

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le trente-et-un octobre deux mille quatorze à Poitiers
par monsieur Arthur DEGOULANGE

ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ
DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
AUX SOURDS DU POITOU-CHARENTES

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR

Membres : Madame le Maître de conférences Marion ALBOUY-LLATY
Monsieur le Maître de conférences Jacques ARIES
Monsieur le docteur Jérôme LAUBRETON

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Xavier DIDDEN

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le trente-et-un octobre deux mille quatorze à Poitiers
par monsieur Arthur DEGOULANGE

ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE AUX SOURDS DU POITOU-CHARENTES

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR

Membres : Madame le Maître de conférences Marion ALBOUY-LLATY
Monsieur le Maître de conférences Jacques ARIES
Monsieur le docteur Jérôme LAUBRETON

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Xavier DIDDEN



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Xavier Dufour, pour me faire l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse.

À Madame le Maître de Conférence Marion Albouy-Llaty, merci d'avoir bousculé votre emploi du temps pour siéger au jury de ma soutenance de thèse.

À Monsieur le Maître de Conférence Jacques Ariès, vous êtes un enseignant emblématique pour des milliers d'étudiants en première année de médecine à Poitiers. Je suis sincèrement heureux que vous ayez fait partie du début de mon histoire avec la Médecine et que vous me fassiez l'honneur de participer, de nouveau, à l'une des plus grandes étapes de mes études, ma soutenance de thèse.

À Monsieur le Docteur Jérôme Laubretton, pour son aide précieuse et sa disponibilité, indispensable à la réalisation de cette thèse. Merci d'avoir accepté de siéger au jury de ma soutenance de thèse. Puisse ce travail vous aider à faire connaître dans le territoire votre vision de la médecine accessible aux sourds.

À Monsieur le docteur Xavier Didden, pour cette direction de thèse. Tu es mon ami, mon témoin de mariage, mon guide des Pubs à Dublin, mon professeur de pâtisserie, analyste Apple, mon élève en golf et maintenant mon directeur de thèse... Merci

Aux médecins, que j'ai croisés, qui m'ont donné envie de pratiquer la médecine comme eux.

À ma femme, Carole, tantôt petite catastrophe, tantôt princesse, tu es toujours là pour moi. Tu es toujours prête à écouter ou suivre mes excentricités. « You're the first the last my everything » (je sais, ce n'est pas de moi. Mais ça résume bien ce que je pense de toi et avoue que c'est plus classe que « Je t'aimais, je t'aime et je t'aimerais » de Francis Cabrel). À la Famille Chambosse, qui t'a fait aussi parfaite.

À mes parents (et leur enfant de substitution Fernand), qui ont toujours cru en moi. Pour nos débats houleux, pour votre amour inconditionnel, pour votre soutien de tous les jours. Puisse mon travail vous rendre fiers, tout autant que je suis fier d'être votre fils. Papa, merci pour la relecture.

À ma petite sœur, Zoé, tu sais, même si tu n'es que Sage Femme, je t'aime quand même ;O).

À mon grand frère, Charles-Antoine, pour son côté artistique et rêveur, qui est toujours prêt à discuter des heures au téléphone. À sa femme Marie-Laure, ses filles Capucine et Albane, pour les bons moments passés ensemble.

À Charles-Marie, pour ton imagination débordante dès que l'on te parle de médecine, pour la cage d'escalier dans laquelle tu m'as séquestré pour que je réussisse mon concours de PCEM1, pour ta gentillesse et ta patience, pour ta disponibilité à toute épreuve. Pour ta naïveté, lorsque tu m'as accompagné pour acheter la bague de fiançailles de Carole. Pour être notre guide culinaire, et notre hôte lors de nos virées « à la Capitale ». A ta famille frappingue, et fidèle.

A Caroline pour ces soirées de tutorat à discuter de tout sauf de médecine. À Pedro la bagarre, que je n'ai jamais vu se battre.

À Laure qui supporte mes blagues lors de ses « Laure Pinsembert ».

A Paul pour avoir été mon binôme lors de mes études, et avoir été mon témoin à Las Vegas.

À Damien, Jean-Camille, Karine, Mickael, Franck, Élodie, Flavie, Len, Nicolas et Marlène, avec qui il n'est jamais fatigant de répéter les mêmes blagues depuis 10 ans.

À mes colocataires Rochefortaises, pour ces semestres de rire, et de vie.

Table des matières

Remerciements :.....	5
I. INTRODUCTION.....	8
II. GÉNÉRALITÉS SUR LE MONDE SOURD	
1. Définitions	10
a. Handicap.....	10
b. Surdité.....	11
2. Histoire du monde sourd	12
a. La non-reconnaissance.....	12
b. Le début de la reconnaissance	13
c. L'oralisme	13
d. Le « Réveil Sourd ».....	14
e. La méconnaissance	15
f. Le Poitou-Charentes au cœur de la communauté sourde.....	16
3. Démographie.....	19
III. ÉTUDE.....	20
1. Matériel et méthode.....	20
a. Méthodologie	20
b. Objectifs	20
c. Population étudiée	20
d. Intervention	21
e. Recueil des données et analyses	21
2. Résultats	22
a. Critère d'inclusion et d'exclusion	22
b. Profil de la population étudiée	23
c. Maîtrise des outils de communication	24
d. Profil de consommation de soins	25
e. Moyens de communication avant et pendant la consultation	26
f. Connaissances des sourds sur les moyens spécifiques d'accès aux soins.....	28
3. Discussion	29
a. Limites de l'étude	29
b. Discussion concernant l'objectif principal	30
c. Discussion des objectifs secondaires	35
IV. CONCLUSION.....	39
Bibliographie	40
Annexes	42
Figure 1 : Département de résidence de la population étudiée.....	23
Figure 2 : Niveaux des différents moyens de communication.....	24
Figure 3 : Moyens de contact	26
Figure 4 : Moyens de communication durant la consultation	26
Figure 5 : Niveau de compréhension entre médecin et sourd.....	27
Figure 6 : Adaptation du médecin à la personne sourde	27
Figure 7 : Exemple de pictogrammes extraits de la fiche « Fax du 114 »	38
Tableau 1 : Caractéristique démographique de la population étudiée (% arrondis à l'unité).....	23
Tableau 2 : Nombre de consultations médicales durant le dernier semestre.....	25

I. INTRODUCTION

Une bonne communication est primordiale dans la relation médecin-patient. Alors que le dialogue passe généralement par la parole, celle-ci n'est pas utilisable avec le patient sourd.

Nous avons naturellement tendance à penser que nous nous adaptons, en articulant exagérément, en lui confiant le soin de lire sur nos lèvres, et même de façon plus étrange, voire illogique, en parlant plus fort. Nos difficultés restantes nous semblent pouvoir être compensées par des mots écrits sur une feuille. Si la personne sourde n'a pas tout compris, ce n'est pas grave, l'ordonnance sera suffisante pour répondre à ses attentes.

Mais la lecture labiale ne permet pas une compréhension complète, de plus, ces dernières décennies, des changements se sont opérés dans l'éducation et la formation de la personne sourde, résultant d'une moins bonne maîtrise de la lecture et l'écrit. (1) (2)

En 2005 a été promulguée la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dite « loi handicap » (3). La loi a permis des avancées pour l'intégration des sourds telles que :

- la généralisation du sous-titrage télévisé (article 74),
- la création du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (article 36),
- la prestation de la compensation du handicap (article 12),
- la création d'un numéro d'urgence accessible par fax et messagerie SMS (SMS) (article 78)

En 2014, qu'en est-il de l'article 7 sur la formation spécifique des professionnels de santé et du secteur médico-social ? Bien qu'intégrée depuis 2004 au programme des épreuves

classantes nationales avec le module handicap, incapacité et dépendance, aucune formation spécifique sur le milieu sourd ne semble exister.

Fort de ce constat nous avons décidé de réaliser une étude auprès des sourds du Poitou-Charentes, afin de connaître leurs habitudes concernant l'accès et les moyens de communication utilisés en médecine générale.

II. GÉNÉRALITÉS SUR LE MONDE SOURD

1. Définitions

Avant toute chose, il est important de revenir sur quelques définitions.

a. Handicap

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le handicap :

« Le handicap comme un terme générique pour les déficiences, les limitations des activités et restrictions à la participation. Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (par exemple les attitudes négatives, les moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et soutiens sociaux limités). »

Depuis 2005, la loi française « *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », définit le handicap de la façon suivante :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

b. Surdité

La surdité a autant de définitions que d tiologies. Celle-ci existant à divers degrés de sévérité.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la surdité par :

« La d fici nce auditive est l'incapacité à entendre aussi bien que quelqu'un dont l'audition est normale. Les personnes atteintes de d fici nce auditive peuvent avoir perdu une partie de leur capacité auditive ou être sourdes. On parle de surdité lorsque la personne n'entend pas du tout. »

Mais on trouve beaucoup de nuances à cette définition, elles sont constamment débattues et sujettes à polémiques, tellement la population « d fici nte auditive » est hétérogène et d'horizons divers. « Naître sourd » n'est pas la même chose que devenir sourd. Devenir sourd avant l'apprentissage du langage oral n'est pas la même chose que le devenir après cet apprentissage. De même, devenir sourd enfant n'est pas la même chose que devenir sourd à l'âge adulte. La vitesse et le mode d'installation de la surdité jouent sur le champ des problèmes pouvant être rencontrés par les personnes atteintes de d fici nce auditive.

Concernant l'intensité de la surdité, le coll ge français d'Oto-Rhino-Laryngologie établit les critères suivants (sur la meilleure des deux oreilles) :

- Surdité légère : de 20 à 39 dB de perte auditive
- Surdité moyenne : de 40 à 69 dB de perte auditive
- Surdité sévère : de 70 à 89 dB de perte auditive
- Surdité profonde : plus de 90 dB de perte auditive

Dans ce travail, nous nous orientons vers les sourds appelés « profonds », et principalement la population sourde communiquant avec la langue des signes française (LSF). Ils sont aussi appelés Sourd avec un « S » majuscule. C'est à dire, pour la grande majorité, les sourds pré-linguistes (surdité apparue avant l'acquisition du langage, avant 18 mois) et péri-linguistes (surdité apparue pendant la période d'acquisition du langage, entre 18 et 36 mois environ) ayant acquis une surdité profonde.

2. Histoire du monde sourd

Pour appréhender le monde sourd, il faut connaître quelques points sur l'histoire du monde sourd (4). Car il existe une culture du monde « sourd ».

a. La non-reconnaissance

Avant la Révolution Française, très peu d'écrits nous permettent de connaître la situation des sourds.

Au premier siècle après Jésus Christ : Quintus Pedius était le seul sourd connu, il était peintre.

Pendant des siècles, les sourds étaient vou  s aux métiers manuels. Même les familles riches et nobles ne considéraient pas les sourds comme doués d'une capacité d'apprentissage et d'intelligence autre que manuelle. On considérait la parole comme organe formateur de l'intelligence.

Il faut attendre le XVI   siècle pour avoir la première trace de précepteur dit « spécialisé » pour les « sourds et muets », dans les familles qui en avaient les moyens. Dans les autres familles, les enfants sourds pouvaient être abandonnés, dès la découverte de la

surdité, et placés en institution religieuse, où ils accédaient à un métier encore et toujours manuel.

b. Le début de la reconnaissance

Quelques années avant la prise de la Bastille, en 1780, la première institution spécialisée a été ouverte par l'Abbé de l'Épée, de son vrai nom : Charles-Michel Lespée. Il n'est pas à proprement parler l'inventeur de la Langue des Signes Française, mais il a été l'un des premiers entendants français à entreprendre des recherches sur le langage signé. Son but était d'offrir un enseignement commun aux sourds. L'institution ainsi créée permettait aux sourds de vivre ensemble. Ils pratiquaient, perfectionnaient et faisaient évoluer un langage signé. Mais ce langage utilisant la syntaxe parlée ne permettait pas un discours fluide entre sourds, elle devait encore évoluer.

Avec la Révolution Française, les inégalités devaient tomber.

En 1791, un « plan général d'une école de Sourd et Muet » voyait le jour, avec comme principe que l'éducation des sourds et muets était un devoir de la société, car ceux-ci étaient officiellement reconnus comme d'excellents artisans, calculateurs reconnus et gens instruits.

Beaucoup d'écoles ouvrirent jusqu'au début du XIXe siècle. En 1900, il en existait 70 en France.

c. L'oralisme

L'oralisme est le fait de pratiquer, pour un sourd, la langue française à l'oral au même titre que l'entendant.

Face au constat selon lequel les institutions n'utilisaient pas toutes les mêmes méthodes pédagogiques, plusieurs réunions et congrès furent organisés pour convenir d'une

méthode commune à tous les établissements. Peu de sourds y assistaient, les décisions étaient prises par les personnes entendantes. Petit à petit, l'oralisme gagnait du terrain. Il était alors considéré comme une voie de socialisation et d'intégration, au contraire de la LSF qui était considérée comme vecteur de communautarisme. Celle-ci continuait tout de même à progresser.

Mais, le 11 septembre 1880, le congrès de Milan (composé de 225 entendants et seulement 3 sourds) conclut que la méthode orale pure devait officiellement être préférée, anéantissant des décennies de progrès.

Jusqu'au milieu des années 1970, la Langue des Signes Française était donc interdite dans les institutions. Toutes les formes de communication autre que la communication orale y étaient proscrites. L'apprentissage de la lecture et l'écriture a alors été mis de côté. Il s'en suivit un illettrisme massif. La Langue des Signes Française était pratiquée clandestinement, elle s'appauvrit.

d. Le « Réveil Sourd »

Alors qu'en Europe la culture sourde s'appauvrissait, les sourds américains continuaient à l'enrichir grâce à la création, au milieu du XIXe siècle, de la première université pour sourds par Laurent Clerc, élève de l'abbé de l'Épée et exilé aux États-Unis.

Forts de ce constat, des mouvements se créèrent en France.

En 1977, grâce aux manifestations et actions du monde des sourds, la LSF fut officiellement autorisée.

En 1991, la Loi Fabius (loi n° 91-73 du 18 janvier 1991) offrit aux parents d'enfant sourd le choix d'éducation, entre l'oralisme et la Langue des Signes Française. Mais très peu de moyens ont été mis en œuvre pour favoriser l'exécution de cette loi.

Il fallut attendre 2005, pour que la LSF soit légalement reconnue comme une langue à part entière, l'oralisme ne fut alors plus obligatoire dans l'éducation des sourds.

En 2008, la Langue des Signes Française devenait une langue vivante au baccalauréat.

Aujourd'hui, la LSF n'est pas inscrite sur la Constitution Française, contrairement aux langues régionales qui y ont été ajoutées en 2008.

e. La méconnaissance

Malheureusement, le monde sourd reste méconnu des institutions publiques et du milieu médical en dépit des avancées législatives et d'un milieu associatif sourd très actif.

Le rapport de l'INPES de 2012, concernant l'information des sourds et malentendants reprend les défauts de la communication des institutions publiques et collectivités (5). Il donne l'exemple de la campagne d'information sur le VIH, « *le virus était représenté par un cercle orange avec des piquants, certains sourds ont pensé à l'époque que le soleil était responsable de la transmission du virus.* » Le « main-yeux », équivalent du « bouche-à-oreille », a propagé cette croyance, ralentissant la prévention chez les sourds. Ce rapport propose des pistes pour améliorer la communication dans le secteur de la santé publique.

Dans le milieu médical, la surdité profonde évoque, chez les non-spécialistes, les implants cochléaires et le dépistage précoce. En 2004, le module 4 de l'Examen National Classant, traitant des handicaps, n'évoque toujours pas la manière dont elle doit être

approchée, et reste sur des pratiques médicales pures (6). La surdité y est souvent, enseignée comme une maladie à diagnostiquer et à traiter. Or tous les types de surdité ne peuvent être appareillés et l'efficacité de ces derniers ne suit pas une loi binaire.

Suite à ces années de méconnaissances, un mouvement activiste associatif « Sourds en colère » voit le jour en 1993. Ses membres dénoncent l'absence d'action de santé publique adaptée et la médicalisation des enfants sourds comme solution trop facile à la surdité. Ils voient la surdité comme une différence et non un handicap. Ils estiment que l'indication du dépistage précoce au troisième jour de vie est une promotion directe de l'implant et donc un danger pour leur communauté. Ils ont peur que la communauté sourde non implantée soit oubliée par le milieu médical. Leurs actions visant les colloques scientifiques passent presque inaperçues dans les médias, mais freinent la progression du nombre d'implantations en France(7). Ils reprochent, aux implants, une désocialisation cachée. Pour eux, ces prothèses ne permettent pas de retrouver une audition suffisante pour vivre comme un entendant. La personne implantée serait donc trop sourde pour s'intégrer au monde entendant, et trop entendante, ne pratiquant pas suffisamment la LSF, pour s'intégrer au monde sourd.

f. Le Poitou-Charentes au cœur de la communauté sourde

La région Poitou-Charentes a toujours été au cœur de la culture sourde.

Une des premières démonstrations officielles de méthode d'éducation d'un enfant sourd (Aaron Beaumarin) en Europe fut présentée en 1745, à l'Académie de La Rochelle, par le portugais Jacob Rodrigue Pereire. Jacob Rodrigue Pereire poursuivait, parallèlement à l'Abbé l'Épée qui essayait de faire reconnaître sa propre méthode, son but de trouver une

méthode d'éducation des enfants sourds et de perfectionner le langage signé. Il fut d'ailleurs l'objet de critiques virulentes de la part de l'Abbé de l'Épée.

En 1833, une des premières institutions pour sourds voyait le jour à Larnay. Cette institution est actuellement une maison de retraite adaptée aux sourds ainsi qu'un Foyer de Vie et Foyer d'Accueil Médicalisé pour sourds et aveugles.

En 1837, l'école de Rouillé (Vienne) dirigée par les Frères de Saint-Gabriel accueillait un premier enfant sourd-muet. Le 15 octobre 1856, l'institution pour sourds ouvrait officiellement. Cette institution existe toujours sous la forme de l'Association pour la Promotion des Personnes Sourdes, Aveugles et Sourdes-Aveugles (APSA). L'association gère 13 établissements aidant à la prise en charge de la naissance jusqu'au terme de la vie. Dans ces établissements figure notamment l'Institut Régional des Jeunes Sourds (IRJS) qui accueille 45 jeunes sourds dont 20 en internat.

Plus récemment, Jean François Mercurio a été reconnu par la communauté sourde comme un grand militant de la cause sourde. Il était l'un des acteurs principaux de la période des « Sourds en colère » (8). Lors de l'inauguration d'un colloque international sur la langue des signes, qu'il organisa en 1990 à Poitiers, en lieu et place du traditionnel coupé de ruban, il cassa une prothèse auditive. Il déclara *« Je vais casser des appareils pour nous libérer symboliquement et nous rendre notre langue afin que nous puissions nous exprimer librement pendant le colloque »*. Il expliqua son geste plus tard dans la même journée : *« Casser les appareils en ouverture de colloque ne veut pas dire que je suis contre les appareils. Pas du tout. Je veux juste renverser la tendance et mettre la langue des signes au premier plan. La langue des signes est ma priorité, pas les appareils. Il est temps que la langue des signes soit reconnue officiellement »*. Jean-François Mercurio mourra une semaine après la fin du colloque, sa mémoire est régulièrement célébrée par les associations sourdes militantes.

Du point de vue structurel, des unités spécialisées dans l'accueil et le soin des sourds existent à travers la France(9). Celles-ci sont présentes dans 12 régions en France (10), presque exclusivement dans des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Mais l'unité Pictave a une particularité et pas des moindres : elle est née d'une démarche communautaire locale, grâce à des actions comme des pétitions, manifestations. Contrairement à la majorité des unités françaises qui ont été initiées par les soignants avant d'y inclure les sourds.

Créée en mai 2011, cette unité est basée au CHU de Poitiers. Son équipe est composée : d'un médecin, d'une intermédiaire en communication et d'une secrétaire bilingue.

Le docteur Laubretton, spécialiste en médecine générale, bilingue, exerçant également en cabinet libéral à La Roche-Posay, consulte quatre demi-journées par semaine au CHU de Poitiers. L'unité emploie également une secrétaire à mi-temps, entendante, bilingue, ainsi qu'une aide-soignante à mi-temps, sourde, médiatrice de communication.

Il y a été réalisé en 2013 un peu plus de 1000 consultations externes pour 341 dossiers-patients. 14 % des consultations ont amené à une consultation spécialisée, et 4 % à une hospitalisation. L'équipe de cette unité travaille en complément de la médecine générale de ville avec notamment des consultations concernant les pathologies chroniques et l'éducation thérapeutique. Les consultations peuvent également concerner des enfants entendants de parents sourds, les parents venant chercher des explications sur la santé de leur enfant.

Cette équipe n'évolue pas exclusivement dans le cadre des consultations externes, elle coordonne la présence d'interprètes lors des consultations spécialisées et des examens complémentaires au CHU de Poitiers. Elle accompagne et suit les patients sourds hospitalisés en prenant en compte leurs besoins spécifiques, en partenariat avec les services d'hospitalisation du CHU de Poitiers sans s'y substituer. Elle sensibilise les équipes soignantes aux besoins spécifiques de la personne sourde.

3. Démographie

Selon une publication du gouvernement français à l'occasion de la journée mondiale des sourds 2011, la France compterait :

- 4.090.000 de personnes souffrant d'une déficience auditive significative
- 88 % sont des personnes devenues sourdes (post linguiste) et des personnes âgées.
- 483.000 personnes sont atteintes de déficience auditive profonde ou sévère
- 600.000 malentendants portent un appareil auditif
- Enfin, 80.000 personnes pratiquent la Langue des Signes Française (11).

La prévalence de la surdité en France est de 1 pour 1000 naissances.

Nationalement, avec 90 630 médecins généralistes en activité régulière, on estime qu'il y a en moyenne 1 ou 2 sourds pratiquant la langue des signes par patientèle (soit moins de 0,1 % de patients).

En Poitou-Charentes, malgré le manque de données précises, il est régulièrement évoqué un nombre de 1200 sourds, dont 300 dans la seule agglomération poitevine. En 2014, il y est recensé 1720 généralistes en activité libérale ou mixte (12). La population sourde est donc très peu présente dans les patientèles de médecine générale du Poitou-Charentes.

III. ÉTUDE

1. Matériel et méthode

a. Méthodologie

Cette étude était descriptive, transversale, déclarative à partir d'un questionnaire accessible grâce à un lien internet (Annexe1), durant une période de 3 mois du 1er mai 2014 au 31 juillet 2014. Le questionnaire avait été préalablement testé auprès de la population cible. Ce questionnaire comportait 24 questions ouvertes ou fermées, à réponses simples ou multiples. L'accessibilité au site internet, via un lien envoyé, avait été vérifiée toutes les 48 heures pendant la période des trois mois. Les formulaires de réponses étaient anonymes.

b. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de connaître les moyens de communication utilisés avant et pendant une consultation de médecine générale par le patient sourd résident en Poitou-Charentes.

Nous avons défini deux objectifs secondaires :

- Définir le profil des patients sourds consultants en Poitou-Charentes.
- Évaluer les connaissances des sourds sur les moyens spécifiques d'accès aux soins.

c. Population étudiée

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions de notre étude étaient d'être une personne sourde, majeure, habitant la région Poitou-Charentes.

Critères d'exclusion

Les personnes ayant refusé de répondre au questionnaire, mineures, ne se définissant pas elles-mêmes comme sourdes ou n'habitant pas le Poitou-Charentes ont été exclues de l'étude.

d. Intervention

Un lien internet pointant vers le questionnaire était envoyé par courriel et fax à toutes les associations domiciliées en Poitou-Charentes et accueillant des personnes sourdes, ainsi qu'au service d'accueil des personnes sourdes du CHU de Poitiers. Une lettre d'accompagnement était fournie et comportait une présentation et une explication des objectifs de l'étude. Le questionnaire fut établi à partir de modèles utilisés dans la littérature, notamment un questionnaire utilisé en Ile de France (15).

Il comportait 24 questions, divisées en 6 parties :

- Critères d'inclusion et d'exclusion
- Profil de la population étudiée
- Maîtrise des outils de communication
- Profil de consommation de soin
- Moyens de communication avant et pendant la consultation
- Connaissance des moyens spécifiques d'offres de soins.

e. Recueil des données et analyses

Cette enquête était hébergée sur le site Google® via un formulaire créé sur la suite Google Documents®, les candidats présentant des critères d'exclusions ne pouvaient pas finir l'enquête.

Les participants étaient informés du caractère facultatif du questionnaire et de l'anonymat des réponses. Ils étaient libres d'y participer. Leur accord était tacite à partir du moment où ils ont accepté de répondre.

Les questions d'opinions proposaient des réponses établies selon une échelle de Likert. Cinq réponses étaient proposées :

- Pas du tout d'accord, d'accord, ni en désaccord ni d'accord, d'accord, tout à fait d'accord.

Ou

- très insuffisant, insuffisant, ni insuffisant ni suffisant, suffisant, très suffisant.

Les données étaient traitées sur un tableur Microsoft Excel 2011®. Les analyses statistiques étaient réalisées à partir du logiciel Epi info 7®.

2. Résultats

a. Critère d'inclusion et d'exclusion

Le questionnaire était envoyé par e-mail et fax à sept associations picto-charentaises accueillant des personnes sourdes, ainsi qu'au service d'accueil des personnes sourdes du CHU de Poitiers.

84 personnes ont débuté le questionnaire. La totalité des répondants a déclaré être sourde, majeure et vivre dans la région Poitou-Charentes. Ils ont tous été inclus dans l'étude. Nous n'avions pas retrouvé de critère d'exclusion chez ces 84 personnes.

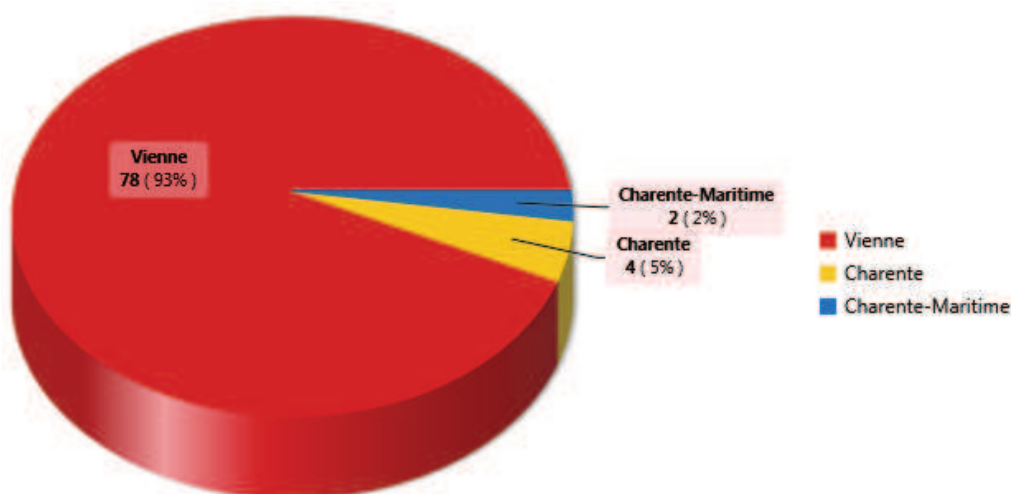


Figure 1 : Département de résidence de la population étudiée

b. Profil de la population étudiée

Tranche d'âge	Homme	Femme	Total
20-29	2 (2 %)	13 (15 %)	15 (18 %)
30-39	8 (10 %)	11 (13 %)	19 (23 %)
40-49	13 (15 %)	15 (18 %)	28 (33 %)
50-59	2 (2 %)	0 (0 %)	2 (2 %)
60-69	6 (7 %)	12 (14 %)	18 (22 %)
70-79	0 (0 %)	2 (2 %)	2 (2 %)

Tableau 1 : Caractéristique démographique de la population étudiée (% arrondis à l'unité)

La moyenne d'âge des 84 personnes interrogées était de 44,5 ans $\pm$ 14,1. Le plus jeune avait 20 ans, le plus ancien 76 ans. Il existait une faible représentation des 50-59 ans avec seulement 2 réponses. 74 % avaient moins de 50 ans.

Le sex-ratio était de 0,56.

c. Maîtrise des outils de communication

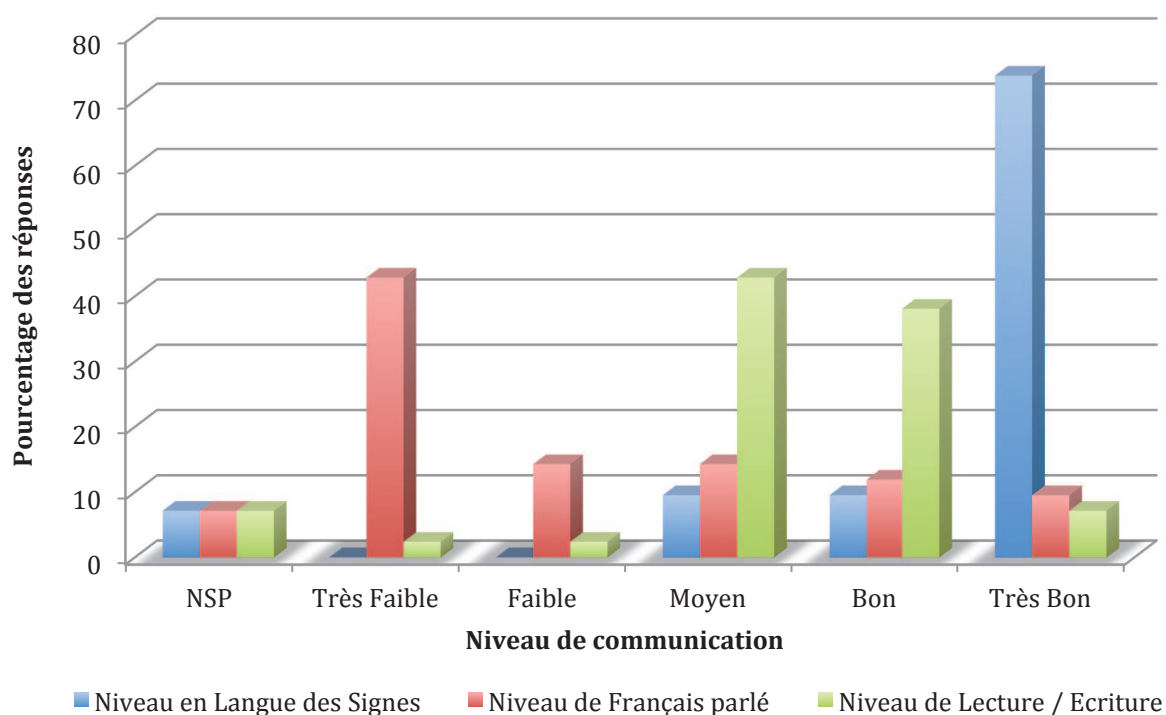


Figure 2 : Niveaux des différents moyens de communication

83 % de notre population ont affirmé avoir une bonne ou très bonne maîtrise de la langue des signes. Six personnes n'ont pas répondu à cette question ni aux suivantes sur le niveau de compétence dans les différents moyens de communication.

35 % ont déclaré avoir un niveau de français parlé satisfaisant (moyen à très bon).

45 % de notre population ont estimé avoir un niveau en lecture et écriture satisfaisant. Ils ont été 43 % à estimer avoir un niveau moyen. Toutes les catégories d'âges étaient touchées par l'illettrisme.

d. Profil de consommation de soins

Dans notre échantillon, 100 % ont déclaré avoir une mutuelle dont 98 % sont privées. Les 2 % restants bénéficiaient d'une mutuelle via la CMU complémentaire.

Dans notre étude, 86 % des personnes interrogées ont affirmé avoir déclaré un médecin traitant à leur Caisse d'Assurance Maladie.

24 % avaient au moins une pathologie prise en charge à 100 % par l'assurance maladie dans le cadre des Affections Longues Durées (ALD). On a compté quatre personnes ayant entre 20 et 29 ans, six ayant entre 30 et 39 ans, six ayant entre 40 et 49 ans, quatre ayant plus de 60 ans.

	Nombre de consultations ces 6 derniers mois			
	0 fois	1 à 2 fois	3 à 5 fois	Plus de 6 fois
20-29 ans	0	5	4	6
30-39 ans	3	5	5	6
40-49 ans	6	10	10	2
50-59 ans	0	1	0	1
60-69 ans	1	8	7	2
70-79 ans	0	1	0	1
Total	10 (12 %)	30 (36 %)	26 (31 %)	18 (21 %)

Tableau 2 : Nombre de consultations médicales durant le dernier semestre.

e. Moyens de communication avant et pendant la consultation :

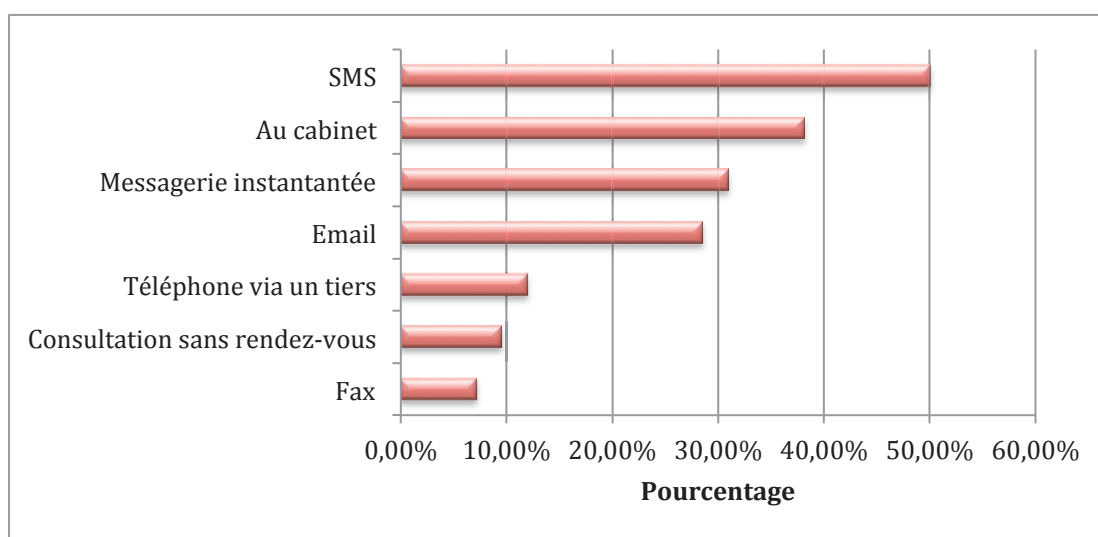


Figure 3 : Moyens de contact

À la question « Quels moyens utilisez-vous pour contacter votre médecin traitant ? », plusieurs réponses étaient possibles. 60 % de notre échantillon utilisaient le courriel ou la messagerie instantanée pour la prise de rendez-vous.

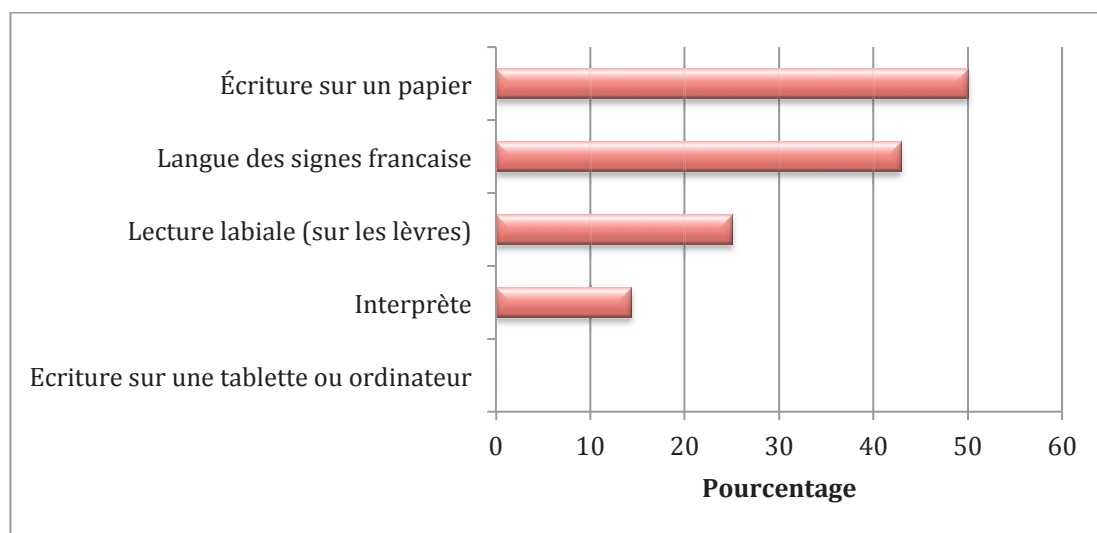


Figure 4 : Moyens de communication durant la consultation

À la question : « Lors d'une consultation avec votre médecin généraliste, comment communiquez-vous ? » plusieurs réponses étaient possibles.

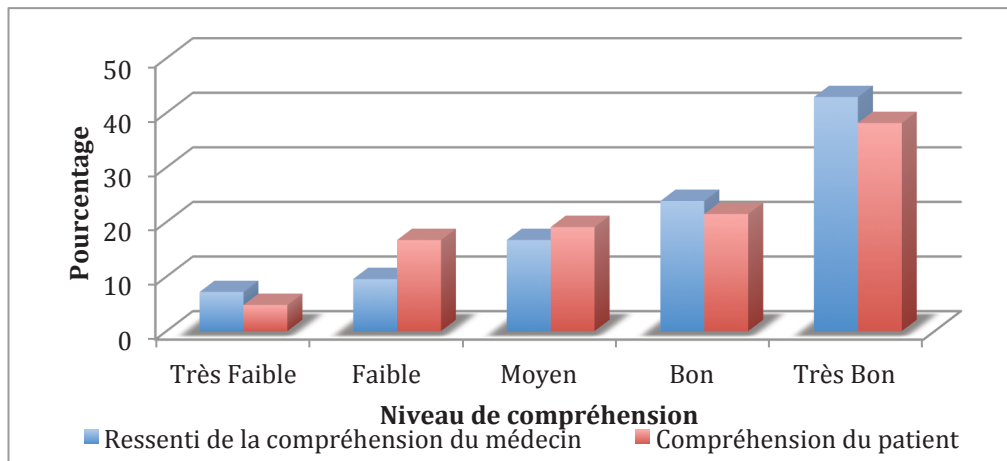


Figure 5 : Niveau de compréhension entre médecin et sourd

Concernant la compréhension entre le patient et le soignant, 66 % des répondants ont estimé être « bien » à « très bien » compris par leur médecin, et 59 % considéraient bien comprendre leur médecin.

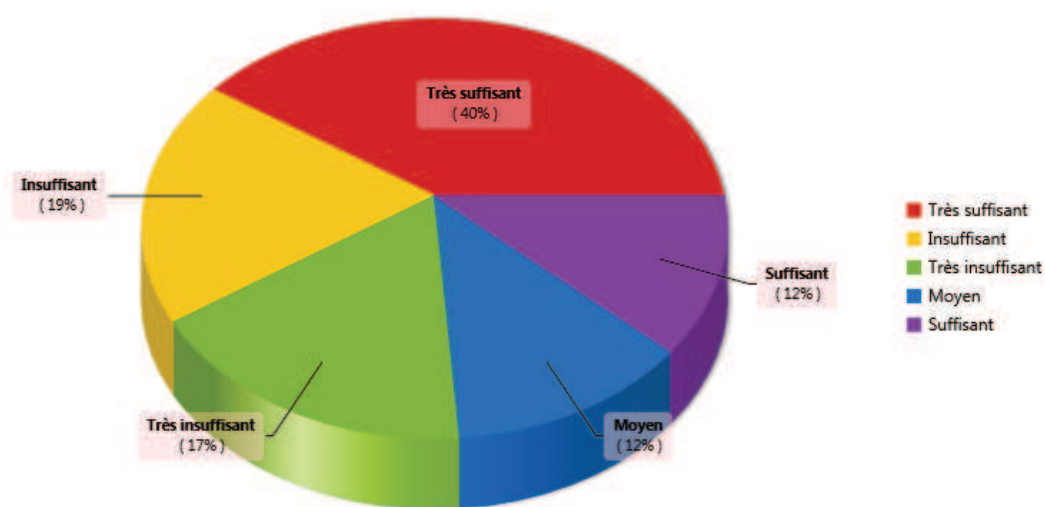


Figure 6 : Adaptation du médecin à la personne sourde

54 % des sourds pensaient que leur médecin s'adapte à leur surdité (« suffisant » à « très suffisant »). 36 % ont estimé que leur médecin ne s'adapte « pas du tout » ou « mal » à leur surdité.

À la question : « Avez-vous déjà dû retarder ou renoncer à une consultation chez un médecin généraliste du seul fait de votre surdité ? » : 37 % de sourds répondants déclaraient avoir déjà renoncé ou retardé un soin du seul fait de leur surdité. À la question « si oui. Pourquoi ? », la majorité des réponses évoquait des problèmes de communication.

f. Connaissances des moyens spécifiques d'accessibilité

Concernant l'unité de soins et d'accueil des sourds du CHU de Poitiers, 95 % des répondants en avaient déjà entendu parler. Parmi ces 95 %, trois quarts ont déclaré avoir déjà bénéficié des services de l'unité.

93 % des répondants ont déclaré connaître le numéro national d'appel d'urgence accessible aux sourds et malentendants, le 114. Six sujets ne connaissaient pas le 114 et n'avaient pas renseigné de conduite tenue en cas d'urgence.

3. Discussion

a. Limites de l'étude

Il existe dans la Vienne une forte communauté sourde fédérée autour de plusieurs associations très actives. Notre recrutement, fait via les milieux associatifs, peut expliquer la présence majoritaire de Viennois.

Sur les 1200 sourds profonds estimés en Poitou-Charentes, seulement 84 ont répondu au questionnaire. Cette faible participation peut être expliquée par plusieurs facteurs :

— Toutes les personnes sourdes n'ont pas accès à internet. Nous aurions pu envoyer le questionnaire par courrier à la population cible si nous avions été autorisés à utiliser les données adhérents détenues par les associations.

— Il existe un fort taux d'illettrisme dans la population sourde. Cela a pu empêcher une partie de la population cible à participer à ce questionnaire écrit, créant un biais de sélection. Nous aurions pu réaliser une version vidéo en Langue des Signes Française, et la rendre accessible sur internet, mais il est fort à parier que les gens ne sachant pas lire ne vont pas régulièrement sur internet, la lecture étant indispensable à son utilisation.

Il existe un biais de sélection du fait de la diffusion du questionnaire via les réseaux associatifs. En effet, les participants issus de ce milieu sont réputés comme plus revendicatifs concernant leurs droits et notamment en matière de santé. Ils sont également plus sensibles aux promotions concernant les outils adaptés aux sourds.

Bien que le site-hébergeur permette de limiter à 1 le nombre de réponses de formulaire par adresse internet IP, rien ne nous permettait de vérifier objectivement qu'une personne n'a pas répondu plus d'une fois au questionnaire.

Enfin, les réponses de niveau estimé pouvaient être des réponses sous ou surévaluées, bien que celles-ci soient anonymes. Un adulte pouvait surestimer son niveau d'écriture/lecture par gêne. De plus, le questionnaire n'était techniquement réalisable qu'aux personnes ayant un niveau de lecture suffisamment élevé ce qui peut augmenter le niveau estimé de lecture du panel.

b. Discussion concernant l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de connaître les moyens de communication utilisés avant et pendant une consultation de médecine générale par le patient sourd résident en Poitou-Charentes.

La communication entre sourds et entendants n'est pas toujours planifiable, elle fait donc souvent appel aux moyens disponibles sur le moment. En dehors de la LSF, notre panel utilisait préférentiellement le langage écrit puis la lecture labiale pendant la consultation.

Considérons avant tout le temps de la prise de rendez-vous. Quand la très grande majorité de la population générale utilise le téléphone pour convenir d'un rendez-vous, la population sourde doit adapter ce premier contact avec le cabinet médical. Dans notre étude, les sourds utilisaient principalement des moyens électroniques avec le risque de différer la réponse du cabinet médical selon la fréquence d'ouverture des boîtes aux lettres électroniques, ou SMS. Du fait de cette réponse différée, la prise en charge médicale est

susceptible d'être retardée et le comportement du patient vis-à-vis de sa démarche de soin peut être modifié, avec la possible conséquence d'engendrer un nomadisme médical et/ou des consultations aux urgences inadaptées.

Ces difficultés de communication empêchent également le patient sourd d'avoir un avis à distance lui évitant une consultation, l'orientant vers un établissement de soins, ou permettant des conseils médicaux dans l'attente de la consultation médicale.

La méthode SMS semble la plus facile à mettre en œuvre pour une prise de rendez-vous simple. Pour plus d'efficacité, la personne organisant le planning de consultation doit pouvoir répondre rapidement pour une meilleure fluidité de dialogue. Le SMS en plus d'être économique, ne nécessite pas de connaissance particulière en langue des signes ou en écriture. Il est donc accessible aussi bien du côté entendant que du côté sourd. La visioconférence n'est pas utilisable par l'entendant, et le système fax peut être lent.

Même si ces difficultés de prise de contact peuvent avoir de grosses conséquences sur la santé du patient. Elles rendent seulement inconfortable la prise de contact pour la plupart des motifs courants de consultation en médecine générale.

Considérons maintenant le temps de la consultation. C'est le moment où la communication prend toute son importance.

Notre panel utilisait majoritairement l'écriture/lecture, pour communiquer avec le médecin. Le niveau de lecture du panel peut suffire à comprendre les questions écrites par le médecin, que ce dernier peut tenter de simplifier au maximum. Mais on peut penser que ce n'est pas le cas pour la population sourde en général. Un rapport parlementaire (2) estime à 80 % le taux d'illettrisme dans la population sourde contre 10 % pour la population générale. On peut distinguer deux causes principales :

— Premièrement, l'apprentissage de la lecture et de l'écriture qui pour les plus vieux n'était pas enseigné, l'oralisme étant de vigueur. Pour les plus jeunes, cet apprentissage pose

des problèmes. Quand chez l'enfant entendant, l'apprentissage de la lecture implique une forte dimension acoustique, cette dimension n'est pas accessible au sourd, rendant donc l'apprentissage plus laborieux.

— Secondairement, les grandes différences syntaxiques entre la Langue des Signes Française et le Français diminuent la compréhension de l'écrit. Prenons comme exemple la lecture des ordonnances. Un travail récent (13) montrait que la temporalité d'une phrase simple était modifiée selon la syntaxe : « un comprimé après le repas », s'il est lu selon la syntaxe « signée », sera compris : « un comprimé/après (= puis)/le repas » le comprimé sera donc pris avant le repas.

Ce taux d'illettrisme devrait tendre à diminuer chez les nouvelles générations devant la généralisation de l'enseignement de l'écriture et la lecture. Enfin, les nouvelles technologies rendent l'utilisation de la lecture et de l'écriture de plus en plus utile tout au long de la journée.

L'utilisation de ce moyen de communication est de toute évidence due à la méconnaissance du monde sourd par le médecin et à la grande disponibilité des outils d'écriture dans le bureau du médecin.

La lecture labiale était également utilisée lors des consultations. Ce vecteur de communication, même pour une personne aguerrie, permet de comprendre directement 30 à 40 % des mots, le reste se fait par suppléance mentale. Mais la suppléance mentale fait appel aux connaissances concernant le vocabulaire utilisé et le contexte (1).

Par exemple, les mots « vœux » et « veau », les mouvements de la bouche sont quasiment les mêmes lors de la prononciation de ses deux mots. Ils sont donc difficiles à discerner par la lecture labiale. En fin d'année, la phrase « meilleurs v.... » signifie, évidemment, « meilleurs vœux », mais en cuisine il sera compris « veau » comme dans la phrase : « le meilleur v... est sans hormone ».

La lecture labiale, associée à la suppléance, mentale fait culminer le niveau de compréhension entre 70 et 80 % de l'échange verbale dans les conversations courantes (1).

Avec un vocabulaire aussi spécifique qu'en médecine, la lecture labiale ne peut pas permettre d'atteindre des chiffres élevés de compréhension. Cette compréhension est aussi victime des méconnaissances, et des faux savoirs médicaux spécifiques aux sourds (liés aux informations publiques inadaptées (14)).

42 % de nos répondants ont déclaré utiliser la Langue des Signes Française lors des consultations, notre questionnaire ne nous permettait pas de discerner si la LSF était utilisée devant un interlocuteur la maîtrisant (interprète professionnel/familial, médecin signant) ou non. Plus des deux tiers du panel ont déclaré avoir déjà bénéficié du service d'accueil des sourds du CHU de Poitiers. Cette forte proportion augmente la fréquence d'utilisation de la LSF du panel, par rapport à celle que l'on pourrait retrouver sur le reste de la population sourde de la région. Une étude en région parisienne, de 2012, retrouvait un chiffre de l'ordre de 5 % de répondants utilisant la LSF en consultation (15).

Une faible proportion bénéficiait de la présence d'un interprète professionnel ou non.

Prenons en premier lieu un interprète non professionnel, membre de la famille ou une connaissance, côtoyant ou vivant avec une personne utilisant la LSF. Cet interprète n'a pas obligatoirement la maîtrise et la fluidité nécessaires pour une traduction complète et efficace. Les informations sont simplifiées, incomplètes. L'interprète préférera sans doute comprendre ce que dit le médecin, pour par la suite l'expliquer au patient : « c'est bon, je t'expliquerai après ». Le patient n'aura pas la possibilité de poser ses questions directement au médecin. Le patient sourd n'est plus acteur direct de sa santé, mais il est relégué au second rang.

Le patient sourd sera également obligé de confier ses problèmes de santé à son entourage, qu'il le veuille ou non. En effet, le patient peut devoir faire appel à l'interprète le

plus disponible et non le plus adapté à la situation. L'enfant-entendant de parents-sourds peut donc devenir interprète, quel que soit le motif de consultation.

En deuxième lieu, il existe des interprètes professionnels. Ils ont suivi une formation universitaire, de deux ans, adaptée à l'interprétariat simultané, impartial et neutre. Ces diplômés sont soumis à un code de déontologie et au secret professionnel.

Dans les centres publics, les frais d'interprétariat doivent légalement être supportés par l'établissement (3). En milieu libéral et privé, les frais sont du ressort du sourd, utilisant généralement une aide financière nommée Prestation de Compensation du Handicap (PCH) (330.60 € par mois en 2014). Ce financement doit pouvoir couvrir 30 heures d'aide humaine par mois. Mais le montant horaire d'interprétariat oscille entre 50 et 70 euros. L'interprétariat professionnel est difficile à mettre en place dans le monde de la médecine générale libérale. Les délais, entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous, sont relativement courts et ne permettent pas de trouver un interprète professionnel disponible pour chaque consultation. La moyenne de durée d'une consultation est de 15 minutes, mais des retards sont souvent constatés. L'interprète est rémunéré pendant ce temps de retard ce qui diminue le solde restant de la PCH. Ce mode de communication, qu'est l'interprétariat professionnel, semble pourtant le plus efficace du point de vue de la compréhension du patient et du médecin. Nos répondants évoquaient souvent son absence comme cause de difficulté d'accès aux soins. Il est le seul mode de communication évoqué par l'HAS (16).

Malheureusement, beaucoup de consultations se déroulent sans un interprète professionnel, et au cours de celles-ci, les modes de communication sont multiples : on commence à l'écrit, on fait comprendre son écrit par des gestes, et on lit sur les lèvres pour être sûr d'avoir été compris.

Cette chaîne complexe est constituée de maillons dont on vient de montrer les faiblesses. Si l'un des maillons casse alors toute la compréhension du message en est modifiée. Le risque est renforcé par la méconnaissance du milieu sourd par le médecin qui s'appuiera donc fortement sur ces modes de communication inadéquats. Il est également renforcé par la gêne du patient sourd qui n'ose pas avouer ses difficultés de lecture s'il veut être soigné et ne pas faire perdre son temps au médecin en lui imposant son handicap. Le patient se sent obligé d'utiliser ces modes de communication.

Ces difficultés de compréhension entravent toutes les étapes de la consultation, notamment la démarche diagnostique, la prévention, l'éducation thérapeutique, et empêchent le consentement éclairé.

Il existait une très grande disparité dans nos résultats concernant l'estimation de l'adaptation du médecin à la surdité. Une grande majorité de nos répondants semblaient satisfaits du niveau de communication médecin-patient. Or cet item était tout à fait subjectif et ne permettait pas d'appréhender le niveau réel de compréhension du patient ou du médecin.

c. Discussion des objectifs secondaires

i. Discussion sur le profil des patients sourds consultant en Poitou-Charentes

Globalement, les sourds de notre panel sont relativement jeunes, maîtrisent très bien la Langue des Signes Française, ne maîtrisent pas la langue orale, et estiment avoir un niveau moyen à bon en lecture/écriture. Ils ont déclaré un médecin traitant chez qui ils se rendent régulièrement, et un quart d'entre eux ont une ALD. 37 % d'entre eux ont déjà renoncé ou retardé à un soin en médecine générale du seul fait de leur surdité.

La relative jeunesse de notre panel peut être expliquée par la méthodologie de l'étude. Les sourds des nouvelles générations ont un meilleur niveau de lecture, et une meilleure maîtrise d'internet, choses indispensables pour répondre à notre questionnaire.

Alors qu'une grande majorité des sourds de l'étude ont estimé avoir un niveau très bon en langue des signes, seulement 35 % déclaraient maîtriser au minimum bien la langue orale. Nos chiffres sont équivalents à l'enquête francilienne de 2012 (15).

Très peu de sourds de notre sondage jugeaient leur niveau de lecture/écriture « Très bon », 81 % l'estimaient « moyen » à « bon ». Le bon niveau de nos répondants, majoritairement viennois, pourrait être dû à un apprentissage par des institutions éducatives viennoises plus efficaces, mais notre étude ne nous permet pas de confirmer cette hypothèse. Du fait de la méthodologie de l'étude et des données de la littérature, on peut penser que ces niveaux sont meilleurs que pour la majorité des sourds du Poitou-Charentes(2)(15).

Le taux de déclaration de médecin traitant de l'étude était proche de la population générale soit 89 % en 2011 (17). En revanche, il existait une ALD chez un quart des répondants alors que dans le régime général de la sécurité sociale la fréquence est d'environ un sur six (18). La surdité, reconnue ALD « hors liste », majore certainement la fréquence chez les sourds de notre panel.

88 % avaient consulté au moins une fois dans les six derniers mois. Notre question incluait aussi les consultations pour les membres de la famille. Par exemple, le patient peut être un enfant entendant, dont les parents sont sourds. La surdité ne sera donc plus la cause de difficultés seulement pour le sourd, mais aussi pour son entourage.

Si les uns des médias nationaux font souvent état des 10 % de la population générale française devant renoncer pour des raisons économiques à consulter un médecin généraliste (18), 37 % de notre panel signalent avoir déjà retardé ou renoncé à une consultation du seul fait de leur surdité. Les causes détaillées en réponse libre (annexe 2) étaient les problèmes de communication avant ou pendant la consultation.

ii. Connaissances des sourds sur les moyens spécifiques d'accès aux soins.

La quasi-totalité de notre panel avait entendu parler de l'unité d'accueil et de soins des sourds du CHU de Poitiers, preuve de l'efficacité de sa promotion dans le milieu sourd viennois. Et trois quarts d'entre eux en avaient déjà bénéficié, démontrant l'intérêt rapide qu'ont eu les sourds pour cette unité. Ces chiffres sont plus élevés que dans une étude réalisée en Ile de France, où seulement 50 % des répondants déclaraient avoir déjà bénéficié des services d'une unité parisienne(15).

Dans les questions ouvertes au sujet de l'unité d'accueil et de soins des sourds du CHU de Poitiers, on pouvait lire : « nécessaire dans d'autres villes », plus de disponibilités y étaient demandées.

Le numéro 114, appel gratuit d'urgence par fax ou SMS, était bien connu par notre panel, peu disaient l'avoir utilisé. En revanche, beaucoup déclaraient encore contacter un membre de la famille par SMS, ou se déplacer au service d'accueil des urgences si besoin. Certains évoquaient aussi qu'ils ne savaient pas l'utiliser et qu'ils aimeraient apprendre.

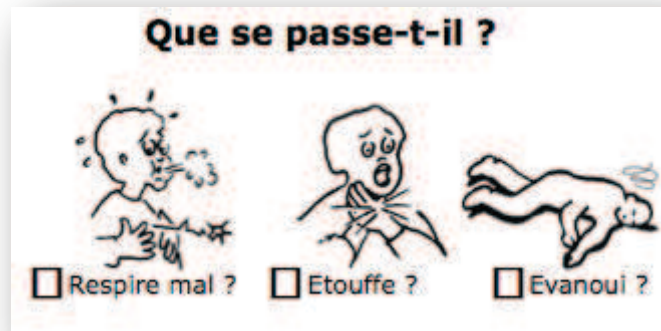


Figure 7 : Exemple de pictogrammes extraits de la fiche « Fax du 114 »

Pour faciliter le contact au 114 par fax, il existe un imprimé (figure 7 et annexe 3) permettant de détailler l'urgence en utilisant un maximum de pictogramme et un minimum de mot. Encore faut-il le connaître et avoir la possibilité de faxer le document. Une meilleure promotion de l'utilisation du 114 permettrait de mieux appréhender son utilisation(19).

IV. CONCLUSION

Notre étude était la première évaluant les habitudes de communication des sourds du Poitou-Charentes avec leur médecin généraliste. Malgré les récentes avancées en matière d'information médicale ciblant les sourds, les moyens de communication inadaptés sont encore trop utilisés lors des consultations de médecine générale en Poitou-Charentes. Ces outils ne devraient être qu'accessoires. Les sourds sont victimes des méconnaissances du monde médical envers le monde des sourds.

Initier les médecins généralistes au monde des sourds faciliterait l'accès aux outils efficaces : l'interprétariat professionnel et les unités d'accueil et de soins des sourds.

Cela pose la question de comment faciliter la venue de l'interprète professionnel au cabinet médical. Il n'existe actuellement aucune recommandation à ce sujet.

L'unité d'accueil et de soins des sourds du CHU de Poitiers était plébiscitée par notre panel. Malheureusement, cette unité est seule dans la région et le recrutement est limité géographiquement. La création d'unités de ce type diminuerait durablement les inégalités d'accès aux soins dont sont victimes les sourds. Il reste à déterminer leur répartition sur le territoire picto-charentais.

Quand l'interprète professionnel et l'unité d'accueil ne sont pas disponibles, des applications informatiques adaptées (prenant exemple sur la fiche fax du 114) permettraient de communiquer. Les ordonnances pourraient être adaptées. Il existe déjà des fiches de traitement adaptées pour les personnes âgées.

Enfin, un état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes sur les besoins spécifiques du patient sourd est nécessaire pour rendre plus efficace la formation des médecins.

Bibliographie :

1. 2-AS. La lecture labiale [Internet]. 2011. Report No.: SURDIFICHE numéro 1. Available from: <http://www.2-as.org/site/fiches/SurdificheS-Lecture-labiale-2011-A5.pdf>
2. Guillot D. Rapport sur le droit des sourds: 115 propositions à monsieur le Premier Ministre. Paris; 1998.
3. Legifrance.fr. loi no 2005-102, JO n° 36 du 12 février 2005 page 2353 [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar 15]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A50221D04B056ACE0A0D3FE75CE310E7.tpdj_o10v_2?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=20141008
4. Lamothe M. De l'instruction du Sourd-Muet, à l'intégration de l'élève handicapé à l'école. In: Conférence ANCE, editor. Nimes; 2001. p. 1-20.
5. INPES. Informer les personnes sourdes ou malentendantes. 2012.
6. Farges N. Enjeux éthiques et surdités. Prat Psychol. 2010 Mar;16(1):21-35.
7. Dauman R, Carbonnière B, Soriano V, Berger-Lautissier S, Bouyé J, Debruge E CG et BJ. Implants cochléaires chez l'adulte et l'enfant. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie. 1998;(20-185- D-10):12.
8. Jean-Francois Mercurio [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 12]. Available from: <http://jean-francois-mercurio.blogspot.fr>
9. Laubretton J, Morvan R, Roblot P. Développons les consultations hospitalières pour les sourds. Presse Med. Elsevier Masson SAS; 2013 Nov;42(11):1427-9.
10. Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique relatif aux missions, organisation et fonctionnement des unités d'accueil et des soins des patients sourds en langue des signes. 2007 p. 1-22.
11. Gouvernement Français. Article du gouvernement aux journées mondiales des sourds 2011 [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 15]. Available from: http://archives.gouvernement.fr/fillon_version2/gouvernement/ameliorer-le-quotidien-des-personnes-sourdes-et-malentendantes.html
12. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale en Poitou-Charentes (situation en 2013). 2013 p. 59.
13. Coignard L. Ordonnance et patient Sourd: Adaptations pour améliorer la compréhension. Tours; 2014. p. 72.

14. Sitbon A. Le Rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ? Evolutions. 2012;25(2):1-6.
15. Didden S. Evaluation des conditions d'accès aux soins primaires des sourds en Ile de France. 2012. p. 1-83.
16. HAS. Conditions favorables pour une communication de qualité avec une personne sourde. 2002;77(7).
17. La Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013.
18. Sécurité Sociale. Fréquence des ALD au 31-12-2012 [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 16]. Available from: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2012.php>
19. Centre National de Relais des appels d'urgence pour personnes sourdes ou malentendantes. GUIDE UTILISATEUR du 114 [Internet]. 2011 p. 9. Available from: www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guidederversion.pdf

Annexes

Annexe 1 : Le Questionnaire

Accessibilité de la médecine générale aux sourds de Poitou-Charentes

***Obligatoire**

1. Etes vous Sourd(e)? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

2. Habitez-vous dans la région Poitou-Charentes ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui
☐ Non

3. Dans quel département de la région habitez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Vienne
☐ Deux-Sèvres
☐ Charente
☐ Charente-Maritime

4. Quel est votre age ?

.....

5. Quel est votre sexe ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Homme
☐ Femme

6. Quelle est votre niveau en langue des signes?

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	
Nul	☐	☐	☐	☐	☐	Parfait

7. Quelle est votre niveau en langue orale en français ?
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4
Nul	☐	☐	☐	☐	☐
Parfait					

8. Quelle est votre niveau d'écriture/lecture en français ?
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4
Nul	☐	☐	☐	☐	☐
Parfait					

9. Avez-vous une mutuelle complémentaire

C'est à dire un contrat pour rembourser les frais non pris en charge par la sécurité sociale
Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui, une mutuelle privée.

☐ Oui, une mutuelle par la CMU complémentaire

☐ Non

☐ Autre :

10. Etes-vous pris en charge à 100% dans le cadre d'une ALD (Affection longue durée)

C'est à dire que vos médicaments sont sur une ordonnance en 2 parties
Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

11. Combien de fois vous ou votre famille, avez-vous consulté votre médecin généraliste lors de ces 6 derniers mois ?

Plusieurs réponses possibles.

☐ moins de 1 fois

☐ 1 à 2 fois

☐ 3 à 5 fois

☐ plus de 6 fois

☐ Autre :

12. Avez-vous un médecin généraliste traitant (réfèrent) ?

C'est à dire désigné comme médecin de famille
Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

13. Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour contacter votre médecin traitant ?
Plusieurs réponses possibles.

☐ SMS

☐ E-mail (courrier électronique)

☐ Fax

☐ Messagerie instantanée (Facebook, Skype, Oovoo, MSN Messenger)

☐ Je me déplace au cabinet pour prendre rendez-vous

☐ Je viens aux consultations sans rendez-vous

☐ Autre :

14. Lors d'une consultation avec votre médecin, comment communiquez vous ?

Plusieurs réponses possibles.

☐ Écriture sur un papier

☐ Écriture sur un ordinateur ou tablette

☐ Lecture labiale (sur les lèvres)

☐ Interprète (professionnel ou familial)

☐ Langue des signes francalse

15. Pensez-vous que votre médecin comprend bien votre (vos) demande(s) ?

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4
Pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐
Tout à fait					

16. Avez-vous l'impression de bien comprendre les explications de votre médecin

à propos de la maladie, des médicaments, des examens...
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4
Pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐
Tout à fait					

17. Pensez-vous que votre médecin s'adapte à votre surdité lors des consultations ?

langage compréhensible, discours en face à face, prends le temps nécessaire
Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4
Pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐
Tout à fait					

18. Avez-vous déjà dû retarder ou renoncer à une consultation chez un médecin général du seul fait de votre surdité ?

Impossibilité de prendre rendez- vous / attente ou absence de l'interprète habituel (professionnel ou familial)

Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

19. Si oui pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

20. Avez-vous déjà entendu parler du SAS (Unité de soins et d'accueil des sourds) du CHU de Poitiers

Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre :

21. Avez-vous déjà bénéficié du SAS (Unité de soins et d'accueil des sourds) du CHU de Poitiers

Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre :

22. En cas d'urgence médicale, comment faites vous, ou feriez-vous pour contacter les secours ?

.....

.....

.....

.....

23. Connaissez-vous le 114 ?

Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

24. Avez-vous des idées pour améliorer l'accès de la médecine générale pour les sourds ?

.....

.....

.....

.....

25. Avez-vous d'autres remarques ?

.....

.....

.....

.....

Réponses libres de la question 18 sur le renoncement ou le retardement : si oui

pourquoi ?

- « *probleme de communication* »
- « *pb communication* »
- « *notre médecine generale est docteur lauberton, mais son emploi temps n'est pas temps à pleins donc ca me bloque pour contacter mes medecines notre villages.* »
- « *Problème d horaire chez le médecin général qui travaille le mi temps si il travaillera le plein de temps c est très génial.* »
- « *par absence d'interprète professionnel.* »
- « *Impossibilité de l'appeler pour prendre rendez-vous du fait de la non-accessibilité de son numéro de téléphone via un service de transcription instantanée en texte. Donc ce sont des proches qui prennent RDV pour moi.* »
- « *j'ai besoin d'interprete lsf, l'interprete peut pas venir que je me débrouille merci toujours manque d'interprete* »
- « *En cas d annulation je ne peux pas le joindre car appel téléphonique impossibilité de trouver une personne entendante pour téléphoner.* »

Réponses libres de la question 22 sur les moyens utilisés pour contacter les

urgences :

- « *Utiliser le 114.* »
- « *nous déplacements souvent au urgence* »
- « *Surtout pendant la nuit, difficile d'appeler le docteur étant moi-même personne sourde. Pas encore servi le 114, j' essaierai en cas de besoin* »
- « *téléphone (ma femme) ou 114* »
- « *je me débrouille. appelle docteur généraliste par SMS pas encore servir le 114. car j'ai un peur de ne pas marcher* »
- « *je ferai 114* »
- « *Appel urgence* »
- « *Je ne fais jamais en cas d'urgence. Je garde le 114, mais je ne l'utilise pas.* »
- « *Je ne sais pas* »
- « *appel 114* »
- « *114* »
- « *Par le numéro 114* »
- « *Un proche ou une personne à proximité, entendant.* »
- « *portable spécial* »
- « *le 114* »
- « *actuellement 114 pas encore utilisé avant : voisins ou direct CHU* »
- « *déjà fait par fax, mais pas encore sur 114* »
- « *114 ou appeler notre famille* »

— « 114 sms »

— « cela depend : malade : crise cardiaque, divers accidents (route, domicile, noyade, etc..), on se débrouille et fais des efforts, surtout reste calme. appelle le 114, ou sms à quelqu'un famille, ou amis... »

— « Le 114 ou mari entendant »

Réponses libres de la question 24 sur les idées pour améliorer les conditions

d'accès :

— « apprendre les médecins à la LSF, ce serait super ! Sinon mon docteur actuel, même s'il ne connaît pas la LSF, il me respecte et m'adapte bien.. Par rapport à l'autre médecin traitant avant lui, il était moins patient à l'écriture... pas trop agreable mais bon.. »

— « rien »

— « Le 114 prévoit un contact par SMS ou fax, mode de communication risible à l'époque des nouvelles technos qui proposent la visio-interprétation LSF et la transcription instantanée. L'accessibilité sur site ou à distance existe aujourd'hui, elle fonctionne, il ne s'agit que de volonté politique des dirigeants, en l'occurrence du CHU. »

— « embaucher d'une interprète professionnelle par l'hôpital pour tous les services. un médecin au minimum saura la LSF aux urgences. »

— « chez médecin généraliste entendant, manque des explications, pas parfait pour communiquer (pas complet) c est dommage, pour moi c est loin pour aller a Poitiers chez médecin généraliste langue des signes ? »

— « Je prends toujours avec mon médecin spécial pour les sourds je suis très satisfaite 100 % »

— « C est bien d être un médecin pour les sourds »

— « temps à pleins »

— « Je. Veux que tous les médecins qui savent une langue des signes. Pour tous les sourds »

— « les médecins s'adapteront et respectent les sourds et leur expliquent bien sauf explication compliqué : SAS conseillé pour maladies compliqués »

— « prendre le temps de communiquer. »

— « Oui pour communiquer par lsf c est très genial »

— « chiant qu'il faut d'abord de prendre à l'ordonnance sous l'ordre du médecin pour aller l'examen spécial (divers : chu, ou professeur-chirurgien ou kiné, etc..) »

— « Depuis le SAS au CHU de Poitiers, tout va bien pour nous. Consultations direct en LSF, prise de rendez-vous direct avec les autres services avec prise en charge de l'interprète. »

— « Mettre en place un module de sensibilisation des étudiants ORL à la communauté sourds lors leur formation »

— « oui c'est bien le medecin générale connaît langue des signes c'est maximum »

— « Je prefere que CHU embauche l'interprete en LSF reste au CHU car il arrive souvent aux rendez vous ou oublie ou ne sait pas où ... fait predre mon temps »

— « je veux que les médecins connaissant base de lsf pour facile de communiquer avec des sourds merci »

— « des médecins généraliste en LSF pole SAS »

114 urgence, sourds



Cocher, et renvoyer fax au 114



Victime qui ?



☐ Femme ?



☐ Homme ?



☐ Enfant ?

Age :

Nom :

Prénom :

Témoin : numéro et adresse ?



Fax :

Tel, sms :

Nom témoin :

Numéro : Rue :

Commune, ville, village :

Département :

Code postal :

☐ Maison ? ☐ Appartement ?

Etage ? Escalier ?

Bâtiment ? Code porte ?

Que se passe-t-il ?



☐ Mal poitrine ?



☐ Respire mal ?



☐ Etouffe ?



☐ Evanoui ?



☐ os cassé ?



☐ Sang ?



☐ Bébé arrive ?



☐ Tombé ?



☐ Noyade ?



☐ Electrocution



☐ Feu ?



☐ Gaz ?



☐ Vol ?



☐ Violence ?



☐ Perdu ?



☐ Inondation ?



☐ Accident ?

Autres informations ?

114 urgence, sourds

Fax bien reçu à h.....

Vous :

Numéro dossier :



ATTENTION !!!

Nous n'avons pas tout compris.



Cocher, et renvoyer fax au 114

Témoin : numéro et adresse ?



Fax : Tel, sms :

Nom témoin :

Numéro : Rue :

Commune, ville, village :

Département : Code postal :

☐ Maison ? ☐ Appartement ? Etage ?

Escalier ? Bâtiment ? Code porte ?

Que se passe-t-il ?

Dessinez :



☐ Malade ?



☐ Blessé ?



☐ Accident ?



☐ Police ?

Expliquez



ATTENTION !!!
 Nous n'avons pas tout compris.



Cocher, et renvoyer fax au 114

Victime qui ?



☐ Femme ?



☐ Homme ?



☐ Enfant ?

Age :

Nom :

Prénom :

Témoin : numéro et adresse ?



Fax : Tel, sms :

Nom témoin :

Numéro : Rue :

Commune, ville, village :

Département : Code postal :

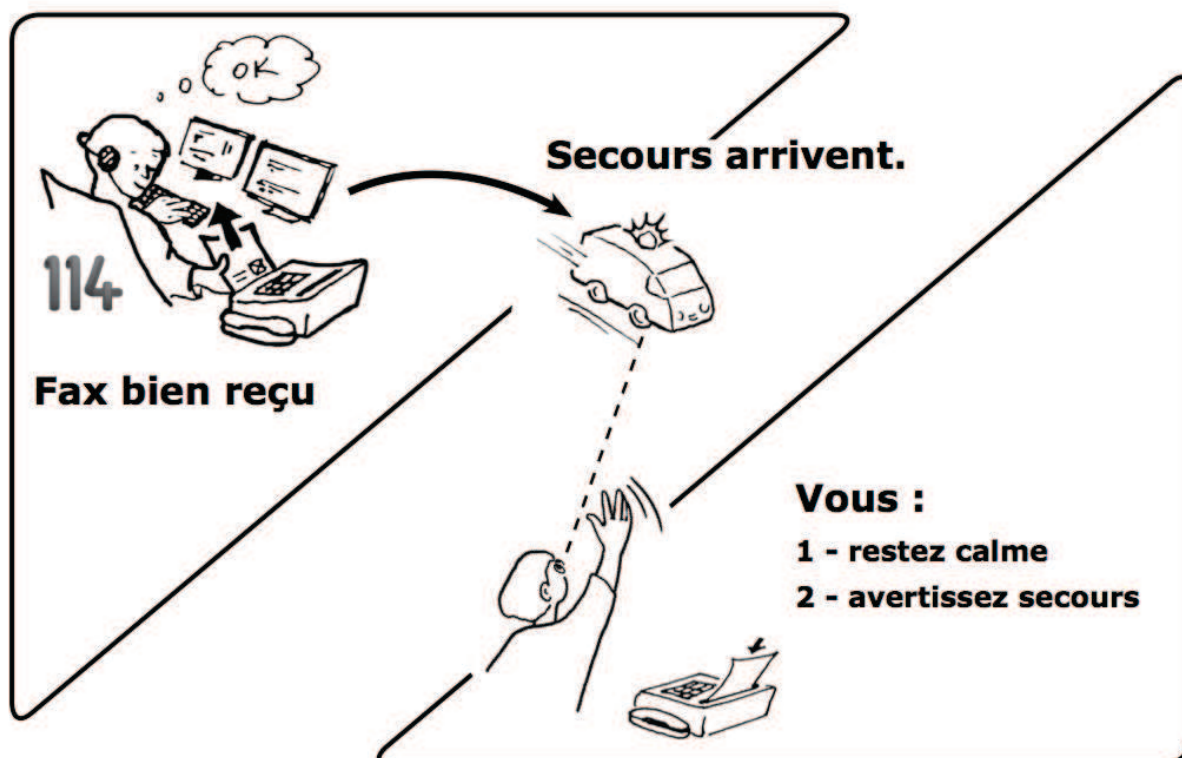
☐ Maison ? ☐ Appartement ? Etage ?

Escalier ? Bâtiment ? Code porte ?



Fax bien reçu.

Le 114 vous répond bientôt.



Résumé

Contexte : De nombreux travaux démontrent que la lecture labiale et l'écriture, d'accès facile, sont inadaptées et peu efficaces pendant la consultation d'un patient sourd. Des études montrent que les unités d'accueil et soins des sourds (UASS) et l'interprétariat professionnel sont de meilleurs outils. Mais leur disponibilité est limitée.

Objectifs : Connaître les outils de communication utilisés par les patients sourds du Poitou-Charentes en consultation de médecine générale. Connaître leurs niveaux de communication signée, écrite et orale.

Méthode : Cette étude descriptive, déclarative recensait, auprès des sourds, leurs niveaux estimés en Langue des Signes Française, en langue française orale, et en lecture/écriture. Elle précisait les moyens de communication utilisés avant et pendant la consultation. Le questionnaire était accessible, sur internet, aux sourds et cela durant 3 mois en 2014.

Résultats : Notre panel avait une moyenne d'âge de 41 ans $\pm$ 14,1. 83 % des 84 répondants déclaraient maîtriser « bien » à « très bien » la Langue des Signes Française, et 45 % estimaient maîtriser « bien » à « très bien » la lecture et l'écriture. Le niveau de français oral était estimé « faible » à « très faible » par 56 % du panel. L'écriture et la lecture labiale étaient utilisées en consultation par respectivement 50 % et 25 % des répondants. 15 % utilisaient l'interprétariat et 42 % la Langue des Signes Française.

Conclusion : Les moyens de communication inadaptés aux sourds sont encore trop utilisés lors des consultations de médecine générale en Poitou-Charentes. Pour une meilleure efficience, les médecins doivent être sensibilisés au monde sourd afin de favoriser, l'utilisation de l'interprétariat professionnel et l'accès aux UASS.

Mots clés : Sourd, médecine, générale, Poitou, Charentes, handicap, accessibilité.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Contexte : De nombreux travaux démontrent que la lecture labiale et l'écriture, d'accès facile, sont inadaptées et peu efficaces pendant la consultation d'un patient sourd. Des études montrent que les unités d'accueil et soins des sourds (UASS) et l'interprétariat professionnel sont de meilleurs outils. Mais leur disponibilité est limitée.

Objectifs : Connaître les outils de communication utilisés par les patients sourds du Poitou-Charentes en consultation de médecine générale. Connaître leurs niveaux de communication signée, écrite et orale.

Méthode : Cette étude descriptive, déclarative recensait, auprès des sourds, leurs niveaux estimés en Langue des Signes Française, en langue française orale, et en lecture/écriture. Elle précisait les moyens de communication utilisés avant et pendant la consultation. Le questionnaire était accessible, sur internet, aux sourds et cela durant 3 mois en 2014.

Résultats : Notre panel avait une moyenne d'âge de 41 ans $\pm$ 14,1. 83 % des 84 répondants déclaraient maîtriser « bien » à « très bien » la Langue des Signes Française, et 45 % estimaient maîtriser « bien » à « très bien » la lecture et l'écriture. Le niveau de français oral était estimé « faible » à « très faible » par 56 % du panel. L'écriture et la lecture labiale étaient utilisées en consultation par respectivement 50 % et 25 % des répondants. 15 % utilisaient l'interprétariat et 42 % la Langue des Signes Française.

Conclusion : Les moyens de communication inadaptés aux sourds sont encore trop utilisés lors des consultations de médecine générale en Poitou-Charentes. Pour une meilleure efficience, les médecins doivent être sensibilisés au monde sourd afin de favoriser, l'utilisation de l'interprétariat professionnel et l'accès aux UASS.

Mots clés : Sourd, médecine, générale, Poitou, Charentes, handicap, accessibilité.