

***Patient sourd, soignant entendant :  
une relation spécifique.***

Travail de Diplôme en vue de l'obtention du titre de  
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par  
**Aeby Stéphanie**  
Promotion 2005 / 2009

Directrice de diplôme : Madame Marlyse Pillonel-Maradan

**Haute école de la santé, Fribourg  
Filière soins infirmiers**

Le 6 juillet 2009

## **Résumé**

Ce travail porte sur l'identification des spécificités et besoins présents dans la relation soignant-patient sourd lors d'une hospitalisation. Ainsi, l'auteur de cette étude souhaite rendre connaissances des besoins communicationnels et relationnels ainsi que des particularités tant individuelles que culturelles qui doivent être prises en compte lors de la prise en charge de patients sourds.

Le but de cette étude est d'identifier les obstacles relationnels et communicationnels que peut rencontrer une personne sourde lors d'une hospitalisation, ses besoins spécifiques et les éléments qui peuvent faciliter la relation. Pour y arriver, la revue de littérature a été choisie pour l'analyse.

Les résultats des 15 recherches étudiées démontrent que l'obstacle principal de la communication entre un patient sourd et un soignant est le manque de connaissances, de la part du soignant, concernant les moyens de communication adaptés aux personnes sourdes, tels que : la lecture labiale, la langue des signes, l'écriture, la présence d'un interprète et le non-verbal. L'importance d'une relation d'aide, empreinte de moyens de communication adaptés, y est démontrée, ainsi que les conséquences d'une communication inadéquate comme l'impact de l'incompréhension sur le diagnostic et le suivi des traitements. L'enseignement des spécificités de la prise en charge des patients sourds, lors de la formation des infirmiers, ainsi que faciliter l'accessibilité au service d'interprète sont des pistes d'action possibles pour améliorer la communication.

## **Remerciements**

Je souhaite remercier chaleureusement Madame Marlyse Pillonel-Maradan qui m'a suivie et conseillée durant l'élaboration et la réalisation de ce travail de Bachelor. Je tiens également à remercier ma famille et mes amis qui m'ont soutenue et aidée pour les corrections de mon travail.

## Sommaire

<b>Résumé.....</b>	<b>p.1</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>p.1</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>p.4</b>
<b>2. Contextualisation de la problématique.....</b>	<b>p.5</b>
2.1. Les lois Suisses sur le handicap .....	p.6
2.2. Ce qui est mis en place dans le canton de Fribourg .....	p.7
2.3. La langue des signes.....	p.8
2.4. La relation soignant / soigné .....	p.10
<b>3. Problématique.....</b>	<b>p.13</b>
3.1. La question de recherche .....	p.13
3.2. Les objectifs poursuivis.....	p.14
<b>4. Définitions des termes utilisés.....</b>	<b>p.15</b>
4.1. La communication.....	p.15
4.2. La communication non-verbale.....	p.15
4.3. La relation.....	p.16
4.4. Les besoins .....	p.16
4.5. Le patient.....	p.17
4.6. Le soignant .....	p.17
4.7. La surdité.....	p.18
4.8. Le handicap .....	p.18
<b>5. Méthode.....</b>	<b>p.20</b>
5.1. Critères de sélection .....	p.20
5.2. Critères d'exclusion.....	p.21
5.3. Résultats des stratégies de recherche.....	p.21
5.3.1. Stratégie 1.....	p.21
5.3.2. Stratégie 2.....	p.21
5.3.3. Stratégie 3.....	p.22
5.3.4. Stratégie 4.....	p.22
5.3.5. Stratégie 5.....	p.23
5.3.6. Stratégie 6.....	p.23

5.3.7. Stratégie 7.....	p.23
5.3.8. Stratégie 8.....	p.24
<b>6. Résultats.....</b>	<b>p.25</b>
6.1. Les moyens de communication .....	p.25
La lecture labiale .....	p.25
L'écriture .....	p.26
L'interprétariat.....	p.26
Les moyens visuels.....	p.27
6.2. Le non-verbal .....	p.27
6.3. Les conséquences d'une communication inadéquate.....	p.28
6.4. La relation patient sourd – soignant .....	p.29
6.5. Les jugements et regards .....	p.31
6.6. Les propositions pour améliorer le futur .....	p.31
<b>7. Discussion .....</b>	<b>p.34</b>
7.1. La pertinence des études en lien avec la question de recherche.....	p.34
7.2. La relation professionnelle .....	p.34
7.3. Les éléments qui entravent la relation .....	p.36
7.3.1. Les préjugés et stéréotypes.....	p.37
7.4. Les éléments qui facilitent la relation.....	p.38
7.4.1. Les moyens de communication .....	p.38
7.4.2. Le non-verbal .....	p.41
7.5. Les conséquences d'une communication inadéquate.....	p.42
7.6. Réponse à la question .....	p.43
<b>8. Conclusion .....</b>	<b>p.45</b>
8.1. Conséquences dans les soins .....	p.45
8.2. Autres besoins de recherches et perspectives envisagées .....	p.46
8.3. Points forts et points faibles du travail .....	p.46
<b>Bibliographie .....</b>	<b>p.48</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>p.53</b>

## **1. Introduction**

L'auteur a souhaité réaliser ce travail de recherche sur la thématique de prise en charge des patients sourds lors d'une hospitalisation. Ce sujet a été choisi car l'auteur a pu observer des situations de patients handicapés et parfois sourds dont la prise en charge a été limitée par le manque de connaissances et les préjugés présents auprès des soignants. Cette expérience a retenu l'intérêt de l'auteur et suite à cela, est venu le souhait de comprendre et d'acquérir des connaissances sur le sujet afin d'améliorer la relation dans la prise en charge des patients sourds.

Cette recherche est divisée en plusieurs chapitres. Dans l'intention de fournir aux lecteurs une meilleure compréhension du texte, un chapitre dédié à la contextualisation de la thématique permet, d'une part, de situer les conditions actuelles des sourds en Suisse. Et d'autre part, de définir les principaux termes utilisés, tels que la communication, la relation, les besoins, le patient, le soignant, la surdité et le handicap. Le chapitre consacré à la méthodologie explicite les choix méthodologiques retenus dans cette recherche. Les résultats issus des recherches et rassemblés par catégorie seront par la suite présentés. Un chapitre concernant la discussion articulera une synthèse de ces résultats avec la question de recherche. La conclusion de ce travail exposera les conséquences pour les soins et les besoins futurs.

## 2. Contextualisation de la thématique

La surdité est un handicap qui est bien présent dans notre société, mais sous-estimé car non visible au premier abord. Ceci influence la considération de la population envers les sourds par un manque d'investissement au niveau social, psychologique et physique liées à la surdité (Sacks, 1990).

En effet, si nous pensons aux lieux publics qui sont accessibles aux handicapés, cela concerne surtout les personnes qui sont réduites dans leur mobilité alors que peu de lieux sont équipés de boucles magnétiques, de traduction en langue des signes ou de TTP<sup>1</sup>.

Selon Sacks (1990), la surdité n'est pas uniquement un problème organique mais un problème socioculturel. C'est-à-dire que, comme chaque handicap, le problème de la surdité n'est pas uniquement lié à l'individu sourd mais également à son environnement. Être sourd ne pose pas de problème au sein d'une communauté de sourds, la problématique apparaît dès qu'il est confronté à une société majoritairement entendante et que celle-ci n'est pas adaptée à l'accueillir. Également, avec le vieillissement de la population, il y aura de plus en plus de personnes ayant des déficiences auditives qui seront hospitalisées.

Selon l'Office Fédérale de la Statistique, en Suisse, les personnes ayant un handicap profond de l'ouïe seraient environ 80'000, ce qui correspond à 1,3 % de la population générale (Enquête suisse sur la santé, 2007).

Selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (2008), le nombre d'enfants sourds est d'une naissance sur mille. Mais ces chiffres restent incertains car il est difficile d'évaluer le nombre de sourds ou de malentendants, entre ceux qui le sont de naissance et ceux qui le deviennent avec les années. De plus, certains sourds vivent cachés et isolés, honteux de leur handicap, ce qui rend difficile l'accès à des statistiques.

Le terme sourd est vague, il concerne les individus dit durs d'oreille et désigne souvent les personnes âgées qui perdent de l'ouïe mais qui peuvent se faire appareiller. Il y a les surdités sévères dues à des maladies ou à des lésions articulaires survenues durant les

---

<sup>1</sup> Téléphone adapté pour les sourds qui peuvent écrire leur message et en recevoir par écrit, existe également en Suisse.

premières années de vie qui peuvent également être appareillées, puis les sourds profonds qui n'ont aucun espoir d'entendre même à l'aide d'un appareillage (Sacks, 1990). La présente étude est centrée sur les sourds profonds, c'est-à-dire les personnes qui n'entendent pas. De ce fait, ce travail ne prend pas en compte les malentendants ayant une baisse d'audition. Cette étude s'intéresse particulièrement aux sujets devenus sourds avant l'acquisition du langage, ce qui concerne la majorité de cette population. Ces personnes ne possèdent aucun souvenir ou image auxquels associer un son. Ils vivent exclusivement dans un monde sans bruit, un silence absolu.

Un positionnement sûr est qu'il est indispensable que le langage des signes soit mis en place le plus tôt possible dans l'enfance pour permettre une ouverture sur le langage, sur le monde, sur les connaissances, etc. Par la suite les apprentissages de la lecture, de l'écriture voire de la parole, bien que laborieux, sont tout à fait possibles (Sacks, 1990).

### **2.1. Les lois Suisses sur le handicap**

Pendant longtemps, le handicap a été considéré comme un écart présenté par un individu par rapport à l'état normal de l'être humain en bonne santé et apte à travailler. L'optique médicale et économique a fait que la problématique du handicap a été rapportée au niveau de l'individu. Cependant un handicap se définit comme une limitation de capacités par rapport à une déficience vis-à-vis d'un environnement. C'est-à-dire que le handicap survient particulièrement dans les lieux non spécifiquement adaptés. Ainsi, il importe d'envisager le handicap dans sa dimension socio-culturelle. Celui-ci n'est pas simplement un problème individuel. Il réside bien davantage dans la difficulté de surmonter les problèmes de la vie quotidienne dans une société déterminée et à un stade donné de son évolution historique. Un handicap doit être considéré comme le résultat d'une interaction complexe de facteurs et de «forces» individuelles, familiales, sociales, économiques, culturelles et juridiques.

L'égalité entre les personnes handicapées et les personnes non handicapées est un sujet politique majeur de ces dernières années. Elle est indissociable de la politique des droits de l'homme et garante d'une politique de tolérance et de solidarité entre tous les membres d'une même société (Confédération Suisse, 2006).

Selon la *Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées* du 13 décembre 2002 :

«1° La présente loi a pour but de prévenir, de réduire ou d'éliminer les inégalités qui frappent les personnes handicapées. 2° Elle crée des conditions propres à faciliter aux personnes handicapées la participation à la vie de la société, en les aidants notamment à être autonomes dans l'établissement de contacts sociaux, dans l'accomplissement d'une formation et dans l'exercice d'une activité professionnelle. »

Dans ce but, le service d'interprète est financé par des dons et par l'assurance invalidité (AI) et n'est pas à la charge de la personne sourde pour autant que celle-ci bénéficie de prestations AI et que le rendez-vous chez le médecin, par exemple, soit planifié deux semaines à l'avance (PROCOM, 2005).

Les divers articles de la loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées ont pour but de prévenir des comportements ségrégationnistes graves qui tendent à exclure les personnes handicapées de certaines activités, de permettre l'acquisition de moyens d'aide auxiliaires, de soutenir les handicapés dans un processus d'intégration dans la société, d'améliorer l'accès à l'information et de rendre accessible les moyens de transports et bâtiments publics aux personnes handicapées.

## **2.2. Ce qui est mis en place actuellement dans le canton de Fribourg**

Comme la prise en charge des sourds dépend des cantons et des institutions, cette étude se centrera sur les possibilités présentes dans le canton de fribourg et particulièrement à l'institut St-Joseph qui fait office de référence. L'information qui suit, concernant la prise en charge des enfants sourds dans le canton de Fribourg, figure dans ce travail pour situer les capacités communicationnelles et scolaires de ces personnes. Cela met en évidence que les personnes sourdes développent, autant que les autres individus, des capacités intellectuelles et des connaissances.

L'Institut St-Joseph du Guintzet, qui lors de la rentrée scolaire 08/09 a accueilli 207 élèves, est une école spécialisée privée, reconnue par le Département de la santé du canton de Fribourg et par l'Office fédéral des assurances sociales. L'institut a été officiellement reconnu pour la scolarisation des élèves déficients auditifs et du langage en

1960. Avant cela, uniquement les enfants ayant des troubles du langage tel que le bégayement étaient pris en charge.

L'institut, plus particulièrement la section de surdité, s'occupe d'enfants et de jeunes sourds âgés de 1 à 17 ans. La demande d'accueil d'un enfant en déficience auditive se fait par les parents en général suite au conseil d'un médecin ORL qui a posé le diagnostic de surdité. Suite à ceci, a lieu un premier entretien d'admission (anamnèse et dépôt de la demande) puis, après un temps d'observation, un projet est élaboré avec les parents. Ce projet de prise en charge peut être de tous ordres : thérapie en logopédie, thérapie en psychomotricité, demi-jours en classe maternelle, scolarisation en classe spéciale (enfantine, primaire ou secondaire spécialisée), guidance familiale, encadrement éducatif, placement en internat, scolarisation en école ordinaire avec soutien spécifique, soutien scolaire aux apprentis en formation, etc.

Ce projet dépend évidemment de l'enfant, de sa surdité, de son mode de communication, de ses besoins spécifiques, des envies des parents, etc.

Concernant les jeunes adultes, dès qu'ils quittent la scolarité obligatoire, l'institut ne les accompagne plus. Selon les besoins, les jeunes ainsi que les adultes peuvent être aidés par la Fédération Suisse des Sourds (entretien par mail avec Mr. Maradan responsable de la section de surdité à l'Institut St-Joseph, avril 2009 & site internet Institut St-Joseph).

### **2.3. La langue des signes**

La langue des signes, ce n'est pas uniquement des mots représentés par des signes de mains. Mais, l'expression de la pensée et du sentiment par le geste tout comme la parole en est l'expression par la voix. La langue des signes a sa grammaire, sa syntaxe et son lexique spécifique. Elle est d'une grande complexité et ne correspond en rien au langage oral. De même que la langue des signes parlée en Suisse, en Allemagne ou en Amérique n'est pas pareille. Le vocabulaire est très différent d'une région à une autre et dépend fortement du mode de vie des personnes sourdes. Ceci dit, les diverses langues des signes sont plus proches que ne peuvent l'être les langues orales, ne serait-ce que parce qu'elles ont toutes pour base syntaxique la voie visuelle (Lelu-Laniepce, 1985).

Cette langue, propre à une communauté, utilise les mains, le haut du corps, l'espace en trois dimensions. (Pisourd, 2007) Chaque mot ou signe est constitué de ces cinq éléments indissociables :

- La *configuration* = position que prennent la main et les doigts. En Suisse, les sourds parlent la langue des signes Française et utilisent environ 50 configurations.
- L'*emplacement* de la ou des mains en fonction du visage, des bras ou du thorax. Il en existe une vingtaine.
- Le *mouvement* effectué par la main ou le bras.
- L'*orientation* de la paume
- L'*expression* du visage

Une fois les éléments cités ci-dessus combinés, il existerait près de 6000 signes de base, auxquels il faut ajouter les lexiques spécifiques, comme les jargons professionnels, les termes sportifs, informatiques, économiques, ainsi que les dialectes régionaux. La langue des signes est différente de la langue orale déjà rien que par la syntaxe. En effet, l'ordre des signes dans une phrase est beaucoup moins important que leur position dans l'espace, leur direction ainsi que les expressions du visage qui les accompagnent. Ce sont ces éléments qui vont essentiellement permettre de comprendre la phrase et non l'ordre des signes.

Ainsi donc la phrase ne sera pas constituée d'un ordre précis de noms, verbes, adverbes, etc. Cependant, il faut être attentif au fait que ce n'est pas pour autant que les signes peuvent être mis dans n'importe quel ordre, car la langue des signes a sa propre syntaxe. Par exemple, l'objet central de la discussion est toujours mentionné en premier. Si l'on souhaite donner à un signe une signification plus forte, l'expression faciale sera augmentée.

« Le langage parlé complété (LPC) est une technique simple qui, associée à l'expression orale, permet de compléter la lecture labiale afin de la rendre entièrement compréhensible pour la personne sourde. Le LPC consiste à associer à chaque phonème prononcé, son geste de complément effectué par la main autour du visage. A chaque son, ce geste associe une des 5 positions de la main, à l'une des 8 clefs effectuée avec les doigts. La

position de la main signifie une voyelle, la clé une consonne<sup>2</sup>. Ce système permet d'éliminer toutes les ambiguïtés dues aux sosies labiaux. Par exemple en lecture labiale, les sons "pa", "ba" et "ma" sont perçus de la même façon. A ces trois sosies correspondent trois codes différents du LPC, permettant ainsi de les différencier clairement. Pris isolément, les codes du LPC n'ont que peu de signification en soi. C'est leur association avec la lecture labiale qui permet la compréhension totale du langage oral. » (Association suisse pour le Langage Parlé Complété, 2009).

De nombreuses études ont démontré que l'acquisition de la langue des signes par un enfant ne diffère pas du langage parlé. Elle se fait au même rythme, avec des étapes identiques.

Les enfants sourds naissant de parents entendants ont tendance à apprendre la langue des signes plus tard que les autres, vers 3-7 ans, au moment où ils entrent en école spécialisée. Ces enfants présentent alors un retard de langage et la qualité de leur expression est moins bonne. Toutefois, une fois dans un cadre adapté, ils rattrapent rapidement leur retard, au point où en peu de temps il devient impossible de les différencier des autres enfants sourds (Pisourd, 2007).

#### **2.4. Relation soignants / soignés**

Selon le référentiel des compétences du Bachelor HES-SO<sup>3</sup> en soins infirmiers, édicté par les hautes écoles de santé de la suisse romande, la future infirmière doit être capable de procurer une relation d'aide en références aux compétences N° 1, 2, 3.

Définition des soins infirmiers selon le conseil international des infirmières (2009) :

« on entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien-portants, quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapés et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche,

---

<sup>2</sup> Tableau des positions et clefs en annexe N°2

<sup>3</sup> Confère au référentiel des compétences, annexe N°5.

la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients ainsi que l'éducation ».

La relation aidante (verbale et non) est une relation de soutien qui s'instaure spontanément en réponse à un besoin d'écoute d'une personne soignée ou de son entourage. Elle nécessite la capacité du soignant à accueillir les émotions et à mettre en place une attitude ajustée à ce que vit la personne. La relation d'aide fait appel aux attitudes d'écoute active<sup>4</sup>, d'empathie<sup>5</sup>, d'authenticité<sup>6</sup> et de reformulation<sup>7</sup> (Daydé, 2007).

La relation est complexe, elle peut être verbale et non verbale. La relation n'est pas uniquement un acte ou un geste rationnel et technique mais une présence, une humanité, une aide qui accompagne. Pour qu'une relation soit de bonne qualité, il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance, ce qui requiert que le soignant fasse preuve d'empathie, d'authenticité, d'absence de jugements et croire aux capacités du patient afin que celui-ci se sent écouté, compris et respecté (Vasseur & Cabiere, 2005).

Adam, (1991) considère « la relation d'aide non pas comme un trait propre à notre profession infirmière mais comme la condition sine qua non de l'efficacité des soins. Quelle que soit la conception qui guide l'infirmière dans ces activités, la relation d'aide est indispensable. (...). L'infirmière qui cherche à aider son client à maintenir son indépendance dans la satisfaction de ses besoins remplit son rôle de suppléante de telle sorte que le client décrive leur relation interpersonnelle comme aidante. (...). La qualité de la rencontre client-infirmière constitue le facteur déterminant de l'efficacité des soins. ».

Selon Vega, (2001), chaque patient est premièrement un individu particulier ayant sa propre histoire, ses valeurs, ses besoins, ses ressources et limites. Ceci implique qu'une prise en charge doit être personnalisée et tenir compte de tout le biopsychosocial.

L'hypothèse que la situation peut toutefois devenir problématique, lorsqu'on en arrive à stigmatiser un groupe de personnes, est évoquée. Celles-ci ne seraient dès lors plus considérées comme des individus à part entière avec leurs particularités mais comme

---

<sup>4</sup> Technique d'accompagnement de l'autre, en prenant par à la conversation, cette technique va plus loin que la reformulation. Elle cherche à comprendre l'autre sans lui imposer nos idées.

<sup>5</sup> Mécanisme qui implique la faculté d'entendre l'autre, d'être vrai envers les émotions.

<sup>6</sup> Faculté d'être en accord avec nos ressentis et ceux exprimés, implique une sincérité dans la relation qui peut renforcer le lien de confiance.

<sup>7</sup> Consiste à redire avec d'autres mots ce qui est exprimé par la personne, ceci atteste l'attention portée et permet de vérifier la compréhension.

étant identiques aux autres personnes appartenant à un même groupe, comme ici les sourds. Cette réduction d'esprit s'arme de préjugés et d'appréciations injustes et catégorise les individus en ne retenant que ce qui est typique de leur groupe.

La relation d'aide est un processus qui se construit autour de la personne en demande d'aide, de l'infirmière et de la situation du moment. Cette relation est un moyen d'accompagner le patient dans son évolution et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Elle est fondée sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Elle peut viser un changement chez le patient, un changement dans sa gestion de la maladie, de sa santé, de sa vie en général. Cette relation d'aide dépend des besoins du patient. Le soignant cherchera à accompagner et soutenir le patient dans ses problématiques plutôt que de lui apporter une réponse (Daydé, 2007).

### **3. Problématique**

Dans la société actuelle, le langage est l'outil privilégié de la communication et l'écrit a pris une grande place. En effet, la majeure partie de la population communique par mail, fax ou sms, raccourcissant ainsi les messages. Cependant, l'écrit ne peut pas complètement remplacer l'oral, car la communication écrite permet l'échange d'informations mais elle ne permet pas de créer une relation comme le peut l'oral. La voix est porteuse de mots mais plus particulièrement, elle contient des émotions et des tonalités, qui permettent à l'individu de se distinguer (Hartmann, 2008).

Les personnes souffrant d'un handicap que se soit la surdité, la non-voyance, le handicap mental ou plus simplement un handicap lié à la langue ou à la culture, nous entourent. Il y a plus de personnes atteintes d'un handicap que nous ne le percevons car celui-ci n'est pas forcément visible. Les personnes handicapées doivent donc s'adapter à la vie des personnes dites « normales », car les manières d'agir, de vivre et de penser sont faites par et pour le groupe d'individus qui est majoritaire. La surdité est un handicap sévère qui isole, enferme et pèse lourd dans notre société hypermédiatisée. Le sourd n'a pas accès directement à l'information car il n'entend ni la radio ni la télévision. Il n'entend pas non plus si une personne est entrée dans la pièce ou si les personnes à côté parlent de/ou avec lui. L'oreille est l'horloge du temps, un radar, l'organe de vigilance, l'outil de la communication et de la pensée, un moyen d'appréhender l'espace et un sens qui permet d'être présent au monde (Bargues, 1992).

Actuellement, les personnes sourdes peuvent bénéficier de formations les aidant à acquérir une indépendance. En effet, les enfants sont pris dans des classes spéciales dès leur plus jeune âge ceci afin d'apprendre la langue des signes, la lecture labiale et le langage oral. Cependant, malgré ces apprentissages possibles, la communication entre une personne sourde et une autre entendante reste spécifique. C'est pourquoi il est nécessaire de connaître ces particularités pour permettre une communication ainsi qu'une relation adéquate.

#### **3.1. La question de recherche**

La problématique de recherche sera spécialement centrée sur l'identification des spécificités présentes lors de relation entre soignant entendant et patient adulte sourd<sup>8</sup>. Le milieu hospitalier a été choisi car c'est un lieu où l'individu n'est plus en possession de

---

<sup>8</sup> C'est-à-dire un sourd qui ne peut bénéficier d'appareillage pour améliorer son audition.

toutes ses ressources telles qu'un environnement familial et la présence d'un proche. Il s'agit d'un lieu où il est nécessaire que les soignants aient la compétence de créer rapidement une relation en lien avec le temps limité de l'hospitalisation lié à l'augmentation de la prise en charge ambulatoire ainsi qu'au raccourcissement des séjours par l'avancée des technologies ainsi que par le souhait de maîtriser les coûts de la santé (Rapport sur la santé dans le canton de Berne, 2005).

Ainsi, la question de recherche est :

*«Lors d'une hospitalisation, quels sont les éléments qui facilitent ou qui entravent une relation professionnelle avec des patients adultes souffrant de surdités ? »*

### **3.2. Les objectifs poursuivis**

La relation est essentielle dans toute prise en soins d'individus dans un milieu de santé. La surdité entrave celle-ci. Dès lors, des difficultés pour communiquer s'instaurent. Ce travail permettrait tout d'abord d'identifier les obstacles et les besoins présents lors de relations entre patient sourd et soignant, ainsi que de mettre en évidence ce qui est actuellement mis en place pour y remédier.

Le but poursuivi serait de pouvoir mettre en avant des ressources pouvant substituer à la communication habituelle, ceci afin de créer une relation professionnelle entre soignant et patient sourd par un autre moyen que le langage verbal.

## **4. Définitions des termes utilisés**

Ce chapitre sera consacré aux définitions et explications des termes principaux de ce travail. Ainsi, les termes communication, communication non-verbale, relation, besoin, patient, soignant, surdité et handicap seront expliqués afin de mieux comprendre la question de recherche et le travail.

### **4.1. La communication**

La communication est sûrement le concept central de ce travail. En effet, elle est le premier geste qui nous fait entrer en relation avec l'autre. La communication est un élément essentiel dans la vie des individus, elle permet de partager avec autrui. Partager des émotions, des informations, des envies, des besoins, etc. (Troendlin, 2006).

Selon le dictionnaire petit Larousse illustré, (2002), « la communication est l'action, le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un, l'ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion d'un message ». Elle n'est pas uniquement un échange d'information verbale, elle véhicule également le langage du corps qui complète les mots.

La communication est un moment privilégié qui permet au soignant de découvrir le patient autrement que malade ; comme personne, ce qui lui permet de prendre une place comme partenaire. Parler, écrire et donc par conséquent communiquer est déjà un soin et nécessite un savoir faire et un savoir être.

L'hospitalisation et la maladie sont sources d'anxiété, de peur, de besoins, de solitude, etc, ainsi tout patient à besoin d'une communication pour être reconnu, pris en considération comme existant et d'avoir un contact avec autrui (Troendlin, 2006).

### **4.2. La communication non verbale**

La communication non verbale est toujours associée à la communication verbale qui est l'ensemble des mots comprenant le langage parlé et l'écrit. Ensembles, ces deux types de communication permettent de préciser ou de discréditer le sens d'un message. En effet, 55% du message est transmis par le langage corporel donc le non verbal, 38% par la façon de parler (qualité de voix, allure, volume, ton, accent) et 7% par les mots parlés (Kacperek, 1997).

La communication non verbale désigne les modes de communication sans présence de mots. Elle s'exprime au travers du *contact physique* par le toucher : qui peut être porteur de multiples messages différents, *les expressions faciales* : le regard, les mimiques qui permettent d'exprimer de multiples émotions comme la joie, la peur, l'incompréhension, le mécontentement, la tristesse, la douleur, etc., *les odeurs et les postures*. Ces expressions corporelles peuvent être de nature consciente ou inconsciente. La langue des signes est considérée comme une communication verbale car les gestes traduisent des idées ainsi que des mots précis. Mais elle s'accompagne évidemment d'une communication non-verbale (Terroir, J. 2007).

#### **4.3. La relation**

La relation est une rencontre entre minimum deux personnes où un lien est créé. Elle est générée lors d'une communication où il y a échange d'informations par le biais de différents supports, tels que les mots, le contact physique, les mimiques ou les postures (Troendlin, 2006). C'est grâce à elle que les individus échangent et se construisent. Bien que la communication, qui est un échange d'informations, caractérise la relation, celle-ci est également autre. En effet, il peut y avoir une relation entre des individus sans partage d'informations (Pygmalion communication, s.d). La relation peut être définie par sa dimension contenant des facteurs cognitifs et émotionnels à l'inverse de l'interaction qui est caractérisée par des entretiens ponctuels (Formarier, 2007).

Pour entrer en relation, il faut une raison, une motivation. Mais dans le domaine des soins, la relation est obligatoirement provoquée par les soins et par l'aide dont nécessite le patient (Troendlin, 2006).

La relation professionnelle se distingue de la relation interpersonnelle par le fait qu'elle se passe entre un professionnel et un client, dans ce cas présent entre une infirmière et un patient. Cette relation est caractérisée par quatre grands principes qui sont : la confiance, le pouvoir, l'intimité et le respect (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2000).

#### **4.4. Les besoins**

Le besoin se définit comme une sensation de manque, d'inconfort ou de privation, qui est accompagné par l'envie de la faire disparaître par un comportement menant à un mieux-être. Les besoins peuvent être d'ordre primaire : qui sont indispensables à la sur-

vie (boire, manger, respirer, etc.), les besoins secondaires : qui ne sont pas des besoins vitaux mais matériels (se vêtir, avoir des hobbies, avoir des amis, etc.) et les besoins fondamentaux comme le besoin d'exister, de croyance, etc. (Wikipédia, 2009).

D'autres besoins sont plus caractéristiques au monde des soins comme le besoin de relation : durant une hospitalisation, l'individu change de statut en devenant un patient, une personne soignée. La problématique de l'hospitalisation amène de nouveaux besoins à satisfaire et pour lesquels le patient nécessite d'une aide extérieure. Ainsi, il va devoir entrer en relation avec d'autres personnes qu'il ne connaît pas. Un autre besoin de celui de communiquer : le motif d'hospitalisation entraîne des sentiments d'anxiété, de peur, d'incertitude ou de solitude. Ainsi le patient peut éprouver le besoin de partager ses sentiments, d'où ce besoin de communiquer (Troendlin, 2006).

#### **4.5. Le patient**

Selon le Larousse illustré (2000), un patient est une personne qui subit des soins médicaux, qui consulte un médecin.

Selon Sensagent dictionnaire (s.d), un patient est une personne qui a besoin de soins, qui fait l'objet d'examens, de traitements ou d'opérations chirurgicales.

Dans le domaine de la médecine, le terme patient désigne couramment une personne recevant une attention médicale ou à qui un soin est prodigué. Le mot patient est dérivé du mot latin « patiens » qui signifie celui qui endure ou qui souffre. Patient peut avoir pour synonyme personne soignée, bénéficiaire de soins ou client (Wikipédia, 2009).

#### **4.6. Le soignant**

Un soignant est un professionnel qui s'occupe d'une personne, mais pas de n'importe laquelle, d'une personne en perte de santé. Ainsi le soignant peut être médecin, aide-soignant, auxiliaire ou infirmière. Dans ce travail de recherche, c'est cette dernière qui est concernée lorsque le terme de soignant est employé.

Etre soignant, ce n'est pas soigner l'autre, mais prendre soin d'une personne, la conseiller et l'accompagner dans son processus de soin. Le rôle du soignant est d'aider le patient à vivre et à potentiellement résoudre un problème (Gineste & Rosette, 2006).

#### **4.7. La surdité**

Selon l'OMS (2006), la surdité désigne la perte complète de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles. La déficience auditive (= malentendance) définit la perte partielle (légère, modérée ou sévère) de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles.

Les personnes sourdes profondes ne peuvent pas bénéficier d'appareillage pour améliorer leur audition. C'est à elles, donc aux personnes sourdes et non aux malentendantes que s'intéresse ce travail.

« Être sourd c'est se trouver constamment devant de très nombreuses difficultés et devoir en permanence les surmonter. Entendre, c'est recevoir de nombreux messages, parler avec sa famille et ses connaissances et saisir ce qu'ils disent. C'est s'intégrer dans un groupe qui bavarde, demander sa route, murmurer un secret, aller au cinéma ou au théâtre. C'est aussi savoir qu'il pleut, que le train va arriver, entendre que les enfants bougent. Entendre c'est participer à de multiples situations où le langage intervient. L'oreille informe en permanence du monde extérieur » (Bargues, 1992, p.34).

#### **4.8. Le handicap**

Être handicapé, c'est être inadapté au système de la société. Ces inadaptations peuvent être de différentes intensités et provenir de multiples causes. Celles-ci mettent les handicapés en position de faiblesse et parfois de dépendance. Une personne handicapée souffre donc d'une déficience lésionnelle ou d'une incapacité fonctionnelle qui la limitent dans les activités dites comme normales. (L'histoire du handicap, 2007).

« Le handicap est constitué d'une limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subit dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension.

Les déficiences sont des problèmes du corps, des écarts par rapport à la situation normale. On distingue les lésions des structures anatomiques et les limitations des fonctions organiques et psychiques (Wikipédia, 2009).

Il y a différents types de handicap :

- Les handicaps physiques
  - Sensoriels : surdité, cécité, daltonisme
  - Moteurs : paralysies, amputation, infirmité motrice cérébrale et de la voix (mutisme, laryngectomie)
  - Chroniques : épilepsie, cardiopathie, mucoviscidose
- Les handicaps mentaux : personne infirme moteur cérébral (I.M.C), trisomie...
- Les handicaps liés aux troubles psychiatriques
- Les handicaps liés aux contextes et situations : langue, culture, etc.

## 5. Méthode

La revue étoffée de la littérature a été choisie pour ce travail car elle permet de faire un état des lieux concernant la compréhension de la relation entre un soignant et un patient sourd, l'identification de leurs besoins ainsi que la mise en œuvre de différents moyens de communication. Ceci en mettant en liens les résultats des différentes études dans le but d'avoir une large vision de la problématique pour ensuite esquisser des moyens pouvant être mis en place dans le but de professionnaliser la relation soignant – soigné sourd. Dans le but de répondre à la problématique (lors d'hospitalisation, quels sont les éléments qui facilitent ou qui entravent une relation professionnelle avec des patients adultes souffrant de surdités ?), une recherche littéraire a été effectuée dans les banques de données PubMed, Medline, qui sont des banques de données faisant office de référence pour la HES santé de Fribourg. Cette recherche d'articles s'est étendue de février 2008 à mars 2009. La difficulté principale de cette recherche a été de trouver des études concernant la relation soignant-patient sourd. Étant donné le peu de résultats trouvés, la recherche s'est élargie aux relations avec les médecins, aux moyens de communications utilisés par les patients sourds ainsi qu'à leurs ressentis. De part la diversité des recherches, la problématique a pu être étudiée à partir de différentes vues.

Les articles recherchés ont été sélectionnés au moyen des critères définis suivant :

### 5.1. Critères de sélection

- Langue : français, allemand, anglais, ce pour des raisons de compréhension de l'auteur
- Adultes dès 18 ans
- Patient sourd
- Surdité présente avant l'âge de trois ans
- Hospitalisation
- Études sur les besoins et caractéristiques de la relation
- Implication de la relation dans les soins particulièrement avec des patients sourds

## 5.2. Critères d'exclusion

- Études traitant des enfants en bas âge
- Personne âgée de plus de 65 ans : pour éviter les pertes d'ouïe dues à l'âge ainsi que l'influence d'un début de démence
- Patient malentendant
- Pathologies autres que la surdité telles que les maladies psychiatriques ou les retards mentaux, ceci afin de cerner au mieux l'objet de recherche
- Articles traitant les causes et les soins opératoires liés à la surdité

## 5.3. Résultats des stratégies de recherche

Les recherches effectuées sur les sites mentionnés auparavant ont tenu compte dans la mesure du possible de choisir des articles publiés dans les dix dernières années, afin de garantir la pertinence des résultats, et visant une population vivant dans un pays développé<sup>9</sup>.

### 5.3.1. Stratégie 1

((("Nurses"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh])) AND "Deafness"[Mesh])

Résultats : 5 articles trouvés dont les suivants ont été retenus :

- Sadler, C., Fullerton, J., Stohlmann, P. (2007). Communication strategies for nurses interacting with deaf patients. *Medsurg Nurs*, aug.
- McAleer, M. (2006). Communicating effectively with deaf patients. *Nurs Stand*, jan.

### 5.3.2. Stratégie 2

((("Patients"[Mesh] OR "Physician-Patient Relations"[Mesh])) AND ("Hearing Impaired Persons"[Mesh] OR "Deafness"[Mesh]))

Résultats : 6 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Barnett, S. (1999). Clinical and cultural issues in caring for deaf people. *Fam Med*, jan.

---

<sup>9</sup> Les pays développés sont des pays dont la majorité de la population accède à tous ses besoins vitaux ainsi qu'à un certain niveau de confort et d'éducation.

Articles proposés, par la banque de donnée, et retenus en relation à l'article précédant :

- David, A., Ebert, M. & Paul, S. (1995). Communication with deaf patients: knowledge, beliefs and practices of physicians. *JAMA*, vol 273.
- Ralston, E., Zazove, P., Gorenflo, D. (1996). Physicians' attitudes and beliefs about deaf patients. *J Am Board Fam, sep.*
- Zazove, P., Lori, C., Daniel, W., Carmack, C., Mehr, D., James, C., Antonucci, T. (1993). The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. *Arch Fam Med*, vol. 2.
- Tamaskar, P., Malia, T., Stern, C., Gorenflo, D., Meador, H., Zazove, P. (2000). Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Arch Fam Med, jun.*
- Lezzoni, L., Bonnie, L. Killeen, M. & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med*, 356-362.

### 5.3.3. Stratégie 3

"Deafness"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]

Résultats : 6 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Stebnicki, J., Coeling, H-V. (1999). The culture oft he deaf. *J Transcult Nurs*, oct.

Articles proposés, par la banque de donnée, et retenus en relation à l'article précédant :

- Finke, E., Light, J., Kitko, L. (2008). A systématique review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communicaiton needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J Clin Nurs*, aug.
- Barnett, S. (1999). Clinical and cultural issues in caring for deaf people. *Fam Med, jan.*

### 5.3.4. Stratégie 4

("Nonverbal Communication"[Mesh] AND ("Nurses"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh]))

Résultats : 50 articles trouvés dont les suivants ont été retenus :

- Chambers, S. (2003). Use of non-verbal communication skills to improve nursing care. *British journal of nursing*, vol 12, N°14.
- Kacperek, L. (1997). Non-verbal communication : the importance of listening. *British journal of nursing*, vol 6, N°5.

### 5.3.5. Stratégie 5

((("Physician-Patient Relations"[Mesh] OR "Interpersonal Relations"[Mesh] OR "Hospital-Patient Relations"[Mesh])) AND ("Hearing Impaired Persons"[Mesh] OR "Deafness"[Mesh]))

Résultats : 28 articles trouvés dont les suivants ont été retenus :

- Foster, S. (1998). Communication as social engagement : implications for interactions between deaf and hearing persons. *Scand Audiol suppl*.
- Traynor, N., Lucas, S. (2004). Ensuring deafened patients can participate in their health care. *Nurs times*, oct.

### 5.3.6. Stratégie 6

Mots clef : « deaf people communication » cherché dans PubMedCentral

Résultats : 1212 articles trouvés dont le suivant a été retenu :

- Steinberg, A., Barnett, S., Meador, H. & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility. *J Gen Intern Med*, march, 260-266.

### 5.3.7. Stratégie 7

Mots clef : « deaf patient AND nurses » cherché dans PubMed

Résultats : 23 articles trouvés dont les suivants ont été retenus :

- Hines, H. (2000). Communication problems of hearing-impaired patients. *Nursing standard*, no°14, 33-37.
- Zazove, P., Lori, C., Daniel, W., Carmack, C., Mehr, D., James, C., Antonucci, T. (1993). The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. *Arch Fam Med*, vol. 2.

- Ekstrom, I. (1994). Communicating with the deaf patient. *Surg Nurs, spring*.
- Wright, D. (1993). Deaf people's perceptions of communication with nurses. *Br J Nurs, jun*.
- Lezzoni, L., Bonnie, L. Killeen, M. & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med, 356-362*.

### 5.3.8. Stratégie 8

Mots clefs : deaf patient AND communication AND nurses cherché sur Medscape

Résultats : articles qui ont été retenus :

- Rainer, S., Beck., Daughtridge, R. & Slone, P. (2002). Physician-patient communication in the primary care office. *J Am Board Fam Pract, vol. 15*.
- Todd, N. & Virginia commonwealth university school of medicine, medical college of Virginia. (2000). Elderly deaf patient's health care experiences. *J Am Board Fam Pract, no°13*.

De plus d'autres recherches ont été menées avec les termes : "Nurse-Patient Relations"[Mesh] ; "Physician-Patient Relations"[Mesh] ; "Deafness"[Mesh] AND "Patients"[Mesh] AND "Hospitals"[Mesh], mais aucune ne ciblait sur la problématique.

15 articles scientifiques ont ainsi été analysés et discutés en vue de répondre à la question de recherche et quelques articles ont aidé à la conceptualisation.

## **6. Les résultats**

Après analyse des résultats, les éléments prioritaires qui ressortent de la relation soignants-patients sourds peuvent être divisés en 6 thématiques distinctes : les moyens de communication, le non verbal, les conséquences d'une communication inadéquate, la relation patient sourd-soignant, les jugements et regards, les propositions pour améliorer le futur. Ce chapitre va exposer chaque thématique distinctement.

### **6.1. Les moyens de communication**

Le succès de la communication, avec des patients sourds, est basé sur la prise en compte des caractères personnalisés de chaque patient sourd qui est unique. Chaque soignant doit être attentif à considérer tout patient comme unique. Cette considération étant d'autant plus exigeante pour une personne handicapée ; le soignant se devant de tenir compte de l'handicap de la personne tout en ne la réduisant pas à celui-ci. La mise en place d'une relation professionnelle avec un patient sourd implique dès lors le développement d'une communication adaptée à son handicap ainsi que la considération de la personne dans sa globalité. La communication est un outil primordial dans l'établissement de diagnostic, de prise de traitements et de suivis de soins. Ces éléments peuvent être compromis par le manque de compréhension entre les partis (Steinberg et al, 2006).

Les individus emploient de multiples moyens de communication : le langage oral, la gestuelle, l'écriture, le téléphone, etc. Pour la majorité des personnes communiquer vient spontanément et naturellement sans réflexion. Lors de communication avec une personne sourde, il n'en est pas de même. La communication devient plus complexe lorsqu'elle intervient entre un sourd et un entendant.

Ci-dessous sont présentés les différents moyens de communication employés lors de relation avec une personne sourde :

#### **➤ La lecture labiale :**

Peu de gens savent que uniquement 30-40% de la langue parlée est visible sur les lèvres, que 70% des sons apparaissent similaire sur les lèvres (Steinberg et al, 2006). Ainsi la lecture labiale ne traduit pas toutes les significations et informations voulues. De plus elle nécessite des aménagements, le soignant doit être attentif à sa position, celui-ci doit se mettre à la hauteur du sourd, face à lui, avoir le visage dans la lumière, parler

lentement en articulant bien ; parler plus fort ne sert à rien et les mots se lisent encore moins bien, être attentif à la visibilité de la bouche : ne pas porter de masque, attention aux moustaches (Lezzoni et al, 2004; Nestel, 2006).

Ce type de conversation rencontre plusieurs difficultés : elle prend du temps et peut ainsi fatiguer les interlocuteurs. Elle nécessite l'emploi de mots simples et non de vocabulaires médicaux trop longs et trop compliqués qui ne pourront pas être compris.

Il est indispensable qu'une personne se charge de parler et non plusieurs en tournant autour du lit car le patient sourd paniquerait, ne saurait plus qui il doit regarder et ne suivrait rien de la conversation (Steinberg et al, 2006).

➤ **L'écriture :**

La communication écrite n'est pas non plus très adéquate à cause du vocabulaire utilisé et de la qualité de l'écriture manuscrite. La difficulté est tout d'abord de lire puis de comprendre. En effet, souvent pour gagner du temps les textes sont remplis d'abréviations (Steinberg et al, 2006 ; Hines, 2000).

Le langage oral est comme une seconde langue pour les sourds qui doivent dès lors l'apprendre. Il y a différent type de sourds : ceux qui le sont devenus étant adultes et qui connaissent la langue orale, ceux qui sont sourds de naissance et qui ont appris à parler, ceux qui communiquent uniquement en langue des signes et qui ne connaissent pas les mots ni la grammaire de la langue orale. Les termes employés dans la langue des signes ne correspondent pas aux mots que nous employons couramment, le langage parlé est difficile à comprendre bien que les personnes sourdes (dans cette étude les sourds de naissance) aient fait des écoles, le niveau ainsi que son emploi ne sont pas les mêmes (Neuma et al, 2007).

L'écriture est dénuée de sentiment, elle prend du temps et de l'énergie pour retranscrire toute la conversation. Elle est également limitée dans les informations qui sont raccourcies ou abrégées (Steinberg et al, 2006 ; Hines, 2000).

➤ **L'interprétariat :**

Les patients sourds apprécient la présence d'un interprète. Ce rôle peut-être rempli par un membre de la famille ou par un professionnel. Un interprète autre qu'un membre de la famille est à favoriser pour le respect de la confidentialité ainsi que pour la précision des traductions. En effet, la présence d'un proche peut gêner le patient sourd car des

informations très personnelles sont divulguées et il y a un risque que le membre de la famille ne soit pas strictement fidèle à la traduction, qu'il rajoute ses conclusions ou modifie le sens de ce qui est dit. Le souhait des participants aux différentes études est de pouvoir profiter des services d'un interprète qui a de l'expérience dans le domaine de la médecine qui pourrait ainsi donner de meilleures explications. Malheureusement les services d'interprètes sont peut être fréquents. Les services de santé l'expliquent par le problème au niveau du paiement de ces services et de leur planification (David et al, 1995 ; Steinberg et al, 2000).

➤ **Moyens visuels :**

Le langage du corps ; les mimiques, les regards, le faciès, la gestuelle, tout ce non verbal se doit d'être observé car il peut être une ressource en parallèle à la communication (Neuma et al, 2007). Le langage non verbal, explicité ci-dessous, donne des informations fondamentales sur l'état physique et psychique de tout patient. Il peut traduire toutes sortes d'émotions.

Dans les moyens visuels, il y a tous les éléments de communication électronique tels que les vidéos, les images qui fournissent les informations et également les systèmes mis en place pour les malentendants comme les télescripteurs (typewriters = TTP) qui ont l'inconvénient que peu de lieux en sont équipés et que les réponses sont longues à être transmises. Il existe également des relais services d'opérateurs qui transcrivent les messages oraux en messages écrits et inversement (Lezzoni et al, 2004).

## **6.2. Le non-verbal**

Selon Kacperk (1997), la communication fait partie intégrante de la pratique des infirmières. Elle est vitale pour les professions à vocation sociale. En améliorant la qualité des conversations, le patient se sent plus respecté. Il ne s'ensuit que des bénéfices pour les soins. L'écoute et l'attention sont les deux éléments fondamentaux de la communication thérapeutique.

Comme déjà cité, un message est transmis 7% par les mots, 38% par l'intonation de voix et 55% par le non verbal qui représente le contact physique, les expressions faciales, les postures et les odeurs. Ainsi l'aspect non verbal de la communication est cinq fois plus influent sur le message que ne le sont les mots.

Dans la relation et particulièrement dans le cas de patients sourds, le non verbal mérite d'avoir toute son attention. Simon Chambers (2003), insiste sur le fait que tous les comportements sont à prendre comme communication potentielle. Les patients interrogés dans l'étude disent que les encouragements non verbaux dus au touché et à l'attitude des soignants ont été très efficaces pour les rassurer, apaiser et instaurer une relation de confiance. Les mouvements de tête, les expressions faciales, l'inclinaison du corps légèrement en avant, les sourires agréables ont aidé à renforcer et encourager les patients à s'exprimer, ceci parce qu'ils ressentaient que l'infirmière en face démontrait de l'intérêt (Kacperek, 1997).

Les expressions non verbales de tout patient démontrent son état d'anxiété, de colère, d'incompréhension, etc., celles-ci doivent être perçues par l'infirmière comme une opportunité d'entrer en relation.

Le toucher, qui fait partie intégrante des soins infirmiers, a un impact important dans la communication non verbale pour répondre au patient. Toucher le bras, la main ou tout autre partie du corps, peut amener de multiples bénéfices tels qu'apporter un réconfort, un soutien et donne un sens, une émotion à la conversation. Cela démontre que le soignant est, à cet instant présent, là pour le patient. L'attention de la part des infirmières à la communication non verbale aura une répercussion sur la qualité des soins qui sera meilleure (Chambers, 2003).

Afin que les aspects de la communication non verbale soient pris en compte dans la relation soignant/soigné, ceux-ci doivent en premier lieu être décodés. Des malentendus et des opportunités manquées peuvent apparaître par manque de connaissances ou d'attentions. Lorsque les comportements sont pris en compte et que les patients se sont sentis écoutés, ils deviennent plus coopérants et compliants (Kacperek, 1997 ; Nestel, 2006).

### **6.3. Les conséquences d'une communication inadéquate**

Les barrières de la communication telles que le type de communication (exemple la langue des signes), le manque de compréhension, le vocabulaire employé, l'éducation différente ainsi que le niveau de connaissance inégal (concerne le niveau de formation) font que la communication entre le patient sourd et le soignant est spécifique (Zazove et al, 1993).

Une bonne compréhension de la part autant des soignants que du patient sourd est primordiale dans un traitement. Les problèmes de communication ont un impact important sur les soins, ils influencent le diagnostic et le suivi des traitements. Lorsqu'une question est mal comprise, la réponse est également incorrecte et peut amener à un faux diagnostic. Comme la communication avec le patient sourd est plus complexe, chaque geste (médicaments, examens, pansements...) n'est pas systématiquement expliqué et le patient se trouve alors à subir de multiples manipulations presque comme un objet (Neuma et al, 2007 ; Zazove et al, 1993).

La langue des signes qui est le langage principal des sourds utilise les mouvements des mains, des bras, les expressions faciales, les mouvements du corps. Ce langage est grammaticalement et morphologiquement différent de la langue parlée. La traduction mots à mots est impossible. Ainsi les patients sourds sont forcés de communiquer avec les soignants dans un langage où ils ne sont pas à l'aise et dont ils n'ont qu'une compréhension limitée. Parfois même, lorsqu'ils font de multiples fautes dans le langage, ils sont considérés comme ayant des déficiences mentales (Hines, 2000).

Les patients sourds posent moins de questions compliquées et spécifiques concernant leurs soins, les médecins leur fournissent moins d'informations préventives et il y a un risque que les traitements prescrits soient incompris. Ceci implique que les séjours hospitaliers sont plus longs et que par la suite les sourds retournent plus souvent consulter (Lezzoni et al, 2004).

Pour avoir une bonne prise en charge des patients quels qu'ils soient ; sourd, handicapé mental ou simplement de langue ou de nationalité étrangère, il est important d'avoir des connaissances sur leur culture (Steinberg et al, 2006 ; Zazove et al, 2000).

#### **6.4. La relation patient sourd-soignant**

La relation fait partie intégrante de la prise en charge du patient par le soignant. Bien que celle-ci soit entravée par un handicap qui peut être lié à une différence de langue, à des déficiences cognitives ou comme dans cette étude la surdité, elle n'en est pas moins essentielle (Daydé, 2007).

Neuma, (2007) précise quelques aspects légaux édictés par la classification internationale des fonctions, qui évalue les invalidités, et qui fait partie de l'Organisation Mondiale de la Santé : la loi requiert des professionnels de la santé qu'ils assurent des trai-

tements efficaces à toute population, y compris à la population sourde, les institutions publiques sont responsables de procurer des programmes d'éducation des professionnels de la santé quant à l'assistance de personnes sourdes, la langue des signes est la langue des sourds et non un choix. L'accès à l'information est un droit dans n'importe quelle langue, bien que celle-ci soit une barrière dans la compréhension des maladies et des décisions de traitements.

La relation entre des individus se crée dès qu'il y a un contact, une communication verbale ou non verbale. Cette communication influe la qualité de la relation. Ainsi tant les comportements du soignant (empathie, expressions faciales, gentillesse, anxiété, passivité, écoute, domination, temps à disposition, etc.) que ceux du patient sont importants à prendre en compte pour qualifier la relation de positive ou insuffisante. En conséquence, une relation jugée adéquate par les deux parties est nécessaire au bon déroulement des soins. Cependant, 25% (chiffre basé sur l'ensemble des patients sans distinction pour les sourds) de ces relations sont jugées insuffisantes (Rainer, 2002).

En comparaison selon une étude du CHUV réalisée en 1996, les patients sont :

- 94% satisfaits de l'amabilité du personnel qui les a accueillis.
- 86% ont le sentiment d'avoir toujours été traités avec respect.
- 37% estiment avoir vraiment eu leur mot à dire sur leur traitement.
- 83% ont reçu des réponses claires de la part des infirmières.
- 66% à avoir pu parler de leurs inquiétudes à une infirmière.
- 94% ont fait confiance aux infirmières.
- 15% disent que les infirmières ont parlés devant eux comme s'ils n'étaient pas là.
- 90% ont trouvé les infirmières aimables.
- 70% jugent que les infirmières ont été disponibles pour eux.

Ainsi il persiste des axes où la satisfaction peut être améliorée comme au niveau de l'accueil des patients, de l'information et de la communication.

### **6.5. Les jugements et regards**

Les individus qui sont différents, qui sortent de l'ordinaire sont souvent dévisagés et jugés. Il en est de même pour les sourds. Les personnes qui ont un handicap rencontrent des difficultés lorsqu'elles sont en relation avec autrui.

Les études démontrent que les sourds ont tendance à reporter leurs rendez-vous chez les médecins car ils ont peur des difficultés qui seront causées par la communication. Ils pensent que comme la communication est particulière, ils gêneront les médecins en nécessitant plus de temps et d'organisation si un interprète est appelé (Zazove et al, 2000). De même, se présenter à un service d'urgence crée une immense situation de stress. En effet, ils ont déjà le souci de ne pas pouvoir expliquer au mieux leur problème et également ils ont peur de ne pas entendre leur appel par la réceptionniste quand leur tour arrive et sont également en soucis de savoir ce qu'elle va penser d'eux (Lezzoni et al, 2004).

Les personnes sourdes sont frustrées et mises à l'écart de la part des soignants qui sont mal à l'aise avec eux. La plupart disent que leurs émotions et demandes ne prennent pas le temps d'être écoutées, ce qui les rend stressés, un stress qui se rajoute à l'angoisse déjà occasionnée par la cause même de l'hospitalisation.

Ils ne bénéficient pas du même traitement que les patients habituels, souvent les soins leurs sont prodigués sans qu'ils aient reçu la moindre information à leur sujet et que les médecins prennent des décisions pour eux. Les sourds ressentent l'impression qu'ils créent une difficulté supplémentaire au travail quotidien du personnel de soins (Steinberg et al, 2006).

### **6.6. Les propositions pour améliorer le futur**

Au cours de plusieurs recherches, les auteurs se sont intéressés aux propositions des patients sourds pour améliorer leur prise en charge lors de soins.

Tout d'abord quelques chiffres (David et al, 1995) :

- Moins d'un tiers des médecins savaient que seulement 40% des mots peuvent être lus sur les lèvres.

- 32% pensent qu'écrire est la meilleure solution pour communiquer, 60% pensent que le plus efficace est la participation d'un interprète mais uniquement 20% y font appel, privilégiant l'aide d'un membre de la famille.
- 55% des médecins disent que le temps nécessaire à un patient sourd est plus important que pour un entendant, alors qu'ils ont déjà des journées chargées. Il arrive que les médecins assistants fassent 100 heures de travail hebdomadaires ou plus de 30 heures d'affilée alors que la loi sur le travail (du 13 mars 1964, révisée le 1<sup>er</sup> août 2000) fixe à 50 heures la durée maximale de la semaine de travail (Rapport de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du conseil national en Suisse, 2001).

Voici les suggestions émises par les sourds :

- Rendre plus accessible l'accès au service d'interprète, pouvoir y faire appel à plusieurs reprises et non uniquement lors d'entretiens importants. Il est également nécessaire que ces interprètes soient formés dans le vocabulaire médical (Steinberg et al, 2006).
- L'appel à un membre de la famille a souvent lieu et est considéré comme résolvant le problème de communication. Cependant il faut être attentif au souhait du patient et à son droit de confidentialité. Egalement, la traduction exacte des termes peut être insatisfaisante à cause de la compréhension médicale limitée et de l'avis personnel du membre interprète de la famille (Steinberg et al, 2006).
- Les résultats démontrent que les professionnels de la santé ne sont pas préparés à rencontrer des patients sourds. Durant leur formation, il serait important qu'ils soient informés sur les spécificités de la prise en charge et sur les multiples méthodes de communication avec des patients sourds. Et même au possible avoir quelques connaissances en langue des signes. En effet, uniquement une petite partie des soignants savent que la lecture labiale permet la reconnaissance d'uniquement 30-40% des mots, le reste se devinant par le contexte. Ainsi lors de discussions primordiales pour le diagnostic, choix et suivis de traitements, la présence d'un interprète qualifié dans le médical est essentielle (David et al, 1995 ; Zazove et al, 1993).

La solution idéale serait la présence d'un médecin ou d'un soignant qui a des compétences basiques en langue des signes pour permettre une communication

directe qui valorise le patient sourd, le respect et le considère comme un égal (Steinberg et al, 2006 ; Neuma et al, 2007).

- Quelque soit la différence, les études démontrent que pour collaborer avec des populations minoritaires, il est essentiel de comprendre leur culture (Barnett, 2002).
- Contacter des organisations de sourds pour avoir leurs expériences, leurs conseils et moyens facilitant la prise en soin d'une personne sourde. De même, les soignants devraient plus souvent être attentifs et penser à demander aux patients eux-même leurs besoins et leurs idées pour y remédier et solliciter systématiquement la répétition des informations données pour s'assurer de la bonne compréhension (Wright et al, 1993).

## **7. Discussion**

Ce chapitre discutera des résultats des recherches présentés dans le chapitre précédent en lien avec la question de recherche.

### **7.1. La pertinence des études en lien avec la question de recherche**

Les études analysées dans cette étude concernent toutes les personnes sourdes depuis leur enfance et non les malentendants ou les personnes âgées dont l'ouïe a baissé. Certaines études trouvées n'englobent pas entièrement la question de recherche mais apportent différents éléments importants qui en font partie. Certaines recherches qui interrogent les médecins ont tout de même été retenues étant donné les similitudes existant dans la relation entre un patient sourd et un médecin ou une infirmière. Les principes de la relation ainsi que les difficultés de communications sont similaires malgré les différences dues à l'accompagnement et à la proximité que ces deux professionnels ont avec le patient. Les principaux principes de communication et d'entrée en relation sont ainsi applicables autant lors d'un examen au cabinet que lors d'un soin dans un service hospitalier.

Les résultats analysés mettent en évidence que la relation, ceci pour tous les patients, comprend plusieurs éléments auxquels il faut tenir compte, comme la communication verbale et non-verbale et les concepts (respect, empathie, etc.) qui la caractérisent. L'importance d'en tenir compte est d'autant plus accrue lors de relations avec des patients sourds.

Les thématiques concernant les moyens de communication, la relation professionnelle ainsi que les conséquences d'une communication inadéquate (qui représentent des catégories du chapitre résultat) sont reprises dans ce chapitre discussion afin d'être mises en lien avec la question de recherche qui est : « Lors d'une hospitalisation, quels sont les éléments qui facilitent ou qui entravent une relation professionnelle avec des patients adultes souffrant de surdités ? ». Cela va permettre de préciser le terme de relation professionnelle ainsi que montrer les spécificités de celle-ci avec des patients sourds.

### **7.2. La relation professionnelle**

Les résultats ont mis en évidence que la relation est au centre des soins mais que celle-ci peut être améliorée (CHUV, 1996). Aussi, l'accès à l'information est un droit dans

n'importe quelle langue, bien que celle-ci soit une barrière dans la compréhension des maladies et des décisions de traitements (Neuma, 2007).

La relation d'aide, verbale ou non-verbale, s'instaure spontanément en réponse à un besoin d'écoute d'une personne soignée ou de son entourage. Dans le cas présent d'un patient sourd, la communication est entravée. Ainsi la relation est moins évidente à se créer à cause du manque de compréhension des besoins du patient. Dans ces situations, qui sortent de l'ordinaire, il est d'autant plus indispensable que les soignants aient du temps à disposition et soient attentifs au non-verbal.

Dans le milieu hospitalier, la relation se crée principalement au travers des soins<sup>10</sup>. Ainsi, le problème de soins (qui est à l'origine de la rencontre) est pris en charge mais avant tout l'humain en tant qu'unité. Dans le domaine des soins, le principe d'humanité a comme base de respecter le patient, sa différence (physique, ethnique, comportemental, opinions, etc.) et sa dignité. La relation d'aide, qui passe par la communication, consiste à écouter l'autre dans ses besoins. Certains éléments, tels que les nombreux intervenants, la présence d'un membre de la famille, un voisin de chambre ou un degré de communication non équivalent peuvent parasiter cette relation. Les capacités de communication des soignants améliorent la satisfaction du patient (Bioy, 2003), particulièrement dans le cas du patient sourd. En rapport avec la question de recherche, les notions ci-dessus font partie des éléments qui entravent la relation professionnelle entre un soignant et un patient sourd.

Prendre du temps avec les patients pour parler amène les soins à être plus humains, de meilleure qualité et plus efficaces (Naish, 1996). La relation d'aide fait partie intégrante de la profession d'infirmière. Cette relation est à la base de la conception même de cette profession. Il appartient au rôle propre de l'infirmière d'entrer en relation avec son patient afin de l'accompagner dans ses besoins. L'efficacité des soins dépend de la qualité de cette relation (Vega, 2001). En lien avec la question de recherche, ces résultats, provenant des recherches, démontrent l'importance de la relation dans les soins.

En conséquence, une mise en place favorable de la communication est essentielle pour créer une bonne relation. Le caractère des interactions influence l'issue pour le patient.

Changer de comportement pour l'améliorer et ainsi améliorer la relation patient soignant est possible par de simples faits (Rainer et al, 2002).

---

<sup>10</sup> Entend par soins les actions des infirmières auprès des patients, par exemple : les gestes techniques (pansements, médicaments, etc.), relationnels ou d'information.

### **7.3. Les éléments qui entravent la relation**

La relation se crée dès l'instant où des individus entrent en communication. Comme mentionné ci-dessus la relation est un des concepts fondamentaux dans le milieu des soins, elle se situe au cœur de la prise en charge des patients.

C'est pourquoi il est important d'identifier les éléments qui entravent cette relation afin de l'améliorer, ce qui procurera de grands bénéfices pour la qualité des soins.

Les résultats obtenus par l'analyse des études mettent en avant les difficultés de la relation principalement au niveau des obstacles de la communication. Ceux-ci entraînent des contrariétés de temps dues à la situation qui sort de l'ordinaire, des sentiments négatifs comme de l'énervement ou de l'impatience, et surtout des problèmes de diagnostic et de suivis des traitements. Ces difficultés communicationnelles peuvent amener à une prise en charge inadéquate de la part des soignants. Les patients sourds se sentent déjà stressés et mal à l'aise dès le début de leur hospitalisation. Aussi, leur éventuelle mise à l'écart de la part des soignants, qui se sentent eux-mêmes mal à l'aise, ne ferait qu'aggraver ce sentiment. De ce fait, les patients sourds disent que leurs émotions et leurs demandes ne sont que peu écoutées. A cause de la particularité de leur situation, ils ont peur de ne recevoir que des informations succinctes (Steinberg et al, 2006).

Les obstacles à la communication proviennent du fait que celle-ci sort de l'ordinaire et du connu. Par exemple la langue des signes est grammaticalement et morphologiquement différente de la langue parlée, la traduction mot à mot est impossible de sorte que les patients sourds se voient forcés de communiquer dans une langue dont ils n'ont qu'une compréhension limitée (Hines, 2000). Les soignants ne reçoivent que peu d'informations au sujet de cette communication spécifique (qui sera décrite dans un sous-chapitre suivant) et l'inconnu, le non-maîtrisé angoissent. C'est cette angoisse que les patients ressentent chez les soignants et qui est prise comme une sorte de rejet, ce qui n'est pas exactement le cas. Ce n'est pas eux que les soignants rejettent, mais leur propre anxiété envers l'incompris. Les entendants sont déconcertés devant ce handicap qu'ils ne connaissent pas bien. Ils n'ont jamais appris à s'exprimer avec un sourd : ne pas bouger le visage, articuler le plus possible, surtout, ne pas crier ; manifester de l'intérêt à la personne et non de l'impatience, parce qu'alors le sourd se sent rejeté et panique. Bien souvent la surdité gêne la fluidité de la conversation (Lelu-Laniepce, 1985).

Ainsi les éléments qui entravent la relation sont les difficultés de communication et le fait que la situation n'est pas ordinaire. Elle entraîne des sentiments d'anxiété autant pour le patient sourd que pour le soignant et nécessite des changements par rapport au quotidien des soignants. Ces éléments nous permettent de mieux comprendre la problématique de la relation soignant – patient sourd.

### **7.3.1. Les préjugés et stéréotypes**

Les individus qui sont différents, qui sortent de l'ordinaire sont souvent dévisagés et jugés. Il en est de même pour les sourds. La surdité est un handicap et place le patient sourd hors du groupe des bien-portants ce qui est perçu comme une exclusion, une marque de différence (Bioy et al, 2003).

Formés d'avance par l'expérience personnelle ou par l'éducation, les préjugés sont une généralisation, des jugements sans preuves envers quelque chose ou quelqu'un.

Difficile à changer, les stéréotypes, qui peuvent amener aux préjugés, généralisent une ou plusieurs caractéristiques d'un groupe. C'est une sorte d'étiquette que l'on attribue à un groupe d'individus.

Les préjugés et les stéréotypes aident à la compréhension des autres et du monde. Mais majoritairement pris de manière négative, ils peuvent devenir dangereux par la simplification, la généralisation, le jugement et souvent la dévalorisation. C'est pourquoi il est important que chaque personne puisse les identifier et en soit consciente pour pouvoir les faire évoluer. Émettre un jugement en se basant uniquement sur les apparences ou sur une idée préconçue n'est pas suffisant pour discriminer et exclure l'autre.

Le respect est un art de vivre au quotidien. Il suppose l'égalité entre les individus pour assurer leur dignité, l'harmonie et le bon fonctionnement de la communauté (Pisourd, 2009).

Ces préjugés positifs ou négatifs jouent un rôle dans les relations de soins. Ils ont un impact direct sur la vision qu'a l'individu de la situation. En effet, la personne agit en fonction de ses représentations et de son interprétation des faits (Formarier, 2007). Un stéréotype, émis par les personnes entendantes et pouvant être attribué aux personnes sourdes, est que lorsque ceux-ci font de multiples fautes dans le langage ou qu'ils mettent du temps à saisir l'information, ils sont considérés comme ayant des déficiences mentales (Hines, 2000).

Les résultats démontrent que les sourds ont également des représentations envers les professionnels de la santé. En effet, ils pensent que, comme la communication est particulière, ils gêneront les médecins en nécessitant plus de temps et d'organisation si un interprète est appelé (Zazove et al, 2000). Ils spéculent également qu'ils ne bénéficient pas du même traitement que les patients habituels, que souvent les soins leurs sont prodigués sans qu'ils aient reçu la moindre information et que les médecins prennent des décisions pour eux. Ainsi les sourds ressentent l'impression qu'ils créent une difficulté supplémentaire au travail quotidien du personnel de soins, (Steinberg et al, 2006). Tout ceci peut se révéler exact mais dépend de plusieurs facteurs et non directement de leur surdité.

En conséquence, les préjugés et les stéréotypes sont présents en tout temps et partout, ce qui démontre le besoin d'y prêter attention dans les relations avec tout un chacun, et particulièrement dans la prise en charge d'un patient sourd. En effet, de la surdité même, découlent des représentations, voire des stéréotypes et des préjugés.

#### **7.4. Les éléments qui facilitent la relation**

La relation passe principalement par la communication (Troendlin, 2006). Ainsi les moyens qui facilitent la communication améliorent à leur tour la relation.

Ci-après, les moyens de communication avec un patient sourd vont être explicités en fonction des résultats obtenus

##### **7.4.1. Les moyens de communication**

Les études qui ont été trouvées et gardées pour être travaillées dans le chapitre des résultats concernaient particulièrement les modalités de communication. En effet, les moyens de communication des personnes sourdes sont différents de ceux employés par les entendants. Il est ressorti des résultats des recherches (Wright, 1993 ; Steinberg, 2006 ; Todd, 2000 ; Lezzoni 2004) que les moyens de communication tels que la lecture labiale, l'écriture, l'interprète ainsi que les moyens visuels, étaient employés lors de relation entre un patient sourd et un soignant. Ces différents moyens, bien qu'ils soient utilisés lors de la relation de soins, ne sont pas entièrement adéquats. En effet, comme énoncé dans les résultats des études (Wright, 1993 ; Steinberg, 2006 ; Todd, 2000 ; Lezzoni 2004), ces méthodes de communication ne sont que partiellement maîtrisées. Les membres du personnel de soins, autant les médecins que les infirmières, n'ont que peu

de connaissances à leur sujet, comme nous pouvons le constater par rapport au sujet de la lecture labiale. En connaissance de ces particularités, les soignants seraient d'avantage attentif à leur expression : ils articuleraient mieux, feraient attention à leur position face au patient et à le regarder en face, emploieraient un vocabulaire plus simple, etc. (Lezzoni et al, 2004).

Au niveau de l'écriture, il est nécessaire de ne pas oublier que le langage oral avec la grammaire et son vocabulaire est la seconde langue des sourds, la langue des signes, qui utilise un vocabulaire et une syntaxe différente, étant leur « langue maternelle ». Ainsi, ils ne possèdent pas une entière compréhension de la langue orale, ce qui peu également dépendre de leur niveau d'apprentissage (Neuma et al, 2007). Un défaut de l'écriture est qu'elle est dénuée de sentiments, qu'elle prend du temps et de l'énergie, et qu'elle est limitée dans les informations qui sont raccourcies ou abrégées (Steinberg et al, 2006 ; Hines, 2000). Ainsi à l'encontre de ce que pensent les personnes, l'écriture ne résout pas la particularité de la communication avec les patients sourds.

En ce qui concerne l'emploi d'un interprète, bien que sa présence soit qualifiée comme étant la meilleure solution à la communication par les personnes sourdes, il n'est évidemment pas aisé d'y avoir recours. En effet, hormis le cas où un membre du personnel hospitalier à des connaissances en langue des signes et peut être disponible rapidement à diverses heures, les interprètes ne résident pas à l'hôpital et leur venue demande par conséquent une préparation telle qu'un rendez-vous planifié qui se fait essentiellement pour une consultation importante avec le médecin. En ce qui concerne le reste de la journée, les différents soins et interactions avec les soignants, il n'est pas envisageable d'avoir un interprète à disposition alors que le patient a des besoins à tout moment. D'où l'importance de préparer les soignants, particulièrement les infirmières, qui sont aux côtés du patient sourd jour et nuit, aux spécificités de cette relation. Bien que la solution de faire appel à un membre de la famille soit pensée comme résolvant le problème, celle-ci n'est pas vue comme des plus adéquates par les sourds. En effet, la présence d'un proche peut entraver la conversation par le non respect de la confidentialité et par la non fidélité de la traduction (David et al, 1995 ; Steinberg et al, 2000).

Les coûts des interprètes sont pris en charge par l'AI (sur une base forfaitaire ou au coup par coup). Le remboursement des honoraires de l'interprète se fait différemment suivant le motif de l'entretien. Si celui-ci se déroule dans un tribunal ou avec une autorité fédérale, cantonale ou communale (comprend les écoles publiques), la personne sourde in-

forme cette office de son besoin et ensuite c'est à celle-ci de faire la demande d'interprète auprès de Procom, qui facture directement ce frais à cette office (fédération suisse des sourds, 2009). Les missions pour une consultation médicale sont financées par l'article 74 de la loi sur l'assurance invalidité. L'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) alloue des subventions pour l'interprétation et contribue avec un montant forfaitaire annuel, mais cette participation ne couvre pas tous les frais, ceux qui restent peuvent être couverts par des dons (PROCOM, 2009).

L'emploi de moyens visuels (comportements non-verbaux qui seront complétés par la suite, images, films, etc.) peut être aidant dans la communication. Ce support peut permettre de compléter ou de préciser l'information. Il existe un système de téléphones (les TTP) qui transcrivent la conversation de l'oral à écrit. Cependant peu de lieux en sont équipés (Lezzoni et al, 2004), alors que la plupart des bâtiments publics possèdent un accès pour les personnes ayant un handicap physique. Selon les lois fédérales sur la radio et la télévision du 24 mars 2006 ainsi que sur celle qui concerne l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées du 13 décembre 2002 (Egalité handicap, 2009) :

- Les détenteurs d'une concession pour le service universel en matière de téléphone (par exemple Swisscom) doivent être tenus, par des dispositions légales, d'équiper les téléphones publics pour que soit assurée leur utilisation de manière équivalente par les utilisateurs d'appareils acoustiques ainsi que par les aveugles et les malvoyants.
- Tous les médias audio-visuels concessionnés doivent rendre accessible aux sourds une large partie de leurs programmes, (surtout les émissions d'informations), au moyen de sous-titres ou d'interprètes en langage des sourds. De même, il convient d'offrir, dans le cadre des programmes pour les minorités linguistiques, des émissions dans le langage par gestes.

Cela est réalisé pour le Téléjournal de la Télévision suisse romande qui est diffusé et traduit simultanément par un interprète en langue des signes, ainsi que certains films ou séries qui sont sous-titrés.

- Les bâtiments ouverts au public doivent être accessibles, par principe et quel que soit le genre de handicap. Les personnes handicapées non accompagnées ne doivent pas avoir de difficultés pour les utiliser normalement, ni en être exclues. Bien que moins évidentes, les barrières "architecturales" au sens large qui concernent les handicapés

sensoriels ont la même importance que les barrières architecturales pour les handicapés de la marche.

La relation est composée de multiples facettes dont fait partie la communication. Ces différents moyens de communication ne sont pas à prendre séparément mais en complémentarité les uns des autres. Pour que l'échange soit de qualité, des connaissances plus approfondies sur ces moyens de communication sont nécessaires et devraient être fournies durant la formation des soignants ou par le biais de cours post-formations (Neuma, 2007 ; Steinberg, 2006 ; David, 1995 ; Zazove, 1993).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les raisons de ce manque d'informations spécifiques à la surdité et aux moyens de communication peut provenir du manque de temps à consacrer à ce sujet durant la formation des soignants, du choix d'enseigner les pathologies les plus courantes aux dépens d'autres moins fréquentes, etc. La cause du défaut d'intérêt ne semble cependant pas être à retenir.

En réponse à la problématique de recherche, les moyens de communication peuvent se situer autant dans les éléments qui facilitent ou qui entravent la relation suivant la manière dont ils sont employés. Il suffit d'un peu de connaissances à leur sujet de la part des soignants pour que ces moyens de communication deviennent un atout dans la relation.

#### **7.4.2. Le non-verbal**

Selon Bioy et al. (2003), « plus que ce que l'on dit, c'est la façon de le dire qui fait foi. Même si la personne n'en a pas conscience, le langage du corps est le seul qui soit sincère. (...). Le verbal informe, le gestuel établit le contact et parfois se substitue à la parole ».

La communication non verbale est toujours associée à la communication verbale qui est l'ensemble des mots comprenant le langage parlé et l'écrit. Ensembles, ces deux types de communication permettent de préciser ou de discréditer le sens d'un message. En effet, les résultats ont démontré que le langage corporel transmettait plus de messages que le langage oral (Kacperek, 1997).

La communication non-verbale s'exprime au travers du contact physique, des expressions faciales, des odeurs et des postures, qui peuvent être de nature consciente ou inconsciente.

Dans la relation et particulièrement dans le cas de patients sourds, le non-verbal mérite d'avoir toute une attention. Simon Chambers (2003), insiste sur le fait que tous les comportements sont à prendre comme une communication potentielle.

Ainsi lors de difficultés rencontrées à la communication, la gestuelle et les mimiques sont d'une grande aide. Elles participent à démontrer l'incompréhension, les sentiments positifs ou négatifs ; elles complètent l'information orale, tout ceci en l'absence de mots. D'ailleurs, dans bien des relations, même lorsque le patient ne présente pas de difficulté particulière en ce qui concerne la communication, le non-verbal a toute sa place. En effet, dans certaines situations (ex : fin de vie, diagnostic difficile, etc.) les paroles ne sont d'aucune aide, dès lors la communication non-verbale prend la relève par l'écoute, la compagnie, le toucher, etc.

C'est pourquoi dans toute communication, indépendamment du type de patient, il ne peut être que bénéfique de prendre en compte la communication non-verbale. Cet élément est d'une aide non négligeable dans la relation avec le patient sourd, en facilitant celle-ci.

### **7.5. Les conséquences d'une communication inadéquate**

Comme vu dans les études, les types de communication et la culture différente font que la communication entre le patient sourd et le soignant est spécifique (Zazove et al, 1993).

Ces obstacles à la communication peuvent avoir des répercussions plus importantes que la non compréhension dans la relation sur l'instant. Des conséquences importantes peuvent survenir comme des diagnostics difficiles à poser et des difficultés dans le suivi des traitements (Neuma et al, 2007 ; Zazove et al, 1993). Il a été montré par les études que les patients sourds posaient moins de questions concernant leurs soins, ainsi ils disposent de moins d'informations préventives quant à leur mode de vie et de moins d'indications concernant les traitements prescrits. Ces éléments mal compris peuvent impliquer des séjours hospitaliers plus longs ainsi que par la suite, les sourds retournent plus souvent consulter (Lezzoni et al, 2004).

En plus des risques encourus pour la santé, il peut y avoir un défaut du respect du patient et de ses droits<sup>11</sup>. En effet, par défaut d'explication, le patient peut se trouver à subir de multiples manipulations presque comme un objet. Egalement, sans information

---

<sup>11</sup> Confert brochure sur la surdité pour les hôpitaux, annexe N°4

complète et précise bien comprise, le patient peut être mené à prendre une décision sans connaître toutes ses composantes ou pire, qu'une autre personne, de la famille ou un médecin, fasse le choix à sa place.

En conséquence, une bonne compréhension de la part des soignants comme du patient sourd est primordiale dans un traitement.

Dans la problématique de la relation entre un patient sourd et un soignant, celui-ci doit être particulièrement attentif à ces potentielles conséquences, autant au niveau du respect des choix et des droits du patient, que de l'accès à l'information.

### **7.6. Réponse à la question**

Les résultats obtenus par les études ont permis de mettre en évidence un manque de connaissances sur le sujet de la surdité, de sa prise en charge en milieu hospitalier ainsi que de ses caractéristiques. Les différentes recherches démontrent aussi les possibles améliorations dans cette prise en charge. Les analyses ont fait resurgir six thématiques : les communications, les conséquences d'une communication inadéquate, la relation patient sourd-soignant, le non-verbal, les jugements et regards puis les propositions d'amélioration pour le futur.

Les éléments apportés par les études sont similaires, ce qui amène une certaine pertinence. Les difficultés rencontrées (le manque de compréhension et de temps à disposition, les préjugés, le manque de connaissances sur les moyens de communication) sont majoritairement identiques ainsi que le sont les besoins d'écoute et de respect. En réponse à la question de recherche de cette étude, qui est : « lors d'une hospitalisation, quels sont les éléments qui facilitent ou qui entravent une relation professionnelle avec des patients adultes souffrant de surdités ? », nous avons pu relever des éléments qui entravent la relation, comme le manque de connaissance quant aux moyens de communications, les préjugés, une situation qui est méconnue et qui angoisse les soignants. Egalement, des pistes pour faciliter cette relation, telles que l'emploi de la communication non-verbale, l'aide d'un interprète, l'ouverture d'esprit, le respect et l'enseignement aux soignants ont été proposées. L'importance de la relation, qui est la base des soins infirmiers, a également été mise en évidence. Celle-ci est unique et individuelle, elle l'est d'autant plus avec un patient sourd ou avec une personne handicapée que ce soit physique, mentale ou ne parlant pas la même langue. Car alors les gestes et les comportements connus sont remis en cause.

En conséquence de ces éléments rapportés, l'analyse des résultats nous permet dès lors de cerner au plus près notre problématique.

## 8. Conclusion

Pour conclure, les propositions d'actions pour améliorer la prise en charge des patients sourds par la relation vont être présentées. Par la suite les besoins de la recherche ainsi que ces points forts et faibles seront explicités.

### 8.1. Conséquences dans les soins

Les difficultés ainsi que leurs impacts, reportés par les études, ayant déjà été explicitées dans ce travail, cette partie va s'attarder sur les quelques pistes émises par les études pour faciliter la communication avec un patient sourd.

Le problème rencontré prioritairement par les sourds, lors d'une hospitalisation, est la communication qui est une barrière parfois infranchissable. La méconnaissance de la surdité, l'incompréhension, l'impatience et les préjugés se groupent en sentiments de détresse. Ainsi, en vue des chiffres obtenus quant aux connaissances des soignants envers les caractéristiques des personnes sourdes, une base d'informations s'avère nécessaire (David et al, 1995). Celles-ci concerneraient les méthodes de communication employées par les sourds (langue des signes, lecture labiale, etc.) ainsi que sur leur culture<sup>12</sup>. Il paraît indispensable de rappeler aux soignants que la relation a pour principes l'égalité et le respect. Pour cette raison, il est favorable que les soignants pensent à demander aux sourds ce dont ils ont besoin et comment ils peuvent faire pour être des plus adéquats. D'autres éléments menant à améliorer la prise en soins des sourds est l'accessibilité à un interprète formé (Steinberg et al, 2006). Bien qu'en Suisse ce service soit majoritairement remboursé, il n'est qu'une aide ponctuelle et nécessite une préparation auparavant, alors que la communication est présente à tout moment de la journée.

Pour terminer quelques règles élémentaires, citées par Mr Longerich (2000), à appliquer au quotidien, telles que :

- il ne sert à rien de s'énerver, ni de crier, car cela déforme l'articulation et stresse l'interlocuteur malentendant,
- il est inutile de répéter dix fois les mêmes mots, changez plutôt de phrase ou utilisez l'écrit malgré ses biais,

---

<sup>12</sup> C'est-à-dire les caractéristiques, les valeurs, la langue de signes et le style de vie propre à cette population

- pensez au non-verbal : le visage, les gestes, l'attitude du corps, parlent aussi : les personnes sourdes ou malentendantes ont des facultés visuelles très développées, car la surdité est compensée par la vue,
- avant de s'adresser à un malentendant, attirez doucement son attention, placez-vous bien en face de la personne, si possible à sa hauteur, veillez à ce que votre visage soit éclairé et que vos lèvres soient visibles,
- parlez à voix égale, d'une manière naturelle, en faisant des phrases claires et courtes,
- pendant la nuit, veillez impérativement à ce que le visage soit éclairé pour s'adresser au patient malentendant, afin qu'il puisse lire sur les lèvres.

### **8.2. Autres besoins de recherches et perspectives envisagées**

Les résultats obtenus sont principalement issus de recherches qui ont été réalisées en Amérique. Les systèmes de soins, autant les hôpitaux (au niveau de l'organisation), la prise en charge (les théories de soins, le temps à disposition, etc.), que les assurances (non obligatoire en Amérique) diffèrent de la Suisse. C'est pourquoi, il serait intéressant et même essentiel de réaliser une étude sur la prise en charge des patients sourds dans les hôpitaux suisses, pour en comparer les résultats.

Il serait également intéressant d'effectuer des recherches plus approfondies centrées principalement sur les aspects émotifs de cette relation spécifique. En effet, les recherches actuelles se sont majoritairement centrées sur des aspects techniques de la communication et non sur le côté plus sensible lié aux intonations de voix.

De plus, des enquêtes concernant les infirmières, qui sont au chevet des patients jour et nuit, au sujet de leurs ressentis, difficultés, besoins et idées d'améliorations devraient être menées afin d'avoir une vision d'ensemble de la problématique de la situation, dont nous avons eu uniquement l'avis du côté médecin et du patient sourd. Ces indications permettraient de mieux comprendre ce qui se passe et d'être plus efficace dans la mise en place de changements.

### **8.3. Points forts et points faibles du travail**

Un des points positifs de ce travail, a été que la plupart des études analysées ont démontré des résultats similaires. Ce qui est aidant pour la cohérence de l'analyse et renforce la fidélité des recherches. Un autre point fort est que l'analyse des études a permis de

mettre en avant des propositions d'actions pouvant apporter une amélioration à la situation actuelle ou a du moins encouragé les professionnels de santé ainsi que tout un chacun à y être attentif.

Parmi les points faibles, on trouve une méthodologie peu structurée et explicitée. En effet, il a été difficile de trouver des études qui possédaient une rigueur méthodologique, c'est-à-dire qu'elles fussent structurées avec les chapitres introduction, méthode, résultats, discussion et conclusion. Peu d'études s'intéressaient à la relation, visant plutôt la communication. De même, la majorité des études ont été effectuées en prenant la composante des médecins dans la communication et non des infirmières. Un autre point faible important est que les résultats obtenus font référence à des systèmes de soins provenant d'autres pays que la Suisse. Les pays dont proviennent les recherches se trouvent dans des pays occidentaux développés, dans lesquels la culture prédominante est proche de la notre. Ainsi nous pouvons faire l'hypothèse que les spécificités d'un patient sourd sont semblables.

## Bibliographie

### Ouvrages :

- Adam, E. (1991). *Être infirmière*. Québec: Editions Maloine.
- Bargues M-L. (1992). *Mal entendre au quotidien*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Bioy, A., Bourgeois, F., Nègre, I. (2003). *Communication soignant-soigné : repères et pratique*. Editions Bréal.
- Daydé, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C., Salabaras, E. (2007). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris : Editions Elsevier Masson.
- Lelu-Laniepce, J. (1985). *Voyage dans le monde des sourds*. Paris : Editions Pierre-Marcel Favre.
- Sacks, O. (1990). *Des yeux pour entendre : voyage au pays des sourds*. Paris : Editions du Seuil.
- Sanimédia. (2005). *L'essentiel des droits des patients*. [Brochure d'informations]. Services de santé publique des cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud.
- Vega, A. (2001). *Soignants / soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris : Editions de Boeck.

### Articles :

- Chambers, S. (2003). Use of non-verbal communication skills to improve nursing care. *British journal of nursing*, vol 12, N°14.
- Formarier, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N°89, juin.

- Kacperek, L. (1997). Non-verbal communication : the importance of listening. *British journal of nursing*, vol 6, N°5.
- Longerich, B. (2000). Communiquer à l'hôpital avec un patient malentendant. *Soins infirmier* n°11.
- Naish, J. (1996). The route to effective nurse-patient communication. *Nursing times*, vol. 12.
- Vasseur, A & Cabiere, M-C. (2005). La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, n°82.

### **Recherches analysées :**

- Annie, G. Steinberg, Barnett, S., Meador, H., Erin A. & Zazove, P. (2000). Health care system accessibility: experiences and perceptions of deaf people. *Journal of general international medicine*.
- Barnett, S. (2002). Cross-cultural communication with patients who use american sign language. *Family medicine*
- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R., MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Canadian medical association journal*, june.
- David, A., Ebert, M. & Paul, S. (1995). Communication with deaf patients: knowledge, beliefs and practices of physicians. *JAMA*, vol 273.
- Hines, H. (2000). Communication problems of hearing-impaired patients. *Nursing standard*, no°14, 33-37.
- Lezzoni, L., Bonnie, L. Killeen, M. & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med*, 356-362.

- Malio, T., Stern, C., Gorenflo, D., Meadore, H. & Zazove, P. (2000). Preventive attitudes and beliefs of deaf and heard-of-hearing individuals. *Arch Fam Med*, Vol 9, 518-525.
- Nestel, D. & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre : a focus group interview. *Nurs*, february.
- Neuma, C., Barbosa, M. & Porto, C. (2007). Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals. *Rev Esc Enferm USP*, no° 42.
- Rainer, S., Beck., Daughtridge, R. & Slone, P. (2002). Physician-patient communication in the primary care office. *J Am Board Fam Pract*, vol. 15.
- Steinberg, A., Barnett, S., Meador, H. & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility. *J Gen Intern Med*, march, 260-266.
- Todd, N. & Virginia commonwealth university school of medicine, medical college of Virginia. (2000). Elderly deaf patient's health care experiences. *J Am Board Fam Pract*, no°13.
- Troendlin, D. (2006). *La communication dans la relation soignant-soigné*. Travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, institut de formation en soins infirmiers de Belfort.
- Wright, D. & College North Trent. (1993). Deaf people's perceptions of communication with nurses. *British Journal of Nursing*, volume 2, no°11.
- Zazove, P., Lori, C., Daniel, W., Carmack, C., Mehr, D., James, C., Antonucci, T. (1993). The health status and health care utilization of deaf and hard-of-haring persons. *Arch Fam Med*, vol. 2.

### **Sites Internet :**

- Association suisse pour le Langage Parlé Complété. (2009). *Principe de base du LPC*. [Page WEB].  
Accès : <http://alpc.ch/> [Page consultée le 4 mai 09].

- CHUV Lausanne. (2006). *Enquête de satisfaction des patients*. [Page WEB].  
Accès :  
[http://files.chuv.ch/internetdocs/chuv/news/enquete/chuv\\_enquete\\_evolution\\_01\\_05.pdf](http://files.chuv.ch/internetdocs/chuv/news/enquete/chuv_enquete_evolution_01_05.pdf) [Page consultée le 6 juin 09].
- Communication-études-corporelles. Gineste, Y. & Rosette, M. (2006). *Qu'est ce qu'être soignant ?* [Page WEB].  
Accès : <http://www.cec-formation.net/> [Page consultée le 10 juin 09].
- Confédération Suisse. (2006). *Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes Handicapées du 13 décembre 2002*. [Page WEB].  
Accès : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/1/151.3.fr.pdf> [Page consultée le 29 avril 09].
- Conseil international des infirmières. (2009). *Définition des soins infirmiers selon le CII*. [Page WEB].  
Accès : <http://www.icn.ch/french.htm> [Page consultée le 3 juin 09].
- *Diminution de la durée des séjours à l'hôpital*. (2005). [Page WEB].  
Accès : [http://www.gef.be.ch/site/fr/gef\\_gs\\_gesundheitsbericht\\_4.pdf](http://www.gef.be.ch/site/fr/gef_gs_gesundheitsbericht_4.pdf) [Page consultée le 19 juin 09].
- Dormann, R. (2001). *Initiative parlementaire des conditions de travail humaines pour les médecins assistants* [Page WEB].  
Accès : <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2001/3021.pdf> [Page consultés le 19 juin 09].
- Egalité Handicap. (2009). *Droit de l'égalité*. [Page WEB].  
Accès : [http://www.egalite-handicap.ch/francais/droit\\_de\\_1\\_egalite/textes\\_juridiques.html](http://www.egalite-handicap.ch/francais/droit_de_1_egalite/textes_juridiques.html) [Page consultée le 8 juin 09].
- Hartmann, M. (2008). *L'impact de la voix*. [Page WEB].  
Accès : <http://www.paquita.ch> [Page consultée le 4 mai 09].

- Institut St-Joseph. [Page WEB].  
Accès : <http://www.guintzet.ch> [Page consultée le 29 avril 09].
- L'histoire du handicap. (2007). *Définition du handicap* [Page WEB].  
Accès : <http://www.handistoire.info/> [Page consultée le 10 juin 09].
- Pisourd. (2007). *La langue des signes*. [Page WEB].  
Accès : <http://www.pisourd.ch> [Page consultée le 6 mai 2009].
- PROCOM (Fondation d'aide à la communication pour sourds) service d'interprètes.  
[Page WEB]. Accès : <http://www.procom-deaf.ch/f/s/dolmetschdienst.asp> [Page consultée le 4 mai 09].
- Pygmalion communication. (s.d). *Définition communication*. [Page WEB].  
Accès : <http://www.communicationorale.com/plan.htm> [Page consultée le 12 juin 09].
- Office fédérale de la statistique. (2007). *Enquête suisse sur la santé*. [Page WEB].  
Accès :  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/20/22/lexi.Document.114331.xls>  
[Page consultée le 29 avril 09].
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *Connaitre les grands principes de la relation professionnelle* [Page WEB].  
Accès : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol7no4/ss01.htm>  
[Page consultée le 10 juin 09].

# ANNEXES

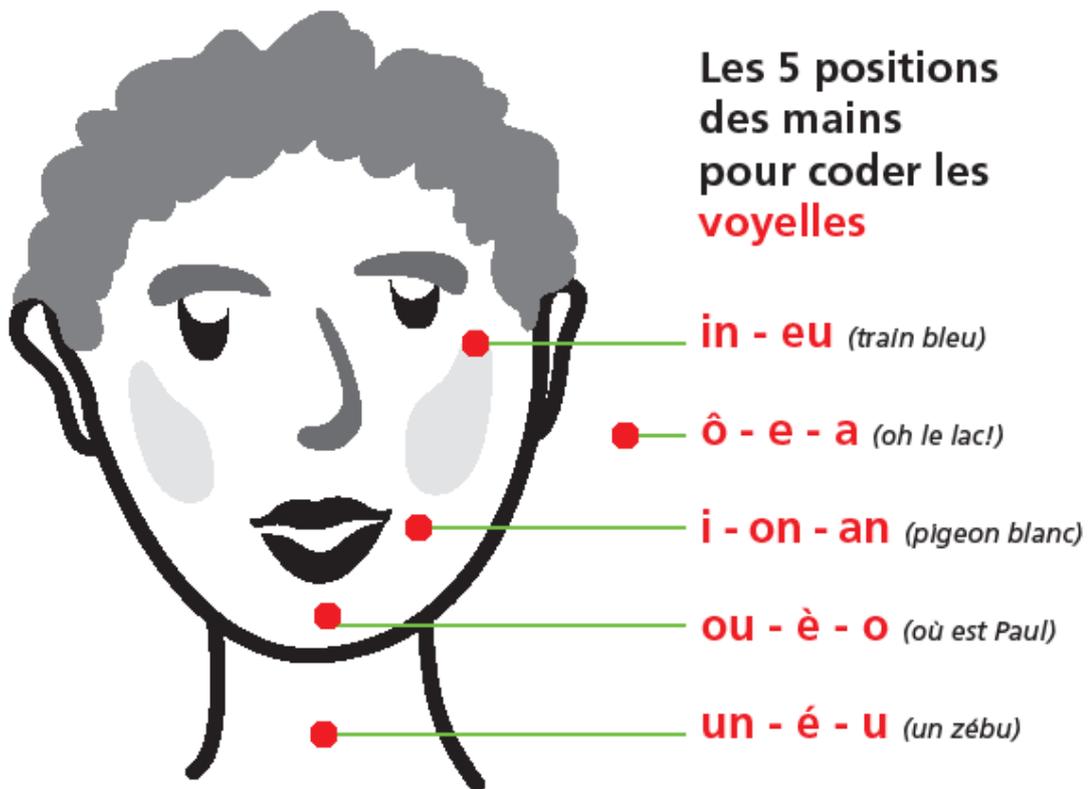
## **1. Déclaration d'authenticité**

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

En cas de violation de cette déclaration, il est possible d'appliquer l'Art. 45 de l'Ordonnance du 19 septembre 2006 sur la formation Bachelor en soins infirmiers à la Haute Ecole de santé Fribourg : « toute fraude, y compris le plagiat ou toute tentative de fraude dans les travaux d'évaluation, les examens et l'élaboration du travail de Bachelor entraîne la non-acquisition des crédits ECTS correspondants, voire la non obtention du diplôme ou son annulation ».

## 2. Aide mémoire pour le langage parlé complété

Le Langage parlé Complété (LPC) est un codage:  
la main près du visage complète  
syllabe par syllabe  
tout ce qui est dit.  
C'est une aide à la lecture sur les lèvres



### Les 8 clés des doigts pour coder les consonnes

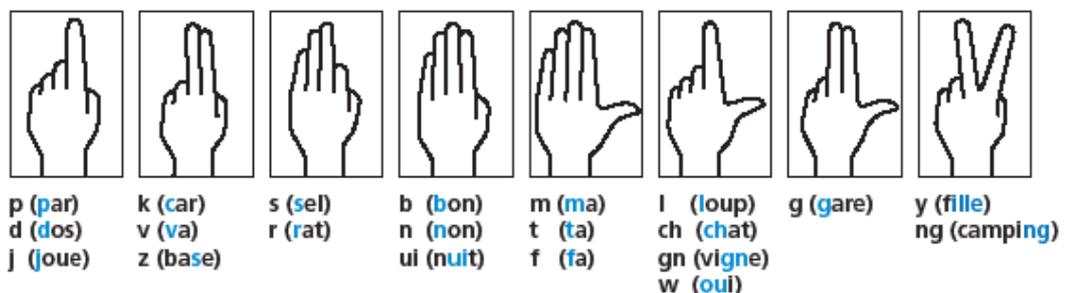


Figure 1 : Association suisse pour le Langage Parlé Complété. (2009). *Principe de base du LPC*. [Page WEB].Accès : <http://alpc.ch/> [Page consultée le 4 mai 09].

### 3. Affiche conseils sur la surdité

# Voir pour comprendre

## Conseils pour la communication avec les personnes sourdes ou malentendantes

**Présentez votre visage** face à la source de lumière, votre bouche bien visible, et face à votre interlocuteur.

**Attirez l'attention** et exprimez-vous chacun à votre tour sans couper la parole à votre interlocuteur.

**Parlez distinctement**, à rythme régulier et à voix normale, sans exagérer l'articulation, en restant naturel.

**Employez un vocabulaire simple**, des phrases claires, évitez les abréviations et phrases à double sens.

**Utilisez d'autres termes** ou changez la forme de la phrase si vous n'avez pas été compris.

**Ecrivez** les noms propres, termes techniques, médicaux, etc. et assurez-vous que la personne a bien compris.

**Éliminez les bruits de fond** en fermant portes et fenêtres et évitez de parler dans le brouhaha.

**...SMS...SMS...**

**Mettez à disposition** des moyens techniques (fax, téléphones pour malentendants, télécrits, relais téléphonique procom, etc.)

**Faites appel aux interprètes** en langue des signes française (LSF) ou aux codeurs-interprètes en langage parlé complété (LPC).

**pour davantage d'informations sur la surdité et la malaudition, contactez:**

<p><b>FEDERATION SUISSE DES SOURDS REGION ROMANDE</b> 16, Av. de Provence - 1007 Lausanne Tél. 021 625 65 55 - fax 021 625 65 57 fssrr@sgb-fss.ch - www.sgb-fss.ch</p>	<p><b>ASSOCIATION SUISSE DES PARENTS D'ENFANTS DEFICIENTS AUDITIFS (ASPEDA)</b> Freiburgstrasse 21 - 3150 Schwarzenburg Tél./Fax 031 731 33 44 svehk@bluewin.ch - www.aspeda.ch</p>	<p><b>forum écoute LA FONDATION ROMANDE DES MALENTENDANTS</b> Avenue des Jordils 5 - 1006 Lausanne Tél. 021 614 60 50 - fax 021 614 60 51 info@ecoute.ch - www.ecoute.ch</p>
--	---	--

**LA POSTE**      **AVEC LE SOUTIEN DE LA Loterie Romande**      **procom** Fondation d'aide à la communication pour sourds  
Tél. 0844 844 061

Figure 2 : Association Suisse des parents d'enfants déficients auditifs. (2005).  
*Conseil pour la communication avec les personnes sourdes*. [Page Web].  
Accès : [http://www.aspeda.ch/article.php3?id\\_article=11](http://www.aspeda.ch/article.php3?id_article=11) [Page consultée le 4 mai 09].

## 4. Brochure surdité pour les hôpitaux

### APRÈS le SOIN

- Accompagner le patient si besoin (salle d'attente, sortie, chambre...).
- Expliquer au patient ce qui s'est passé au cours du soin pour le rassurer et l'informer.

#### > Attention :

- à la complexité des termes médicaux
- au débit des phrases : si besoin utiliser ardoise ou papier.
- regarder le patient et non les autres personnes.

Donner le temps au patient sourd ou malentendant de poser ses questions.

- lui répondre clairement, lentement (lecture labiale, ardoise, ou gestes...).
- lui écrire un compte-rendu avec les principaux éléments du diagnostic et le lui remettre.

**Éviter de dicter du courrier sur dictaphone devant le patient qui ne peut comprendre ce qui se dit à son sujet.**

### SORTIE



Montrer le logo « oreille barrée » à l'hôtesse d'accueil pour préciser la difficulté à entendre, ou l'informer du moyen de communication à utiliser pour faciliter les formalités administratives.

*Les témoignages des personnes sourdes ou malentendantes montrent la réelle frustration due au manque de communication.*

*A tous les âges de la vie, une personne peut devenir sourde ou malentendante. Dans tous les cas, il est nécessaire de tenir compte de la complémentarité qu'apporte la lecture labiale aux informations reçues à travers les prothèses auditives.*

*La langue des signes est comprise par un faible nombre de déficients auditifs, le plus souvent sourds de naissance.*

*Le professionnel de santé s'informe des habitudes de la personne soignée et utilise le type de communication (orale, écrit, kinesthésique ou gestuel) adapté à la personne sourde ou malentendante.*

#### Avec le soutien financier de :

DDASS/DRASS - Ville Angers - Conseil Général 49  
Mutualité Française Anjou Mayenne - MSA 49

#### Et la participation de :

Conseil de l'Ordre des Médecins de Maine et Loire  
Centre Charlotte Blouin - Service ORL - CHU Angers

#### SURDI 49

##### Maison des Sourds et Malentendants

(SURDI 49, ASML, SERLSF, SPSSML, CSSA)  
22 rue du Maine - 49100 ANGERS  
Fax : 02 41 48 91 64  
E-mail : aamds-surdi49@wanadoo.fr



#### BUCODES

73 rue Riquet - 75018 PARIS  
Tel./Fax/Minitel : (33) 01 46 07 19 74  
E-mail : bucodes@free.fr - Site : <http://bucodes.free.fr>



AA Kélien 02 41 720 700 - Juin 2005 - © Copyright - Droit réservé

## La SURDITÉ

un handicap sensoriel  
invisible



CONSULTATIONS  
HOPITAL  
CLINIQUE



ACCES AUX SOINS  
pour le sourd  
ou le malentendant

## PRENDRE UN RENDEZ-VOUS

### Para-médicaux Consultation, Hospitalisation

Au Guichet,  
par Fax,  
par E-mail,  
par Minitel,...

#### Avoir recours à une tierce personne pour le téléphone

La personne sourde ou malentendante informe son interlocuteur de sa malentendante afin que soient bien précisées :

- dates et heures du rendez-vous ou de l'hospitalisation.
- dans tous les cas, un écrit doit accompagner les informations données par le secrétariat.

## JOUR de la CONSULTATION ou de l'HOSPITALISATION

### > Patient

- Se présenter à l'hôtesse d'accueil et lui demander de vous appeler à l'aide de votre « nom sur une ardoise » ou de venir vous chercher dans la salle d'attente.
- Demander à poser le logo « oreille barrée » sur le dossier de santé.

### > Soignant ou administratif

Attention, pour communiquer avec la personne malentendante, ne criez pas !  
Articulez sans exagération !  
Situez-vous dans un lieu bien éclairé, sans contre-jour !  
Attention aussi aux chiffres difficiles à comprendre (paiement, etc).

### > Médecins - Spécialistes - Radiologues - Paramédicaux - Dentistes - Kinésithérapeutes

- Avant le soin :  
Le personnel de santé informe le patient des soins et gestes qui seront faits, de leurs désagréments et conséquences de ceux-ci, de leurs bienfaits.
- Pendant le soin :  
Si besoin de parler au cours du soin : bien regarder le patient en face (lecture labiale) ; enlever le masque ; bien articuler ou écrire sur une ardoise. Attention à la luminosité de la pièce (pas de lumière dans les yeux).  
Le patient ne vous comprendra pas si vous portez une moustache trop longue !  
Convenir du geste ou du signe en cas de douleur au cours du soin  
Répondre aux questions et aux inquiétudes du patient sourd ou malentendant.

## CHAMBRE d'HOSPITALISATION

Le malade n'entend pas les bruits habituels du couloir, entrez doucement pour ne pas l'agresser  
Poser la main sur l'épaule s'il ne vous voit pas entrer (les appareils de correction auditive ne permettent pas de tout entendre).

### Expliquez l'organisation de la journée, et les soins prévus.

#### Prévoir :

- Un téléviseur avec télétexte.
- Téléphone avec Boucle magnétique intégrée ou Télécopieur.
- Minitel si besoin.

## SALLE d'OPÉRATION

Le malade n'a plus ses prothèses auditives.  
Le rassurer par un geste, un sourire.

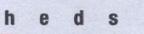
## SALLE de RÉVEIL

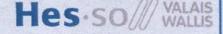
Sachez qu'une personne qui n'entend pas peut être plus longue à se réveiller.  
Utilisez le contact avec la main : cela rassure, signe une présence, évite l'angoisse.

## 5. Référentiel des compétences Bachelor

### Bachelor HES-SO en soins infirmiers


  
  
 Haute école de santé  
Genève

  
  
 Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences  
Western Switzerland

**Lieu de période de formation pratique**

Institution : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Site de formation : \_\_\_\_\_

Semestre  automne  printemps

Répétition

Nom de l'étudiant-e : \_\_\_\_\_

Promotion : \_\_\_\_\_

Période du / au : \_\_\_\_\_

**ÉVALUATION DES COMPÉTENCES – niveau 3<sup>ème</sup> année bachelor**

Synthèse de l'évaluation:

Absences pendant la période de formation pratique : \_\_\_\_\_ jours

Dates et Signatures:

Étudiant-e:	Praticien-ne formateur-trice	Formateur-trice HES
-------------	------------------------------	---------------------

(a pris connaissance)

**Résultat<sup>1</sup>:**

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	
<input type="checkbox"/> FX	<input type="checkbox"/> F	

\*Résultats selon l'échelle de notation ECTS :

A = Excellent	: résultat remarquable, avec seulement quelques insuffisances mineures
B = Très Bien	: résultat supérieur à la moyenne, malgré un certain nombre d'insuffisances
C = Bien	: travail généralement bon, malgré un certain nombre d'insuffisances notables
D = Satisfaisant	: travail honnête mais comportant des lacunes importantes
E = Passable	: le résultat satisfait aux critères minimaux
FX = Insuffisant	: la période de formation pratique doit être répétée
F = Insuffisant	: la période de formation pratique doit être répétée

  
 Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz  
University of Applied Sciences  
Western Switzerland

CORESLOC / juillet 2006 / HEdS-FR / février 2008

Figure 3 : Haute Ecole de Santé Fribourg. (2008).  
Référentiel des compétences des étudiants. Fribourg : HedS-FR.

### 1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

Commentaires:

### 2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

L'étudiant-e :

**conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :**

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

**réalise les soins requis :**

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

**organise son travail en tenant compte du contexte :**

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

Commentaires:

### 3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

Commentaires:

### 4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

Commentaires:

### 5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

Commentaires:

### 6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

Commentaires:

### 7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

Commentaires:

### 8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

Commentaires:

### 9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

Commentaires:

## 6. Tableau des fiches d'identification des études correspondantes aux critères mentionnés dans le chapitre de la méthode.

Références	Type d'étude	Questions/buts	Méthode	Résultats	Conclusion
1° Wright, D. & College North Trent. (1993). Deaf people's perceptions of communication with nurses. <i>British Journal of Nursing</i> , volume 2, no°11.	Étude quantitative et exploratoire.	Les chercheurs discutent l'hypothèse que la communication entre les personnes sourdes et les soignants ne rencontre pas les mêmes besoins que les autres groupes.	Les auteurs ont d'abord réalisé une revue de la littérature puis l'étude a été menée au moyen d'un questionnaire identifiant l'emploi d'interprète et les formes de communications. L'échantillon comprend 23 personnes sourdes qui utilisent la langue des signes et qui a utilisés un service de santé dans les six derniers mois.	Les difficultés de la communication qui sont ressortis de cette étude sont : - le manque d'informations aux soignants sur les particularités des sourds - la difficulté d'avoir une traduction fidèle - la confidentialité envers la famille - le peu d'attention apporter à l'aspect psychique et émotionnel.	La majorité des sourds le sont devenus avant l'âge normal de l'acquisition du langage oral. Ainsi la langue des signes est leur principal langage. La communication est difficile sans interprète, leur possibilité de présence plus fréquemment est souhaitée.
2° Steinberg, A., Barnett, S., Meador, H. & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility. <i>J Gen Intern Med</i> , march, 260-266.	Recherche qualitative descriptive.	Les chercheurs veulent collecter des informations sur les expériences de services de soins par les personnes sourdes qui communiquent avec la langue des signes.	Entretiens face-à-face avec 91 adultes sourds recrutés par une association de personnes sourdes. Un interprète ainsi que des schémas illustratifs étaient là pour aider à la bonne compréhension.	Les éléments de réponses qui ont été obtenus suite aux entretiens ont été regroupés en 6 thèmes : - la qualité de la communication dans les services de soins - les compétences en langue des signes des médecins - les émotions relatives à ces expériences - les expériences positives - les suggestions pour une amélioration.	Les participants rapportent que souvent, ils ont des expériences négatives avec les systèmes de santé associées au stress et aux émotions négatives. Il serait souhaitable que les professionnels de la santé soient plus formés. Il y a une baisse de fréquence d'emploi d'interprète. Le prix et l'accessibilité à ces services devraient faire l'objet d'une autre étude.
3° Hines, H. (2000).	Recherche exploratoire et descripti-	Le but de la recherche est d'établir la	La recherche a été menée au moyen d'un questionnaire	Les résultats démontrent pas mal d'anxiété chez les sourds qui	L'étude confirme les incapacités du personnel hospi-

<p>Communication problems of hearing-impaired patients. <i>Nursing standard</i>, no°14, 33-37.</p>	<p>ve</p>	<p>nature des problèmes de communication des patients ayant une ouïe défaillante.</p>	<p>par e-mail. 500 questionnaires ont été envoyés à des étudiants sourds, qui ont été hospitalisés durant les 3 dernières années. Ceux-ci ont été contactés par le biais de l'association des professeurs de langue des signes. 359 questionnaires ont été complétés et validés pour la recherche.</p>	<p>doivent aller dans un service de soins. Ceux-ci sont principalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Très stressé à la réception car peur de ne pas entendre leur nom à l'appel.</li> <li>- La communication patient-soignant est pauvre</li> <li>- ils se sentent brusqués pendant les soins</li> <li>- soucieux de prendre du temps</li> <li>- peur que leur déficience soit prise pour des troubles mentaux</li> <li>- obstacles à la communication</li> </ul>	<p>talier à avoir une communication efficace avec les patients diminués auditivement. Les soignants devraient être mieux informés des quelques gestes qui facilitent la lecture labiale ainsi que sur le décryptage de gestes corporels. Il est nécessaire de garder à l'esprit qu'avant d'être un sourd, le patient est unique, a sa propre histoire de vie et personnalité.</p>
<p>4° Todd, N. &amp; Virginia commonwealth university school of medicine, medical college of Virginia. (2000). Elderly deaf patient's health care experiences. <i>J Am Board Fam Pract</i>, no°13.</p>	<p>Recherche qualitative descriptive</p>	<p>L'étude cherche à comprendre les expériences de soins des patients âgés sourds de Richmond.</p>	<p>La récolte de données c'est faite au moyen d'entretiens face-à-face à l'aide d'interprètes. Les participants ont été répartis en 2 groupes de 8 personnes.</p>	<p>Les participants insistent sur la difficulté à communiquer avec leur médecin déjà au moment de la prise d'un rendez-vous ou pour s'informer des résultats par téléphone. Il existe des téléphones adaptés mais peut d'endroit en sont équipé. La majorité des sourds sont entraînés à lire sur les lèvres mais les interlocuteurs doivent être attentifs à leur rendre cette tâche possible. La difficulté d'avoir pour interprète un membre de la famille.</p>	<p>Toutes ces entraves à une bonne communication engendre des sentiments négatifs et diminue la qualité des relations patients/soignants. Des propositions pour améliorer la communication seraient que les soignants aient quelques connaissances de la langue des signes et qu'ils aient suffisamment de temps à disposition. Que plus de lieux soient équipés de TTP.</p>
<p>5° Lezzoni, L., Bonnie, L. Killeen, M. &amp; Harker, H. (2004). Communicat-ing about</p>	<p>Recherche quantitative et qualitative</p>	<p>L'objectif des auteurs est de comprendre les perceptions des expériences de soins des patients</p>	<p>Des interviews centrés sur 8 thèmes : l'accès aux soins primaire, qualité totale des soins, l'accès aux services spécialisés, communica-</p>	<p>Les résultats ont été aménagés en 6 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conflits de suppositions sur la surdité</li> <li>- conflits de perceptions des modalités de communication</li> </ul>	<p>Les problèmes de communications ont un impact sérieux quand à la pose d'un diagnostic, le suivi des prescriptions médica-</p>

<p>health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. <i>Ann Intern Med</i>, 356-362.</p>		<p>sourds et d'avoir des suggestions pour les améliorer. Le but est d'identifier les conséquences d'une communication inadéquate comme embarras, inconfort, erreur de médication, peur, erreur de diagnostic.</p>	<p>tion, l'expérience dans les bureaux de médecins, l'entraînement des médecins vis-à-vis des handicaps de logements, des suggestions sur un plan pour améliorer l'accès aux soins, diffuser les résultats auprès des personnes qui sont invalidées. ont été réalisés auprès de 26 personnes sourdes recrutées auprès centre de boston avocat de défense des sourds. Entretiens filmés avec interprète en langue des signes.</p>	<p>- conséquences de la communication inadéquate - communication durant les examens - interactions avec les réceptionnistes - téléphone communication</p>	<p>les, la prise de rendez-vous ou sur les informations transmises.</p>
--	--	---	--	---	---

<p>6° David, A., Ebert, M. &amp; Paul, S. (1995). Communication with deaf patients: knowledge, beliefs and practices of physicians. <i>JAMA</i>, vol 273.</p>	<p>Etude qualitative et quantitative.</p>	<p>Le but est d'identifié les méthodes que les médecins emploient pour communiquer ainsi que d'évaluer le temps nécessaire à cette prestation. L'objectif poursuivis de cette étude est d'éduquer et d'assister les médecins dans l'emploi des techniques de communication utilisées par les sourds.</p>	<p>Les chercheurs ont menés leur étude par questionnaires auprès de 104 assistants médecins d'une université de soins dans l'Illinois. Au total 73 médecins ont répondu et retournés leur questionnaire.</p>	<p>Les résultats démontrent que le moyen de communication le plus utilisé est l'écriture. 60% des médecins pensent que l'aide d'un interprète est bien mais seulement 22% des médecins y font appel car cela demande beaucoup plus d'effort et de préparation. Moins d'un tiers des médecins savaient que la parole ne se distingue sur les lèvres qu'à 30%.</p>	<p>Comme la majorité des personnes sourdes le sont devenus avant d'avoir acquis le langage oral, les messages écrits, de par leur mots compliqués, la grammaire et syntaxe différente de celle de la langue des signes, ne permettent pas une compréhension optimale. Bien que la présence d'un interprète rend très longue la consultation, elle reste le meilleur moyen de communication.</p>
---	---	--	--	--	---

<p>7° Neuma, C., Barbosa, M. &amp; Porto, C.</p>	<p>Recherche qualitative et exploratoire</p>	<p>Le but de cette revue systématique de la littérature</p>	<p>Revue systématique de la littérature. Les banques de données employées</p>	<p>Les résultats sont répartis en trois groupes : - la communication qui</p>	<p>La langue des signes est présente sur les 5 continents mais elle</p>
--	--	---	---	--	---

<p>(2007). Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals. <i>Rev Esc Enferm USP</i>, no° 42.</p>		<p>re est d'identifier et d'analyser la communication entre les patients sourds et les professionnels de soins. Ils souhaitent démontrer que la surdité amène plusieurs conséquences. La surdité n'est pas uniquement un problème organique mais un problème socioculturel.</p>	<p>sont : Lilacs, Medline, Adolec and Bdnf.</p>	<p>joue un rôle central dans le bon déroulement des soins qui peuvent être compromis par un manque de compréhension. Le langage non verbal est sous-estimé alors qu'il est une ressource considérable dans la communication. La présence d'interprète dans les services est considérée comme résolvant le problème de communication mais ce service est loin d'être adapté. Une bonne communication passe par la relation et celle-ci doit tenir compte des caractéristiques individuelles de chaque patient sourd.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'éducation des professionnels les résultats montrent qu'il y a un manque de connaissances et de compréhension envers les sourds</li> <li>- les aspects légaux : les professionnels de la santé sont tenus par les lois de d'assurer des soins personnalisés et complets à tout patients.</li> </ul>	<p>n'est pas universelle. Ainsi, les problèmes de communications ont un impact important sur les soins, ils influencent les diagnostics ainsi que le suivi des traitements.</p>
---	--	---	---	---	---

<p>8° Annie, G. Steinberg, Barnett, S., Meador, H., Erin A. &amp; Zazove, P. (2000). Health care system accessibility: experiences and perceptions of deaf people. <i>Journal of general international medicine</i>.</p>	<p>Analyse quantitative descriptive</p>	<p>L'objectif est de mieux comprendre les expériences de santé des personnes sourdes qui communiquent en langue des signes.</p>	<p>L'étude a été menée auprès de 91 sourds qui le sont depuis tout jeune qui ont actuellement plus de 18 ans. Ils ont été recrutés par le biais d'associations. Les informations sociodémographiques et de santé ont été récoltées au moyen de questionnaires puis des entretiens enregistrés, face-à-face à l'aide d'interprètes, ont</p>	<p>Les personnes sourdes qui ont été interrogées décrivent plus d'expériences négatives que de positives. Les patients sourds qui n'ont pas la possibilité d'avoir une communication adéquate lors de leur relation avec du personnel de soins est angoissée, dévalorisé et pas respecté comme une personne individuelle. Le personnel de soins n'est pas assez informé des techniques pouvant faciliter la communi-</p>	<p>Il serait bien de créer des associations de médecins qui ont des connaissances en langue des signes ou qui travail avec des interprètes, ceci dans le but d'avoir une liste de ces médecins à dispositions pour les consultations de personnes sourdes.</p>
--	---	---	--	--	--

			été réalisés. Il n'a pas été facile de traduire par écrit les expressions ou sentiments exprimés par les signes.	cation comme par exemple les propriétés de la lecture labiale. La participation d'interprètes qualifiés dans le domaine médical est nécessaire pour bénéficier d'une communication optimale.	
9° Malio, T., Stern, C., Gorenflo, D., Meadore, H. & Zazove, P. (2000). Preventive attitudes and beliefs of deaf and heard-of-hearing individuals. <i>Arch Fam Med</i> , Vol 9, 518-525.	Étude quantitative descriptive	L'objectif est d'examiner les questions concernant les services de santé, des personnes sourdes et malentendante en étudiant leurs attitudes, croyances et comportements envers la médecine préventive.	140 personnes sourdes ont répondu aux questionnaires comprenant 6 thèmes de renseignements : le degré de surdité, l'importance attribuée aux comportements lors des entretiens dans des systèmes de santé, l'emploi des services de soins, problèmes de santé courant, informations démographiques et conscience des procédures d'entretiens accomplis par les médecins lors de leur dernier examen.	Les personnes sourdes se rendent plus souvent dans un service de soins du au fait qu'ils reçoivent moins d'informations médicales préventives de part leur médecin mais également par le manque d'information leur étant accessible dans les médias publicitaires. Les soignants sont moins attentifs aux questions et réflexions des patients sourds jugeant uniquement sur leurs observations.	Par le défaut de communication et de compréhension, il existe un risque réel de dégradation de la santé.
10° Barnett, S. (2002). Cross-cultural communication with patients who use american sign language. <i>Family medicine</i> .	Étude qualitative	Examiner la communication entre les médecins et les patients sourds qui utilisent la langue des signes.	Revue systématique de littérature. Banque de données utilisées : Medline and Psychinfo.	Les sourdes reçoivent moins d'informations concernant leur santé et sur la prévention que les patients entendants.	Une préparation adéquate de tous les futurs professionnels de la santé quant à la prise en charge des patients sourds est nécessaire.
11° Troendlin, D. (2006). <i>La communication dans la relation soignant-soigné</i> . Travail de fin d'étude pour l'obtention du	Etude qualitative descriptive	La question de recherche est : dans quelle mesure une meilleure connaissance de ses besoins permet-elle au soignant de donner une	L'auteur à tout d'abord fait des recherches dans la littérature puis à réalisé deux entretiens oraux, enregistré avec un magnétophone, avec deux infirmières travaillant	La communication et la relation d'aide sont au centre du soin chez un patient hospitalisé, même se sont des besoins fondamentaux.	Malgré les difficultés rencontrées, les soignants cherchent à répondre au besoin de communiquer des patients. Communiquer c'est prendre

diplôme d'état d'infirmier, institut de formation en soins infirmiers de Belfort.		réponse adaptée au besoin de communiquer du patient ?	dans un service différent.		soin de l'autre.
12° Rainer, S., Beck., Daughtridge, R. & Slone, P. (2002). Physician-patient communication in the primary care office. <i>J Am Board Fam Pract</i> , vol. 15.	Recherche qualitative explicative	Cette revue de la littérature cherche à déterminer quels comportements verbals ou non verbals, utilisés durant les rencontres médicales, sont liés aux issues favorables pour les patients.	Revue systématique de la littérature. Les études ont été cherchées dans les banques de données Medline et Psycinfo avec les mots clefs suivant : relation soignant-patient, verbal et non verbale communication, condition de relation. Ils ont inclus au final 22 études correspondantes à leurs critères.	Les résultats ont été séparés en 2 groupes : les comportements verbaux des soignants et les comportements non verbaux.	La mise en place d'un comportement favorable est essentielle pour créer une bonne relation. Le caractère des interactions influence l'issue sur le patient. Changer de comportement pour le corriger et ainsi améliorer la relation patient soignant est possible par de simples faits.
13° Zazove, P., Lori, C., Daniel, W., Carmack, C., Mehr, D., James, C., Antonucci, T. (1993). The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. <i>Arch Fam Med</i> , vol. 2.	Étude quantitative prédictive	L'objectif de cette recherche est d'évaluer si les habitudes de santé et la communication avec les médecins influent l'utilisation des services de santé. L'hypothèse que le manque de compréhension lors de la communication induit un état de santé moins bon est posée.	Les participants sourds et malentendants (87), de moins de 60 ans, ont été recrutés par le biais d'associations liées à la surdité (ex : le service de téléphone, un club de rencontre entre sourds...). 50% des personnes invitées à participer à l'étude ont accepté. Il y a eu un questionnaire écrit concernant les données sociodémographiques et un entretien oral en langue des signes pour le reste. Les questions concernaient le degré de surdité, les formes de conversation utilisées par les sourds, la fréquence et le type d'utilisation des	Les barrières de la communication telles que le type de communication (exemple la langue des signes), le manque de compréhension, le vocabulaire employé, l'éducation différente, le niveau de connaissance inégale, etc, font que la communication entre le patient sourd et le soignant est spécifique. 60% des participants sont sourds depuis la jeune enfance (avant 3 ans), la principale cause évoquée est la maladie. Lors d'entretiens avec les médecins, 59% des sourds disent ne pas ou peu comprendre la conversation. Que 18% des sourds ont eu l'occasion d'avoir eu l'aide d'un interprète. Les malentendants consultent plus sou-	Le fait que les personnes sourdes se sentent isolées revient à plusieurs reprises dans l'étude. Ils consultent les médecins plus souvent mais ne sont jamais satisfait de l'entretien. L'hypothèse de départ est confirmée. La difficulté est due aux moyens de communication inadéquats comme l'écrit, le manque de connaissance quand à la lecture labiale, l'emploi de mots trop compliqués. Ces lacunes ou informations erronées proviennent du manque de ren-

			services de soins, les réactions et le niveau de compréhension lors de communication avec des soignants. Les réponses de ce groupe de personnes ayant des déficiences auditives ont été mises en comparaison des réponses données par un groupe de contrôle composé de personnes entendantes (88).	vent que les patients entendants car ils manquent d'informations.	seignements reçues par les soignants lors de leur formation.
--	--	--	--	---	--

14° Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R., MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. <i>Canadian medical association journal</i> , June.	Étude quantitative prédictive	Les chercheurs ont l'hypothèse que 50% des événements négatifs qui arrivent à l'hôpital peuvent être empêchés. Les barrières de langues et les invalidités affectent la communication ce qui diminue la qualité des soins. Ils recherchent à évaluer quels problèmes de communications sont associés avec l'augmentation du risque des événements défavorables.	20 hôpitaux ont été sélectionnés pour participer à cette recherche. Les 2355 patients concernés devaient être âgés de plus de 18 ans et être hospitalisés plus de 24h. Ils ont été interviewés sur 4 thèmes : leurs caractéristiques, les problèmes de communications, les détails de leur admission à l'hôpital, l'évaluation des causes et préventions des événements défavorables. Les médecins ainsi que les infirmières ont participé avec les chercheurs à la collecte de données.	Les chercheurs estiment que les troubles de la communication toucheraient 5 à 10% de la population générale. Les patients qui ont des problèmes physiques quant à la communication, des problèmes psychiatriques ou des comorbidités ont plus de complications que les patients qui n'ont pas ces défis. Ces événements défavorables touchent plus souvent les personnes âgées de plus de 65 ans que les patients jeunes. De même, les femmes sont plus concernées. Les patients qui arrivent par les urgences ont significativement plus de risques de faire l'expérience d'événements défavorables. Les conséquences les plus communes sont la prolongation du séjour hospitalier (35%), les réadmissions (32%), un temps de guérison plus long (10%). La plupart de ces conséquences indésirées sont dues aux	En conclusion, les patients ayant des difficultés de communications apparaissent comme avoir le plus haut risque de complications. Ce risque est 3x plus élevé que chez les patients n'ayant pas de difficultés de communication. Les barrières de langues ainsi que les invalidités qui affectent la communication sont exposées à diminuer la qualité des soins. C'est particulièrement les patients sourds ou aveugles qui ont des barrières considérables de communication avec les professionnels de la santé.
---	-------------------------------	---	--	--	---

				manques d'informations adéquates.	
--	--	--	--	-----------------------------------	--

15° Nestel, D. & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre : a focus group interview. Nurs, february.	Étude prédictive	La recherche souhaite explorer les comportements de communication, perçus par les infirmières, pour une pratique efficace dans la salle d'opération. Ceux-ci servant de base à la formation.	Les 7 infirmières interrogées ont été invitées par un médecin du département des urgences d'un hôpital universitaires de Londres. Les interviews ont duré une heure, ils ont été enregistrés avec le consentement des participants.	L'écoute, la clarté d'expression verbale et la politesse sont nécessaires à la pratique efficace. La perception d'un manque de collaboration entre les membres de l'équipe influence la communication. La communication n'est pas pareille en milieu opératoire que dans un service d'étage. Au bloc, les patients n'ont souvent plus leur lunettes, leur dentiers ou leur appareils auditifs, les infirmières portent des masques, n'ont pas de badge avec leur nom, tout ceci est un frein à une bonne communication. Egalement, au bloc, il y a des protocoles de communication et d'informations à suivre ainsi que peut de temps, ce qui restreint les possibilités.	La communication dans les salles d'opérations est diverse et complexe. Les comportements menant à une communication efficace sont verbaux et non-verbaux. L'écoute active et la politesse en sont la base. Les rôles des différents professionnels sont à clarifier afin que chacun puisse répondre dans ses compétences. Il appartient aux infirmières d'avoir le patient au centre et d'avoir des compétences relationnelles. Une évidence à retenir est que la communication a un impact sur la santé du patient.
---	------------------	--	---	--	--