

BROCHURE DE FORMATION
A USAGE DES SOIGNANTS

L'Hôpital nous
fait signe



Avec le concours de l'asbl Clinique de BELOEIL.
Une production des Centres de Santé pour Sourds (CSS asbl).
Ed. resp: Dr Pierre LELEUX

Le but originel de cette brochure est d'aider le personnel soignant à améliorer le contact avec les patients sourds ou malentendants.



l'hôpital



parfait

Il s'agit donc d'une brochure de formation mais aussi de référence et d'aide mémoire; nous espérons qu'elle fera partie des documents de base des médecins, infirmières, assistantes sociales, administratifs et en général de tous ceux qui sont en contact avec des patients à l'hôpital.

Mais l'usage de cette brochure, ne doit pas se limiter à l'hôpital car les conseils qui y sont repris se révèlent comme aides utiles aussi bien pour les médecins généralistes que les maisons médicales, les écoles de nursing et d'assistance sociale.

Actuellement, de nombreux travaux de fin d'étude dans diverses écoles de nursing traitent de la qualité relationnelle avec les patients malentendants, signalant par là le besoin aigu ressenti d'améliorer la communication, garante minimale de la qualité des soins. Nous espérons que, dans le curriculum des études infirmières et assistantes sociales, une place sera désormais réservée systématiquement pour aborder ces problèmes de communication difficile.

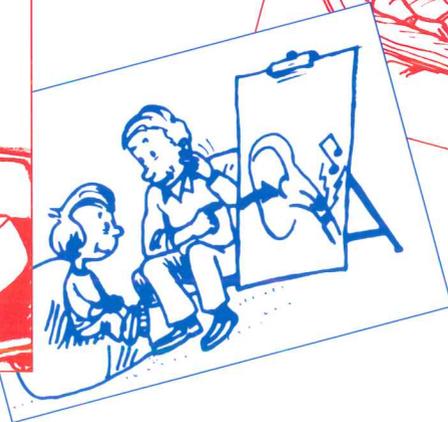
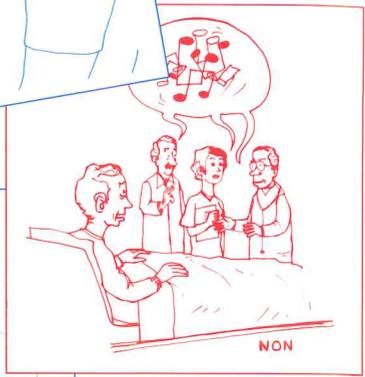
Au delà du but originel, les conseils et explications prodigués dans ce travail seront utiles aux proches et familles des sourds et malentendants.

De même, de nombreuses «recettes» seront utiles pour communiquer avec des patients étrangers de plus en plus nombreux dans nos hôpitaux et pratiquant une langue non connue du personnel.

Enfin, les techniques développées dans ce travail peuvent être utiles dans l'accueil et la communication avec des patients en déficit d'alphabétisation.

Centres de Santé pour Sourds
Dr Pierre LELEUX





BROCHURE de formation à usage des HOPITAUX, des médecins, du personnel soignant et du personnel administratif.

Les professionnels de la Santé sont parfois confrontés à un problème de communication vital avec les **Sourds et Malentendants** (A). (Les lettres entre parenthèses associés font référence aux annexes).

A cause du vieillissement de la population et de la **fréquence** (B) en augmentation des lésions auditives, le problème se posera de plus en plus souvent

Ce déficit de communication peut avoir des conséquences graves sur la qualité des soins et met parfois en danger une prise en charge correcte. (diagnostic malaisé, compréhension insuffisante du programme de soins, compliance très mauvaise; manque de confiance réciproque, et même **absence totale d'accès aux soins**)¹.

De plus, l'insuffisance d'information et de connaissance du monde de la surdité amène une surcharge de travail pour le personnel infirmier, médical et administratif.

Il est donc du devoir de toute institution de soins et de chacun de ses acteurs, de prendre en compte ce problème comme partie constitutive et intégrée de la qualité et de l'efficacité des soins

Or, ce «malentendu», parfois dangereux en terme de Santé et toujours désagréable, peut se résoudre par des méthodes créatives, efficaces ... et faciles,

Cette brochure a pour but d'aider à cette communication réciproque dans le domaine de la Santé mais peut aussi servir de base aux proches et à toute personne confrontée à la conversation avec un sourd ou un malentendant.

Elle a été construite de manière essentiellement pratique, basée sur des faits réels et fréquents. De plus, chaque «conseil» fait référence à des considérations théoriques et d'**études linguistiques** permettant d'approfondir la compréhension de la **culture sourde**.

1. Prof. DAGRON; La Salpêtrière PARIS: «Sourds et soignants, deux mondes, une médecine.»
Info SIDA. Ministère Communauté française.



Quelques « anecdotes » tirées de recherches en milieu hospitalier sont ajoutées dans le seul but d'illustrer des propos parfois théoriques.

Enfin, une liste de référence et adresses (page 31) complète la brochure ainsi qu'une bibliographie de base (page 30) pour ceux qui veulent aller plus loin...

Nous espérons que la lecture de ce texte servira au rapprochement réciproque et à une meilleure compréhension de cet élément humain essentiel: la [communication](#).

***Dans le domaine de la Santé, cette formation
à la communication est plus vitale encore
et devrait faire partie de l'acquis de tout
professionnel hospitalier.***



Pour comprendre la surdité, il faut retenir DEUX principes essentiels:

De cette compréhension fondamentale découleront des améliorations remarquables dans les comportements et moyens de communication au profit de tous.

1^{ER} PRINCIPE:

LES SOURDS sont des surdoués VISUELS

La plasticité des êtres vivants fait que les sourds développent une culture essentiellement visuelle notamment dans les moyens de communication. De là, découle l'ensemble des attitudes qui peuvent augmenter de manière très significative la qualité de communication avec les sourds.

Toujours se placer face au patient sourd de manière à ce qu'il puisse voir correctement l'expression du visage et le mouvement des lèvres.

2^E PRINCIPE:

DISCRIMINATION MOTS

Le sourd entend une bouillie de sons plutôt qu'une absence de sons

La surdité n'est pas seulement une diminution quantitative de l'audition (intensité) mais surtout une **altération qualitative** de celle-ci. Le sourd (sauf surdité profonde) n'est pas plongé dans le silence mais, lors de conversations, a beaucoup de mal à établir une discrimination correcte de chacun des mots. Le sens de la phrase lui échappe alors.

De cette constatation fondamentale et méconnue, découlent diverses conséquences:

La surdité est très fatigante (C) pour tout le monde, l'entourage, l'interlocuteur mais surtout pour le malentendant lui-même. Pourquoi?

Comment un sourd perçoit-il une conversation?

Si sa surdité est de 75%, cela signifie qu'il perçoit clairement un mot sur quatre; les autres, il les devine selon le contexte, la lecture labiale, l'expression



et les habitudes de l'interlocuteur. souvent, il réussit assez bien et masque ainsi longtemps sa surdité dans son milieu familial.

Dans le milieu hospitalier ou en consultation, le dialogue s'instaure avec des personnes que le sourd ne connaît pas; c'est à dire dont il ne connaît pas les intonations de voix et le vocabulaire habituel. Le message en sera très appauvri, voire gravement erroné.



Message appauvri: Dans une phrase, le malentendant peut très bien ne comprendre que quelques mots (et souvent le dernier mot prononcé); ceci peut engendrer des confusions de sens.

Ainsi, «ce n'est pas grave» peut être compris «grave».

En outre, le patient sourd, face aux professionnels de la santé, n'avouera pas son incompréhension et n'osera pas faire répéter. Cette incompréhension, en médecine, pourra avoir des effets très négatifs sur le traitement. Il est essentiel ici encore plus que d'habitude, de s'assurer que les messages sont bien passés. Cela fait partie inhérente de la qualité des soins.

Le bruit ambiant: le grand ennemi du malentendant!

Le malentendant aura beaucoup de mal à analyser les paroles mêlées à des bruits ambiants dont les plus fréquents sont:

- fond musical (même apparemment très discret),
- TV,
- autres conversations,
- ventilateurs, etc...

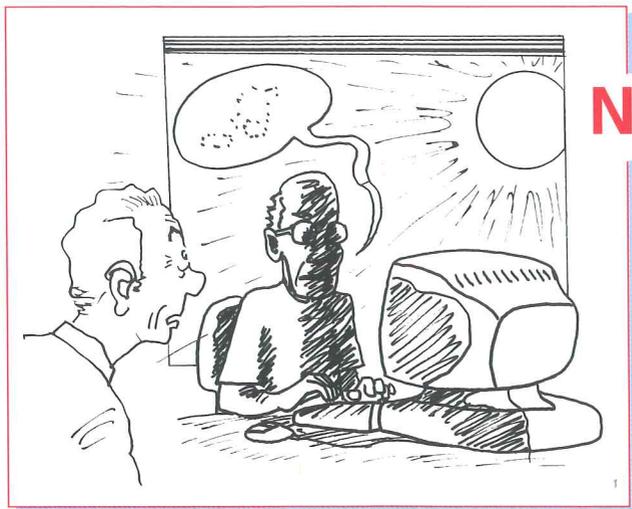
La personne qui entend normalement ne se rend pas compte de la difficulté engendrée par tout bruit parasite même minime (vous souciez-vous d'un ventilateur?). Dans ce domaine, les appareils auditifs ne sont pas d'un grand secours car, malgré les progrès de filtres de fréquences, ils amplifient tous les bruits.

Veillez particulièrement à parler dans un endroit calme, faites la chasse aux bruits inutiles pour améliorer votre contact avec les malentendants.



À éviter

Se placer à contre-jour (j'ai même vu, (mais si,..) des consultations ORL où le médecin était assis dos à la fenêtre. Le patient malentendant, face à lui, ébloui par la lumière de la fenêtre ne pouvait voir clairement le visage du médecin!)



NON

Se cacher la bouche par un bic mâchonné, un dictaphone, un cliché RX ... ou un masque de chirurgien ! La barbe est aussi un obstacle mais ...



NON

Même vous, vous comprenez mieux une personne dont vous voyez le visage et les lèvres.

Chez le malentendant, ce contact visuel PERMANENT prend une importance majeure.



À éviter



Nous n'avons guère l'habitude de nous soucier de montrer notre visage pour communiquer. Ici, ce souci est essentiel. Si vous imaginez que la compréhension passe par la lecture labiale et faciale, cette image montrera clairement qu'une légère adaptation d'attitude améliore grandement la communication.



NON

OUI



Le dessin, la planche anatomique (trop souvent disparue de nos consultations) sont des aides didactiques particulièrement adaptées aux sourds.



À éviter

Parler en tournant le dos, en sortant de la chambre, en se retournant pour prendre une compresse ... (oui, c'est une discipline difficile à maintenir....)
Faire des soins et prévenir que cela va faire mal, la tête tournée vers les pieds du patient.



NON

«Attention, je vais vous faire un peu mal»
dit-elle en parlant au pied.

Surprendre: Le malentendant ne prévoit pas votre venue et sera d'autant plus «stressé» si, à chaque instant, il redoute d'être surpris «par derrière».
rester dans son champ visuel surtout pour les soins.



NON



À éviter

Utiliser un **haut parleur** pour appeler un patient en consultation ou pour répondre à son appel de sonnette.

C'est évident! ... mais trop de salles d'attente appellent encore les patients uniquement par des moyens strictement auditifs.

Crier

pour deux raisons:

1. Rien ne sert de crier car cela n'améliore pas la **discrimination des mots**.
Conseil: il faut parler normalement face à l'interlocuteur, éviter de parler vite et utiliser le papier pour les noms propres et les chiffres.
2. De plus, personne ne souhaite que ses problèmes de santé fassent l'objet d'une publicité à voix criée; les sourds non plus. (Cfr chapitre **discrétion; charte du patient**)



À éviter

Pénétrer brusquement dans la chambre

Un entendant perçoit par mille petits moyens que quelqu'un va pénétrer dans sa chambre: bruits de pas, conversation qui s'approche, bruit ambiant du couloir, frapper à la porte, clenche qui grince.

Le sourd risque d'être très surpris par une intrusion et **craindra sans cesse** celle-ci si on ne convient pas avec lui d'un **code minimum de politesse et de respect de vie privée**.



L'obscurité et la pénombre: éteindre la lumière, c'est rendre complètement sourd; c'est mettre le sourd en état de privation sensorielle quasi totale.

Ne jamais éteindre la lumière auprès des enfants sourds!

(voir aussi chapitre Imagerie Médicale page 16).



À promouvoir

Comment communiquer un élément important?

Lors du «tour» auprès des patients, s'asseoir face à lui, face à la lumière et parler calmement en le regardant. Certains éléments vitaux concernant les noms propres, noms de maladie, de médicaments et les chiffres (posologie) doivent être écrits.

Abolir tout bruit de fond: conversations annexes, musique ambiante ou TV; appareils «bipants» Surtout: **éviter de parler à plusieurs en même temps.**



À promouvoir

Comment attirer l'attention? : un sourd admet plus facilement qu'un entendant d'être touché pour attirer son attention. A l'entrée dans la chambre, allumer et éteindre plusieurs fois l'éclairage est un bon moyen de se signaler; éventuellement frapper sur le lit, la table ou frapper du pied sur le sol. (Vibrations).

Consulter les logopèdes: ces collaborateurs ont développé une connaissance des problèmes de surdité, lecture labiale et parfois langue des signes; leurs conseils et le contact avec le patient seront très utiles, pensez-y.

Faites appel à un interprète dès que possible: l'idéal serait que chaque hôpital ait **en son sein** au moins une personne connaissant la Langue des Signes. Par ailleurs, les sourds ont droit à des «tickets» d'interprètes mais dans le domaine de la Santé, deux problèmes se posent: la difficulté de traduire les notions médicales pour un non-soignant et les problèmes de **discrétion**.



À promouvoir

Le patient sourd est **le** patient

Expliquer correctement une pathologie à un sourd ou à un malentendant est difficile.

Aussi l'attitude toute naturelle et trop fréquente est de se tourner vers les proches «entendants». Peu à peu le patient est désinvesti de sa propre santé et se sent devenu objet d'un débat auquel il n'a pas accès. Dans les décisions de santé, cette situation est inacceptable; le dialogue doit se nouer directement avec le patient, si possible, sans intermédiaire familial.



Quelques situations particulières à l'hôpital

Admission: les guichets surtout s'ils sont vitrés sont une réelle difficulté pour les malentendants, d'autant plus que l'environnement des halls d'hôpitaux est rarement calme et serein. L'association d'un obstacle au son avec les reflets du vitrage diminuent fortement la compréhension des mots surtout si l'employé parle en regardant un document ou son ordinateur ! (ce qui est très fréquent lors de la prise de RV).



Les notes se heurtent au vitrage, tombent, se déforment; la réceptionniste masque inconsciemment sa bouche: quelques «mini-erreurs» bien désagréables.

Service Urgences: une des anxiétés majeures des sourds est de ne pas pouvoir faire appel à un service d'urgence car, évidemment le téléphone et notamment l'appel au service 100 sont impossibles.

Les sourds utilisent alors le FAX (mais uniquement depuis chez eux) ou de manière de plus en plus fréquente le **SMS** (Short Message Service) du GSM. Ceci permet un appel rapide et une réponse immédiate.

Peu de services d'urgence sont équipés en FAX **dont le numéro est publié** ou surtout le **GSM «de garde»**.



Pour le diagnostic en urgence, chaque hôpital devrait pouvoir faire appel à une **personne ressource** apte à servir d'interprète. De manière plus générale, ce problème de «barrière linguistique» n'est pas unique; il est très utile qu'une liste des capacités linguistiques des membres de l'hôpital (sans oublier la langue des signes) soit accessible.

URGENCES



Réserver dans la brochure de l'hôpital une page avec les N° de fax et SMS notamment du service urgence; établir une procédure pour répondre à un appel.

NON **OUI** **OUI**

Consultations: de même, les rendez-vous devraient pouvoir se prendre par FAX à l'accueil.

Imagerie médicale: la pénombre rend la communication très malaisée. Des solutions existent (lampe de poche et code convenu) pour demander au patient d'arrêter de respirer par exemple.

L'anxiété au scanner et en RMN est très grande car le sourd reçoit peu d'informations sur ce qui va se passer (durée, moyen d'appel, vibrations de l'appareil). Une adaptation de l'explication est nécessaire et, dans ce cas, l'aide d'interprète ou de personne ressource de l'hôpital est souhaitable. Certains services ont développé une cassette vidéo explicative avec "sous-titrage" visionnée en salle d'attente.

L'examen se fera alors dans de meilleures conditions et efficacité pour tous.

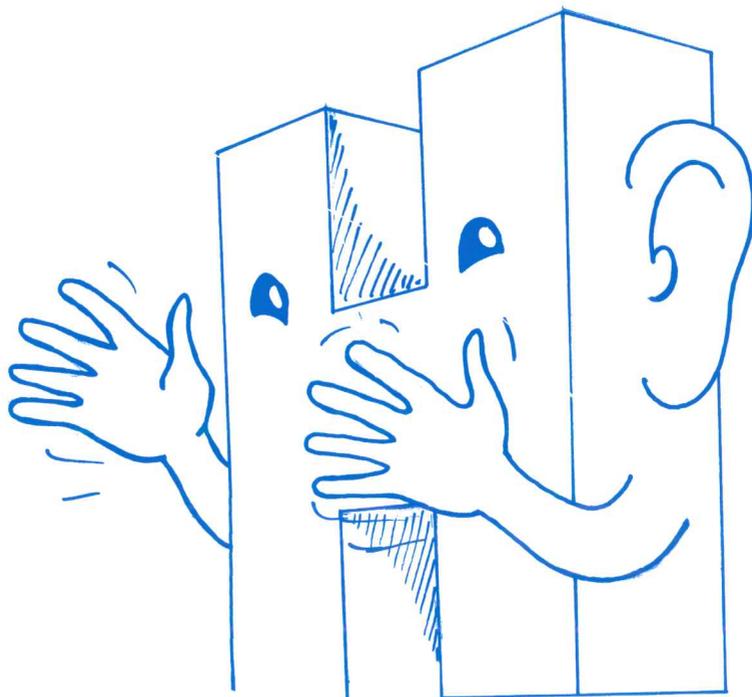
Examens complémentaires: Lors d'un séjour, des liens se nouent en salle d'hospitalisation entre le personnel et le patient sourd; des moyens de communication sont trouvés.



Cependant quand le patient est envoyé dans d'autres services pour examens complémentaires (radiologie, laboratoire, consultations spécialisées, électrocardiogramme, épreuve d'effort, etc...), il est indispensable qu'une personne du service l'accompagne ou que, du moins, la surdité soit clairement signalée (logo sur le dossier; voir page 3 de couverture).

Quartier opératoire: l'anxiété du sourd est à son maximum. La crainte de ne pas comprendre les instructions est vitale et le port du masque chirurgical empêche toute lecture labiale. L'anesthésiste doit être prévenu et, si cela est médicalement possible, parler sans son masque. Notons aussi que le réveil du sourd est plus lent par manque de stimuli auditifs; il faut donc compenser en touchant le patient..

Soins intensifs: dès que possible (même en coma), penser à remettre les appareils auditifs au patient (aide des logopèdes et ORL) afin d'obtenir le maximum de stimuli + contacts par le toucher.





CONCLUSION

De manière générale, le problème est celui de la reconnaissance et du respect des différences. L'hôpital, entreprise citoyenne, se doit de mettre en œuvre les meilleurs moyens de communication envers l'ensemble de la communauté de patients, notamment ceux qui ne partagent pas les mêmes moyens de communication (sourds, malentendants, étrangers, analphabètes).

Les méthodes proposées dans cette brochure conviennent à l'ensemble des situations où une barrière linguistique menace la qualité des soins.

Car il s'agit bien plus d'une barrière de communication que d'un handicap majeur.

Les sourds naissent avec un potentiel sensoriel différent mais aussi riche en potentialités. Leur langue et moyens de communication, leur appréhension du monde sont totalement différents.

Le plus important reste le climat général d'intérêt et de respect pour l'autre.

Tout d'abord

- connaître et reconnaître le problème des sourds et malentendants;***
- s'informer et être sensible à d'autres méthodes de communication.***
- Ensuite, promulguer des solutions au sein du milieu soignant;***

c'est le but de cette brochure et des séminaires de formation qui l'accompagnent.

Mais surtout, donnez vous le plaisir d'apprendre quelques signes de bienvenue et de communication en Langue des Signes; la confiance n'en sera que plus cordiale et efficace.



A. SOURDS ET MALENTENDANTS.

Il existe plusieurs types de sourds.

Si certains problèmes rencontrés sont communs à l'ensemble des sourds, malentendants et déficients auditifs, notamment en hôpital, les solutions et attitudes peuvent différer selon la compréhension du type fondamental de surdité:

1. Les sourds «de naissance»

Un enfant sur 1000 naît totalement sourd

Le diagnostic de surdité est parfois réalisé tardivement et prive dès lors le nourrisson d'attitudes et de précautions qui pourront avoir un effet important sur son développement. Il est donc vital de mettre au point dans les Maternités un **dépistage systématique et précoce de la surdité ou de la déficience auditive des nouveau-nés.**

Parmi les enfants sourds de naissance, la majorité (90%) ont leurs **deux parents «entendants»**; cette situation est la plus difficile à vivre pour les parents et la plus malaisée à gérer pour le développement harmonieux de l'enfant. Un soutien, dépassant de loin les seules solutions techniques (appareillage) est indispensable pour prendre en compte les éléments majeurs psychologiques et sociaux du problème.

A côté des conseils médicaux, un soutien professionnel de personnes compétentes et notamment des associations de parents d'enfants déficients auditifs sont indispensables très vite. Leurs services sociaux et l'expérience de parents complètent harmonieusement l'aide médicale et logopédique. (APEDAF; voir coordonnées en fin de brochure)

On pense de plus en plus que les problèmes culturels, souvent détectés chez les sourds adultes, proviennent en grande partie d'une privation de communication adaptée aux tous jeunes enfants.

Par contre, les enfants sourds de parents sourds «tombent» d'emblée dans la **culture sourde** et développent en général leurs potentialités de manière plus aisée et heureuse.

**Les sourds communiquent en langue des signes; certains oralisent et tous se servent accessoirement de la lecture labiale.
Le moyen de communication idéal et le plus complet est la langue des signes.
Les enfants sourds de parents entendants peuvent utiliser en outre le français signé ou le LPC (Information complémentaire en séminaires); voir «Contacts» page 31).**



ANNEXES

2. Les «devenus» sourds à un âge précoce

Ces personnes ont, au début de leur existence baigné et ont entendu des sons et la parole. Cette assimilation dépend évidemment grandement de l'âge auquel la surdité est apparue. Les résidus auditifs permettent à ces sourds d'**oraliser** plus facilement. Certains, en outre, pour l'aisance de communication utilisent aussi la **Langue des Signes**. Qu'ils adoptent finalement tant ses nuances et spécificité sont adaptées à leur perception du monde.

3. Les devenus sourds tardivement

C'est la grande majorité de notre population. Cette surdité progressive, due notamment au vieillissement, touche et touchera de plus en plus de patients. (cfr chiffres)

Toute une **dynamique négative** entoure cette surdité progressive, faite de sentiment de honte, d'incompréhension, alimentée par les quiproquos, les moqueries, la perte de capacité relationnelle.

La surdité se développant progressivement, des mécanismes compensatoires sont mis en place, parfois le replis sur soi-même et en tout cas la crainte de conversation avec des étrangers.

Très souvent les devenus sourds cachent leur surdité et s'isolent socialement et même familialement; de plus en plus de références bibliographiques insistent sur la nécessité d'**appareillages précoces**.

Il y a une sous évaluation de la prévalence de la surdité même en milieu hospitalier; il y a intérêt à dépister ce problème, à en parler et à encourager les patients à consulter précocement.

Sourds célèbres

Emmanuelle LABORIT

Actrice; MOLIERE de la meilleure actrice

François TRUFFAUT

Cinéaste

P^e Tryphon TOURNESOL

Compositeurs:

Ludwig von BEETHOVEN

Gabriel FAURE

SMETANA

Francesco DE GOYA

Thomas EDISON

Graham BELL

Ecrivains:

Pierre de RONSARD

Henri BERGSON

Sommerset MAUGHAN

W.CHURCHILL



ANNEXES

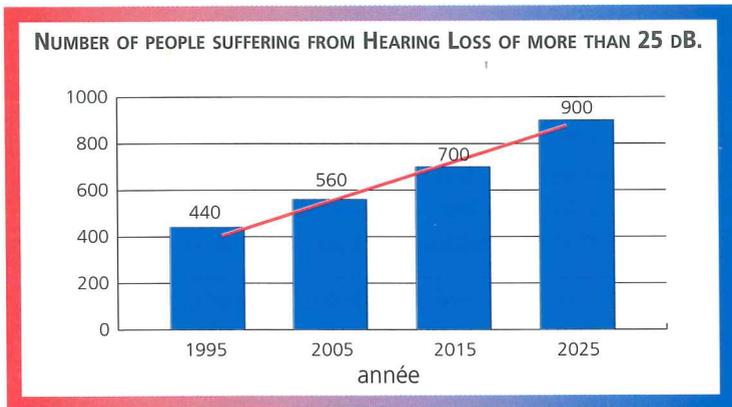
B. CHIFFRES – FRÉQUENCE

(voir www.medical.hear-it.org)

- un BB sourd profond bilatéral pour 1000 naissances.
- À 12 ans: le nombre est de 4 pour mille (infections, dégénérescences)

Population actuelle	monde	30 millions
	Francophones	400.000
	France	200.000
	Belgique FR.	20.000
Langue des signes	100 millions (2 à 3 entendants adoptent la LS pour chaque sourd)	
Malentendants:	France:	4 millions

En augmentation constante par vieillissement de la population et lésions auditives (walkman, discothèques, audio-tuning ...)



British MRC Intitute of Hearing Research.

Projection pour 2005: 560 millions dans le monde.

De plus en plus jeunes: **1 enfant sur 20** en début de scolarité.

Causes:

Atteinte par le bruit	33,70%
Vieillessement	28,00%
Infection Traumatisme	17,10%
Naissance	4,40%
Autres	16,80%



ANNEXES

C. SURDITE = FATIGUE

Les appareils auditifs ne sont pas l'équivalent des lunettes.

Les lunettes apportent une correction instantanée et très réconfortante de la vue. On a donc, tout naturellement, tendance à penser que l'appareil auditif rend de même, l'ouïe parfaite au sourd ou malentendant. Ceci est loin d'être le cas.

L'augmentation d'intensité apportée par l'appareil, même muni de filtres électroniques modernes adaptés au patient, ne rend absolument pas l'ensemble des fréquences et nuances de manière égalitaire. Le son reste une bouillie améliorée, plus intense, mais non dépourvue de fragments de phrases incompréhensibles, de mots perdus.

L'aide de la lecture labiale reste fondamentale et quelle que soit la qualité de l'appareillage, le résultat est de loin meilleur dans la conversation face à face.

Le sourd entend mais ne comprend pas

Conséquences

1. *Le sourd se trouve en permanence dans la situation que vous connaissez sans doute: Se retrouver au milieu d'un groupe conversant dans une langue étrangère que vous ne maîtrisez pas totalement. Certains mots vous échappent: vous compensez le mieux possible par le contexte ou vous souriez d'un air «entendu» et poli sans avoir rien compris. Cette situation est désagréable et fatigante.¹ Après quelque temps, vous vous échappez dans le rêve et vous zappez. Et si plusieurs «étrangers» parlent vite en même temps?*

Quand un médecin dit à un malentendant: «Mais faites un effort pour comprendre!» il ne se rend pas compte de ce qu'il demande alors que tant d'efforts sont déjà faits...

2. La devinette permanente des mots perdus ou déformés amène les *qui pro quo*, le *malentendu*, le *dialogue de sourds*, source inépuisable de moqueries, de mépris ou d'évitement.

Qui ne sourit pas aux dialogues entre le Professeur Tournesol et le capitaine Haddock???

En médecine, ces quiproquos peuvent être fort graves (cfr [SIDA et surdité](#)) car le sourd a tendance à dire qu'il a compris pour ne pas «se faire remarquer». Assurez-vous toujours de la compréhension totale des éléments vitaux de votre conversation.

3. La surdité est particulièrement redoutable au téléphone ou dans toutes les situations où le visage de l'interlocuteur est inaccessible (appels par haut parleur, réponse par interphone, consignes dans le noir en [radiologie](#), [anesthésiste masqué](#), etc...)

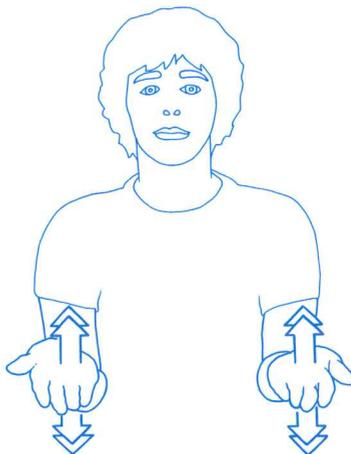


MOTS EN VRAC

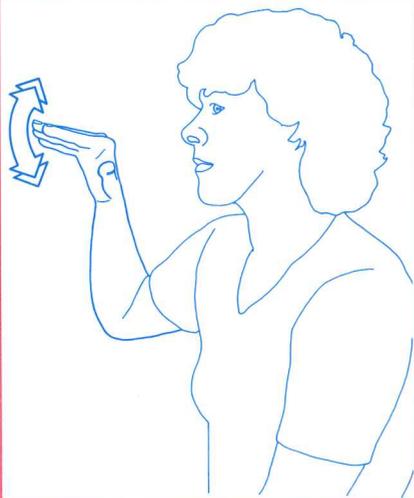
Avec la collaboration du CFLS (Centre Francophone de Langue des Signes)
Toute reproduction est interdite sans autorisation du C.F.L.S.



attendre



aujourd'hui



au revoir

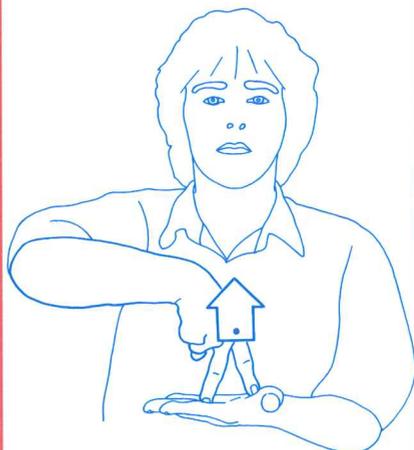


bonjour

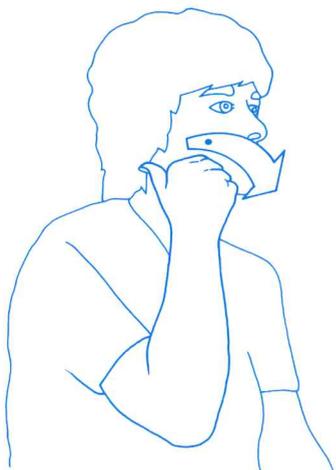




comprendre



debout



demain

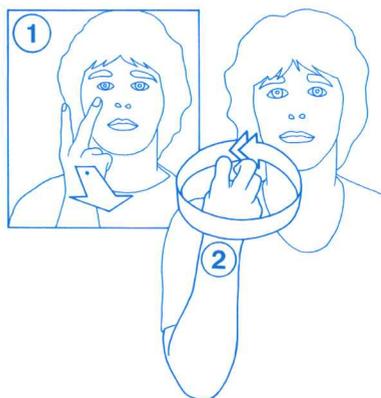


demander





domicile



examiner



fatiguer

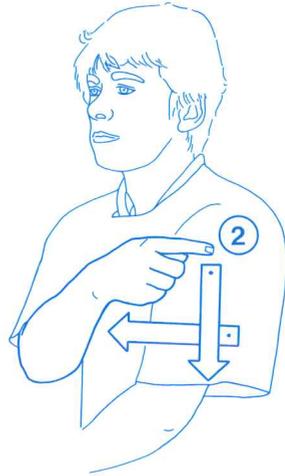


fièvre





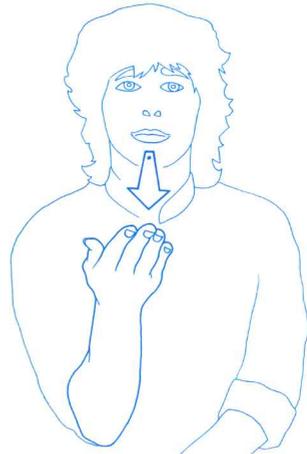
hier



infirmier

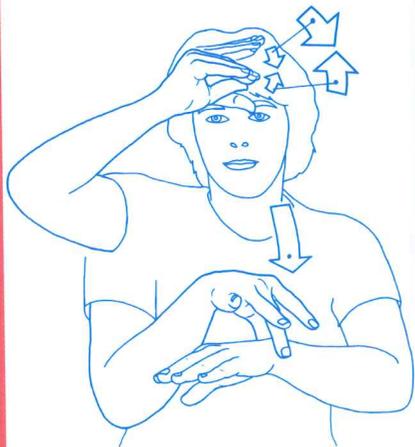


mal



merci

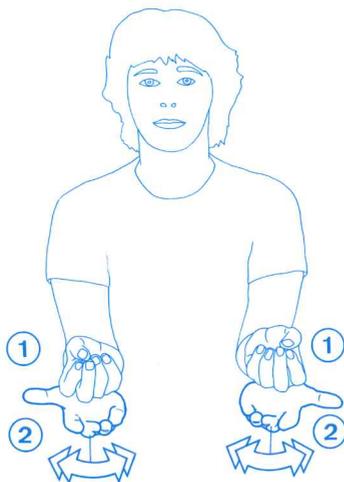




médecin



médicament



où?

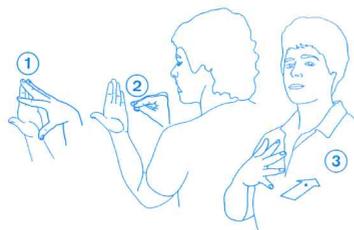


prise de sang





quand?



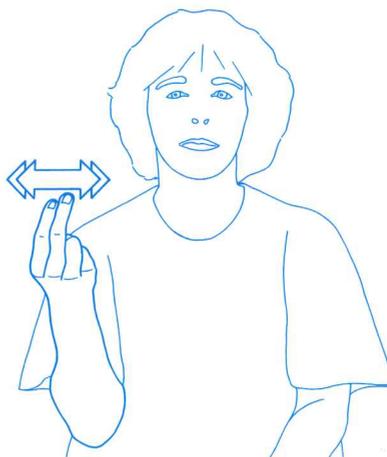
radiographie



rester



soigner



uriner



Bibliographie

- LABORIT, Emmanuelle: «*Le cri de la mouette*»; Robert Laffont; 1994.
- DAGRON, Jean: «*Sourds et soignants, deux mondes, une médecine.*»
 - Réflexions du temps présent; In Press; 1997.
 - Préface de Mme la Ministre M. AUBRY
- LANE, Harlan: «*Quand l'esprit entend; Histoire des sourds muets.*»;
 - Odile Jacobs; 1996.
- POIZAT, Michel; «*La voix sourde*»; Métailié, Paris; 1996.
- GOUST, Jérôme: «*Pour mieux vivre la malentendance au quotidien.*»;
 - Albin Michel; 1998.
- VIROLE, Benoit: «*Psychologie de la surdité*» ouvrage collectif;
 - Deboeck Université; 1996.
- MEURANT, Laurence: «*Quand le verbe se fait geste.*»; UCL; Thèse 1999.
- GIOT, Jean: «*Surdité, différences, écritures; apport de l'anthropologie clinique.*»;
Deboeck Université; colloque 1998.
- HUVELLE, Damien et coll. «*Le langage et l'Homme; projet alpha-signes*»;
 - vol XXXIII, N 4; 1998.
- DIDEROT Denis: *Lettre sur les sourds et les muets*; 1749.
- MONTAIGNE: Les Essais Livre II Chap. XII.

Travaux de fin d'étude 2002:

«*L'infirmière face à une personne malentendante ou sourde*»; D. Homerin; H.E.P.H.O. TOURNAI.

«*Comment améliorer la communication entre le patient sourd et le personnel soignant en milieu hospitalier?*» V. de Meester et Cl. François; ISEI UCL.

«* tre sourde et enceinte dans le milieu médical et paramédical entendant*»; C. Boseret et N. Vernimmen; ISEI UCL.

Sites INTERNET:

FFSB (Fédération Francophone Sourds Belgique): www.ffsb.be

Université Gallaudet: [//gupress.gallaudet.edu](http://gupress.gallaudet.edu) (USA)

Site canadien: www.cvm.qc.ca/dcb/ (Québec)

Site français: www.ivtscs.org

Site Suisse (statistiques): www.medical.hear-it.org

Site belge: www.ceplus.net/fr/realisations/signum.html

pierre.leleux@skynet.be



Contacts

FFSB

(Fédération Francophone des Sourds de Belgique) Fédération regroupant les associations de sourds (voir la liste et contacts pour les provinces sur le site; liste cours en Langue des Signes www.ffsb.be); Centre de Documentation.

Rue Van Eyck, 11a; 1050 BRUXELLES; 02 644.69.01 Fax: 02 644.68.44

CREE

Service de Jeunesse spécialisé pour sourds; animation et formation.

Av. P. Hymans, 251 1200 Bruxelles; 02 762.57.30 Fax: 02 762.47.06.

APEDAF

(Association des Parents d'Enfants Déficients Auditifs); service social, groupes de contact, publications d'aide aux parents. 02 644.66.77 Fax: 02 640.20.44.

CSS

(Centres de Santé pour Sourds): Problèmes de Santé et Surdité; aide dans les hôpitaux; liste des soignants comprenant la Langue des Signes. 02 640.05.60 (tel. et fax) Pour les informations en provinces, contacter le CSS

Maison Médicale d'Anderlecht

Av. Clémenceau 98; 1070 BRUXELLES. Fax: 02/521.38.19

Centre Planning familial Boistfort

Av. L.WIENER 64; 1170 BRUXELLES. Fax: 02/673.67.20

Séminaires de formation au personnel soignant (sur demande)

Dr P.Leleux 0496 54.84.43.

ÉDITEUR RESPONSABLE

Dr Pierre LELEUX, Vice Président C.S.S. 0496/54.84.43.

Clinique de Belc il rue d'Ath, 17; B7970 BELOEIL

ICONOGRAPHIE

Mr Cédric De Jonghe pour les illustrations de «situations».

C.F.L.S. pour les dessins de Langue des Signes (reproduction interdite).

Rue des Palais d'Outre Ponts, 458 – 1020 Bruxelles – Fax: 02/478 448

Imprimeur: Bietlot – Gilly.



Une femme sourde raconte son expérience en hôpital et centre de revalidation

"Je suis une femme sourde de 32 ans. J'ai eu une thrombose cérébrale. Je vais vous raconter ce qui s'est passé et les difficultés et problèmes que j'ai eu en tant que personne sourde au point de vue de la communication. Dès que nous sommes arrivés à l'hôpital, nous avons eu des problèmes de communication. Mon mari et mon amie étaient encore à mes côtés. Mon amie n'arrivant pas à comprendre le docteur car il utilisait des mots que nous ne connaissions pas. En hospitalisation, pour les besoins urgents je devais appeler l'infirmière. Mais lorsque l'infirmière était là près de mon lit, elle repartait tellement vite que je ne la voyais pas. Parce que je suis sourde et que j'étais à moitié aveugle, je ne voyais pas l'infirmière entrer. Un autre problème c'est lorsque le médecin venait dans ma chambre pour me demander si tout allait bien, je voulais savoir des choses sur mon état. Je voulais savoir comment évoluait la situation mais il utilisait des mots trop compliqués. Le docteur venait toujours l'avant midi mais alors mes parents n'étaient pas là pour m'aider et me traduire.

Lorsque l'infirmière venait me chercher pour aller à un examen, je ne savais pas à quel examen j'allais ni où j'allais. L'infirmière me disait que je devais l'accompagner pour faire un examen mais je ne comprenais pas quel examen. Radiographie ou autre chose ? Pendant l'examen je devais avaler une caméra et c'était surprenant. La chambre dans laquelle j'étais était très sombre; j'avais des difficultés à lire sur les lèvres. Sans m'expliquer, ils poussèrent la caméra dans la gorge et je devais l'avalier. Mais j'étais paniquée; je crachais la caméra hors de ma bouche. Cela arriva 3 fois en suivant puis on arrêta l'examen sans rien m'expliquer.

Après environ 10 jours arriva une infirmière qui connaissait la langue des signes. Elle faisait un stage dans le cadre de sa formation d'interprète. Elle venait tous les jours me demander si je voulais savoir quelque chose ou comment j'allais. Lorsque le docteur passait faire sa ronde et que je ne l'avais pas bien compris je faisais appel à la stagiaire interprète et elle me traduisait ce qui a été dit ainsi je comprenais. J'étais contente qu'elle travaillait là. Elle venait toujours chez moi à midi ou pendant la pause. Ainsi j'avais moins de problème de communication.

Elle m'expliqua l'examen d'endoscopie et la nécessité de voir mon cœur par la caméra à avaler. Elle m'accompagna et l'examen se déroula sans problème car je comprenais ce qui allait se passer.

En revalidation:

Pendant la logopédie et l'ergothérapie, il n'y avait pas de gros problèmes. Lorsqu'on me montrait ce que je devais faire, je parvenais à les comprendre. Lorsque les explications étaient trop longues là j'avais un problème parce que je ne comprenais pas tout.



J'attendais que la stagiaire vienne pour m'expliquer; un interprète ? : que va faire l'interprète pendant que je fais l'exercice ? Alors je ne la faisais pas venir bien que j'en aie besoin. C'est pour cela que je trouve mieux que ce soit quelqu'un du centre de revalidation qui connaisse la langue des signes. Quelqu'un de l'ergo ou de la logopédie qui connaîtrait la langue des signes, ce serait mieux.

Le docteur faisait sa ronde une fois par semaine. Lorsqu'il venait me parler, il avait les mêmes problèmes de communication. Il me comprenait bien, mais moi je le comprenais avec difficulté. S'il y avait un interprète, on pourrait parler ensemble de l'évolution de mon corps. Je trouve cela très important, c'est un droit de savoir. Ainsi le docteur parlerait, l'interprète interpréterait et l'on saurait ce qui ne va pas. Parfois le médecin vient me voir et je ne comprends rien à ce qu'il me veut. C'est vraiment un problème sérieux.

Auprès du service social je retrouvais le même problème: j'arrivais difficilement à comprendre mais les personnes, elles me comprenaient bien. C'était toujours la même chanson.

Pour cela, je voudrais que dans les hôpitaux et les maisons de revalidation, des interprètes soient mises à disposition

J'espère que vous et d'autres sourds puissent lire mon expérience afin de ne plus rencontrer ces problèmes de communication.

Je voudrais remercier toutes les personnes qui m'ont aidée (infirmières et médecins) mais, souvent, ils ne savaient pas comment faire et l'hôpital n'avait rien prévu

Je ne parle pas simplement de moi et pour moi. Les docteurs, les infirmiers et les autres ont eu beaucoup de chance de pouvoir me comprendre car j'oralise mais il y a beaucoup de sourds qui ne savent pas bien parler, alors ?

Après ce séjour en hôpital et en maison de revalidation, j'ai averti le médecin de la mutuelle. Il parlait très vite et m'a demandé pourquoi ma mère était là. Ma mère dit que c'était pour traduire et m'aider pour la communication. Le docteur répondit que les sourds savaient lire sur les lèvres. Ma mère répondit que les sourds connaissaient mieux la langue des signes que lire sur les lèvres, mais le médecin parlait de plus en plus vite et ma mère n'avait aucune chance de pouvoir tout traduire. Je trouve cela scandaleux ! "



Et maintenant, réfléchissons ...



Comment pouvez-vous améliorer vous-même la communication?

- 1. Rechercher un endroit calme; faire la chasse aux bruits parasites; ne pas parler à plusieurs en même temps.*
- 2. Se placer en plein jour; pas à contre-jour ni dans la pénombre. Ne pas hésiter à allumer la lumière;*
- 3. Regarder toujours le malentendant en lui parlant. En particulier, ne pas travailler sur un dossier ou autre activité qui ferait baisser la tête ou se retourner; attirer son attention avant de commencer à parler;*
- 4. Essayer de parler posément et un peu plus fort. Mais ne pas crier!*
- 5. Se garder de la tendance naturelle de crier à l'oreille du malentendant. Ce faisant, les lèvres ne sont plus visibles et on l'assourdit encore plus;*
- 6. Si un mot ou une phrase n'ont pas été compris, il est bien souvent inutile de répéter à l'identique; répéter la phrase sous une autre forme;*
- 7. Chaque personne a sa façon d'articuler. L'habitude est un facteur essentiel de compréhension. Si un malentendant vous comprend mieux au 3^e entretien qu'au 1^{er}, ne pas en tirer la conclusion hâtive qu'il entend quand il veut bien ! Il s'est simplement habitué à votre façon de prononcer;*
- 8. Écrire les noms propres et les chiffres importants (maladies, médicaments, posologie);*
- 9. Ne pas hésiter à appuyer son discours par des gestes et l'expression du visage.*
- 10. Respecter la charte du patient sourd ou malentendant*

(d'après: de Meester et François (TFE UCL 2002))



CHARTE DU PATIENT SOURD OU MALENTENDANT (EXTRAIT)

Je souhaite pouvoir bénéficier des mêmes devoirs et droits que tous les autres patients.

Je ne désire pas être considéré comme un handicapé mais comme différent par ma perception sensorielle.

Je souhaite obtenir des informations sur ma santé, le déroulement des examens, sur le traitement d'une manière adaptée et intelligible pour moi.

Je dois bénéficier du droit au consentement éclairé par une explication complète de mon cas médical et de la possibilité d'exprimer ainsi mes choix.

Je veux bénéficier de la discrétion médicale la meilleure par un contact direct avec le corps médical en évitant les intermédiaires familiaux si je le souhaite.



