de conscience. Trois participants ont exprimé une autre difficulté : la prise en charge de ce type de patient nécessite trop de temps. Enfin, six participants se sont accordés à dire que l'enseignement et les établissements médicaux ne permettent pas de faciliter la prise en charge des patients sourds.

Toutes ces difficultés ressenties lors de la prise en charge de leur(s) patient(s) sourd(s) respectif(s) ont été appréciées différemment selon le vécu et la sensibilité de chacun. Pour certains, la complexité de la prise en charge n'était pas spécialement importante, alors que pour d'autres, l'expression de leur vécu peu habituel était plus prononcée.

THÈME 2 : VÉCU

Ce thème rend compte de la mise en relief des sentiments des participants lors de cette prise en charge (2.1), la relation avec leur(s) patient(s) (2.2), la qualité de la prise en charge réalisée (2.3), et s'ils estiment que le patient a compris la situation (2.4).

2.1 SENTIMENTS

Lors de la prise en charge, quatre participants (M1, M3, M5 et M8) se sont sentis : frustrés (2), gêné et incompetent (1), choqué et démuni (1). C'est ce qu'illustrent les propos d'un participant :

« Ça m'a choqué. Ça fait cinq ans que j'étais médecin et c'était la première fois que j'avais un patient muet et sourd. Et moi je me suis senti complètement démuné, je ne savais pas comment faire. [...] Moi j'ai eu l'impression [...] d'être handicapé. Si j'avais eu à expliquer un diagnostic ou un traitement, ça aurait été catastrophique. » (M8)

Cinq participants (M1, M2, M5, M6 et M7) expriment les répercussions d'un tel ressenti sur leur prise en charge : difficulté à bien faire son travail (3), l'angoisse de passer à côté de quelque chose d'important (3) et la tendance de contre-attitude (1). C'est ce qu'illustrent les dires d'une participante :

« C'était une situation difficile. Et selon si on était déjà en retard avec la visite, avant d'entrer on se disait « ah et puis en plus faudra écrire... » [...] il y avait une petite tendance de contre-attitude je dirais. » (M6)

À la fin de l'entretien, les participants ont résumé la consultation avec un seul mot : compliqué (3), frustration (1) et échec (1). C'est ce que révèle le contenu du verbatim qui suit :

« Échec. Parce que c'est ce qui est arrivé à la fin et je me suis senti en échec au départ, depuis la première seconde, et chaque fois que je tentais une voie de communication c'était toujours un échec. Finalement, je me suis soulagé parce que la demande n'était pas somatique, mais sinon ça aurait été un échec énorme. » (M8)

Or, selon une participante (M4), le mot résumant au mieux la consultation est « normalité » :

« Moi ça ne me gênait pas. [...] Avec le système [de traduction], c'était quasiment une consultation comme une autre [...]. Donc finalement, elle était presque rentrée dans [...] la normalité. » (M4)

2.2 VÉCU DU PATIENT SOURD

À un moment donné de l'entretien, cinq participants (M1, M2, M3, M4 et M6) se sont mis spontanément à la place de leur(s) patient(s). Selon trois participants (M1, M2 et M3), les patients se sont sentis : gênés (2) et frustrés (1).

Il a été demandé à tous les participants s'ils avaient l'impression que leur(s) patient(s) avaient compris ce qui s'était dit entre eux. Sur huit participants, cinq estiment que leur(s) patient(s) ont compris, au contraire des trois autres (M3, M5 et M8). Le point de vue de ces derniers est illustré par les verbatims suivants :

« Non pas du tout, non. Il a compris ce que j'ai écrit, c'est déjà quelque chose, mais je pense qu'il n'a pas compris la démarche à faire après. [...] Il est parti et j'étais soulagé, mais j'avais l'impression qu'il n'avait pas compris. » (M8)

« Au final, tu fais une prise en charge médicale pour soigner un patient, mais l'important c'est quand même que le patient se sente aussi soigné. Et là, je sais pas du tout s'il a compris ce qu'on a fait, [...], donc tu te poses aussi des questions un petit peu éthiques. » (M3)

2.3 QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Lors des entretiens, sept participants (M1, M2, M3, M5, M6, M7 et M8) remettent en question la qualité de leur prise en charge avec leur(s) patient(s) sourd(s). Ce point de vue peut être rendu compte par les dires d'un participant :

« On voit bien qu'on ne peut pas faire une prise en charge aussi optimale et on va aussi avoir tendance, enfin personnellement c'est pas très bon, mais, j'aurais peut-être tendance aussi à donner moins d'explications, parce qu'on sait qu'ils vont pas comprendre, du coup on prend moins de temps. [...] Donc ça veut dire qu'il y a une partie de la prise en charge qui est en pâte et c'est dommage. » (M7)

Synthèse

La prise en charge médicale d'un patient sourd a marqué tous les participants. Hormis une participante, ils expriment dans la globalité un souvenir plutôt négatif ; ils ont éprouvé une certaine incompetence et une frustration face à une situation particulièrement compliquée. Face à ces ressentis, cinq participants ont évoqué la difficulté de bien faire leur travail. Six participants évoquent que cette rencontre était également insatisfaisante pour leur(s) patient(s). Notons enfin que la presque totalité des participants remet en question la qualité de la prise en charge qu'ils ont fournie à leur(s) patient(s). Cette qualité de prise en charge peut en partie dépendre de la stratégie de communication mise en place entre le médecin et le patient sourd.

THÈME 3 : STRATÉGIES DE COMMUNICATION

Les stratégies de communication utilisées par nos participants avec leur(s) patient(s) sourd(s), ainsi que leurs avis les concernant constituent un thème majeur issu de notre analyse de contenu. Les participants ont également donné leurs avis sur d'autres stratégies qui n'ont pas forcément été utilisées avec leur(s) patient(s). Le **Tableau 2** illustre les stratégies de communication utilisées par les huit médecins.

Tableau 2. Stratégies de communication utilisées avec les patient(s) sourd(s) rencontrés.

	Lecture labiale	Écrit	Proche ⁹	Traducteur professionnel ¹⁰	Collègue	Autres
M1	✓	✓	✓			Badge
M2			✓	✓		Gestuelle
M3	✓	✓	✓		✓	
M4			✓	✓		Gestuelle
M5	✓					
M6		✓	✓			Échelles visuelles analogues
M7	✓	✓				
M8	✓	✓				

3.1 LECTURE LABIALE

Pour la plupart des participants, la lecture labiale a été la première stratégie mise en place avec leur(s) patient(s) sourd(s). Comme nous pouvons le voir dans le **Tableau 2**, cinq participants (M1, M3, M5, M7 et M8) ont utilisé cette stratégie. Le propos suivant illustre selon une participante l'avantage de cette stratégie :

⁹ Un ami ou un membre de la famille entendant qui connaît la langue des signes ou une autre langue que le patient utilise.

¹⁰ Traducteur d'une langue spécifique oralisée par le proche en français.

« On prend un peu plus de temps et on essaye de communiquer avec les lèvres, juste pour que ce soit un petit peu plus agréable et moins artificiel. » (M1)

Cependant, quatre participants (M1, M4, M5 et M8) critiquent cette stratégie : difficulté à se faire comprendre (4), peu efficace (2), et difficulté à comprendre le patient (1). C'est ce qu'illustre le verbatim qui suit :

« Difficile, franchement il arrivait par moment à me comprendre, [...], mais j'ai l'impression qu'il comprenait qu'une partie. » (M5)

3.2 ÉCRIT

Pour trois participants (M1, M7 et M8), l'écrit était le deuxième moyen de communiquer avec leur(s) patient(s) sourd(s), suite à l'échec avec la lecture labiale. Cela aidait également en situation d'urgence (1). Or, six participants (M1, M3, M4, M6, M7 et M8) critiquent cette stratégie : elle est chronophage (2), désagréable et peu naturelle (2). De plus, le patient doit être capable de lire et d'écrire (4). C'est ce qu'illustrent les propos de deux participantes :

« C'est juste que ça rallonge encore le temps. » (M7)

« Par écrit on a beaucoup moins l'habitude, déjà qu'on n'a pas les ustensiles, [...] écrire sur les genoux, le patient est dans son lit, c'est pas top. [...] On ne va pas écrire des phrases compliquées [...] surtout chez un patient qui, j'avais l'impression, n'avait pas vraiment l'habitude d'écrire ou de communiquer comme ça. » (M6)

3.3 PROCHE

Cette section s'attarde sur les propos des participants concernant l'aide à la traduction par un proche, c'est-à-dire un ami ou un membre de la famille du patient.

Pour deux participantes (M2 et M4), l'aide d'un proche était nécessaire en raison d'une langue des signes étrangère (2).

Comme le montrent les propos ci-dessous, cinq participants (M1, M3, M5, M6 et M7) considèrent que les avantages du recours à l'aide d'un proche sont : la proximité du proche avec le patient permettant une communication plus familière (4), l'amélioration de la communication médecin-patient (2), son accessibilité (1) et le sentiment de soutien pour le médecin (1).

« Après les proches, c'est aussi le vécu avec le patient, [...] et ils le connaissent par cœur. » (M5)

« Pour le ressenti, c'était super parce que j'avais enfin l'impression de pouvoir accéder au patient. Et aussi de m'assurer de 1) qu'il comprenait ce qu'on disait, 2) qu'il avait pas 25 questions qui traînaient et qu'il n'osait pas les poser, et 3) qu'il n'était pas angoissé, c'est vraiment là que je voyais s'il était confortable ou pas. [...] « Ouf enfin on se sent soutenu ! », parce que des fois on est quand même en moment de solitude. » (M1)

Cependant, plusieurs désavantages quant au recours à un proche ont été exprimés par quatre participants (M1, M2, M3 et M4) : le temps trop important (3), l'incertitude d'une traduction fidèle (3), l'implication du proche imposée dans la prise en charge médicale (2), un vocabulaire médical moindre (1) et le manque de confidentialité et d'éthique (1). C'est ce que révèle le contenu des verbatims qui suivent :

« C'est sûr que la conversation est longue, il faut prévoir un temps différent. [...] Je ne sais pas si les proches ont autant de largesse au niveau de la langue qu'un professionnel, je pense que non. Il se peut qu'ils n'arrivent pas à communiquer les termes médicaux. [...] Pour un proche, il y a la

subjectivité de son vécu à lui, de ce qu'il va transmettre, de la compréhension, l'incertitude pour nous. » (M1)

« C'est une mauvaise économie que de prendre un proche : déjà au niveau confidentialité c'est zéro, au niveau éthique c'est zéro, et puis il se trame plein d'autres choses où là aussi c'est mauvais. [...] Si l'accompagnant travaille et que chaque fois il doit se libérer pour l'accompagner pour faire la traduction en langage des signes, ça peut être un coût. » (M4)

Il a été demandé aux participants s'ils préféreraient avoir recours à l'aide d'un proche ou d'un interprète professionnel en langue des signes : une participante (M7) préfère l'aide d'un proche, alors que quatre participants (M1, M4, M6 et M8) solliciteraient plutôt un interprète professionnel. Six participants (M1, M2, M4, M6, M7 et M8) précisent que le choix dépend du contexte. Le proche est surtout utile en cas d'urgence (2) et de discussions autour des directives anticipées (1), tandis qu'un interprète professionnel est préférable lors de discussion de problèmes médicaux (2) et en ambulatoire (1).

3.4 INTERPRÈTE PROFESSIONNEL

Deux participantes (M1 et M6) ne connaissaient pas l'existence d'interprètes professionnels en langue des signes. Cependant, elles font partie des quatre participants (M1, M4, M6 et M8) qui souhaitent de préférence faire appel à un interprète professionnel plutôt qu'à un proche. Les avantages évoqués par quatre participants (M1, M2, M4 et M5) sont l'absence de conflit d'intérêts (3), le secret professionnel (2), l'objectivité de l'interprète (1), une communication plus riche (1) et une meilleure qualité de prise en charge (1). Ces avantages sont illustrés par le verbatim suivant :

« Aujourd'hui, j'aurai proposé un professionnel, à moins que le patient insiste pour que ce soit un proche. [...] Car l'objectivité, la richesse de communication, c'est pas la même chose. Et puis aussi on peut être sûr qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts. » (M1)

Deux participantes (M2 et M3) expriment deux désavantages quant à la présence d'un interprète professionnel : l'organisation compliquée (1) et l'incertitude concernant la fidélité de la traduction (1). C'est ce qu'illustrent les deux verbatims suivants :

« L'épouse avait contacté une interprète [...], finalement ça a été mal compris, mal organisé et tombé à l'eau. Enfin voilà, il y a des problèmes organisationnels qui sont plus compliqués à gérer dans ce genre de situation. » (M3)

« C'est vrai qu'on a un peu le même souci quand on a un interprète de « langue », on n'a pas toujours la garantie si vraiment tout ce qu'on a dit et qu'on nous dit est transmis de la même façon. » (M2)

Il a été demandé aux participants s'ils savaient comment avoir accès à un interprète professionnel en langue des signes. Hormis deux participants (M3 et M5), cinq participants (M1, M2, M6, M7 et M8) affirment qu'ils ne sauraient pas. Ils auraient cherché l'information aux sources suivantes : une infirmière (3), Google (2), un chef de clinique (2), le secrétariat (1) et une assistante sociale (1).

3.5 INTERPRÈTE-COLLÈGUE

Deux participants (M7 et M8) évoquent la possibilité d'appeler un collègue connaissant la langue des signes afin de traduire. Cependant, tous deux n'ont pas continué leur démarche. Une participante (M3) a fait appel à une collègue capable de signer, ce qui lui a permis de faciliter les échanges avec son patient.

3.6 AUTRES

D'autres supports ont été utilisés en complément aux stratégies énoncées ci-dessus. Deux participantes (M2 et M4) ont utilisé les gestes et le mime afin de faciliter la communication avec leur(s) patient(s). Ce support a été spécialement utile dans l'urgence, ainsi que pour localiser une douleur ou lors de l'examen physique. Deux autres participantes (M1 et M6) se sont aidées de supports visuels : leur badge afin de se présenter (1) et les échelles analogues visuelles (1).

Dans le tableau suivant (**Tableau 3**), nous pouvons résumer les différentes stratégies avec leurs avantages (+) et leurs inconvénients (-) selon les propos de nos participants. Le nombre noté entre parenthèses coïncide avec le nombre de participants s'accordant sur le terme précédent.

Tableau 3. Stratégies de communication avec un patient sourd ; avantages et inconvénients.

STRATÉGIES	+	-
Lecture labiale	Confort (1), agréable (1), moins artificiel (1).	Difficulté à se faire comprendre (4) et à comprendre le patient (1), peu efficace (2).
Écrit	Idéal dans l'urgence (2).	Difficulté pour le patient à lire (4), temps trop important (2), peu agréable (2), peu naturel (1), pas l'habitude (1).
Proche	Connaissance du patient et de son état (3), meilleur contact (3), idéal dans l'urgence (2), communication familière et sobre (2), expression et compréhension du patient (2), accessibilité facilitée (1), sentiment de soutien pour le médecin (1).	Temps trop important (3), fidélité de la traduction non-garantie (3), implication du proche imposée (2), risque de conflit d'intérêts (2), discussion non-intime (1), absence de confidentialité (1), manque de vocabulaire médical (1).
Interprète professionnel	Absence de conflit d'intérêts (3), secret professionnel (2), objectivité (1), communication plus riche (1), meilleure qualité de prise en charge (1).	Difficulté d'accès (5), temps trop important (3), organisation compliquée (1), incertitude fidélité de la traduction (1).

Synthèse

Lors des prises en charge de leur(s) patient(s) sourd(s), diverses stratégies de communication ont été mises en place. Les stratégies les plus utilisées par nos participants ont été, par ordre décroissant : la lecture labiale, l'écrit, le proche, le traducteur de langue en accompagnement avec un proche et finalement l'interprète-collègue. Notons qu'aucun participant n'a eu d'interprète professionnel.

Il est intéressant d'observer que selon la plupart des participants, les stratégies les plus avantageuses sont le recours à l'aide d'un proche et d'un interprète professionnel. Or, les différentes rencontres des participants n'ont pas spécialement impliqué qu'ils fassent appel aux proches des patients. De plus, aucun participant n'a fait appel à un interprète professionnel pour leur prise en charge.

THÈME 4 : PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS

Ce thème peut être mis en relation avec la dernière partie des entretiens. À la question « *Avez-vous le désir d'améliorer ce type de prise en charge ?* », tous les participants ont affirmé souhaiter des éléments pour les aider à prendre en charge un patient sourd. Il s'agit ici d'exposer les différentes améliorations qu'ils proposent.

La première idée d'amélioration a été pour cinq participants (M1, M3, M5, M6 et M8) d'avoir accès à un/plusieurs référent(s) capable(s) de traduire la langue des signes (4.1). D'autres idées d'amélioration ont été énoncées lors des différents entretiens : des supports visuels (4.2), des cours de sensibilisation (4.3) et/ou une formation complète (4.4). Pour finir, d'autres propositions non catégorisables sont exposées (4.5).

4.1 RÉFÉRENT(S)

Sept participants (M1, M2, M3, M5, M6, M7 et M8) ont évoqué au cours de leur entretien respectif le souhait d'avoir une ou plusieurs personnes de référence au sujet de la particularité de ce type de prise en charge. Les souhaits de ces participants sont de créer un réseau d'interprétariat au sein de l'hôpital (5) voire même un pôle pour accueillir les patients sourds (3), de faciliter l'accès aux interprètes professionnels afin de pouvoir solliciter leur aide (4) et d'avoir connaissance de l'existence de ces derniers (1).

Quatre participantes (M2, M3, M6 et M7) souhaitent un accès facilité aux interprètes en langue des signes. Deux d'entre elles (M3 et M7) proposent ainsi de mettre une liste de contacts sur la page internet interne au CHUV et à la PMU (Intranet, TRIBU). C'est ce qu'illustre le verbatim suivant :

« [Il faudrait] un formulaire qui dit juste comment, par quel biais on doit passer pour avoir accès. »
(M7)

La création d'un réseau ou d'un système d'interprétariat en langue des signes au sein du CHUV/PMU a été proposée par cinq participants (M1, M2, M3, M6 et M8). Une participante (M1) évoque le bénéfice qu'un tel système pourrait avoir :

« Si par exemple, pour ce genre de population, on avait un système d'interprètes à la PMU, peut-être qu'ils viendraient plus ! [...] J'imaginerais ça comme le système qu'on a ici ; si on a quelques référents qu'on peut appeler en urgence ou sur rendez-vous. Et comme ça, le patient sait qu'il y a des référents qui pourront l'aider ici, et qu'il peut avoir un généraliste chez nous à la PMU avec un interprète présent, je pense qu'il consulterait plus volontiers. » (M1)

Pour finir, trois participantes (M1, M2 et M6) proposent de créer un pôle ou un service au sein de l'hôpital permettant d'accueillir exclusivement les patients sourds. C'est ce qu'illustre le verbatim suivant :

« Peut-être que si on était plus sensible, on aurait plus tendance à accepter l'interprétariat, et on pourrait même imaginer un petit pool avec des professionnels qui ont l'habitude. » (M1)

Cependant, une participante (M2) s'interroge à ce sujet :

« Éthiquement est-ce que ça se tient ou ça ne tient pas ? D'un côté, on est sûr qu'ils arrivent quelque part où il y a des médecins qui sont vraiment formés pour les prendre en charge [...], et d'un autre côté, c'est aussi une sorte de stigmatisation de dire « si vous voulez être bien pris en charge, vous devez aller dans un endroit spécialisé pour vous ». » (M2)

4.2 SUPPORTS

Afin d'améliorer la prise en charge des patients sourds, sept participants (M1, M2, M3, M5, M6, M7 et M8) ont évoqué l'utilisation de différents supports : une carte de poche (5), une vidéo explicative (2), un système de traduction via l'ordinateur ou le téléphone portable (2), ou encore un site internet comportant les informations nécessaires (1).

Selon cinq participants (M3, M5, M6, M7 et M8), une carte de poche peut être utile avec les informations suivantes : des signes ou des phrases fréquemment utilisées (3) ou les ressources nécessaires et un protocole de prise en charge pour ce type de patient (2).

Deux participants (M2 et M8) proposent de créer des vidéos afin d'expliquer le déroulement de certains examens médicaux ou l'utilisation de médicaments. Ils évoquent également l'utilisation de moyens de communication électroniques tels que Skype, Facetime ou Whatsapp afin de permettre une traduction à distance.

Notons enfin qu'un participant (M8) propose de mettre ces informations sur une page internet plutôt que sur une carte. Cette idée est expliquée par le verbatim suivant :

« Ou alors un site internet dans l'intranet de la PMU ou du CHUV, au même endroit qu'il y a les traducteurs, avec 3-4 mots comme « douleur » ou des choses comme ça. » (M8)

4.3 COURS DE SENSIBILISATION

Lors des différents entretiens, il a été demandé aux participants s'ils pensaient que des cours de sensibilisation ou une formation complète pour la prise en charge d'un patient sourd pouvaient avoir un intérêt dans le milieu médical. Tous les participants se sont accordés à dire qu'une formation complète serait de préférence pour les personnes intéressées par le sujet, tandis qu'ils souhaiteraient des cours de sensibilisation pour un large public en post-gradué (8) et/ou en pré-gradué (3), plutôt dans le service de médecine interne et pour les médecins de premier recours (3) ou dans tous les services (1), et avec un certain objectif d'apprentissage (4). C'est ce qu'illustre le verbatim suivant :

« Je pense que ce serait bien une fois d'avoir un truc un peu d'info, qu'est-ce que ces patients ont comme quotidien, comment est-ce qu'ils ont l'habitude de communiquer. [...] Je pense qu'il y a des choses qu'on pourrait apprendre et qu'on pourrait faire pour mieux communiquer avec ces gens, et sans vraiment devenir spécialistes là-dedans. » (M6)

Tous les participants s'accordent à dire qu'il faudrait donner ces cours de sensibilisation en post-gradué. Deux participantes (M3 et M6) précisent qu'il n'est pas pertinent de les donner en pré-gradué. Tandis que trois participants (M1, M4 et M8) proposeraient justement ces cours également en pré-gradué. Ce dernier point de vue est rendu compte par les dires d'une participante :

« En pré-gradué, peut-être un peu de sensibilisation, [...], mais ça pourrait être sous forme d'une heure de sensibilisation « communication avec un patient ». Mais probablement que c'est un fantasme prioritaire, parce que de toute façon « on n'en voit jamais », donc je pense qu'on les ignore un peu par méconnaissance. » (M1)

Un participant (M8) proposerait ces cours dans tous les services hospitaliers. Cependant, trois participants (M1, M5 et M6) précisent qu'il serait judicieux de viser la médecine interne. C'est ce qu'illustre le propos suivant :

« Typiquement pour tout ce qui est médecins généralistes, [...] en gériatrie, médecine interne, [...] et puis avec la médecine de premier recours. » (M6)

Quatre participants (M2, M5, M6 et M8) proposent un contenu pour ces cours de sensibilisation. Ils proposent d'apprendre : l'attitude à avoir face à ces patients (3), les comorbidités (2) et les principales phrases en LSF (1).

4.4 FORMATION

Comme mentionné plus haut, les participants s'accordent à dire qu'une formation complète devrait être proposée uniquement aux soignants intéressés personnellement par ce sujet. Six participants (M2, M3, M4, M5, M7 et M8) ne proposeraient pas cette formation à un large public pour les raisons suivantes : les personnes sourdes fréquentent rarement les services médicaux (5) et il faudrait des rappels fréquents afin d'être optimal le jour où un patient sourd se présente (4). Certains concluent qu'en termes d'investissement, les bénéfices seraient moindres (3). Une participante (M2) questionne le lien entre le nombre de patients sourds qui vient consulter et l'utilité de la formation. Ce dernier point de vue peut être rendu compte par le verbatim suivant :

« Le pendant de ça, c'est que si finalement on se dit qu'on ne forme personne parce qu'il y a « trop peu de gens » qui vont en bénéficier, alors on exclut, on discrimine ces personnes particulières. Et du moment où elles vont venir, on ne sera pas préparé et pas formé pour les prendre en charge de façon adéquate. » (M2)

4.5 AUTRES

D'autres améliorations, non catégorisables ci-dessus, ont été proposées par trois participants (M2, M4 et M6) : l'inscription de la surdité dans le dossier médical (1), une prise en charge de l'investissement du proche accompagnateur (1) et des documents médicaux mieux pensés pour les personnes sourdes (1).

Deux participantes (M2 et M4) ont rencontré des patients sourds communiquant avec une langue des signes dans une langue spécifique. C'est pourquoi elles proposent d'avoir une langue des signes universelle (1) ou des interprètes en différentes langues des signes (1).

Synthèse

La communication avec un patient sourd représente une difficulté pour l'ensemble des médecins interrogés. Chacun a pu exprimer différentes idées d'améliorations afin d'y pallier. L'idée la plus discutée, et évoquée par sept participants, était d'avoir un/des référent(s) concernant cette prise en charge. Il faudrait faciliter leur accès, créer un réseau d'interprétariat ou un pôle accueillant les patients sourds. Les participants se sont également exprimés concernant l'utilisation d'un éventuel support sous forme de vidéo, traduction électronique, carte de poche ou site internet. Des cours de sensibilisation en post-gradué sont plébiscités par tous les participants. Ces cours permettraient de sensibiliser l'attitude à avoir face à un patient sourd et seraient proposés essentiellement aux services de médecine interne, par exemple lors de colloques ou d'une journée. Les participants estiment que compte tenu de la faible fréquentation des services médicaux de la part des personnes sourdes, une formation plus complète devrait être réservée aux soignants témoignant d'un intérêt particulier pour le sujet. D'autres idées intéressantes ont pu surgir, entre autres l'inscription de la surdité dans le dossier médical.

THÈME 5 : PERCEPTIONS DE LA POPULATION SOURDE

Il s'agit dans ce dernier thème de réunir les propos exprimés spontanément tout au long des différents entretiens, concernant les perceptions des participants au sujet de la population sourde. Six catégories sont apparues : la définition de la surdité (5.1), l'analogie avec la population étrangère (5.2), l'analogie avec la prise en charge d'un patient inconscient (5.3), le lien entre la surdité et le retard mental (5.4), la minorité et vulnérabilité de cette population (5.5), et finalement la langue des signes en tant que langue en soit (5.6).

5.1 DÉFINITION « SURDITÉ »

Comme énoncé dans l'introduction, la surdité peut se définir selon l'approche socio-culturelle ou l'approche médicale. Une participante (M2) s'interroge à ce sujet et deux participantes (M4 et M7) définissent principalement la surdité selon l'approche médicale. Ce point de vue peut être rendu compte par les dires d'une participante :

« Le chef de centre qui était dans un haut grade dans la police était enfant de parents sourds et muets, donc il connaissait le langage des signes. [...] Donc assez étonnant que cette personne née d'un couple vraiment handicapé avait quand même pu poursuivre ses études et être arrivée à un rang de commissaire de police. » (M4)

5.2 POPULATION ÉTRANGÈRE

Parmi les propos des différents participants, une analogie entre la population sourde et la population étrangère a été fréquemment exprimée.

Trois participants (M1, M7 et M8) expliquent que l'analogie se fait au niveau de la communication. C'est ce qu'illustre le verbatim suivant :

« C'est comme avoir quelqu'un qui ne comprend pas le français. [...] Pour moi, c'était peu différent d'une situation d'interprétariat. » (M1)

Une participante (M1) exprime par le verbatim suivant, la similitude entre ces deux populations au niveau de la vulnérabilité en santé :

« J'ai fait une analogie : les populations étrangères. [...] Il y a aussi ce problème de communication et de méconnaissance. C'est ce qui fait que ça les isole, ils se soignent moins, ils sont plus diabétiques, plus hypertendus, plus polymorbides, et encore plus difficiles à soigner. » (M1)

5.3 PATIENT « INCONSCIENT »

En situation d'urgence avec un patient sourd, trois participants (M1, M6 et M8) se sont sentis comme face à un patient en syncope (2) ou comateux (1). C'est ce que révèle le contenu du verbatim suivant :

« La visite elle dure 2 minutes et demie parce que « de toute façon on ne peut pas communiquer avec lui », c'est comme les patients comateux un peu. » (M6)

5.4 RETARD MENTAL

Trois participantes (M1, M6 et M7) ont précisé dans leurs propos que les personnes sourdes n'ont pas de retard mental. Cependant, selon elles, leurs collègues n'avaient pas la même certitude. Ce point de vue peut être rendu compte par les dires d'une participante :

« C'est pas quelqu'un qui a un retard mental ou quelque chose comme ça. C'est vrai que je voyais que côté infirmier, on avait tendance un peu à les chouchouter, un peu comme des... un peu les infantiliser. » (M1)

5.5 MINORITÉ ET VULNÉRABILITÉ

Tous les participants se sont accordés à dire dans leurs entretiens que la population sourde est une population minoritaire. La plupart d'entre eux ont précisé qu'il est rare de rencontrer un patient sourd dans le milieu médical. C'est ce qu'illustre le verbatim qui suit :

« Je ne sais pas où ils consultent, mais ils ne consultent pas ici. » (M1)

Par ailleurs, trois participants (M1, M2 et M8) soulignent que les sourds doivent faire face à une vulnérabilité en santé considérable : leur suivi médical n'est pas optimal (2), ce qui a des conséquences sur leur santé (3). C'est ce qu'illustrent les propos suivants :

« La population est moins nombreuse aussi, ou peut-être qu'ils accèdent moins aux soins à cause de ce blocage aussi. [...] Parce que ces gens, je sais que leur suivi n'était pas extraordinaire, c'est pas pour rien qu'ils arrivaient dans des états pas terribles. [...] Je suis sûre que c'est au détriment d'un suivi médical correct. Je suis sûre qu'ils ne sont pas aussi bien suivis que les autres. [...] J'imagine qu'il doit y avoir un isolement social, ils doivent avoir une précarité spécifique à leur pathologie, due au déficit dans la communication. Pour moi, ça ressemble beaucoup au reste de la population : quand on ne communique pas, on ne vient pas chez le médecin. » (M1)

Comme le montre le verbatim ci-dessous, une participante (M1) finit par remettre en question l'accès aux soins pour les sourds :

« Je me suis dit qu'il devait y avoir une spécificité épidémiologique, de santé communautaire auxquels ils sont confrontés ces gens. [...] Du coup, j'ai commencé à me poser aussi la question, au niveau de leur accessibilité aux soins, et puis des freins à l'accès aux soins qui doivent être énormes. [...] Il ne doit pas y avoir beaucoup de choses mises en place et c'est horrible. » (M1)

Tout compte fait, la plupart des participants ont exprimé l'importance, selon eux, d'améliorer la communication avec une personne sourde. Selon quatre participants (M1, M3, M4 et M8), bien que la population sourde soit peu nombreuse, les bénéfices à améliorer la communication sont à considérer plus sérieusement. C'est ce qu'illustre le verbatim suivant :

« C'est aussi une population qu'on doit intégrer et dont finalement on parle très peu. Et comme je disais, vu la frustration que ça engendre, ce serait mieux d'avoir d'autres moyens à disposition. » (M3)

Finalement, deux participantes (M2 et M6) considèrent que les soignants doivent se sentir responsables de l'amélioration de la communication avec leur patient sourd. Ce point de vue est rendu compte par les dires d'une participante :

« Le patient vit dans un monde parlant, et il a aussi développé des stratégies pour arriver un petit peu à comprendre [...], alors que nous, on n'a rien pour arriver à comprendre ce qu'il nous dit. Donc c'est plus à nous de faire un pas vers eux. » (M2)

Synthèse

Les perceptions de la population sourde relevées lors des différents entretiens diffèrent entre chaque participant. Plusieurs d'entre eux ont fait l'analogie entre la population sourde et la population étrangère : la communication est tout aussi difficile et leur vulnérabilité en santé en

pâtit également. L'analogie avec la prise en charge d'un patient inconscient a été également exprimée par trois participants. Contrairement aux perceptions de leurs collègues, trois participants ont tenu à préciser que selon eux, une personne sourde n'est pas forcément atteinte d'un retard mental. Pour finir, tous se sont accordés à dire que la population sourde est minoritaire et peu fréquente dans le milieu médical. Certains soulignent également que cette population est vulnérable en santé. Parmi eux, une participante exprime un probable mauvais accès aux soins pour ces personnes au CHUV et à la PMU.

Tout compte fait, la plupart des participants souhaitent souligner que des améliorations dans la communication avec un patient sourd seraient bénéfiques, d'autant plus venant de la part des soignants.

REMARQUES CONCLUSIVES

Au terme de la présentation de cette étude, il est nécessaire d'exposer les limitations qu'une telle recherche suscite : le nombre restreint de participants limitant la représentation de l'ensemble des médecins du CHUV et de la PMU, les entretiens semi-directifs contraints à une durée limitée (30min) ne laissant pas libre cours à la parole des participants, et le risque de subjectivité lors de l'analyse thématique de contenu et de la sélection des différents verbatims. Ainsi, il est venu le temps de présenter ci-dessous un certain nombre de conclusions.

La revue de littérature insiste sur le fait qu'une « bonne » communication permet de construire une relation médecin-patient favorable, qui constitue le socle d'un suivi médical efficace. Notre travail de recherche confirme cette assumption puisque nos huit médecins non-sensibilisés ont tous fait l'expérience d'une communication dysfonctionnelle avec un patient sourd et ont souligné qu'elle a été une source de difficulté dans la prise en charge médicale. En revanche, trois des médecins qui ont suivi les cours de sensibilisation avec BS ont exprimé s'être sentis plus à l'aise, et davantage en mesure d'accueillir et de rassurer leur patient sourd.

Certaines similitudes au sujet des stratégies de communication peuvent s'observer entre la revue de littérature et les propos des médecins non-sensibilisés : la lecture labiale et l'écrit sont les stratégies de communication les plus utilisées. De plus, la plupart des médecins non-sensibilisés affirment que la meilleure stratégie de communication est la présence d'un interprète professionnel ou d'un proche, cependant ils font rarement recours à ces derniers. Il est intéressant de noter que les avantages et les inconvénients des différentes stratégies énumérés par les médecins coïncident pour la plupart avec ceux évoqués dans les articles.

Tous les médecins non-sensibilisés se sont accordés à dire que la population sourde fréquente rarement les services de soin. Notons que dans les débuts de la création des Unités d'Accueil et de Soins pour les personnes sourdes (1995), les sourds étaient également considérés comme « rares » dans le milieu médical. Pourtant, suite à l'ouverture de l'unité à Grenoble, les bénéfices d'une telle structure ont rapidement été prouvés. La vulnérabilité en santé et le mauvais accès aux soins pour les sourds au CHUV et à la PMU ont été cependant évoqués par plusieurs médecins non-sensibilisés. Plusieurs articles de la revue de littérature confirment ces propos.

Au sujet des améliorations, la quasi-totalité des médecins non-sensibilisés et la moitié des médecins sensibilisés souhaitent la création d'un réseau ou d'un pôle avec un/plusieurs référent(s) de ce type de prise en charge au sein du CHUV et/ou de la PMU, permettant entre autres un accès aux interprètes facilité. Selon tous les médecins non-sensibilisés, la plupart des médecins sensibilisés et un soignant formé, les cours de sensibilisation devraient être donnés à un large public, tandis que la formation devrait être proposée aux personnes intéressées. Certains proposent également la création d'un support sur carte ou sur internet et l'organisation de rencontres sourds-entendants.

La quasi-totalité des articles de la revue de littérature de cette étude conclut en formulant une recommandation majeure : il est favorable d'enseigner aux étudiants et aux soignants l'aspect socio-culturel de la surdité. Cette recommandation est également préconisée dans cette étude, de même que la possibilité de proposer une formation complète aux personnes intéressées par le sujet. De plus, il est bénéfique de promouvoir la création d'un réseau de référents au sein du CHUV et de la PMU, et de favoriser le métier d'intermédiaire qui aurait permis d'améliorer les prises en charge de la part des médecins non-sensibilisés de cette étude. En dernier lieu, notons que le monde des soins ne se limite pas aux médecins. C'est pourquoi, bien que cette étude soit une première étape, il serait intéressant d'appliquer cette investigation à d'autres populations parmi le personnel hospitalier, soignant ou non, telles que les infirmiers ou secrétaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cole P, Cantero O. Stigmatisation des Sourds dans les soins de santé, l'exemple de la santé mentale. *Rev Médicale Suisse*. 11 févr 2015;11(461):398-400.
2. Poirier D. La surdité entre culture, identité et altérité. *Lien Soc Polit*. 2005;(53):59.
3. Barnett S. Clinical and cultural issues in caring for deaf people. [Review] [38 refs]. *Fam Med*. janv 1999;31(1):17-22.
4. Richardson KJ. Deaf culture: competencies and best practices. *Nurse Pract*. 2014;39(5):20-9.
5. Cantero O. Les besoins en santé de la communauté sourde suisse romande: quand le récit des patients rencontre les perceptions des soignants. *Faculté de Sciences sociales et Politiques, Lausanne*; 2016.
6. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 22 oct 2015 [cité 12 juin 2017];17(5). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732308/>
7. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. [Review] [50 refs]. *Fam Med*. mai 2002;34(5):353-61.
8. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
9. Pr laz G, A. C. Colloque Santé Surdité - Quel accès aux soins pour les personnes sourdes? 2010.
10. Ebert DA, Heckerling PS. Communication with deaf patients. Knowledge, beliefs, and practices of physicians. *JAMA*. janv 1995;273(3):227-9.
11. Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. *Acad Med*. juill 2002;77(7):694-700.
12. Bodenmann P, Velonaki V-S, Favre Kruit C., Psythoud B, Ninane F, Bischoff T. Litt ratie en santé: du médecin à l'assistance médicale. *Bull Médecins Suisses*. 2015;
13. Hoang L, LaHousse SF, Nakaji MC, Sadler GR. Assessing deaf cultural competency of physicians and medical students. *J Cancer Educ*. mars 2011;26(1):175-82.
14. McKee MM, Paasche-Orlow M, Winters PC, Fiscella K, Zazove P, Sen A, et al. Assessing Health Literacy in Deaf American Sign Language Users. *J Health Commun*. oct 2015;20(0 2):92-100.
15. Marti V. Patients sourds: barrières et stratégies de communication aux HUG. [Travail de Master]. [Genève]: Médecine; 2016.
16. Shuler GK, Mistler LA, Torrey K, Depukat R. Bridging communication gaps with the deaf. *Nursing (Lond)*. 2013;43(11):24-1.
17. Pereira PCA, Fortes PA de C. Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. *Am Ann Deaf*. 2010;155(1):31-7.

18. OFSP. Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé. Saladin Peter; 2009.
19. Middleton A, Turner GH, Bitner-Glindzicz M, Lewis P, Richards M, Clarke A, et al. Preferences for communication in clinic from deaf people: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract.* août 2010;16(4):811-7.
20. Mauffrey V, Berger T, Hartemann P, Bouillevaux I. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative. *Santé Publique.* 8 juin 2016;28(2):213-21.
21. Gueydan G. Personnes sourdes ou malentendantes : améliorer la communication et l'accessibilité de la société pour améliorer leur santé. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2015;(42-43):780.
22. Dickson M, Magowan R, Magowan R. Meeting deaf patients' communication needs. *Nurs Times.* 3 déc 2014;110(49):12-5.
23. sgb-fss_dossier_fms66.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: http://www.sgb-fss.ch/wp-content/uploads/2015/12/sgb-fss_dossier_fms66.pdf
24. Bancel C. L'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes. EHESP-Module Interprofessionnel de santé publique; 2011.
25. Iezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med.* 2 mars 2004;140(5):356-62.
26. Sirch L, Salvador L, Palese A. Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from a qualitative descriptive study. *Scand J Caring Sci.* 21 juill 2016
27. Barnett S, Franks P. Health care utilization and adults who are deaf: relationship with age at onset of deafness. *Health Serv Res.* févr 2002;37(1):105-20.
28. McKee MM, Winters PC, Sen A, Zazove P, Fiscella K. Emergency Department utilization among Deaf American Sign Language users. *Disabil Health J.* oct 2015;8(4):573-8.
29. Pollard RQ, Barnett S. Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. *Rehabil Psychol.* mai 2009;54(2):182-5.