

Travail de Bachelor

Il/Elle ne m'entend pas, je ne parle pas la langue des signes.

Comment réussir à communiquer ?

Accès aux soins et communication
entre la communauté sourde et le personnel soignant.

Revue de la littérature

Réalisé par : Jelissa Cavalera

Promotion : Bachelor 15

Sous la direction de : Anne-Sylvaine Héritier

Lieu et date : Sion, le 11 juillet 2018

1 Résumé

Ce travail s'intéresse à l'accès aux soins et à la communication entre la communauté sourde et le personnel soignant. Il met en lumière les difficultés rencontrées dans un contexte hospitalier. Les handicaps auditifs augmentent dans le monde entier. En Suisse, cela concerne 62'000 personnes. L'importance du sujet est liée aux méthodes de communication inconnues des soignants, ainsi des barrières que cela implique et l'impact sur la prise en charge et la santé de la personne sourde.

Pour réaliser cette revue de la littérature, des bases de données scientifiques ont permis de sélectionner six études entre septembre 2017 et janvier 2018. Leurs critères d'inclusion étaient : d'être disciplinaires ; toucher une population spécifique ; porter sur la prise en charge hospitalière de sourds ; exposer les difficultés bilatérales rencontrées lors de celle-ci ; proposer des ressources pour y remédier ; publiées officiellement entre 2012 et 2017, en anglais et en français.

Les principaux résultats sont tirés de leur analyse. Elle permet d'identifier les besoins bilatéraux en matière d'accès aux soins et de communication. Afin de pouvoir assurer une prise en charge optimale, la planification d'une consultation avec un interprète est recommandée. Cela dit, comment réagir face à l'urgence ?

Ce travail expose plusieurs pistes d'amélioration, notamment en matière de connaissances sur la surdité, sa langue et sa culture. De plus, elle propose diverses actions en matière d'accessibilité, de communication, de formation et de pratique, dans le but d'assurer une prise en soins adéquate et dans la compréhension de l'autre.

Mots-clés : accès aux soins, communication, hospitalisation, interprétariat, langue des signes, soins infirmiers, surdité.

2 Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui ont inspiré ce travail, soit la population sourde et particulièrement Mme Céline Steiner, l'agente en information documentaire de la médiathèque santé de la HES-SO Valais-Wallis de Sion.

Je remercie Madame Anne-Sylvaine Héritier pour son aide, sa disponibilité, ses commentaires et son soutien.

Merci aussi aux personnes qui m'ont aidée dans la rédaction de ce travail et qui ont pris le temps pour une relecture critique et pertinente.

Merci finalement à mes proches, qui m'ont soutenue durant cette ultime expérience que représente un Bachelor en soins infirmiers.

3 Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation **Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers** à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date :

Signature

Table des matières

1	Résumé	2
2	Remerciements.....	3
3	Déclaration.....	4
4	Introduction	1
4.1	Problématique.....	2
4.1.1	Définition générale du problème	2
4.1.2	L'explication de l'importance du problème	3
4.1.3	L'état de la question.....	3
4.2	Question de recherche.....	5
4.3	But de la recherche	5
5	Cadre théorique.....	5
5.1	La surdité	6
5.1.1	Anatomie et physiologie de l'oreille	6
5.1.2	Définition et grades de la surdité.....	6
5.1.3	Types et causes de surdité	7
5.1.4	Surdité VS Malentendance	8
5.2	Déficiance auditive, incapacité et handicap.....	9
5.3	La communication	10
5.4	La langue des signes : histoire, culture et pratique.....	12
5.5	Moyens de communication d'une personne sourde.....	13
5.6	La législation face à l'accès aux soins.....	15
5.7	Déontologie de l'Hôpital du Valais face aux incapacités auditives	16
6	Méthode.....	17
6.1	Devis de recherche	17
6.2	Collecte des données.....	18
6.3	Sélection des données.....	19
6.3.1	Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.....	19
6.3.2	Pyramide des preuves	20
6.3.3	Considérations éthiques	20
6.4	Analyse des données.....	21
6.5	Tableau des six études retenues pour cette revue de la littérature	23

7	Résultats	24
7.1	Description de l'Etude 1	24
7.1.1	Validité méthodologique.....	25
7.1.2	Pertinence clinique	26
7.1.3	Utilité pour la pratique professionnelle	26
7.2	Description de l'étude 2.....	27
7.2.1	Validité méthodologique.....	28
7.2.2	Pertinence clinique	28
7.2.3	Utilité pour la pratique professionnelle	29
7.3	Description de l'étude 3.....	29
7.3.1	Validité méthodologique.....	31
7.3.2	Pertinence clinique	32
7.3.3	Utilité pour la pratique professionnelle	32
7.4	Description de l'étude 4.....	33
7.4.1	Validité méthodologique.....	34
7.4.2	Pertinence clinique	34
7.4.3	Utilité pour la pratique professionnelle	35
7.5	Description de l'étude 5.....	35
7.5.1	Validité méthodologique.....	36
7.5.2	Pertinence clinique	37
7.5.3	Utilité pour la pratique professionnelle	38
7.6	Description de l'étude 6.....	38
7.6.1	Validité méthodologique.....	40
7.6.2	Pertinence clinique	41
7.6.3	Utilité pour la pratique professionnelle	41
7.7	Synthèse des principaux résultats	41
8	Discussion	43
8.1	Discussion des résultats.....	43
8.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	45
8.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	46
9	Conclusions.....	47
9.1	Propositions pour la pratique.....	47
9.2	Propositions pour la formation.....	48
9.3	Propositions pour la recherche.....	49
10	Bibliographie.....	51

11	Annexes.....	I
11.1	Annexe I – Tableaux de recension.....	I
11.2	Annexe II : Glossaire général et glossaire méthodologique	VII
11.2.1	Glossaire général	VII
11.2.2	Glossaire méthodologique.....	XII
11.3	Annexe III : Autres annexes.....	XIX
11.3.1	Anatomie de l'oreille	XIX
11.3.2	Voies auditives	XX
11.3.3	Anatomie de la cochlée	XXI
11.3.4	Réseaux hypothétiques du traitement mnésique	XXII
11.3.5	Implant cochléaire : un appareillage pour les surdités profondes	XXIII
11.3.6	Infographie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les incapacités et la réadaptation	XXIV
11.3.7	Schéma récapitulatif de la qualité des soins de l'Observatoire valaisan de la santé (OVS)	XXV
11.3.8	Affiche « Voir pour comprendre » de la Fédération suisse des sourds (FSS)	XXVI
11.3.9	Stratégie 2016-2020 de la Fédération Suisse des Sourds (FSS).....	XXVII

4 Introduction

La surdité^a est un handicap présent dans notre société mais invisible au premier abord. Le Larousse (Jeuge-Maynard, 2013) la définit comme étant « une perte ou un affaiblissement du sens de l'ouïe » (p.1105). Selon l'auteur Sacks (1990), la surdité n'est pas uniquement un problème organique mais un problème socioculturel. C'est-à-dire que, comme chaque handicap*, le problème de la surdité n'est pas uniquement lié à l'individu sourd mais également à son environnement. Le fait qu'il soit non visible influence la considération de la population envers les personnes sourdes par un manque d'investissement au niveau social, psychologique et physique. Être sourd ne pose pas de problème au sein d'une communauté* de sourds, la problématique apparaît dès qu'il est confronté à une société majoritairement entendante et que celle-ci n'est pas adaptée à l'accueillir.

Selon un pronostic de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017^a) daté de 2012, les troubles de l'ouïe compteront en 2030 parmi les restrictions de la qualité de vie les plus répandues. Les raisons de cette invalidité sont d'origines diverses, telles que la génétique, les maladies infectieuses, les complications à la naissance, les infections chroniques de l'oreille, certains médicaments, le bruit extrême ou encore le vieillissement.

Alors, comment réussir à communiquer quand le monde soignant, composé de médecins, d'infirmiers-ères, d'assistants-es en soins et santé communautaire, de physiothérapeutes, de diététiciens-nes, se retrouve face à une population souffrant de problèmes d'ouïe, celle-ci étant représentée à 0.9% en Suisse, soit un nombre de 62'000 personnes ? (Office Fédéral de la Statistique, [OFS], 2012).

Le thème central de ce travail est de déterminer comment établir une communication entre une personne sourde et des professionnels de la santé ne parlant pas la langue des signes française (LSF). L'importance du sujet est liée aux méthodes de communication, telles que la LSF, le langage parlé complété (LPC), le bilinguisme ou encore le recours à un interprète en LSF ou en LPC, inconnues du personnel soignant alors que les handicaps auditifs augmentent dans le monde entier.

« Derrière l'apparence d'une barrière infranchissable, la richesse de la communication humilie nos certitudes d'une normalité sensorielle seule fondatrice de la relation humaine » (Dagron, 2008, p.5)

^a Tous les mots suivis d'un « * » sont définis dans le glossaire général se trouvant en Annexe II (dès p.VII)

4.1 Problématique

4.1.1 Définition générale du problème

Selon un pronostic de l'OMS (2017^b), « les troubles de l'ouïe compteront en 2030 parmi les restrictions de la qualité de vie les plus répandues ». En effet, en 2012, l'OMS publia des estimations sur l'ampleur de la perte auditive invalidante. Elles se basent sur un examen de 42 études de la population réalisées jusqu'en 2011. Les estimations sont les suivantes : Il existe 360 millions de personnes dans le monde avec une perte auditive invalidante. Les adultes représentent 328 millions, soit le 91% dont le 1/3 des personnes ont plus de 65 ans. Les 32 millions de personnes restantes sont des enfants à 9%. A noter que la prévalence de la perte auditive de l'adulte et de l'enfant concerne principalement l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne, notamment en lien avec le revenu moyen du pays et l'analphabétisme. Les raisons de cette invalidité sont d'origines diverses, telles que la génétique, les maladies infectieuses, les complications à la naissance, les infections chroniques de l'oreille, certains médicaments, le bruit extrême ou encore le vieillissement ».

La Fédération Suisse des Sourds* (FSS, s.d) indique dans une Factsheet, que selon l'étude de l'OMS datant de 2012, environ 70'000 millions de personnes au monde sont sourdes. En Suisse, environ 10'000 personnes sont sourdes de naissance ou atteintes d'un déficit auditif grave ; presque toutes ces personnes utilisent la langue des signes dans leur quotidien. Elle mentionne aussi que la communauté de la langue des signes compte un minimum de 20'000 personnes en Suisse. Ce chiffre, datant de 2016, se base sur le nombre de personnes sourdes et malentendantes, ainsi que leurs proches, ayant fréquenté un cours de la LSF auprès de la FSS. L'état des lieux de l'épidémiologie* suisse démontre l'importance du sujet traité.

Les limitations de l'ouïe, importantes ou complètes, sont considérées si l'on se réfère aux statistiques de l'OFS (2012), comme un handicap. Celui-ci le définit comme étant « un problème de santé qui affecte les fonctions et les structures anatomiques de la personne, sa capacité à réaliser certaines activités ou ses performances dans un environnement social ». Cela signifie que le handicap n'est pas qu'un problème biologique mais également un problème social.

Le but de ce travail est d'offrir des solutions afin de garantir un accès aux soins et une relation thérapeutique adéquate afin de prévenir des maladies ou accidents et promouvoir la santé auprès de la communauté sourde.

4.1.2 L'explication de l'importance du problème

L'auteur Dagrón (1999) propose une démarche de réflexions et d'actions par différentes relations. Premièrement, celle entre individus. « Le recours aux soins des sourds ne peut être étudié que dans le rapport à l'autre, soit l'entendant » (p.14). Celui-ci prend alors conscience à son tour qu'il devient sourd et constate que la langue des signes oblige à se regarder dans les yeux et permet de retrouver la communication profonde par le corps. Deuxièmement, la relation à la société. Les relations avec les sourds mettent en lumière les fonctionnements des services publics. Par exemple, une sous-estimation des facteurs linguistiques dans la ségrégation sociale. Ce terme sociologique est défini par le Larousse (Jeuge-Maynard, 2013) comme ; « Processus par lequel une distance sociale est imposée à un groupe du fait de sa race, de son sexe, de sa position sociale ou de sa religion, par rapport aux autres groupes d'une collectivité » (p.1052). Troisièmement, la relation au système de santé dans lequel l'efficacité de la médecine est conditionnée par l'application des droits de l'homme, le droit à l'information et à la confidentialité.

Selon Pellion (2001), la symétrie du handicap cité ci-dessus est en partie rompue si le sourd a été « oralisé ». Cela signifie qu'il a suivi un apprentissage adéquat lui permettant de parler. La personne sourde arrivera à se faire entendre par la personne entendante et cette dernière sera comprise uniquement si l'interlocuteur sourd sait lire sur les lèvres. On parle alors de symétrie partiellement brisée. Pour que celle-ci soit totalement levée et dite partagée, c'est une langue gestuelle, nommée langue des signes qui est la clé. Ainsi, le sourd s'exprime dans sa propre langue et met son interlocuteur en position de « sourd-muet » incapable de se faire entendre, puisque le sourd ne peut s'exprimer verbalement et que sa gestuelle est inconnue de l'entendant. Ceci met en évidence la difficulté de communication et les frustrations bilatérales qui en découlent (p.28).

La culture sourde, dont l'emblème est la langue des signes, apporte à la civilisation une langue qui prouve que sa capacité sémiotique* est présente chez tout homme qui veut s'exprimer, lorsqu'un déficit sensoriel lui barre l'accès au développement habituel. Qu'en est-il lors d'une consultation ou d'hospitalisation ?

4.1.3 L'état de la question

L'accès aux soins débute par l'accueil. Celui-ci devient sensé pour une personne sourde que si le personnel soignant est apte à le recevoir. Pourtant la plupart n'a pas connaissance de la LSF. En Suisse, l'Association S5 (Soo5, 2015) fournit un annuaire des lieux accessibles en langue des signes. 4 hôpitaux proposent les services de personnel soignant comme des médecins internes, des physiothérapeutes ou encore un radiologue.

A noter que de ces 4 établissements, aucun n'est valaisan. En effet, il s'agit de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, celui de Loex à Bernex, celui d'Aigle ainsi que du Centre Universitaire Vaudois (CHUV). Cependant, un médecin établi à Monthey pratique la LSF à son cabinet. Cela dit, l'Office fédéral de la statistique (OFS ; 2015^a) rédigea une statistique médicale des hôpitaux suisses avec un état au 23 mars 2017. Elle indique le nombre de personnes atteintes de surdité ayant fréquenté un hôpital durant l'année 2015. Les résultats sont les suivants : vingt personnes pour une surdité bilatérale de transmission (n=20), soixante-neuf pour une surdité unilatérale de transmission (n=69), soixante-et-une pour une surdité neurosensorielle bilatérale (n=61), quinze pour une surdité neurosensorielle unilatérale (n=15), seize pour une surdité bilatérale mixte (transmission et neurosensorielle) (n=16) et finalement onze pour une surdité unilatérale mixte (n=11). Les différents termes utilisés et spécifiques à la surdité seront expliqués dans la partie du cadre théorique, dans la section surdité. La moyenne de la durée d'hospitalisation est de 2.1 à 2.6 jours considérant la date d'entrée et de sortie. Ainsi, la proportion de personnes sourdes hospitalisées ainsi que la durée de leur hospitalisation n'est pas négligeable, que ce soit en matière d'accès aux soins et de communication.

Dans son ouvrage, Pellion (2001) souligne qu'un sourd ne vient que rarement seul et fait appel à une tierce personne permettant la communication. Il s'agit le plus souvent d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un interprète en LSF (p.65). A partir de ce constat, qu'en est-il des droits des patients mentionnés plus haut, notamment le respect du droit à l'information et de la confidentialité ?

A ce sujet, Dagron (1999) s'interroge : « Combien d'entendants supporteraient ce que l'on demande aux sourds : exprimer toutes ses préoccupations intimes devant ses proches ? » (p.62). De ce fait, « combien de sourds n'ont pas recours aux soins parce que le système de santé ne garantit pas la confidentialité ? » (p.62). A noter, qu'il n'y a aucun moyen d'assurer la qualité de l'interprétariat* et que la fiabilité de celle-ci peut être remise en compte.

De ce fait, lorsque les soignants se retrouvent face à un problème de communication s'ils ne parlent pas la LSF, le monde sourd et celui entendant se retrouvent alors en confrontation. Celle-ci est polymorphe puisqu'elle touche l'épidémiologie, la considération du patient dans ses 4 dimensions (bio-psycho-socio-spirituelle), l'économie, les droits humains et l'éthique.

Basé sur les explications de la problématique ainsi que sur le constat ci-dessus, ce travail va chercher à savoir ce qui limite l'accès aux soins aux personnes sourdes et entrave la communication entre le personnel soignant et la communauté de la langue des signes.

4.2 Question de recherche

Quelles sont les techniques de communication existantes vis-à-vis de la communauté sourde et quelles sont celles utilisées par les infirmiers-ères au sein des hôpitaux afin d'améliorer leur accessibilité aux soins, la qualité de la relation thérapeutique et leur prise en charge afin de promouvoir leur santé et prévenir les maladies ?

4.3 But de la recherche

Les objectifs de cette recherche sont :

- D'identifier les différents problèmes de communication que rencontrent tant les patients que le personnel soignant face à la surdité.
- De nommer et d'examiner les différentes ressources de communication actuellement existantes connues et méconnues du personnel soignant.
- De créer une prise de conscience quant à l'accessibilité, la prise en charge ainsi que la promotion et la prévention en matière de santé d'une personne sourde.
- De proposer des stratégies de communication, à travers des protocoles et particulièrement celui du recours à un interprète professionnel dans le but de parvenir à une amélioration de la qualité des soins et à une prise en charge optimale de ces patients en milieu hospitalier.

5 Cadre théorique

Plusieurs concepts sont nécessaires pour établir un cadre théorique permettant de traiter de la question complexe de l'accès aux soins et de la communication entre le personnel soignant et une personne sourde. Des connaissances relatives à la surdité semblent pertinentes au vu de la thématique de ce travail. Le concept de déficience, incapacité et handicap est abordé. La communication est un sujet traité, tout comme la langue des signes qui inclut son histoire, sa culture ainsi que sa pratique. Pour compléter celle-ci, il est congruent de discuter des moyens de communication utilisés par les personnes sourdes. L'aspect législatif (droits et accès aux soins) figure parmi les concepts théoriques, tout comme la déontologie de l'Hôpital du Valais.

5.1 La surdité

5.1.1 Anatomie et physiologie de l'oreille

Afin de comprendre le terme surdité, il est proposé une base théorique au sujet du système auditif¹. Les explications qui suivent sont tirées du livre de Jarvis (2009). Anatomiquement et physiologiquement, l'homme est doté de deux oreilles, organe sensoriel qui permet d'entendre et de maintenir l'équilibre. L'oreille est constituée de trois parties ; externe, moyenne et interne. C'est l'oreille interne qui abrite les organes sensoriels de l'équilibre et de l'audition. L'audition² comporte trois niveaux ; le périphérique, le tronc cérébral et le cortex cérébral.

5.1.2 Définition et grades de la surdité

Selon l'*Encyclopédie Médicale* de Beers (2007), l'hypoacousie est le déficit de la fonction auditive. Lorsque celle-ci est importante, le terme surdité est employé.

Jarvis (2009) indique que la perte de l'audition est dite de conduction, lorsqu'elle implique le dysfonctionnement mécanique de l'oreille externe ou moyenne. En cas de perte auditive partielle, l'amplitude du son se majore et atteint le nerf auditif de l'oreille interne. Elle est causée par l'accumulation de cérumen, la présence d'un corps étranger ou de pus, une membrane tympanique perforée et d'une otosclérose. La perte de l'audition est pathologique lorsqu'elle est neurosensorielle. Causée par une presbyacousie (perte des sons aigus), elle est aussi nommée surdité de perception. En effet, elle touche l'oreille interne, le nerf crânien VIII ou les voies auditives du cortex cérébral. De ce fait, une augmentation de l'amplitude du son n'est pas entendue. Enfin, la perte auditive peut être mixte, addition de la perte de conduction et neurosensorielle.

L'organisation mondiale de la santé (OMS, 2018^a) distingue la perte auditive de la surdité ;

On parle de perte d'audition lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 25 décibels (dB) ou mieux dans les deux oreilles. La perte d'audition peut être légère, moyenne, sévère ou profonde. Elle peut toucher une oreille ou les deux et entraîner des difficultés pour suivre une conversation ou entendre les sons forts.

Elle définit la surdité comme étant une perte de l'audition profonde. Cela signifie que la personne sourde n'entend plus ou pratiquement pas. De ce fait, elle communique avec la langue des signes.

¹ Schéma de l'anatomie de l'oreille en Annexe III (p. XIX)

² Schéma des voies auditives en Annexe III (p. XX)

Goust (2014) écrit un livre apportant les informations et conseils utiles pour mieux vivre et accompagner la malentendance à tous les âges, dans la vie quotidienne, sociale et professionnelle. Les propos qui suivent sont tirés de son ouvrage. Le diagnostic médical de la surdité est établi en délimitant des niveaux de baisses auditives, mesurés par les audiogrammes. Cela signifie que la mesure porte sur des capacités de perception des sons bruts qui se calcule en faisant la moyenne des pertes (en décibels) sur des niveaux de quatre fréquences (500 ; 1000 ; 2000 ; 4000 Hertz). On parle de « surdité » légère de 20 à 40 dB, moyenne de 40 à 70 dB, sévère de 70 à 90 dB et profonde ou totale au-delà de 90 dB. Ces niveaux ne concernent que les strictes capacités de perceptions (p.25-26).

5.1.3 Types et causes de surdité

Dans leur ouvrage, Marieb et Hoehn (2010) définissent les déséquilibres homéostatiques par la surdité de transmission et celle de perception. La première résulte de la propagation des vibrations jusqu'aux liquides de l'oreille interne. En cas d'obstruction du méat acoustique ou de perforation tympanique, la transmission des vibrations jusqu'aux osselets sera empêchée. Les causes les plus fréquentes de la surdité par transmission sont l'otite moyenne (inflammation de l'oreille moyenne) et l'otospongiose, une maladie héréditaire qui fusionne les osselets sur prolifération du tissu osseux. Le son est alors envoyé aux récepteurs par les os du crâne, diminuant sa perception.

La surdité de perception est consécutive aux lésions des structures nerveuses qui se situent entre les cellules ciliées et les neurones des régions auditives du cerveau. La perte graduelle des cellules sensorielles ciliées de l'audition cause généralement cette surdité de perception. Ces cellules peuvent être abîmées en cas d'exposition prolongée et intense à un bruit assourdissant. Peuvent en faire autant, les lésions dégénératives du nerf cochléaire³, les accidents vasculaires cérébraux et les tumeurs si elles touchent les régions auditives. A noter qu'en vieillissant, les cellules sensorielles ciliées dégèrent irréversiblement. Il y a détérioration de l'audition liée à la calcification des osselets. Appelée presbycusie, ce déclin de la surdité de perception est liée à la sénescence. Cependant, elle se répand chez les jeunes, vivant dans un monde bruyant. La formation de l'oreille débute à la troisième semaine de vie d'un embryon. Les anomalies congénitales existent. Elles peuvent provenir d'une malformation ou de l'absence des pavillons ou encore être consécutives d'une obstruction ou à l'absence des méats auditifs externes. Lors du premier trimestre de la grossesse, une rubéole contractée entraîne souvent une surdité de perception de l'enfant. Au niveau pharmacologique, un des effets indésirables de l'acide acétylsalicylique est l'acouphène. Celui-ci est défini comme étant un tintement perçu dans l'oreille

³ Schéma de l'anatomie de la cochlée en Annexe III (p.XXI)

en l'absence de stimulus auditif. L'acouphène fait partie des symptômes du syndrome de Ménière (trouble du labyrinthe touchant les trois parties de l'oreille interne). Nuisant l'audition, il va jusqu'à l'abolir. L'équilibre sera alors perturbé, entraînant des crises répétées de vertiges ainsi que de nausées et vomissements.

Selon le manuel de codage médical de l'OFS (2015^b) les maladies de l'oreille se distinguent entre la catégorie « surdité de transmission et neurosensorielle (H90.-) » et celle « d'autres pertes de l'audition (H91.-) » dans la section So801a Problèmes d'ouïe et surdité.

5.1.4 Surdité VS Malentendance

Les explications qui suivent permettent de ne pas confondre malentendance et surdité, deux réalités totalement différentes. Ce concept est tiré de l'ouvrage de Goust (2014). « La personne sourde (profonde ou totale) de naissance ou précoce (avant la maîtrise du langage) est effectivement sourde : la surdité est sa nature originelle, sa normalité, à partir de laquelle va se construire sa personnalité » (p.24-25). Sa mémoire auditive étant inexistante, elle développera, par compensation, une mémoire visuelle.

Celle-ci, selon Marieb et Hoehn (2010), se traduit par un traitement mnésique. Cela signifie qu'à partir de stimulus externes, notre cortex cérébral utilise les récepteurs et organes des sens pour créer une mémoire automatique. Après avoir traité les influx, ceux-ci passeront de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme sous l'influence de l'état émotionnel de la personne, de la répétition des données favorisant le stockage de l'information, de l'association (liens établis entre les nouvelles données et celles du stockage) permettant la mémorisation des faits et finalement, de la mémoire automatique qui n'est pas uniquement faite d'impressions conscientes. De plus, il existe 4 catégories de la mémoire⁴; la mémoire déclarative, la procédurale, la motrice et l'émotionnelle. Ce sont l'exercice et la pratique qui permettent d'acquérir ces types de mémoires. Ainsi, c'est en exerçant une habileté motrice que nous la mémorisons. A noter que ; « les souvenirs visuels seraient stockés dans le cortex occipital » (p.535).

Selon Goust (2014), un mode de communication sera alors choisi par les parents en ce qui concerne leur enfant sourd ; l'oralisation* ou la langue des signes. En cas d'oralisation, l'enfant apprendra la lecture labiale visuelle, l'enseignement des sons sera compensé par des images et pour apprendre à mettre les sons correspondant à cette mémoire visuelle, une kinésithérapie laryngée sera enseignée. En revanche, toujours selon le même auteur (2014) ;

⁴ Schéma des réseaux hypothétiques du traitement mnésique en Annexe III (p.XXII)

La personne malentendante est dans un autre monde : elle a commencé sa vie en entendant normalement et donc en structurant une mémoire auditive indestructible puis, elle est devenue malentendante plus ou moins jeune, plus ou moins vite et plus ou moins fortement. (p.25).

La pratique de lecture labiale lui permet de rechercher des mots dans sa mémoire auditive représentant sa normalité de base, soit le monde oral.

L'OMS (2018^a) qualifie une personne malentendante si elle présente une perte auditive moyenne à sévère. Celle-ci pourra néanmoins, communiquer oralement et bénéficier d'une aide auditive comme par exemple, un appareil auditif. Cependant, si la perte auditive est profonde, on parle de surdité. De ce fait, c'est la langue des signes qui est pratiqu e pour communiquer. A noter que dans certains cas, un implant cochl aire⁵ peut être proposé.

5.2 D ficiency auditive, incapacité et handicap

L'organisation mondiale de la santé (OMS, 2018^c), définit la d ficiency auditive de la manière suivante ;

La d ficiency auditive est l'incapacité à entendre aussi bien que quelqu'un dont l'audition est normale. Les personnes atteintes de d ficiency 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.

Il est précisé que l'on parle de d ficiency auditive handicapante, lorsque, chez l'enfant (0-14 ans), la perte de l'audition est supérieure à 30 dB dans la meilleure oreille et pour l'adulte (dès 15 ans) lorsqu'elle est supérieure à 40 dB.

Toujours selon l'organisation mondiale de la santé (OMS 2018^b) et concernant le handicap :

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ICF) définit le handicap comme un terme générique pour les déficiences, les limitations de l'activité 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 attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et soutiens sociaux limités).

Elle ajoute que plus d'un milliard de personnes dans le monde vit avec un handicap, n'importe lequel qu'il soit. Ce chiffre représente environ le 15% de la population mondiale. Bien que le handicap soit divers et associé ou non à des affections diverses, les personnes pré-

⁵ Schéma de l'implant cochléaire en Annexe III (p.XXIII)

sentant un handicap ont les mêmes besoins de soins de santé généraux que tout un chacun⁶. De ce fait, ils doivent avoir accès aux services de soins de santé courants de qualité et sans discrimination.

Qu'elle soit qualifiée comme étant une déficience, une incapacité ou un handicap, la perte auditive engendre un impact multidimensionnel. Selon l'OMS (2018^a), elle touche les aspects suivants : social, affectif, économique et fonctionnel, notamment en matière de communication.

5.3 La communication

Devito, Chassé et Vezeau (2014), établissent l'importance de la communication dans leur ouvrage. Les propos qui suivent sont tirés de celui-ci. La communication est un besoin humain fondamental ; « La première action que nous faisons en ce monde a trait à la communication. Le premier cri de l'enfant est un signe, un message » (p.4). De ce fait, la communication permet de satisfaire d'autres besoins de la pyramide de Maslow, comme ceux physiologiques, de sécurité et maintien des liens sociaux, celui de construire notre connaissance de soi, d'influencer les autres, de résoudre des problèmes pratiques, d'apprendre ou de faire apprendre, d'aider nos semblables ou encore de s'amuser. Mais ce besoin fondamental peut être entravé par l'anxiété sociale. Elle se traduit par le refus ou la peur de communiquer, un état d'appréhension ou d'inquiétude pouvant entraver la communication. La diminution des fréquentations, de l'intensité et de la probabilité des échanges sociaux y sont associées. « La communication constitue un enchaînement de phases et l'intelligibilité est la première des conditions à réunir. L'intelligibilité met en jeu les conditions de communication, c'est-à-dire tous les éléments de la chaîne que va suivre le message de l'émetteur au récepteur » (Goust, 2014, p. 43).

Entendant ou non, la qualité de la communication est la condition la plus déterminante. Celle-ci débute par l'émission, soit la voix du locuteur, qui dépendra du débit et de la sonorité du message. Puis, la transmission est caractérisée par l'environnement ou les matériels de transmission comme le téléphone avec les qualités acoustiques et sonores. Suit la réception du message qui est garantie par l'oreille. Elle dépend de l'état du système auditif et des outils de compensation (exemple : implant). Finalement, ce sont les aires auditives du cerveau qui termine cette chaîne nommée interprétation. Sont alors en cause la connaissance de la langue, des mots et de la syntaxe des sujets traités. A noter que la mémoire, la familiarité à une voix et les autres sens, particulièrement la vue, sont mis à contribution (Goust, 2014, p.43).

D'après Marieb et Hoehn (2015) chez l'être humain, le sens le plus développé est

⁶ Infographie de l'OMS sur les incapacités et la réadaptation en Annexe III (p.XXIV)

la vision. « Environ 70% des récepteurs sensoriels de l'organisme sont situés dans les yeux et près de la moitié du cortex cérébral participe à un aspect ou à un autre traitement de l'information visuelle » (p.642).

L'Encyclopédie médicale du Larousse (2006, p.21) définit la communication avec le personnel soignant de la manière suivante ; « Les patients qui communiquent efficacement avec leurs médecins et avec les autres professionnels soignants conservent habituellement un meilleur état de santé que ceux qui ne le font pas ». La gestion de sa propre santé implique une participation active et passe par une communication efficace. Cela engrange la connaissance des problèmes de santé, des consultations médicales régulières ainsi qu'une prévention adaptée et une vigilance permanente.

Concernant la communication, Bioy, Bourgeois & Nègre (2009) disent que :

La communication apparaît comme le support de la relation entre êtres humains. La philosophie du soin qui guide le travail de soins s'écrit et se vit en même temps qu'une philosophie sur l'homme. La relation d'aide, support de cette communication, constitue le socle de mouvements affectifs intenses qui, employés à bon escient, permettent de tendre la main à l'autre et de favoriser le changement. (p.25).

Selon les mêmes auteurs (Bioy, Bourgeois & Nègre, 2009, p.51) « dans cette relation, les capacités de communication du soignant améliorent la satisfaction du patient, son acceptation du traitement et des actes diagnostiques, ainsi que la capacité du soignant à diagnostiquer et à traiter les patients ». Dans leur même ouvrage (2009), ils proposent un chapitre concernant la communication et le handicap. « Qu'il soit temporaire ou définitif, le handicap est toujours source de difficultés pour un patient. Il accentue la relation d'inégalité entre soignant et soigné. Les réactions du soignant sont, dans ce contexte, fondamentales » (p.124). La communication autour d'un handicap n'est jamais aisée pour un soignant puisque l'intégrité de la personne ainsi que les données psychiques y sont touchées.

A propos du même sujet, Richard et Luisser (2016, p.494) concluent que ce sont des facteurs humains et environnementaux sur lesquels une personne handicapée n'a pas de pouvoir qui causent les handicaps. « L'ignorance des intervenants du système de santé et le sentiment d'insécurité ou d'impuissance face à ces personnes, ajoutés aux nombreuses barrières architecturales, contribuent à la création et au maintien de la majorité des situations de handicap ».

Pour terminer ce concept de la communication, il est nécessaire de spécifier les deux types existants. Devito et al. (2014), décrivent la distinction entre la communication verbale et non-verbale. La première est définie comme un système de signes servant à

évoquer la réalité. Elle utilise des mots ayant un effet sur la pensée et les relations interpersonnelles. La communication non-verbale est synonyme de communiquer sans parler. Les gestes, les postures, les sourires, le froncement de sourcils, l'écarquillement des yeux ou encore le toucher, le ton de la voix ou le silence la traduisent. Elle est importante car elle véhicule de l'information affective, prime sur celle verbale et renseigne sur autrui.

5.4 La langue des signes : histoire, culture et pratique

Medori (2016, p.5) définit la LSF de la manière suivante « elle désigne une ou l'autre des langues gestuelles produites par les mouvements de la main, du visage et du corps que les personnes atteintes de surdité ont développé pour communiquer ». La LSF est utilisée par des personnes francophones, sourdes et malentendantes, ainsi que par leurs proches pour communiquer. Cette langue à part entière traite d'une « pensée visuelle », car elle se différencie de la linguistique. Ainsi, selon le même auteur, l'ordre des mots (temps, lieu, sujet et action) entraîne une mise en scène systématique de ce qui se dit : décor, puis acteur et enfin action. Il n'existe pas de langue des signes universelle puisque chaque pays pratique son propre vocabulaire. En Amérique, la LSF est dite langue des signes américains (ALS), en Angleterre c'est la langue des signes britanniques (BSL) ou encore au Québec, la LSQ, etc.

Toujours selon le même auteur du point de vue historique, jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les sourds ont été isolés, ne disposant pas d'une langue élaborée. Ils étaient alors considérés comme les « débilés » ou « idiots » du village. Les premiers fondements de la LSF ont eu lieu dans les familles de sourds. Le regroupement de ceux-ci a permis l'enrichissement de la langue et l'acquisition de leur autonomie. L'abbé de l'Épée (1712-1789), au siècle des Lumières, fut le premier à s'intéresser aux modes de communication entre sourds-muets. Il se battit pour la reconnaissance de la LSF, ce qui permit ainsi, la création d'écoles partout en Europe et aux États-Unis. Cela dit, un autre courant naquit en Allemagne et vint s'opposer aux signes, il s'agit de l'oralisme. Il prône que la parole est indispensable à la construction de la pensée et que l'enseignement doit être uniquement oraliste. En 1880, le congrès de Milan décrète l'abandon de la langue des signes dans l'enseignement, sous prétexte que ce n'est pas une vraie langue. Cette interdiction durera près de 100 ans mais n'empêcha pas les sourds d'échanger. Au début des années 70, de longs combats permirent à la LSF d'être reconsidérée et acceptée. En France, l'interdiction de la LSF sera levée en 1991 et le 11 février 2005, elle est reconnue comme étant une langue à part entière par la loi Fabius (choix d'une éducation bilingue pour les sourds, la LSF et le français oral/écrit) – loi n°2005-102. (Medori, 2016).

Selon la Société des Sourds du Valais (2017) l'un des premiers en Suisse à s'intéresser à la cause des sourds est le pasteur Heinrich Keller (1728-1802). Toutefois, le premier institut pour enfants sourds ouvrira ces portes en 1813 à Yverdon. En Valais, c'est un siècle plus tard (1894) qu'apparaît un tel établissement sur la colline de Géronde. En 1928, il est question d'agrandir les lieux, car les refus se multiplient. De ce fait, la même année, se créa une institution pour sourds au Bouveret. Elle accueillera des centaines d'enfants jusqu'en 1980, puis fermera ses portes en 1986. Entre-temps, afin d'éviter que les enfants soient délogés entre Lausanne, Fribourg ou Genève, une classe ouvre ses portes à Sion, au Centre Les Collines en 1978. Là, le choix du moyen de communication est libre entre LSF ou oralisme, permettant une intégration idéale des enfants et adolescents sourds, selon le choix de leurs parents. L'utilisation de la langue des signes fera débat à partir de 1947. Dès lors, une évolution favorable du système socio-professionnel-sportif voit le jour. En exemple, la délivrance du permis de conduire, des cours de soins, l'élargissement du secteur instruction et formation à l'égard des sourds par l'AI-Pro Infirmis*, des émissions télévisées signées, création de l'Association des Interprètes en Langue des signes, création d'un service social pour les sourds valaisans, création d'un formulaire d'alarme 144* ou encore la participation aux Jeux Olympiques.

Concernant la communication, un complément gestuel s'offre aux sourds, il s'agit du langage parlé complété (LPC). L'Association suisse pour le langage parlé complété (ALCP, 2017) le définit ainsi : « Le langage parlé complété ou LPC est un complément d'information visuelle qui s'ajoute à la lecture labiale. Il permet à la personne sourde ou malentendante de recevoir le message oral de façon complète et sans ambiguïté ». Tout ce qui est prononcé est complété par la main près du visage. Chaque syllabe se code. La position de la main correspond à la voyelle et les doigts réalisent la configuration de la consonne. Le LPC existent en plus de cinquante langues, dont l'anglais, l'allemand, le russe, le chinois, l'espagnol ou le portugais. Cela facilite l'acquisition des langues étrangères. Il permet de clarifier la perception de la langue parlée mais ne constitue pas une langue en soi. Il fait sens uniquement lorsque les mouvements codés sont associés à la parole. La personne sourde reçoit alors la langue orale en toute circonstance.

5.5 Moyens de communication d'une personne sourde

En amont, ont été décrits la langue des signes ; la langue naturelle des personnes sourdes, ainsi que le langage parlé complété qui représente un complément gestuel s'ajoutant à une langue. Dans ce concept, est premièrement expliqué le recours à un interprète, habileté à la LSF ou un codeur en LPC. Ensuite, l'implant cochléaire sera abordé. Finalement, le bilinguisme dont bénéficient les personnes sourdes sera traité.

Lorsqu'une personne sourde et une entendant se rencontrent, le recours à un interprète peut favoriser l'intégration de cette première si elle ne dispose pas de connaissances en lecture labiale. Pour la Suisse romande, les interprètes en LSF / français peuvent être demandés à la fondation Procom* de Lausanne depuis 2005. Selon leur site internet Procom (2018), les interprètes suivent un code déontologique composé par le secret médical, la fidélité du message, la neutralité et l'impartialité, la qualification nécessaire à l'interprétariat, une formation continue et finalement travailler dans des conditions adéquates. Les interprètes représentent ainsi une aide auxiliaire pour les sourds en matière d'informations. Ils permettent aussi de promouvoir les possibilités de communication en Suisse entre les sourds et entendants.

Selon Goust (2009), l'implant cochléaire représente la plus grande évolution dans le monde de l'audition. Il permet à des enfants nés sourds d'accéder au monde oral et à des adultes devenant ou devenus sourds de ré-entendre. L'implant cochléaire est une oreille artificielle pour ceux dont les cellules ciliées de l'oreille interne sont détruites. Il est constitué d'électrodes installées dans la cochlée et relié à un appareil externe qui comporte pile, micro et dispositif auditif. Il remplit alors le rôle de la cochlée en transformant les signaux acoustiques reçus en signaux électriques véhiculés par le nerf auditif jusqu'au cerveau.

Dans leur article publié dans Rev Med Suisse, les auteurs, Drs Kós, Boëx, Deriaz, Guyot et Pelizzone (2000) disent que ces dispositifs sont implantés depuis plus de vingt ans chez l'adulte et depuis plus de dix ans chez l'enfant. L'implant cochléaire est aujourd'hui accepté comme un traitement efficace contre la surdité auquel les sourds profonds ont droit. L'Association suisse de parents d'enfants déficients auditifs (ASPEDA, 2013), indique un total de 2237 implantations depuis 1977.

L'Association Genevoise des Malentendants (AGM, S.d) ajoute qu'en complément à un implant, la lecture labiale est enseignée afin d'acquérir des outils pour améliorer la compréhension du message oral.

Le bilinguisme représente la troisième possibilité de communication. Celui-ci se traduit par l'association de la langue des signes et de la langue parlée. Les explications qui suivent sont tirées de la brochure de la FSS-SGB (2013) : *La voie du bilinguisme : langue des signes et langue parlée, dialogue autour du handicap auditif*. La langue signée et la langue parlée ont des encodages similaires dans le cerveau. La langue parlée est celle naturellement utilisée par l'être humain et considérée comme la première enseignée. Cependant, pour une personne née sourde, sa langue maternelle sera la langue des signes. Lorsqu'une personne sourde bénéficie d'un implant cochléaire mais qu'elle n'acquiert pas un langage parlé suffisant, elle le complètera avec la langue des signes et vis-versa. De ce

fait, elle devient bilingue. Cela est profitable, puisque qu'elle renforce les compétences de la langue écrite. En effet, le bilinguisme est bénéfique du point de vue scolaire, puisqu'il est actuellement autorisé en Suisse. Alors, l'implant cochléaire et le bilinguisme sont complémentaires et peuvent profiter autant à la personne sourde, qu'à la personne avec laquelle elle communique. De plus, le bilinguisme est désigné comme une ressource sociale supplémentaire.

5.6 La législation face à l'accès aux soins

Les traités des droits humains (Humanrights, 2018) exigent qu'aucun être humain ne soit discriminé à cause de la langue qu'il ou elle utilise. Ainsi, la langue avec laquelle une personne communique ne doit pas lui porter préjudice et ne doit pas la déposséder de ses droits.

L'article 8 qui traite de l'égalité ainsi que l'article 18 au sujet de la liberté de la langue, garantissent explicitement les droits fondamentaux, la citoyenneté et les buts sociaux, dans la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (=Cst ; RS 101). A noter qu'en Suisse, il existe trois langues des signes ; la langue des signes française (LSF), la langue de signes allemande (DSGS) et la langue des signes italienne (LIS).

Il demeure certes, une Convention relative aux droits des personnes handicapées de la Confédération suisse (RS 0.109), entrée en vigueur en Suisse le 15 mars 2014. Cela dit, une personne sourde voit ses droits enfreints, notamment le droit à l'information puisque la surdité est un handicap à la communication, isolant un sourd. Pourtant, selon la FSS (s.d) : « La langue des signes est un cadeau de la culture sourde à l'humanité. Elle est ouverte à toute personne prête à voir le monde d'un œil différent et à partager cette expérience ».

Alors quand est-il de l'accès équitable aux soins de santé ? Selon la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine est en vigueur depuis le 01 novembre 2008 de la Confédération suisse (RS 0.810.2) ; « Les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée ». De ce fait, pourquoi n'existe-t-il pas un personnel soignant formé à la LSF ?

Selon Dagrón (2008) une des entraves majeures au recours aux soins des sourds est la méconnaissance de la LSF. Elle est indispensable à la démarche diagnostique des soignants, elle permet de préciser un symptôme ou les caractéristiques d'une douleur. De plus, l'article 2 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (RS 0.109) stipule que la langue des signes est reconnue comme une langue en soi. Elle définit

par langue, celle parlée, celle des signes ainsi que toutes autres formes de langue non parlée.

Encore selon Dagrón (2008, p. 24) « une formation systématique éviterait, pour les soignants, l'effet surprise ; et le patient se sentirait mieux pris en compte par une équipe ». De plus, il y a une notion de temps. Celui des soignants est compté et celui nécessaire à une communication avec un sourd est bien plus long, sans compter la charge de travail accrue. « On s'épuise vite, on s'énerve. Le Sourd le ressent et se renferme » (Dagrón, 2008, p.24).

5.7 Déontologie de l'Hôpital du Valais face aux incapacités auditives

Concernant l'accessibilité universelle au milieu hospitalier, l'Hôpital du Valais (HVS, 2016) propose un guide des bonnes pratiques. Celui-ci stipule quelques exigences fondamentales pour les incapacités auditives (p.57). Pour commencer, toute information doit être donnée via des canaux auditifs et visuels en conditions optimales. Deuxièmement, l'espace de conversation doit être important, la pratique de la LSF est plus agréable en se plaçant en cercle et permet une concentration optimale sur la conversation. Finalement, l'établissement peut être contacté par texte ou visioconférence. Ce service est assuré par Procom, qui facilite la communication entre le personnel médical et le patient sourd avec des visio-interprétations.

Ce même guide propose des procédures pour la prise en charge du patient sourd ou malentendant (p.53). Premièrement, la personne sourde doit pouvoir prendre rendez-vous lui-même par courriel, SMS ou vidéophone. La personne est reçue dans un environnement isolé du bruit, bien éclairé, permettant une communication visuelle optimale. Concernant les formalités d'entrée ou de sortie hospitalière, un questionnaire est proposé, permettant ainsi à la personne de lire pour répondre aux questions. Le principe fondamental est d'informer le personnel de la présence d'une personne sourde. La déficience auditive étant invisible, l'oubli et l'ignorance traduisent des difficultés rencontrées en cas de non-information. Des règles de communication sont instaurées, comme parler distinctement et face à la personne en gardant un langage simple et le visage éclairé. Cela aide à la lecture labiale et permet de visualiser les expressions du visage. L'utilisation d'un calepin pour écrire des termes incompris reste possible, pour autant que l'écriture soit lisible, explicite et détaillée. Lorsqu'un interprète en LSF ou un codeur interprète en LPC accompagne la personne sourde, il est important de continuer à s'adresser à la personne sourde. L'interprète est traducteur et non acteur.

6 Méthode

6.1 Devis de recherche

Le devis de recherche^{**b} adopté pour traiter la thématique de ce travail de Bachelor est une revue de la littérature. Cette méthode consiste à recenser** les différents écrits scientifiques publiés sur la question de recherche**, afin d'approfondir ses connaissances et d'effectuer un bilan de la situation actuelle.

Selon Fortin (2010, p.263) « de par leur méthodologie particulière, certaines approches de recherche contribuent à la précision de décision clinique fondée sur des données probantes** ». La revue de la littérature fait partie de cette méthode. En effet, elle permet de collecter et d'analyser systématiquement les recherches disponibles sur un sujet. D'une manière objective, la recension contribue à mettre en évidence la pratique fondée sur des données probantes en résumant les nombreuses études et leurs résultats.

Dans la recherche infirmière, deux paradigmes** sont généralement utilisés, il s'agit du paradigme naturaliste** et du paradigme positiviste**. Le premier utilise une méthode scientifique à raisonnement inductif** et traite des données qualitatives**. Le second a pour nature de raisonnement, la déduction** et recueille des données quantitatives**. (Fortin, 2010, p.26).

Ce travail analyse cinq études issues la discipline infirmière et une de la discipline médicale. Parce qu'elles répondent à la question de recherche, quatre d'entre elles font partie du paradigme naturaliste utilisant des méthodes qualitatives. Celle-ci a pour but d'observer un phénomène** en utilisant la description, afin de comprendre la perception et les sentiments des personnes ciblées. La méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes sourdes et le personnel soignant s'inscrit dans la recherche phénoménologique**. Les deux autres études, elles, s'inscrivent dans le paradigme mixte** à méthodes qualitatives et quantitatives.

A noter que ce travail utilise une recherche dédiée à la science médicale, car son contenu est pertinent pour la thématique choisie, d'autant plus que cet article non-disciplinaire représente un atout majeur dans les propositions pour la pratique infirmière.

^bTous les termes suivis de « ** » sont définis dans le glossaire méthodologique se trouvant également en Annexe II (dès p.XII)

6.2 Collecte des données

Afin d'écrire cette revue de la littérature et de se familiariser avec le sujet de ce travail, des recherches ont été effectuées et de nombreuses informations ont été récoltées à travers différents supports, notamment des livres, des sites internet, des articles ou encore des études.

Après avoir établi le cadre théorique**, les études ont été recherchées dans différentes bases de données telles que CINAHL, PubMed, Research Gate ou encore Cochrane. Celles retenues ont été exclusivement sélectionnées parmi trois d'entre elles : CINAHL, base de données dédiées aux sciences infirmières et paramédicales, PubMed, base de données des sciences médicales et biomédicales, ainsi que Research Gate, réseau social pour les chercheurs en toutes disciplines. Les recherches ont été effectuées dans la période entre septembre 2017 à janvier 2018. Ces bases de données ont permis l'accès à un nombre restreint d'articles scientifiques, la thématique de ce travail ne faisant pas l'objet d'un large panel d'études scientifiques. Cependant, ceux-ci offrent un approfondissement des connaissances et des données liées au sujet traité et permettent de se rendre compte de la problématique. Pour procéder à la recherche d'études, des mots-clés ont été traduits en anglais afin de faciliter les recherches grâce au thésaurus MeSH. Un seul opérateur booléen** (AND) a été utilisé pour relier ces mots-clés entre eux dans toutes les bases de données. A noter que pour faciliter la recherche et la lecture, le mode Full-Text a été choisi. En voici les résultats dans ces deux tableaux récapitulatifs :

Mots clés en français	Mots clés traduits en anglais
Communication	Communication
Barrières à la communication	Communication barriers
Etudiants en soins infirmiers	Nursing students
Langue des signes	Sign language(s)
Malentendant	Hard of hearing
Problème	Problem
Professionnels de la santé	Healthcare professionnels
Soins de santé primaires	Primary healthcare
Sourd	Deaf
Surdité	Deafness / Hearing loss (complete)
Système de communication hospitalière	Hospital communication systems
Utilisation des interprètes	Use of interpreters

Base de données	Equation de recherche	Etudes obtenues	Etudes gardées
CINHAL	sign language AND deaf people AND nurse	5	1
	deafness AND communication AND nurse	4	1
	barriers AND communication AND deaf	19	0
	deafness AND nursing students	4	1
PubMed	deaf AND nurse AND communication	18	3
	communication AND deaf AND healthcare professionnels	36	0
Research Gate	deafness AND sign language AND primary healthcare	39	1

Aucune des 19 études obtenues avec les mots-clés « barriers AND communication AND deaf » de la base de données CINHAL n'a été retenue, puisque la seule valide avait déjà été identifiée par les mots-clés « deafness AND communication AND nurse ». Cela est identique concernant la base de données PubMed.

6.3 Sélection des données

6.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

Les critères d'inclusion** et d'exclusion** permettent de cibler les études, de sélectionner les plus adéquates à la thématique et de répondre à la question de recherche**.

Les critères d'inclusion choisis sont les suivants : études touchant une population** spécifique (personnes sourdes) ; études portant sur la prise en charge hospitalières médicales ou soignantes de personnes sourdes ; études exposant les difficultés rencontrées lors de celle-ci, que ce soit du point de vue du soignant comme du soigné ; études proposant des techniques, des ressources pour y remédier ; études publiées officiellement entre 2012 et 2017 et tirées de bases de données scientifiques ; études en anglais et en français, afin de pouvoir évaluer au mieux la pertinence de chacune d'elles.

Les critères d'exclusion choisis sont les suivants : toute étude n'étant pas qualifiée comme étant primaire et toute étude ne faisant pas référence à une prise en charge médicale et infirmière ne démontrant pas de pertinence clinique pour l'évolution de la pratique.

Aucune exclusion n'a été faite quant aux pays et lieux de réalisation des études. Au contraire, cela a permis de démontrer que la problématique existe dans différents pays et

que des similitudes coexistent parmi les expériences relatées. Une lecture des résumés et des résultats de chaque étude trouvée a été réalisée pour la sélection des six études définitives.

6.3.2 Pyramide des preuves

La pyramide des preuves est utilisée pour déterminer la qualité méthodologique des études choisies. Elles sont répertoriées selon la figure suivante :

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 Tiré de HAS, 2013, p.8

6.3.3 Considérations éthiques

L'utilisation d'un guide de normes (références bibliographiques, citations, images) a été utilisé afin d'éviter le plagiat. Il s'agit de la 6^{ème} édition des normes de l'American Psychological Association (APA). Dans cette revue de la littérature, chaque information et chaque écrit utilisés ont été sourcés et bibliographiés selon ce guide.

L'analyse des études choisies a démontré les valeurs éthiques de chaque auteur. En effet, cinq études ont été validées par un comité éthique** et mettaient en avant le respect de l'anonymat et de la confidentialité par un consentement éclairé**. Ces éléments améliorent la fiabilité** et le bien-fondé de ces études, raison pour laquelle ces notions ont été respectées tout au long de ce travail. A noter qu'une seule étude, celle d'Amoros, Bonfond, Martinez et Charles (2014), ne présente pas de considération éthique. Il s'agit de l'étude en science médicale. Cependant, aucun conflit d'intérêt n'est relevé et leurs écrits se basent sur la réalité des faits et des textes de loi française. De plus, ils démontrent la

pertinence d'un dispositif ambulatoire de soins primaires dédié aux personnes sourdes, ce qui représente une solution intéressante à la thématique choisie. Compte tenu de la spécificité de la relation chercheur et personne sourde (compréhension des buts, objectifs, risques de l'étude), les auteurs suivants, Sirch, Salvador et Palese (2016) ainsi que Shepard (2013) ont stipulé la présence d'un interprète lors des entretiens afin de clarifier la thématique et d'assurer le respect et la confidentialité des participants. Dans le même objectif, Pendergrass, Nemeth, Newman, Jenkins et Jones (2017) ont fait appel à des chercheurs experts en communication, en langue des signes américaine, en handicap ainsi qu'en conception d'études qualitatives.

6.4 Analyse des données

La procédure d'analyse des données débute par la réalisation d'un tableau de recension détaillé pour chaque étude sélectionnée. Ces six tableaux sont répertoriés en annexe (Annexe I). Cela permet de synthétiser les données pour la section suivante.

L'analyse une à une de chaque étude a permis de révéler les principaux résultats de chacune d'elles ainsi que leurs relations sur la question de recherche de ce travail. A noter que leur validité méthodologique, leur pertinence clinique des résultats ainsi que leur utilité pour la pratique infirmière ont été développées.

6.5 Tableau des six études retenues pour cette revue de la littérature

Noms des auteurs	Titre de l'étude	Année	Niveau de preuve	Base(s) de données
Sirch, L., Salvador, L., & Palese, A.	Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: findings from a qualitative descriptive study	2016	Niveau IV	PubMed
Trigueiro-Filho, E., Da Silva, J., Freitas, F., Pereira Alves, S., & De Freitas Macedo Costa, K.	Perception of nursing students on the communication with people with visual and hearing disabilities	2013	Niveau IV	CINAHL
Machado, W., Machado, D., Figueiro, N., Tonini, T., Miranda, R., & Oliveira, G.	Sign Language : How the nursing staff interacts to take care of deaf patients ?	2013	Niveau IV	CINAHL
Pendergrass, K. M., Nemeth, L., Newman, S. D., Jenkins, C. M., & Jones, E. G.	Nurse practitioner perceptions of barriers and facilitators in providing health care for deaf American Sign Language users: A qualitative socio-ecological approach	2017	Niveau IV	PubMed
Sheppard, L.	Deaf adults and health care. Giving voice to their stories	2013	Niveau IV	PubMed
Amoros, T., Bonfond, H., Martinez, C., & Charles, R.	Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires	2014	Niveau IV	Reserach Gate

7 Résultats

7.1 Description de l'Etude 1

Sirch, L., Salvador, L., & Palese, A. (2016). Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay : findings from a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi :10.1111/scs.12356

Il s'agit d'une étude de type qualitative descriptive**, appartenant au paradigme naturaliste. Réalisée en Italie, elle a été publiée en 2016 dans le *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. La recherche vise à explorer l'expérience durant leur hospitalisation en matière de communication de neuf personnes sourdes.

L'échantillonnage n'étant pas mentionné, on peut en déduire que les participants ont été choisis par choix raisonné. Pour participer à cette étude, les participants devaient avoir été atteints de surdité avant l'acquisition du langage, être âgés de plus de dix-huit ans, ne présenter aucuns-es antécédents ou comorbidités neurologiques, psychiatriques et avoir été hospitalisés durant l'année écoulée, soit en 2013. La collecte de données a été réalisée sous forme d'entretiens individuels semi-structurés et enregistrés**. Ils ont été menés au siège de l'Association des Sourds d'Udine, au Nord de l'Italie, par un focus group de deux sessions de quatre heures chacune. Ceux-ci ont été menés par des chercheurs et une infirmière avec expériences antérieures en matière de recherche, parlant la langue des signes italienne. Les enregistrements ont ensuite été visionnés à deux reprises et entièrement retranscrits sous forme de verbatim. Les chercheurs ont par ailleurs débattus, dans le but d'atteindre un consensus pour chaque transcription.

Les principaux résultats ont montré deux axes ; le premier traite de la communication et le deuxième de l'accès aux soins. En effet, un besoin commun de communiquer entre soigné et soignant est relevé notamment dans un contexte de vulnérabilité. Les besoins et soins n'ont pas pu être repérés et administrés. Le jugement clinique infirmier n'a pas eu lieu, la parole étant inexistante. Celle-ci est remplacée par des outils et du matériel médical conduisant à de la peur et de la frustration. Le sentiment de discrimination transcrit est lié à l'indisponibilité des soignants. Ceux-ci manquent de temps pour communiquer et ne sont pas informés au sujet de la surdité et de sa culture. L'accessibilité aux soins est transcrite par un sentiment de déresponsabilisation progressif. En effet, la barrière de la langue réduit l'accès aux soins. De ce fait, les personnes sourdes deviennent dépendantes, ce qui diminue leur investissement concernant leurs problèmes de santé.

7.1.1 Validité méthodologique

Cette étude qualitative descriptive suit une approche phénoménologique puisqu'elle se fonde sur l'expérience et la manière de penser de chaque participant. Les analyses de ces interprétations subjectives et individuelles ont pour but de démontrer une compréhension globale de la réalité.

L'échantillon** a été créé avec la coopération du président de l'Association des Sourds de la province d'Udine (Nord Italie). Il s'est chargé d'approcher les participants potentiels présentant les critères d'inclusions à l'étude. De ce fait, il est possible de déduire qu'un échantillonnage** non probabiliste** intentionnel** ait été adopté par les chercheurs. Un guide a été utilisé pour mener les entretiens semi-structurés réalisés pour la collecte des données. Lors de ceux-ci, les participants ont répondu individuellement aux questionnaires du modérateur puis ont pu interagir les uns avec les autres sur le sujet. Ceci dans le but d'encourager les participants à explorer puis clarifier les perspectives individuelles. De ce fait, il est supposé que les chercheurs ont utilisé la triangulation** des données lors de leur recueil pour émettre des conclusions sur ce qui constitue la réalité des personnes sourdes. A noter que les entrevues ont eu lieu au siège de l'Association des Sourds, assurant anonymat et neutralité et permettant l'enregistrement de celles-ci. Lors de l'analyse du contenu**, les chercheurs ont visionné les enregistrements à deux reprises et les ont retranscrits fidèlement en traduisant l'expérience des participants. A noter qu'il n'est pas possible de traduire la langue des signes mot par mot. De ce fait, il est déduit que la validité externe (transférabilité**) ne peut être assurée puisque celle-ci se réfère à l'exactitude de la description servant à juger de la similarité avec d'autres situations. Les autres critères de rigueur scientifique** pour l'analyse qualitative sont supposés de la manière suivante : la technique utilisée pour assurer la crédibilité** (validité interne), la confirmabilité** (objectivité) ainsi que la fiabilité** (fidélité**) des données serait la triangulation. La validité externe (transférabilité) serait compromise puisqu'elle ne permettrait pas l'application d'éventuelles conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires. Cependant, si les chercheurs ont choisi un échantillonnage de cas représentatifs**, faisant partie d'une technique d'échantillonnage par choix raisonné, la taille de l'échantillon n'aurait pas d'importance puisque le but est la correspondance aux besoins en matière d'information.

Les notions d'éthique ont été respectées : coopération du président de l'Association des Sourds de la province d'Udine ; anonymat et protection des données préservés ; consentement éclairé et signé par les participants ; aucun conflit d'intérêt signalé et gestion des entretiens par une infirmière parlant la langue des signes, impliquée dans la communauté sourde et avec expérience en recherche.

Selon les auteurs, la recherche ne peut pas être transférable puisqu'elle se base sur l'expérience de neuf hommes membres de l'Association des Sourds d'Udine et que celle-ci est retranscrite mais que la langue des signes ne permet pas de la traduire mot par mot. A noter que si l'hospitalisation se chiffre à 1, les résultats de cette expérience se basent sur cette unique fois.

7.1.2 Pertinence clinique

Cette étude a été utilisée dans cette revue de la littérature, car elle aborde exactement les objectifs de ce travail. Elle relève l'axe de la communication et celui de l'accessibilité aux soins des personnes sourdes.

Selon les auteurs, bien que les résultats obtenus ne soient pas transférables, ils peuvent contribuer à la discussion notamment en matière d'adaptation de l'environnement (structure hospitalière, personnel soignant, soins, droits et autogestion), de système de santé et de politique ainsi que de développement de compétences de soins spécifiques aux personnes sourdes. Cette étude amène à une visualisation de quelques points à améliorer dans une prise en charge infirmière afin de les faciliter et de parvenir à une qualité de communication et de soins adéquates. Les propositions de cette étude pourraient devenir concrètes.

7.1.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'expérience et les ressentis, ainsi que les difficultés rencontrées par les participants lors de leur hospitalisation. Cela démontre la complexité des prises en charge lorsque la barrière de la langue est présente. Cependant l'étude propose des pistes d'amélioration, notamment en matière de compétences infirmières. Celles-ci se traduisent par l'apprentissage de la langue des signes italienne, la révision de la posture (adapter le langage non-verbal ; se positionner en face de l'autre, parler à sa hauteur en ayant un contact visuel), l'écriture de phrase courte qui maximiserait la compréhension (simple et complète à base de mots-clés en évitant les termes médicotéchniques), la réduction du port du masque cachant l'expression faciale ainsi que la possibilité de lecture labiale et l'ajustement de la tonalité de la voix (ton naturel) et de la vitesse (ni rapide, ni lente) lors d'échanges. Elle souligne l'importance de la sensibilisation du système de santé (campagnes, publicité), des politiques (droits du patient, temps de consultation, économie) et de l'environnement (hôpital équipé et formé à recevoir des personnes sourdes) en lien avec la surdité.

Les participants ont relevé le besoin d'être reconnus dans leur culture sourde avec des soignants informés sur le sujet. Ils suggèrent aussi que des mesures d'accompagne-

ment soient instaurées afin de maximiser leur prise en charge. Par exemple, qu'il soit possible de pouvoir contacter un médiateur, un interprète en langue des signes afin de faciliter la communication.

A noter qu'en Valais, il n'existe pas d'association qui encourage l'apprentissage de la langue des signes auprès du personnel médical et soignant, contrairement aux cantons vaudois (Association METIS*) et genevois (Association MedSigne*). L'idée de pouvoir créer ce type d'association qui dispenserait des cours ainsi que des ateliers de sensibilisation sera abordé dans la partie discussion de ce travail.

7.2 Description de l'étude 2

Trigueiro-Filho, E., Da Silva, J., Freitas, F., Pereira Alves, S., & De Freitas Macedo Costa, K. (2013, Mars). Perception of nursing students on the communication with people with visual and hearing disabilities. *Journal of Nursing*, 7(1), 747-754. doi:10.5205/r euol.3161-26181-6-LE.0703201314

Cette étude fait partie du paradigme naturaliste, elle est de type qualitatif descriptif et exploratoire. Elle a été réalisée au Brésil en 2010 et publiée dans le *Journal of Nursing* en 2013. Le but de cette recherche a été de connaître la perception des étudiants en sciences infirmières en matière de communication avec des personnes qui présentent un déficit visuel et/ou auditif.

L'échantillon était composé de trente étudiants formés dont vingt-neuf femmes et un homme, tous âgés entre vingt-et-un et trente-deux ans. Ils provenaient de trois établissements d'enseignement supérieur de l'Etat de Paraíba au Brésil. Les critères d'inclusions de l'étude étaient les suivants ; être inscrit dans la dernière période de l'obtention du diplôme et dans l'une des trois institutions supérieures, se présenter à la collecte des données ainsi qu'accepter de participer à l'étude en signant le consentement éclairé nommé FICF. Des entretiens semi-structurés et enregistrés vocalement ainsi qu'un questionnaire** ont permis de réaliser la collecte de données. Les enregistrements vocaux ont été retranscrits en verbatim. Les chercheurs ont par ailleurs atteint un consensus pour chaque transcription. Une lecture et une relecture ont permis de systématiser les données, ainsi de les catégoriser en trois thèmes selon la littérature sur le sujet traité.

Les principaux résultats démontrent le besoin d'apprendre à communiquer adéquatement avec les personnes souffrant d'un déficit visuel et/ou auditif afin d'assurer la pratique et la qualité des soins. De plus, la nécessité de trouver des stratégies d'adaptation des infirmières est relevée, afin d'éviter le recours à un tiers (parent, interprète) entravant

le secret professionnel, les droits et la santé du patient. Ensuite, la proposition de développer, durant le cursus de soins infirmiers, des compétences de communication en langue des signes, lecture labiale et écrite sont défendues, afin de prévenir et promouvoir la santé ainsi que son accès.

7.2.1 Validité méthodologique

Cette étude de cas** qualitative descriptive et exploratoire utilise une approche phénoménologique. Le but de celle-ci était de comprendre et connaître les perceptions des étudiants en sciences infirmières en matière de communication avec des personnes présentant un déficit visuel et/ou auditif.

L'échantillonnage de cette étude n'est pas spécifié. Cependant, il est possible de déduire qu'il s'agit d'un échantillonnage par choix raisonné, soit intentionnel. En effet, l'étude porte sur l'expérience d'étudiants en sciences infirmières fréquentant un établissement supérieur. La collecte de données est réalisée à l'aide d'entretiens semi-structurés, enregistrés vocalement. Un questionnaire semi-structuré a été utilisé pour compléter les entretiens. La méthode d'analyse utilisée est la retranscription des enregistrements vocaux en verbatim. Les chercheurs ont atteint un consensus pour chaque transcription. Finalement, la lecture et la relecture a permis de systématiser les données. De ce fait, elles ont été catégorisées en trois thèmes selon la littérature sur le sujet traité.

Les notions de validités méthodologiques du type qualitatif ne sont pas mentionnées. Par ailleurs, il est déduit que la triangulation a été utilisée par les chercheurs pour assurer la crédibilité (validité interne), la fiabilité (fidélité) ainsi que la confirmabilité (objectivité). Concernant la transférabilité (validité externe) de cette étude, elle est évaluée par le fait que les enregistrements ont été retranscrits en verbatim et que leur description a été détaillée par une systématisation des données permettant leur catégorisation selon la littérature du sujet traité. Le biais de cette étude est supposé être un biais de sélection** lors de la constitution de l'échantillon puisqu'il est constitué de vingt-neuf femmes pour un homme.

Différentes notions éthiques ont été respectées : le projet a été examiné et approuvé par le comité éthique en recherche de la faculté de « Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FAMENE) », les participants étaient identifiés par lettre et chiffre afin de maintenir leur anonymat.

7.2.2 Pertinence clinique

Cette étude a été retenue, car elle étudie les avis des étudiants en sciences infirmières face à la thématique de la surdité. Développer leur point de vue dans ce travail semble être intéressant et important, bien que cette étude ait été menée au Brésil.

Les auteurs reconnaissent que la collecte de données a été effectuée en période de stage des étudiants, ce qui a limité les réunions. Cependant, la pertinence des récits reste fiable et valide puisqu'il s'agit de décrire l'expérience personnelle en matière de communication de chaque participant. De ce fait, la crédibilité de la recherche n'est pas remise en cause. A noter que la retranscription des entretiens a été suivie d'une lecture puis d'une relecture suivant un consensus commun des chercheurs afin de systématiser les données et les catégoriser.

La population étudiée fait partie de la science infirmière et représente donc des paires. Leur expérience ne peut être que bénéfique dans l'évolution de la profession infirmière. Le choix de la population n'est pas hasardeux, il est ciblé et fait référence à l'avenir de la pratique et de la formation infirmière. Les données et résultats relatés sont probants. De ce fait, cette étude met en évidence le fait que les étudiants ne se sentent pas préparés à entrer efficacement en communication avec les handicapés de la cécité et/ou de la surdité.

7.2.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude relève la nécessité de trouver des stratégies en matière de communication et d'adaptation à ces troubles visuels et auditifs touchant les organes des sens, canaux* essentiels aux échanges d'informations. Différents points pratiques sont ressortis : le besoin de communiquer efficacement à travers des stratégies de communication et d'adaptation ainsi que le fait de vouloir maintenir et garantir le secret professionnel, la vie privée du patient sans entraver leurs droits et leur santé lors du recours à une tierce personne ou à un interprète. De plus, cette étude propose des pistes d'amélioration pour la pratique professionnelle en suggérant l'introduction de compétences spécifiques en communication avec des personnes présentant un déficit visuel et/ou auditif. Cela afin de prioriser la prévention et la promotion de la santé, ainsi que l'accès aux soins et aux droits du patient. La conclusion de cette étude est celle d'introduire dans le cursus en sciences infirmières, l'apprentissage de la langue des signes, de la lecture labiale ainsi que de l'écrit selon le niveau scolaire du patient.

7.3 Description de l'étude 3

Machado, W., Machado, D., Figueiro, N., Tonini, T., Miranda, R., & Oliveira, G. (2013, Juillet). Sign Language : How the nursing staff interacts to take care of deaf patients ? *Journal of Research*, 5(3), 283-292. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n3p283

Publiée en 2013 dans le *Journal of Research*, cette étude a été menée au Brésil au sein du personnel infirmier de l'Université Gafree ainsi que de l'Hôpital Guinle de Rio de Janeiro lors du deuxième semestre de 2012. Cette étude mixte, exploratoire et descriptive

transversale** a pour but d'identifier les techniques utilisées par le personnel du domaine des soins infirmiers pour interagir avec des personnes sourdes dans un contexte de prise en soins hospitalière. Pour cela, les auteurs ont choisi d'utiliser une approche mixte, insérant cette étude dans les paradigmes suivants : naturaliste et positiviste.

L'échantillon comportait trente-sept membres du personnel infirmier (n=37) de l'Université de Gafree ainsi que de l'Hôpital Guinle de Rio de Janeiro, dont trente-deux femmes (n=32) représentées à 86% et cinq hommes (n=5) représentés à 14%. Les distinctions professionnelles ont été définies ainsi : onze infirmiers (n=11) équivalant au 30%, vingt-trois techniciens en soins infirmiers (n=23) égal au 62% ainsi que trois infirmières auxiliaires (n=3) correspondant au 8% restant. Les participants étaient âgés entre vingt et septante ans (moyenne** : quarante-cinq ans), à noter que trois personnes n'ont pas communiqué leur âge. Leur temps d'activité professionnelle variait entre un minimum de deux ans à plus de trente-et-un ans d'expérience. De plus, aucun participant ne pratiquait la langue des signes. A partir de ces données, il est possible de déduire que l'échantillonnage choisi par les chercheurs est de type non probabiliste intentionnel, soit par choix raisonné. Ensuite, dans l'étude, aucun critère d'inclusion, ni d'exclusion n'est mentionné. La méthode de collecte de donnée de cette étude est l'entretien avec un questionnaire parcourant des questions ouvertes et fermées. Les données quantitatives ont été analysées par des statistiques descriptives clarifiant les données sociodémographiques comme le sexe, l'âge, la profession et le niveau de maîtrise de la langue des signes. Les données qualitatives ont été analysées selon l'expérience des interactions vécues lors de soins donnés aux personnes sourdes. Celles-ci suivaient des techniques de communication usant des procédures systématiques. A noter que l'organisation des questions ouvertes a été faite par le regroupement de réponses similaires permettant de définir trois axes représentés dans les principaux résultats. Ceux-ci sont les suivants ; 43% des soignants (n=16) déclarent avoir fournis des soins à un patient sourd. Leurs stratégies de communication étaient les suivantes ; le mime à 46.15% (n=12), l'écrit à 30.77% (n=8), la lecture labiale à 15.38% (n=4), le dessin à 3.85% (n=1) et le recours à un interprète à 3.85% (n=1). De plus, vingt-et-un soignants (n=21) déclarent n'avoir jamais pris en soins un patient sourd, ce qui représente le 57% du personnel infirmier. Ceux-ci disent cependant, qu'ils auraient utilisé à 32.15% le mime (n=10) et une personne (n=1) aurait pensé à recourir à un interprète.

Les trois axes que cette étude démontre sont la nécessité de trouver des mesures efficaces afin que les infirmiers puissent communiquer adéquatement avec les personnes sourdes, notamment à travers un programme d'éducation et des cours spécifiques à l'interprétation et au décodage du langage non-verbal ou encore le recours à un interprète. De plus, il est relevé qu'il est nécessaire de pouvoir distinguer les termes de : sourd, muet

et sourd-muet afin d'éviter toute confusion ainsi que l'exclusion des soins liée aux problèmes de communication inadéquate du personnel soignant. Finalement, l'étude propose la mise en place d'un service pluridisciplinaire avec des interprètes certifiés afin d'assurer la qualité et la continuité des soins aux personnes sourdes.

7.3.1 Validité méthodologique

Il s'agit d'une étude mixte de type exploratoire descriptive et transversale s'insérant ainsi dans les paradigmes naturaliste et positiviste. Elle utilise une approche phénoménologique pour recueillir les données, puis se base sur les résultats de celle-ci pour en induire l'aspect quantitatif. Le but de la recherche est d'identifier les techniques utilisées par les professionnels du domaine des soins infirmiers pour interagir avec des patients sourds et prendre soins d'eux dans un contexte d'hospitalisation.

La technique d'échantillonnage n'est pas citée. Il est par ailleurs possible de déduire que le choix raisonné a été choisi par les chercheurs puisque l'échantillon se compose du personnel infirmier de deux institutions médicales. Il n'y a pas de notion concernant les critères d'inclusion ou d'exclusion. De ce fait, un biais de sélection pourrait être déduit. La collecte de donnée utilisée est l'entretien. Il a été complété par un formulaire à questions ouvertes et fermées. Les données récoltées ont été analysées selon deux paradigmes, le naturaliste pour les données qualitatives et le positiviste en ce qui concerne les données quantitatives. La méthode d'analyse des données quantitatives est la statistique descriptive à l'aide d'une grille qui permet de clarifier les données sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, la profession et le niveau de maîtrise de la langue des signes. Les données qualitatives ont été analysées en se basant sur les interactions à l'aide de techniques de communication à procédures systématiques, entre le personnel infirmier et un patient sourd pendant des soins. De plus, l'organisation des questions ouvertes a été faite selon un regroupement de réponses similaires qui ont permis de définir trois axes. Ceux-ci sont les suivants : la nécessité de prendre des mesures efficaces permettant aux infirmiers de communiquer de façon appropriée avec les personnes sourdes, la distinction de termes tels que sourd, muet et sourd-muet et la mise en évidence de la pertinence d'un service pluridisciplinaire avec des interprètes certifiés. Enfin, cette étude met en avant l'exclusion des personnes sourdes des soins en mentionnant que le problème est lié à la communication.

En terme de critères de rigueur scientifique du devis qualitatif, il est déductible que la triangulation a permis la crédibilité (validité interne), la fiabilité (fidélité) et la confirmabilité (objectivité). Dans cette étude, la transférabilité (validité externe) est démontrée par la description dense et détaillée des résultats. Ceux-ci sont complétés par les données quantitatives sous forme de tableaux, ce qui augmente leur qualité.

Le projet a été examiné et approuvé par le comité éthique en recherche du Gouvernement Fédéral de l'Université de Rio de Janeiro, de ce fait, les conditions éthiques ont été considérées. De plus, la participation des répondants était volontaire et un consentement écrit a été signé.

7.3.2 Pertinence clinique

Cette étude a été choisie dans cette revue de la littérature, principalement car elle concerne les expériences du personnel infirmier et leurs techniques de communication utilisées lors d'une hospitalisation d'une personne sourde. Elle relate les faits de trente-sept (n=37) participants volontaires. Aucun ne parlait la langue des signes et que seize d'entre eux (n=16) déclarent avoir fourni des soins à un patient sourd en utilisant des stratégies de communication comme le mime (46.15%), l'écrit (30.77%), la lecture labiale (15.38%), le dessin (3.85%) et le recours à un interprète (3.85%). Cela démontre à quel point les techniques forces en terme de communication en langue des signes sont méconnues et inappliquées. Pour renforcer cette idée, vingt-et-un soignants (n=21), équivalant au 57% des participants, déclarent n'avoir jamais pris en soins une personne sourde. Basé sur ce pourcentage, seule une personne (n=1) a pensé à recourir à un interprète, contre dix personnes (n=10) qui auraient pratiqué le mime.

7.3.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les trois axes relevés par cette recherche permettent de mettre en évidence les besoins du personnel infirmier en matière de communication dans le but de favoriser l'information et la prévention de la santé des personnes sourdes. Les répondants à l'étude mentionnent la nécessité de prendre des mesures efficaces pour une communication adéquate. Il est noté que la distinction de termes spécifiques à la surdité n'est pas acquise (sourd, muet, sourd-muet). De ce fait, un lien est établi entre l'exclusion des personnes sourdes face aux soins et les problèmes de communication rencontrés par le personnel soignant. Les demandes de pouvoir interpréter et décoder le langage non-verbal ainsi que le recours à un interprète sont explicitées. Les propositions pour la pratique professionnelle sont décrites par le besoin d'un programme d'éducation et de cours spécifiques en communication liée à la surdité ainsi que par la mise en place d'un service pluridisciplinaire avec des interprètes certifiés.

7.4 Description de l'étude 4

Pendergrass, K. M., Nemeth, L., Newman, S. D., Jenkins, C. M., & Jones, E. G. (2017, Mars 7). Nurse practitioner perceptions of barriers and facilitators in providing health care for deaf American Sign Language users: A qualitative socio-ecological approach. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 1-8. doi:10.1002/2327-6924.12461

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive à modèle socio-écologique s'intégrant dans le paradigme naturaliste. Publiée en 2017 dans le *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, elle a été réalisée dans l'Etat du Mississippi aux Etats-Unis. L'objectif de celle-ci est d'examiner les perceptions des obstacles et des facilitateurs de soins et de santé pour les utilisateurs de la langue des signes américaine (ASL).

Les chercheurs ont procédé à un échantillonnage professionnel par une liste de diffusion dans les médias sociaux. Il est déduit que ce type d'échantillon est accidentel ou de volontaires**. Le seul critère d'inclusion était d'être infirmier-ère à l'Etat du Mississippi aux Etats-Unis. Des entretiens individuels téléphoniques suivant un guide d'entrevue semi-structuré ont été réalisés pour collecter les données. Ces entretiens avaient été enregistrés, ils ont pu être retranscrits en verbatim. Ces données ont ensuite été examinées et analysées par une approche de contenu déductive avec un logiciel de codage** et d'identification des thèmes. Il s'agit du programme NVivo10.0 et d'une matrice de catégorisation. Les chercheurs se sont réunis pour atteindre un consensus sur les thèmes principaux et ceci, dès la saturation des données** à partir de la dixième interview. A noter que pour établir la crédibilité de l'étude, un contrôle des répondants a été effectué, bien que le type d'échantillon ne soit pas détaillé.

Les principaux résultats ont montré que la barrière linguistique est un obstacle à la prestation de soins en santé. Il existe une volonté d'avoir des interprètes professionnels à disposition ainsi qu'une classe en terminologie médicale de références citée « mini-langage gestuel », car la lecture labiale et les notes écrites comportent des limites. Il est relevé qu'il est nécessaire de pouvoir planifier les consultations en ASL afin d'éviter toute confusion. De plus, la notion de facturation des heures de l'interprète ainsi que du remboursement de celui-ci représente une barrière car le sujet est méconnu des infirmiers-ères. Finalement, il est relaté que les personnes sourdes sont vulnérables et victimes d'une mauvaise communication. Les conséquences peuvent être dangereuses à mortelles, ce qui est contraire à l'éthique et aux droits humains. La conclusion est que les infirmiers-ères ne sont pas suffisamment sensibilisés sur la thématique, de ce fait, ils sont non-sécuritaires.

7.4.1 Validité méthodologique

Afin de répondre à l'objectif de cette étude, une approche qualitative descriptive à modèle sociodémographique de type phénoménologique a été choisie.

Les participants ont été recrutés par une liste de diffusion dans les médias sociaux. Le seul critère d'inclusion était celui d'être infirmier-ère à l'Etat du Mississippi aux Etats-Unis. De ce fait, il est possible de déduire que les répondants ont été sélectionnés intentionnellement. La collecte de données s'est faite par des entretiens téléphoniques individuels suivant un guide d'entrevue semi-structuré. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en verbatim. Les données transcrites ont été examinées et analysées par une approche de contenu déductive avec le programme NVivo10.0. Celui-ci est un logiciel utilisé pour le codage et l'identification des thèmes (matrice de catégorisation). Les chercheurs se sont réunis pour atteindre un consensus sur les thèmes principaux dès que la saturation des données était atteinte, soit dès la dixième interview. Afin de renforcer la crédibilité de l'étude, un contrôle des participants a été effectué.

Les critères de rigueur scientifique pour l'analyse qualitative des données semblent avoir été respectés. Il est déduit que la triangulation des données a été utilisée par les chercheurs pour évaluer la crédibilité (validité interne), la fiabilité (fidélité) et la confirmabilité (objectivité). A noter que l'analyse des données s'est terminée par l'obtention de la saturation des données.

Les auteurs indiquent qu'il est possible que les participants aient confondu sourds et malentendants ou qu'ils n'aient pas conscience d'avoir pris en charge des personnes sourdes. Cela fait partie des limites de l'étude tout comme la technique d'interview utilisée, qui ne garantit pas la réalité des faits. De ce fait, la transférabilité des données serait compromise. Un biais d'échantillonnage** reste possible puisqu'il est déduit que c'est un échantillon accidentel qui a permis de trouver des participants volontaires.

Les principes éthiques de la recherche ont été respectés, car le projet de recherche a été approuvé par le Conseil d'examen interne. De plus, l'équipe de recherche était composée d'experts en ASL, en communication, en handicap, ainsi qu'en conception d'études qualitatives.

7.4.2 Pertinence clinique

Cette recherche a été incluse dans cette revue de la littérature car elle est basée sur les perceptions d'infirmiers-ères concernant les barrières et les facilitateurs de soins et de santé pour les utilisateurs de l'ASL.

Les auteurs permettent de relever la thématique de ce travail en matière de communication ainsi que de l'accès aux soins des personnes sourdes. Le concept des droits

du patient, notamment celui du droit à l'information, à la confidentialité ainsi que l'éthique sont abordés et appuient la pertinence du choix de cette étude.

Toujours selon les chercheurs, la volonté de sensibilisation, de prévention et promotion de la santé envers les infirmiers-ères au sujet de la surdité amène à des propositions de piste pour l'avenir professionnel. Une prise de conscience est relatée concernant le recours à un interprète professionnel qui est facilitateur et barrière à la fois lorsque son existence est méconnue des infirmiers-ères. De ce fait, la volonté de ressources telles que des protocoles ou internet, est mentionnée. Celles-ci dans le but de sensibiliser aux problèmes de communication, aux exigences légales du prendre soin, de l'accès rapide à l'information ainsi que de l'existence des interprètes professionnels. Il est d'ailleurs proposé d'envisager des cours d'ASL pour les infirmiers-ères, axés sur la santé communautaire qui feraient partie intégrante de leur curriculum vite.

7.4.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude permet d'élargir la compréhension des points de vue des infirmiers-ères face à l'utilisation de la langue des signes, de ses barrières et facilitateurs en matière de communication avec des personnes sourdes. De plus, il s'agit d'une étude récente, publiée en mars 2017.

En reconnaissant les enjeux liés à l'utilisation des interprètes, les infirmiers-ères renforcent les principes éthiques, légaux et économiques de leur profession avec la mise en avant de leur rôle autonome en cas de planification de consultations. De plus, le besoin de sensibiliser ainsi que de se former à cette langue est palpable. Même si les auteurs ne stipulent pas que leur étude est généralisable, la volonté de ressources ainsi que l'envie d'envisager des cours d'ASL pour infirmiers-ères nous permettent de nous sensibiliser en tant que professionnel de la santé.

7.5 Description de l'étude 5

Sheppard, L. (2013). Deaf adults and health care. Giving voice to their stories. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 504-510. doi:10.1002/2327-6924.12087

Faisant partie du paradigme naturaliste, cette étude est de devis qualitatif. Publiée dans le *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, elle a été réalisée en 2013 dans l'ouest des Etats-Unis. L'objectif de cette recherche était de donner la parole à neuf adultes sourds au sujet de leur expérience, depuis leur enfance, en matière d'accès aux soins et de santé.

L'échantillon se compose de neuf adultes dont sept femmes et deux hommes, tous âgés entre vingt-et-un et soixante-deux ans. Ils devaient tous faire partie d'une autre étude

qualitative menée aux Etats-Unis en 2013, qui explorait les symptômes dépressifs chez les personnes sourdes utilisant culturellement la langue des signes. Les autres critères d'inclusion étaient d'avoir plus de dix-huit ans et s'identifier à la culture sourde. Concernant l'échantillonnage, il n'a pas été mentionné. Cependant, il est possible de déduire que le chercheur ait choisi le choix raisonné. Afin de réaliser la collecte de données, des entretiens herméneutiques** de trente à soixante minutes ont été réalisés à trois reprises. Ceux-ci ont eu lieu avec la traduction des demandes par un interprète en langue des signes américaine (ASL). Les entretiens ont été enregistrés puis visionnés par le chercheur ainsi que par l'interprète en ASL de l'étude et par un deuxième interprète en ASL afin d'assurer la fiabilité des résultats. Les bandes d'enregistrements ont été choisies au hasard pour assumer l'exactitude de l'interprétation. La retranscription a eu lieu par écrit. La crédibilité des écrits a été assurée par le partage des résultats avec les participants lors de la troisième interview. Ceci a permis de confirmer l'exactitude de la compréhension des récits à travers l'objectivité des participants. A noter que les trois interview ont eu lieu séparément, renforçant la confirmabilité.

Les principaux résultats relatent la mise en évidence douloureuse et frustrante des barrières liées à la communication entre soignant et soigné, notamment en matière d'incompréhension de diagnostic et de traitements. De plus, il est remarqué de façon effrayante, que les interactions pénibles et embarrassantes ont induit à des appels au secours sans réponses. De ce fait, il a été décrit un manque de ressources disponibles en matière de soins, de santé ainsi que de communication. Puis, l'utilisation des services d'urgence a été remise en cause en matière de promotion et d'informations liées à la communauté sourde.

L'auteur affirme que l'étude comporte des limitations puisque le recrutement des participants a eu lieu dans deux Etats des Etats-Unis à petite communauté sourde. De plus, la recherche peut comporter des biais de mémorisation, car les répondants décrivaient leur colère et préoccupations plutôt que leurs souvenirs. Bien que cette étude ne soit, selon l'auteur toujours, pas généralisable à tous les adultes sourds, elle tient son importance dans cette revue de la littérature.

7.5.1 Validité méthodologique

Cette étude qualitative utilise une approche phénoménologique herméneutique. Le but étant de donner la parole à neuf adultes sourds concernant leur expérience, depuis leur enfance, en matière d'accès aux soins et à la santé. Ceci étant, l'utilisation de ce devis est justifiée puisque les chercheurs interprètent l'expérience vécue des participants traduite par un interprète en ASL.

Il est déduit qu'un échantillonnage intentionnel a été utilisé dans cette recherche. Il s'agit de neuf adultes sourds, sept femmes et deux hommes, âgés de vingt-et-un à soixante-deux ans, s'identifiant à la culture sourde et participant à une autre étude qualitative qui explore les symptômes dépressifs chez les personnes sourdes utilisant culturellement l'ASL. De ce fait, un biais d'échantillonnage serait possible, tout comme un biais de mémorisation puisque les participants doivent faire appel à leur mémoire pour relater des faits. La collecte de données s'est faite sous forme de trois entretiens herméneutiques de trente à soixante minutes chacun, avec la traduction du contenu par un interprète en ASL. Afin d'éviter tout préjugé lors de l'analyse des données, le chercheur a pratiqué une auto-réflexion avant chaque interview pour considérer la nature des relations des participants avec leurs expériences. Les entretiens ont été enregistrés, visionnés par le chercheur et l'interprète en ASL présents lors de la collecte de données, puis visionnés par un deuxième interprète en ASL. Ceci dans le but d'assurer l'exactitude des interprétations de bandes choisies au hasard lors du visionnage. Chaque entretien a été retranscrit par écrit. La rigueur ainsi que la crédibilité ont été assurées par le partage des résultats avec les participants lors de leur troisième interview. Une compréhension exacte des récits a été possible par les répondants à l'étude qui ont objectivé leur fidélité. Ainsi, la crédibilité et la confirmabilité de l'étude ont été justifiées. De plus, les interviews ont eu lieu séparément. La triangulation des données aurait permis de valider la crédibilité (validité interne), la fiabilité, la confirmabilité (objectivité). Les chercheurs disent que leurs résultats ne sont pas généralisables. Cependant, la validité externe (transférabilité) de ceux-ci permet de juger de la similarité des expériences vécues et relatées de telle sorte que les résultats pourraient être transférables.

L'éthique de la recherche a été respectée par le témoignage des éléments suivants : le projet a été examiné et approuvé par le Comité éthique d'examen institutionnel, le consentement éclairé a été signé par les participants après qu'ils aient visionnés une vidéo interprétée par un interprète en ASL, leur expliquant le but, les avantages et inconvénients de l'étude.

7.5.2 Pertinence clinique

Il s'agit d'une étude qui explique les expériences de neuf adultes sourds en matière d'accès aux soins et de santé depuis leur enfance. Elle relève le fait que les personnes sourdes sont confrontées à des barrières douloureuses et frustrantes liées à la communication avec le personnel soignant. Les incompréhensions concernant les thèmes suivants ont été relevées : diagnostic, traitement, médicaments et leurs utilisations ainsi que leurs effets secondaires.

De plus, il est relaté que les interactions peuvent être pénibles ou embarrassantes et que leurs appels au secours sans réponses sont liés à des ressources manquantes en matière de communication, soins et santé (exemples : communication non-verbale, expressions du visage, posture, lecture labiale, éclairage, masque sur le visage, écrit).

Ensuite, il est indiqué que la promotion et l'information en santé sont minimales pour la communauté sourde. Cela compromet l'utilisation des services d'urgence, de ce fait, leurs fréquentations.

7.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Bien que cette étude présente des limites et qu'elle n'est pas généralisable selon l'auteur, elle a été choisie parce qu'elle correspond entièrement à la thématique de cette revue de la littérature. De plus, la méthode d'analyse est complète et permet de s'assurer de la validité et fidélité de cette recherche.

Prenons les résultats de celle-ci qui décrivent une consultation dans le contexte hospitalier. Il est suggéré qu'un patient sourd soit examiné dans les quatre modes (bio-psycho-social-culturel), émotions comprises à chaque rencontre. De ce fait, il est pertinent de noter que le temps nécessaire à une consultation doit être adapté à l'interaction et aux interprètes certifiés utiles à ces rencontres. En effet, la notion de confidentialité devant être respectée et acceptée par le soignant. De plus, il est proposé que ce soit la personne sourde qui identifie les moyens de communication les plus adéquats et significatifs pour elle. Cela dans le but de réduire la morbidité et la mortalité de cette population mal desservie et stéréotypée, selon l'auteur.

7.6 Description de l'étude 6

Amoros, T., Bonnefond, H., Martinez, C., & Charles, R. (2014). Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. <i>Santé publique</i> , 26(2), 205-215. doi:10.3917/spub.138.0205

Il s'agit d'une étude de cas de type mixte s'intégrant dans les paradigmes naturaliste et positiviste. En effet, elle présente une analyse quantitative et prospective ainsi qu'une analyse qualitative d'un dispositif ambulatoire en soins primaires pour la santé des personnes sourdes. Réalisée en France en 2014, elle a été publiée en 2016 dans la revue *Santé publique*. Le but de celle-ci est de décrire le fonctionnement, les moyens et les intervenants de ce dispositif ambulatoire de consultations de médecine générale en langue des signes française (LSF) à Saint-Etienne en France.

Cette recherche analyse le dispositif. Il est possible de déduire qu'il n'y ait pas d'échantillon. Cependant, l'échantillonnage est déduit comme étant l'analyse rétrospective

des données du dispositif. De ce fait, les critères d'inclusion et d'exclusion sont inexistants. La collecte de données est basée sur un recueil prospectif des consultations effectuées entre le 01.01.2009 et le 31.12.2012. Elle est constituée des dates de consultations, de l'âge des patients, de leur ville de provenance, du médecin consulté, de la durée de la consultation ainsi que de la tarification de celle-ci, le dispositif lui-même, le choix de la consultation et finalement, les actions en santé. L'analyse des données s'est distinguée entre celles quantitatives et qualitatives. En ce qui concerne les données quantitatives, une grille d'analyse a été utilisée par les chercheurs. Elle contenait les dates de consultation, le genre et l'âge du participant, leur ville de provenance, le médecin consulté, la durée de la consultation ainsi que la tarification de celle-ci. Le logiciel utilisé n'a toutefois pas été mentionné. Les données qualitatives portent sur le dispositif, le choix de la consultation et les actions en santé communautaire.

Les principaux résultats montrent plusieurs axes : le nombre de consultations et leurs origines, la périphérie qui entoure le dispositif ainsi que les différentes initiatives de santé communautaire qui ont été mises en place pour satisfaire les besoins en santé de la communauté sourde. En effet, pour une file active de 116 patients (sexe ratio à 0.5), 885 consultations ont été effectuées. Le 13.4% (n=113) concernait des procédures administratives, le 10.6% (n=94) était en lien avec de l'hypertension artérielle et le 6.7% (n=56) se chargeait de suivi systématique et de prévention. Les chercheurs ont découvert que le nombre de consultation annuelle avait doublé entre 2009 et 2012. Une augmentation de 105% a été observée avec une moyenne de 3.5/an/patient. Ils ont aussi relaté le fait que 76% des patients habitaient la ville et que le 11% parcourrait plus de 25 kilomètres pour atteindre le dispositif ambulatoire. Concernant la durée moyenne des consultations, elle est passée de 39 minutes en 2009 à 26 minutes en 2012. Les différentes initiatives de santé communautaire sont listées ainsi : fax d'urgence, conférences sur des thèmes de santé publique, groupe d'éducation thérapeutique sur le diabète, la mise en place d'un accueil médico-psychologique en LSF, des prises de rendez-vous par email, un suivi de famille parents-sourds et enfants-entendants ou encore des consultations pour adolescents et finalement, un soutien communautaire d'associations proposant des cafés-signes.

Les auteurs proposent ainsi des pistes pour l'amélioration de la pratique professionnelle avec un dispositif ambulatoire spécifique à la communauté sourde, une révision tarifaire des personnes en situation de handicap, un enseignement de base en LSF pour les futurs médecins et pour le personnel soignant afin de favoriser l'accès aux soins de la population sourde.

7.6.1 Validité méthodologique

Cette étude a été choisie dans cette revue de littérature, principalement parce qu'elle a été réalisée à Saint-Etienne, en France. Du fait que ce pays soit proche de la Suisse, les données récoltées pourront être plus facilement comparables ou généralisables**.

La collecte de données de cette étude se base sur une étude de cas datée du 01.01.2009 au 31.12.2012. L'entité sociale est représentée par un dispositif ambulatoire de consultation de médecine générale en langue des signes française (LSF) dédiées aux personnes sourdes. De ce fait, l'échantillon ainsi que l'échantillonnage n'y figure pas. Cependant, il s'agit d'un recueil prospectif qui utilise les dates de consultation, le genre et l'âge des participants, la ville de provenance de ceux-ci, le médecin consulté, la durée de la consultation ainsi que la tarification de celle-ci.

Afin d'analyser les résultats, les chercheurs ont distingué les données quantitatives et qualitatives. Au niveau quantitatif, les données qui découlent des consultations ont été analysées. Une grille d'analyse a été utilisée pour le recueil prospectif. La significativité** des résultats n'est pas mentionnée, la valeur p** ou un test de khi carré** ne sont pas invoqués. Il n'y a pas mention de l'utilisation d'un logiciel SPSS pour réaliser l'analyse statistique. Cela dit, des tableaux et des pourcentages ont été insérés au texte pour renforcer les résultats. Un écart-type** a été utilisé pour la réalisation des tableaux. Concernant les données qualitatives, elles se fondent sur le dispositif ambulatoire, le choix de la consultation et les actions en santé communautaire existantes. De ce fait, il est considéré que les critères de rigueur scientifique pour l'analyse des données qualitatives reposent sur la triangulation des données en matière de crédibilité (validité interne), de fiabilité (fidélité), de confirmabilité (objectivité) et la description dense et détaillée pour la transférabilité (validité externe).

Les notions éthiques de cette étude ne sont pas spécifiées. Par ailleurs, les chercheurs expliquent les limites de l'étude. Celles-ci sont les suivantes : premièrement, l'étude est construite par les concepteurs de ce dispositif. Ensuite, la communauté sourde vivant en France et signant en LSF ne peut avoir recours au dispositif et aux médecins signeurs. Finalement, l'accès aux soins des personnes sourdes ne passionne pas énormément les équipes de santé publique indépendantes. De ce fait, la généralité de l'étude peut être critiquée. De plus, leur recherche tente de décrire la place d'un dispositif de soins sans cacher ses conflits d'intérêt. D'ailleurs, aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

7.6.2 Pertinence clinique

Cette étude de cas a été sélectionnée parce qu'elle propose un avenir du point de vue de l'accès aux soins et de la communication entre la communauté sourde et le personnel soignant. Elle représente une solution et répond à la problématique de cette revue de littérature.

Les chercheurs stipulent que cette étude permet la publication de données épidémiologiques concernant les soins aux personnes sourdes. De plus, ils s'interrogent sur les politiques en matière de santé concernant le handicap, la tarification et la localisation d'un tel dispositif. Cela pourrait être intéressant dans le cas d'une transférabilité de l'étude au niveau Suisse.

Encore, cette étude a été menée de 2009 à 2012, elle est considérée comme étant récente.

7.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les chercheurs concluent que l'apport du dispositif ambulatoire pour la santé des sourds en soins primaires est indéniable. Cependant, il ne doit pas négliger la création d'une unité d'accueil et de soins hospitaliers pour les personnes sourdes, incluant la possibilité d'une unité mobile pour tenir compte du polyhandicap et de l'isolement. Un autre élément est le fait que cette étude permette la mise en avant d'une révision tarifaire aux personnes présentant une situation de handicap. La notion de temporalité et celle d'égalité aux soins sont défendues. Cela renforce l'utilité de ce dispositif. Afin de favoriser l'accès aux soins de la population sourde, les chercheurs proposent un enseignement de base en LSF pour les médecins ainsi que de sensibiliser les soignants de façon générale sur la surdité. A noter que la LSF représente une compétence linguistique exigeant un apprentissage, engendrant des coûts et des échanges communautaires qui justifient le faible effectif de personnel médical signant. Pourtant, son importance a clairement été démontrée lors de la description de cette étude.

7.7 Synthèse des principaux résultats

Les six études choisies abordent les différents éléments en lien avec la thématique de ce travail. L'analyse de ces études a permis de relever des résultats pertinents par rapport aux objectifs de cette revue de la littérature. En voici la synthèse :

La totalité des études traite du sujet de l'accès aux soins des personnes sourdes ainsi que des difficultés de communication entre la communauté sourde et le personnel soignant. Elles relatent des expériences du point de vue des personnes sourdes mais aussi de celui du personnel soignant. La plupart d'entre elles propose des stratégies pour améliorer l'ac-

cès aux soins, le respect des droits humains ainsi que les compétences infirmières en matière de communication, essentielles pour toutes interactions ou en cas d'hospitalisation. Des notions de révision politique font l'objet de plusieurs études dans leurs pistes d'amélioration en matière d'accompagnement de la personne sourde. Ceci afin de ne pas exclure la population sourde du système de soins et de santé communautaire.

Il est relevé dans les études 1, 2, 3 et 4, un besoin significatif bilatérale d'apprendre à communiquer avec la communauté sourde. Ceci afin d'éviter toute incompréhension. En effet, l'intervention d'une tierce personne entrave le secret professionnel, la relation de confiance ainsi que les droits du patient, ce qui est contraire à l'éthique professionnelle. De plus, pouvoir et réussir à communiquer avec la même langue, permet de recourir à la prévention et la promotion de la santé.

Les résultats de l'étude 3 sont intéressants en matière de conduites adoptées par le personnel soignant pour communiquer. En effet, ceux ayant déjà côtoyés des sourds ont utilisé le mime à raison de 46.15% alors que le recours à un interprète, qui reste la méthode la plus sûre est représentée à 3.85%. Pour ceux qui n'ont jamais eu affaire à la population sourde, un résultat pratiquement similaire est conclu. Plus de la moitié d'entre eux aurait utilisé le mime, soit le 31.25% contre 3.85% qui aurait eu recours à un interprète.

L'étude 4 va plus loin de ses propositions pour la bonne pratique puisqu'elle suggère d'intégrer des cours de langue des signes dans le cursus infirmier ainsi que l'élaboration de protocoles et d'un site internet de premier recours. Le tout afin de sensibiliser aux problèmes de communication, aux exigences légales du prendre soin et à l'accès rapide à l'information ainsi qu'aux interprètes professionnels.

Tandis que l'étude 5 considère les récits de personnes sourdes, elle indique à quel point il serait favorable que les établissements médicaux jouissent d'un service d'interprètes professionnels. Le but étant de pouvoir être examiné dans les 4 modes (bio-psycho-social-culturel), avec le temps nécessaire et en considérant les émotions et les droits des patients. De plus, il est démontré à quel point partir des ressources du patient sourd en matière de communication et de s'y adapter serait bénéfique.

Pour améliorer l'accès aux soins et à la communication avec la communauté sourde, l'étude 6 propose un dispositif ambulatoire destiné aux soins primaires de la personne présentant un déficit auditif. Les résultats de celle-ci répondent totalement aux objectifs de cette revue la littérature et permettent ainsi, une remise en question du système de santé hospitalier suisse.

8 Discussion

8.1 Discussion des résultats

Le but principal de cette revue de la littérature est de répondre à la question de recherche posée au début de ce travail : Quelles sont les techniques de communication existantes vis-à-vis de la communauté sourde et quelles sont celles utilisées par les infirmiers-ères au sein des hôpitaux afin d'améliorer leur accessibilité aux soins, la qualité de la relation thérapeutique et leur prise en charge afin de promouvoir leur santé et prévenir les maladies ?

Afin de répondre à la thématique de ce travail, les six études choisies ont permis de démontrer un intérêt sur la population étudiée. De plus, elles relatent de façon phénoménologique l'accessibilité aux soins ainsi que la communication entre le personnel soignant et la communauté sourde. Cependant, elles proviennent de l'Europe, des Etats-Unis et du Brésil. Alors, qu'en est-il au niveau Suisse ?

Concernant l'accès aux soins de la communauté sourde, les hôpitaux suisses ne le limitent pas à la communauté sourde. En effet, la Constitution fédérale de la Confédération suisse (=Cst ; RS 101) garantit explicitement les droits fondamentaux, la citoyenneté et les buts sociaux, notamment, l'égalité dans l'article 8 et la liberté de la langue dans l'article 18. Cependant, dans les années 2000 et face à l'absence de promotion et de prévention destinée aux personnes sourdes, l'Association Les Mains pour le Dire (LMD) est créée (Pissourd, 2011) en Suisse romande. Par manque de financements, celle-ci se dissout en 2011, alors qu'elle ciblait les besoins en santé des personnes sourdes. Depuis, aucune autre disposition n'a été prise au sein des hôpitaux romands. Il est vrai qu'à l'hôpital du Valais, un service d'interprétariat via l'association Procom (2018) est proposé. Cela dit, est-il suffisant pour sensibiliser, respecter et considérer, ainsi que traiter une personne sourde alors que faire appel à un interprète est synonyme de planification ? A noter qu'en France, selon Dagrón (2008) ainsi que Amoros et al. (2014), il existe dans plusieurs grandes villes, des dispositifs d'accueil en LSF où le personnel médical et soignant parle cette langue. Par ailleurs, ce type de structure n'existe pas encore en Suisse.

Au sujet de la communication, un lien est proposé avec le référentiel de compétences du Bachelor Haute Ecole Spécialisée de la Suisse Occidentale en soins infirmiers (HES-SO, 2013). En effet, un des rôles propres infirmiers est celui de communicateur. Celui-ci est défini par la capacité « d'établir des relations professionnelles de confiance avec les patient-e-s et leurs proches en adoptant la communication à la situation et en favorisant une prise de décision partagée » (p.3). Sont requises, l'adéquation de la relation professionnelle ainsi que la maîtrise de techniques d'entretien.

De ce fait, est-il plausible de penser qu'un-e futur-e infirmier-ère ait les capacités et moyens de remplir complètement cette compétence en regard de la population sourde ?

En Suisse romande, deux associations ont vu le jour. Il s'agit, pour le canton de Vaud, du Mouvement des Etudiant-e-s Travaillant contre les Inégalités d'accès à la Santé (M.E.T.I.S, 2017) et pour le canton de Genève, de MedSigne (Université de Genève, 2016).

La première, créée en 2010, est une association qui unit des étudiants en médecine et en soins infirmiers lausannois ayant pour but commun, un monde égal face à l'accès à la santé. Spécifique à la communauté sourde, elle fonde un projet nommé Breaking The Silence. Celui-ci a pour objectif de sensibiliser et de former le personnel soignant ou les étudiants en santé à la LSF, en collaboration avec la FSS. Ainsi, la promotion de l'interprétariat professionnel lors de consultation et l'apprentissage de la LSF permettent d'assurer un accès optimal à la santé pour la population sourde. A noter que des cours de LPC ont aussi vu le jour au sein de cette association. Le tout est dispensé par des sessions de 2 heures de cours, de tous niveaux, ciblés sur le monde hospitalier et de la santé, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). M.E.T.I.S est une association à but non lucratif, qui est financée par des dons ainsi que des sponsors.

La deuxième association prône le même objectif que le projet Breaking The Silence et emboîte le pas de M.E.T.I.S puisqu'elle est créée en 2015. Elle propose les mêmes cours, est aussi une association à but non lucratif, financée par des donations et des sponsors.

Dans son ouvrage, Dagron (2008) stipule en parlant de la langue des signes :

La médecine se sent boutée hors champ par cette langue. Elle n'y a pas accès. Elle n'y a pas lieu d'accueil. L'écrit lui suffit. Elle a de la peine à comprendre que les mots écrits par le médecin peuvent être dénués de sens (p.7).

La médecine propose alors de contourner le handicap par la stimulation sensorielle, la prothèse ou l'implant, puisque l'oralité qui s'ensuit, donne le sentiment que tout, ou presque tout est réglé. La personne sourde appartiendra alors au monde entendant. Pourtant, la barrière de la communication ne peut être niée lors d'une rencontre entre un sourd et le monde des soins. Dagron (2008, p.21) continue « avec, comme seules informations, des mots lus sur les lèvres, quelques phrases griffonnées sur un papier et la vision d'autres malades, les incompréhensions des patients sourds sont fréquentes ».

Pourtant, des cantons voisins se sont intéressés à la population sourde et ont osé proposer des pistes d'amélioration concernant l'accessibilité aux soins ainsi que la communication entre la communauté sourde et le personnel soignant. De cette conclusion, serait-il envisageable que le canton valaisan suive cette idée ?

En se référant aux principaux résultats des études choisies pour ce travail, la volonté des participants est similaire. En effet, il s'agit de réussir à améliorer l'accès aux soins, de

respecter les droits de l'homme ainsi que de perfectionner la communication, ses méthodes, ses principes ou conduites. De plus, l'idée d'inclure l'apprentissage de la LSF est pertinente et elle existe déjà au sein des deux associations décrites ci-dessus. Il est vrai que le recours à un interprète est la méthode utilisée au sein des hôpitaux valaisans. Cependant, rien ne certifie que cette méthode soit connue des soignants et des patients sourds. De plus, la confidentialité et le respect sont remis en compte. En Suisse, il n'existe pas d'établissement destiné aux soins primaires de la personne ayant un déficit auditif, comme le propose l'étude 6. De ce fait, il est donc possible de conclure que des associations du type M.E.T.I.S ou MedSigne font sens, que ce soit dans les domaines de la santé, de la culture, de la finance et de la politique. De plus, elles répondent totalement à la constatation des résultats de toutes les études analysées.

La plupart des études sélectionnées et analysées pour cette revue de la littérature sont de type phénoménologique. Elles permettent de contextualiser leur sujet. L'environnement fait référence aux structures hospitalières, le contexte se base sur l'accès aux soins et la communication ainsi que ses quelques techniques entre la communauté sourde et le personnel soignant, la législation face à ces deux derniers points ainsi que la langue des signes et finalement, les concepts de handicap, déficience, désavantage et incapacité. Cela correspond au cadre théorique proposé dans ce travail. Il est possible de conclure que celui-ci présente une perspective positive et pertinente, car il propose des pistes d'amélioration pour la pratique infirmière.

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Cette revue de la littérature est composée à partir de sept études, dont cinq font parties du paradigme naturaliste et deux du paradigme mixte (naturaliste et positiviste). De ce fait, plusieurs devis sont présents, ce qui apporte des visions différentes de la thématique. L'entièreté des études ont été trouvées sur des bases de données scientifiques de références. De plus, cinq d'entre-elles sont disciplinaires.

Il est déduit que la triangulation a été utilisée par les chercheurs pour analyser et interpréter les données des études qualitatives sélectionnées. Cette méthode permet d'assurer la crédibilité (validité interne), la fiabilité (fidélité) ainsi que la confirmabilité (objectivité) de l'étude. Ainsi, le risque de biais est diminué. Dans la plupart des études qualitatives, la description dense et détaillée des données assure la transférabilité (validité externe). Toutes les études du paradigme naturaliste ont utilisé des entretiens semi-structurés et enregistrés pour la collecte de données. Deux des quatre études qualitatives ont inséré des verbatim dans leur texte. Cela appuie la crédibilité et la fiabilité des données et des résultats. Tandis que dans l'étude 4, il est mentionné que le logiciel NVivo 10.0 a été utilisé

pour le codage des données et des résultats. Cependant, une seule d'entre elle explicite être arrivée à la saturation des données. Il est par ailleurs déduit que les quatre études du paradigme naturaliste ont utilisé un échantillon par choix raisonné. Cette déduction est faite selon les instructions du livre de recherche intitulé « *Fondements et étapes du processus de recherches. Méthodes quantitatives et qualitatives* » édité en 2010 par Fortin.

Cette revue de la littérature comprend l'analyse de deux études de type mixte. Celles-ci combinent les paradigmes suivants : naturaliste (qualitatif) et positiviste (quantitatif). Aucune d'elle ne mentionne l'utilisation d'un logiciel informatique (SPSS), des valeurs p de significativité ou encore un test du khi carré (χ^2), preuves scientifiques de l'analyse et de l'évaluation des données ainsi que leurs relations. De ce fait, la significativité, la fidélité ainsi que la validité des données peut être remise en cause. Cependant, une des deux fait mention d'un écart-type, tandis que les deux études comportent des tableaux, des grilles ainsi que des pourcentages, témoins du paradigme quantitatif. Cela permet d'appuyer la partie positiviste de ces deux études mixtes. Pour la totalité des études sélectionnées, il est possible de déduire que les biais possibles sont ceux de sélection et d'échantillonnage. Cela dit, la pertinence de chacune d'elle est démontrée pour répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature.

La provenance des études est européenne pour deux d'entre-elles, deux autres proviennent des Etats-Unis et une autre du Brésil. La diversité des pays dans lesquelles elles ont été menées est à mentionner. En effet, les principaux résultats obtenus montrent une similarité avec des problématiques vraisemblablement identiques. Toutefois, deux études sur les six mentionnent les termes de transférabilité et de générabilité de façon péjorative. Cependant, la proximité des pays en regard de la Suisse, notamment l'étude 6 qui provient de la France, met en lumière la possibilité que ces études soient transférables. De plus, elles pourraient toutes apporter des améliorations en matière d'accès aux soins ainsi que de communication entre la communauté sourde et le personnel soignant, que ce soit en Suisse et spécifiquement, en Valais.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

La réalisation de cette revue de la littérature a connu quelques limites :
Premièrement, la thématique de ce travail ne fait pas l'objet d'un large panel d'études scientifiques. De ce fait, un nombre restreint d'articles scientifiques ont pu être choisis. Il s'agit donc d'une revue étoffée de la littérature et non pas d'une revue systématique. Il peut être conclu que seule une petite partie de la littérature scientifique publiée y est étudiée dans ce travail.

Deuxièmement, malgré un large choix de bases de données scientifiques, seulement deux d'entre elles ont permis de sélectionner des études. De ce fait, les recherches et les résultats de celles-ci se fondent uniquement sur des pays européens, les Etats-Unis et le Brésil. A noter que le choix des critères d'inclusions et d'exclusions ainsi que le mode Full-Text ont pu contribuer à la limitation des études trouvées dans les bases de données scientifiques.

Troisièmement, il est possible de conclure à un biais de sélection lors du choix d'une des études. En effet, l'étude 2, réalisée par Trigueiro-Filho et al. (2013, Mars), traite du sujet de la surdité ainsi que de la cécité. Cette dernière ne fait par ailleurs pas partie de la thématique de ce travail.

De plus, des sept études sélectionnées, aucune ne dit clairement qu'il est possible de transférer les résultats. Finalement, le niveau de preuve de la totalité des études se chiffre au niveau IV, ce qui n'est pas élevé.

Cependant, les résultats obtenus semblent pertinents, proviennent d'études scientifiques et disciplinaires. Ils ont été traduits, retranscrits et analysés le plus fidèlement possible. De plus, la plupart des études se basent sur un design phénoménologique. Cette méthodologie sert à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène ou un concept (Fortin, 2010). De ce fait, la personne forme un tout avec son environnement et est comprise qu'en situation contextuelle. Ainsi, chaque étude considère un environnement hospitalier et l'accès aux soins et la communication entre la communauté sourde et le personnel soignant représentent la contextualisation.

9 Conclusions

Ce travail parle de l'accès aux soins et de la communication entre la communauté sourde et le personnel soignant. Il relate différents écrits scientifiques, disciplinaires ou non, afin d'exposer la problématique de cette recension. Ensuite, il permet de répondre à la thématique en considérant les notions du métaparadigme infirmier (4 concepts : la personne, la santé, les soins et l'environnement). Finalement, cette revue de la littérature met en avant les différents rôles attribués aux acteurs d'une prise en charge et en soin lors d'une hospitalisation. De plus, des suggestions et des pistes y sont proposées afin d'améliorer la qualité des relations entre les personnes sourdes et le monde soignant.

9.1 Propositions pour la pratique

Avant tout, il serait souhaitable que la surdité, sa culture et sa langue soit connue du personnel soignant. De ce fait, le domaine médical et l'univers hospitalier seraient sensibilisés à la communauté sourde. Des séminaires d'informations, des brochures ou encore

des « cafés signes » pourraient être organisés au sein des établissements de soins dans le but de promouvoir leur santé. Ainsi, un mouvement politique permettrait l'équité en regard des prestations de soins, des prises en charge et défendrait la volonté de la population sourde.

Deuxièmement, un service d'interprétariat disponible et atteignable en tout temps (24h/24h) serait pertinent. En effet, dans le cas d'une consultation programmée, l'hôpital du Valais propose l'aide de Procom. Cela dit, comment faire lorsqu'il s'agit d'une urgence ? Il est important de penser du point de vue du patient sourd mais aussi du point de vue des soignants. La communication reste un élément obligatoire de toute relation humaine. A noter que la santé et même la vie d'un être humain peut être en jeu. De plus, un interprète professionnel, neutre et garant de la confidentialité ainsi que de la fidélité de la conversation assurerait une meilleure qualité de la prise en soins. Ainsi, la prévention des maladies ou des accidents, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire serait assurée. Fini les tabous et la discrimination, place à une relation thérapeutique où la communication y aurait sa place.

Finalement, serait-il envisageable de créer une unité, une structure ou même un dispositif médical de soins primaires destiné aux sourds ? Ce type d'établissement n'existe certes pas en Suisse, cela dit, il a fait ses preuves en France et les conclusions se résument en un mot : bénéfiques. En effet, la prévention, la promotion de la santé ainsi que la qualité des soins⁷ (sécurité, efficacité, efficacité, équité, partenariat et réactivité) selon l'Observatoire valaisan de la santé (OVS, 2010) y feraient partie intégrante. De plus, les 4 principes éthiques infirmiers selon l'Association suisse des infirmiers-ères* (ASI, 2013) seraient mis en valeur. Il s'agit de l'éthique de l'autonomie, éthique de la bienfaisance, éthique de la non-malfaisance et éthique de la justice. A noter qu'il existe 3 vertus exemplaires de l'éthique infirmière (être digne de confiance, la fiabilité, l'authenticité). La fiabilité est l'expression d'une attitude fondamentale qui veille à la cohérence entre la pensée, la parole et la pratique. Elle met en avant l'aspect relationnel des soins infirmiers à travers l'honnêteté d'une personne envers une autre, envers une collectivité ou une cause (Monteverde, Hager, Diacon & Koch, 2013).

9.2 Propositions pour la formation

La formation proposée par la Haute Ecole Spécialisée De Suisse Occidentale, filière soins infirmiers, ne comporte pas de cours spécifiques liés à la thématique de cette revue de la littérature. La surdité est abordée uniquement en 1^{ère} année de formation et elle est liée à la population âgée, la presbycusie et la sénescence. Il est vrai qu'à propos de la

⁷ Schéma récapitulatif de la qualité des soins en Annexe III (p. XXV)

communication, un enseignement riche est donné durant les 3 années de formation, tant au niveau théorique que pratique. Cependant, aucun cours de langue n'est dispensé. De ce fait, la langue des signes et la communication avec une personne la pratiquant ne font pas partie du cursus. Il est vrai qu'une sensibilisation à la LSF est proposée lors du module à option de dernière année traitant de la communication, mais celui-ci touche uniquement les élèves inscrits. L'initiation à cette langue est alors réduite. Voyant son nombre d'étudiants augmenter d'année en année, la proposition que l'auteure fait serait d'intégrer des cours d'initiation et de sensibilisation à la LSF, afin de préparer au mieux les futurs-es infirmiers-ères aux interactions avec la communauté sourde. Par ailleurs, cette formation pourrait aussi être proposée en post-grade, par l'ASI, les hôpitaux et être adressée aux patients, à leurs proches aidants et aux professionnels. De plus, ce genre de formation existe déjà à Lausanne et à Genève, alors pourquoi ne pas essayer de l'instaurer en Valais ?

9.3 Propositions pour la recherche

Pour la rédaction de cette revue de la littérature, deux études européennes (1 France, 1 Italie), deux américaines et deux provenant du Brésil ont été sélectionnées. Il serait alors intéressant de savoir si la thématique a été traitée dans d'autres pays et de connaître leurs résultats, conclusions et propositions. En effet, cela pourrait donner de la valeur à ce qui a déjà été recensé et appuyer les différentes propositions et conclusions de ce travail. A noter qu'aucune étude disciplinaire n'a été trouvée pour la Suisse. Cependant, traitant de la thématique, deux travaux de Bachelor HES-SO (soins infirmiers et travail santé-social), une thèse de Doctorat en psychologie et un Mémoire de Master en médecine, tous suisses, ont été trouvés. Ils ont permis une information globale sur le sujet. De plus, ce sont différents corps de métier qui se sont intéressés aux personnes sourdes. Cela permet de déduire que la problématique touche de façon interdisciplinaire, bien que le domaine de la santé et du social soient représentés majoritairement.

Deuxièmement, il serait pertinent de connaître les besoins en santé de la communauté sourde valaisanne. En effet, partir de leurs nécessités permettrait de vérifier la faisabilité et l'efficacité des propositions de l'auteure. Notamment, en matière de pratique, de formation et de recherche. De ce fait, il serait concevable de réaliser des études dans le canton du valais.

Pour conclure, il est donc possible d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la communication entre la communauté sourde et le personnel soignant. L'analyse des six études a notamment permis de relever différentes propositions. Ainsi, les réflexions suivantes sont ressorties de cette revue de la littérature :

-Est-il plausible et possible de sensibiliser le monde médical^{8/9}, d'étudiants à post-grades, à la communauté sourde et de lui enseigner des bases médicales en langue des signes françaises ?

-Comment réagir face à l'urgence ? Faudrait-il disposer d'un service d'interpréariat en langue des signes disponibles 24h/24 et 7j/7 desservant les hôpitaux valaisans ?

- Est-il pratiquement envisageable de créer une unité, une structure ou même un dispositif médical de soins primaires destiné aux sourds, disponibles 24h/24 et 7j/7 au niveau Suisse puis de le cibler au niveau cantonal ?

- Après la lecture de ce travail, que pensez-vous des capacités d'un-e futur-e infirmier-ère au sujet de ses compétences de communicateur ? Aura-t-il-elle reçu les informations nécessaires, que ce soit lors de sa formation, au sein d'un établissement hospitalier et en post-grade pour assurer une prise en charge optimale avec une personne sourde ?

⁸ Affiche « Voir pour comprendre » de la Fédération suisse des sourds (FSS) en Annexe III (p.XXVI)

⁹ Stratégie 2016-2020 de la Fédération suisse des sourds (FSS) en Annexe III (p.XXVII)

10 Bibliographie

- Amoros, T., Bonnefond, H., Martinez, C., & Charles, R. (2014). Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. *Santé publique*, 26(2), 205-215. doi :10.3917/spub.138.0205
- Association genevoise des malentendants. (S.d). *Communication*. Accès <http://www.agdm.ch/jentends-mal/aides-techniques/communications>
- Association suisse de parents d'enfants déficients auditifs. (2013). *Implant cochléaire-statistiques*. Accès <http://www.aspeda.ch/entendre/technologie/implant-cochleaire-statistics.html>
- Association suisse pour le langage parlé complété. (2017). *Qu'est-ce que le LPC ?* Accès <https://alpc.ch/lpc>
- Association S5. (2015). *Annuaire des lieux accessibles en langue des signes : Hôpitaux*. Accès <http://soo5.ch/listings/hopitaux/>
- Beers, M.-H. (2007). Surdité. Dans *L'Encyclopédie médicale : le manuel Merck*. Paris: Larousse.
- Beers, M.-H. (2007). Communication avec les personnels soignants. Dans *L'Encyclopédie médicale : le manuel Merck*. Paris : Larousse.
- Beers, M.-H. (2007). Implant cochléaire : un appareillage pour les surdités profondes [Illustration]. In *L'Encyclopédie médicale : le manuel Merck* (p.1254). Paris: Editions Larousse.
- Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2009). *Communication soignant-soigné : repères et pratiques* ( d.2). Bréal.
- Canton du valais. (S.d.). *Qualité des soins et sécurité des patients*. Accès <https://www.vs.ch/web/ssp/qualite-des-soins?inheritRedirect=true>.
- Canton du valais, service de la santé publique. (2013). *L'essentiel sur le droits des patients : informations en santé publique*. Accès <https://www.vs.ch/documents/40893/46372/Brochure+d%27information+sur+les+droits+des+patients/4bb2ee17-9e68-4c5a-b5c2-f630c66d7739>
- Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (=Cst ; RS 101). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine) de la Confédération suisse du 04 avril 1997 (RS 0.810.2).
Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20122488/index.html>
-

- Convention relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 de la Confédération suisse du 13 décembre 2006 (RS 0.109). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20122488/index.html>*
- Dagron, J. (1999). *Sourds et soignants, 2 mondes, une médecine*. Paris: In Press.
- Dagron, J. (2008). *Les silencieux. Chroniques de vingt ans de médecine avec les Sourds*. Paris: Presse Pluriel.
- Devito, J. A., Chassé, G., & Vezeau, C. (2014). *La communication interpersonnelle : Sophie, Martin, Paul et les autres* (éd. 3). Québec : ERPI.
- Fédération suisse des sourds. (2013). *La voie du bilinguisme : langue des signes et langue parlée, dialogue autour du handicap auditif*. Accès http://www.sgb-fss.ch/wp-content/uploads/2015/07/sgb-fsss_bil_Kongresschrift_2013_fr.pdf
- Fédération suisse des sourds. (S.d). *Factsheet*. Accès http://www.sgb-fss.ch/wp-content/uploads/2016/03/20161010_SGB_Factsheet_fr.pdf
- Fédération suisse des sourds. (S.d.). *Reconnaissance de la langue des signes*. Accès <http://www.sgb-fss.ch/fr/positions/langue-et-culture/>
- Fédération suisse des sourds (S.d.). *Stratégie 2016-2020 [Illustration]*. Accès <http://www.sgb-fss.ch/fr/a-notre-propos/principes/>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (éd. 2). Montréal : Chenelière Education.
- Goust, J. (2009). *Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds. Les stratégies de compensation et leurs financements, pour la meilleure communication*. (éd. 3). Paris: Editions Liaisons
- Goust, J. (2014). *Entendre pour comprendre* (éd. Néret). Wolkers Kluwer.
- Haute autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : états des lieux*. Accès https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201306/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- HES-SO. (2013, septembre). *Bachelor HES-SO en soins infirmiers. Evaluation des compétences - niveau 3^{ème} année Bachelor*. Coresloc. Accès <http://intranet.hevs.ch/Portals/31/Formations/SO/Registred/Eval%20compet%20FR%2003%202012.pdf?ver=2016-09-13-121615-530>
- Hôpital du valais. (2016). *Accessibilité universelle en milieu hospitalier : guide des bonnes pratiques*. Accès http://infrastructures.hopitalvs.ch/wp-content/uploads/2016/11/2016_HVS_Guide-de-bonnes-pratiques-accessibilit%C3%A9-FR.pdf
-

- Humanrights. (2018). *La Convention pour les droits des personnes handicapées*. Accès <https://www.humanrights.ch/fr/service/dh-en-langue-de-signes/convention-droits-des-handicapes/>
- Humanrights. (2018). *Liberté de la langue*. Accès <https://www.humanrights.ch/fr/service/dh-en-langue-de-signes/liberte-de-langue/>
- Jarvis, C. (2009). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (éd. 5). Québec: Chenelière Education.
- Jarvis, C. (2009). L'oreille moyenne [Illustration]. In *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (5^e éd., p.367). Québec: Chenelière Education.
- Jarvis, C. (2009). Voies auditives [Illustration]. In *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (5^e éd., p.368). Québec: Chenelière Education.
- Jeuge-Maynard, I. (2013). Ségrégation. Dans *Le grand Larousse illustré 2014*. Paris : Larousse.
- Jeuge-Maynard, I. (2013). Surdité. Dans *Le grand Larousse illustré 2014*. Paris : Larousse.
- K s, M. I., Bo x, C., Deriaz, M., Guyot, J.-P., & Pelizzone, M. (2000, 25 octobre). L'implant cochléaire : une méthode de réhabilitation de la surdité de l'adulte et l'enfant. *Rev Med Suisse*, 4 (20854). doi : I.S.S.N. 1660-9379
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières ; Approches quantitatives et qualitatives*. Québec: Polit et Beck.
- Machado, W., Machado, D., Figueiro, N., Tonini, T., Miranda, R., & Oliveira, G. (2013, Juillet). Sign Language : How the nursing staff interacts to take care of deaf patients ? *Journal of Research*, 5(3), 283-292. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n3p283
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2010). Anatomie de la cochlée [Illustration]. In *Anatomie et physiologie humaines* (p.675). Québec: Editions du Renouveau Pédagogique.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2010). Réseaux hypothétiques du traitement mnésique [Illustration]. In *Anatomie et physiologie humaines* (p.535). Québec: Editions du Renouveau Pédagogique.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2010). Voie auditive [Illustration]. In *Anatomie et physiologie humaines* (p.680). Québec: Editions du Renouveau Pédagogique.
- Medori, H. (2016) *Dictionnaire : la langue des signes*. Vichy : AEDIS.
- M.E.T.I.S. (2017). *Mouvement des Etudiant-e-s Travaillant contre les Inégalités d'accès à la Santé*. Accès <http://metislausanne.com/>
-

- Monteverde, S., Hager, U., Diacon, P., & Koch, R. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. Berne: SBK-ASI, Association suisse des infirmières et infirmiers.
- Observatoire valaisan de la santé. (2010). *Qualité de soins*. Accès <https://www.ovs.ch/sante/est-ce-qualite-soins.html>
- Observatoire valaisan de la santé (2010). *Qualité des soins* [Schéma]. Accès <https://www.ovs.ch/sante/est-ce-qualite-soins.html>
- Office fédéral de la statistique. (2012). *Handicaps*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/handicaps.html>
- Office fédéral de la statistique. (2015^a). *Statistique médicale des hôpitaux*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/2221017/master>
- Office fédéral de la statistique. (2015^b). *Manuel de codage médical : le manuel officiel des règles de codage en Suisse*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/recherche.html#surdit%C3%A9>
- Organisation mondiale de la santé. (2017^a). *Prevention of blindness and deafness : estimates*. Accès <http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en>
- Organisation mondiale de la santé. (2017^b). *WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and Burden of Diseases and Prevention of Blindness and Deafness WHO, 2012*. Accès http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé. (2018^b). *Handicap et santé*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organisation mondiale de la santé. (2018^a). *Surdité et déficience auditive*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Organisation mondiale de la santé. (2018^c). *Surdité et déficience auditive*. Accès <http://www.who.int/topics/deafness/fr/>
- Organisation mondiale de la santé (2018). *Rapport mondial sur le handicap : incapacités et réadaptation*. [Illustration]. Accès <http://www.who.int/disabilities/infographic/fr/>
- Pellion, F. (2001). *Surdité et souffrance psychique*. Paris: Ellipses Edition Marketing S.A.
- Pendergrass, K. M., Nemeth, L., Newman, S. D., Jenkins, C. M., & Jones, E. G. (2017, Mars 7). Nurse practitioner perceptions of barriers and facilitators in providing health care for deaf American Sign Language users: A qualitative socio-ecological approach. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 1-8. doi:10.1002/2327-6924.12461
- Pisourd. (2011). *Les Mains pour le Dire renonce à poursuivre ses activités*. Accès http://www.pisourd.ch/Seq_Def_print.php?IDterme=-1423&NoPrint=1
-

- Procom. (2018). *Service d'interprètes*. Accès <http://www.procom-deaf.ch/fr/Dolmetschdienst.aspx>
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé*. (Edition du renouveau pédagogique ERPI). Québec : Montréal.
- Sacks, O. (1990). *Des yeux pour entendre. Voyage au pays des sourds*. (C. Cler, Trad.) Editions du Seuil.
- Sheppard, L. (2013). Deaf adults and health care. Giving voice to their stories. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 504-510. doi:10.1002/2327-6924.12087
- Sirch, L., Salvador, L., & Palese, A. (2016). Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay : findings from a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi : 10.1111/scs.12356
- Société des sourds du valais. (2017). *Les sourds et la vie socio-professionnelle*. Accès <http://www.sourds-valais-histoire.ch/fr/les-sourds-et-la-vie-sociale-professionnelle.html>
- Trigueiro-Filho, E., Da Silva, J., Freitas, F., Pereira Alves, S., & De Freitas Macedo Costa, K. (2013, Mars). Perception of nursing students on the communication with people with visual and hearing disabilities. *Journal of Nursing*, 7(1), 747-754. doi:10.5205/r euol.3161-26181-6-LE.0703201314
- Université de Genève. (2016, Octobre-Novembre). Medsinge: Apprendre à signer pour soigner les patients sourds, *Le journal*, 122, 10. Accès <https://www.unige.ch/lejournel/numeros/122/article5/>
- Voir pour comprendre. (2016). *L'affiche* [Illustration]. Accès <https://www.voirpourcomprendre.ch/communiquer-avec-les-malentendants/affiche/>

11 Annexes

11.1 Annexe I – Tableaux de recension

1. Sirch, L., Salvador, L., & Palese, A. (2016). Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay : findings from a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi : 10.1111/scs.12356

<p>Type d'étude ou devis Étude qualitative descriptive</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Niveau IV selon la pyramide des preuves</p>	<p>Echantillon 9 personnes (9 hommes âgés de 30-60ans)</p> <p>Echantillonnage -Pas spécifié dans l'étude</p> <p>-Dédit : Echantillon par choix raisonné</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion -Être sourd avant l'acquisition du langage</p> <p>-Avoir >18ans</p> <p>-Pas d'antécédents et/ou de comorbidités neurologiques et/ou psychiatriques</p> <p>-Avoir été hospitalisé durant l'année écoulée (2013)</p>	<p>But Explorer l'expérience en matière de communication de patients sourds durant leur hospitalisation</p> <p>Question de recherche -Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>-Dédit : <i>Quelle est l'expérience en matière de communication que fait un patient sourd durant une hospitalisation et quelles sont les solutions proposées face à cela ?</i></p>	<p>Concepts - Cadre -Communication et langue</p> <p>-Hospitalisation</p> <p>-Soins infirmiers</p> <p>-Vulnérabilité</p>	<p>Méthode de collecte des données Entretiens individuels semi-structurés enregistrés et menés au siège de l'Association des Sourds d'Udine (Nord Italie) par focus groupe de deux sessions (de 4h chacune) menées par deux chercheurs parlant la langue des signes italienne (LIS)</p> <p>Ethique -Consentement éclairé et signé par les participants -Coopération de l'Association des Sourds de la province d'Udine -Infirmière parlant la LIS pour conduire le focus groupe (expérience antérieure en recherche) et impliquée dans la communauté sourde -Approbation du comité interne d'examinés de l'Université</p>	<p>Méthode d'analyse -Enregistrements visualisés deux fois et entièrement retranscrits en verbatim</p> <p>-Réunion des chercheurs et atteinte d'un consensus sur chaque transcription</p>	<p>Résultats - Conclusion -Expérience de vulnérabilité : Besoin commun de communiquer entre soigné et soignant. Soignant doit être informé de la surdité et de sa culture -Sentiment de discrimination : Matériel médical entrave la langue des signes (cathéter veineux), manque de temps du soignant, paramètre hospitalier réducteur (tentative de communication non-atteinte) -Besoins et soins : Utilisation accrue d'outils mais pas de parole, la communication échoue, jugement clinique pauvre, besoins non pris en charge, frustration et peur -Sentiment de déresponsabilisation progressif : Mauvaise accessibilité et faible participation sur les problèmes de santé →dépendance →Environnement pas préparé ni conçu pour les personnes sourdes, exposition à des risques (soins, droits, autogestion) →Système de santé, hôpitaux, politiques doivent trouver des mesures d'accompagnement pour les sourds avec médiateurs pour une meilleure prise en charge →Proposition de développer des compétences de soins spécifiques aux personnes sourdes (LIS, posture, phrase écrite courte, port du masque réduit, tonalité de la voix, expression faciale visible)</p> <p>Forces de l'étude Pas spécifiées dans l'étude</p> <p>Limites de l'étude -Nombre limité de participants -Uniquement des hommes →biais de sélection -Participants sont tous membres de l'Association des Sourds d'Udine →biais de sélection -Identité culturelle d'une personne sourde non-explorée lors de la collecte de données →pas de résultat à ce sujet -Si une seule hospitalisation, les résultats portent sur celle-ci →pas de généralisabilité possible -Personnel soignant pas interrogé -Retranscriptions en captant l'expérience du participant, la LIS ne pouvant se traduire mot/mot</p>
--	--	--	--	---	--	--

2. Trigueiro-Filho, E., Da Silva, J., Freitas, F., Pereira Alves, S., & De Freitas Macedo Costa, K. (2013, Mars). Perception of nursing students on the communication with people with visual and hearing disabilities. *Journal of Nursing UFPE*, 7(1), 747-754. doi:10.5205/r euol.3161-26181-6-LE.0703201314

<p>Type d'étude ou devis Etude de cas qualitative exploratoire et descriptive</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Niveau IV selon la pyramide des preuves</p>	<p>Echantillon 30 étudiants (29 femmes et 1 homme de 21-32ans) de trois établissements d'enseignement supérieur de l'État de Paraíba (Brésil) de septembre à octobre 2010</p> <p>Echantillonnage -Pas spécifié dans l'étude</p> <p>-Déduit : Par choix raisonné</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion -Inscrit dans la dernière période de l'obtention du diplôme et dans les institutions susmentionnées</p> <p>-Etre présent lors de la collecte de données</p> <p>-Accepter de participer à l'étude et signer le consentement éclairé (FICF)</p>	<p>But Connaitre la perception des étudiants en sciences infirmières concernant les personnes aveugles et sourdes</p> <p>Question de recherche Question du questionnaire semi-structuré : « Vous sentez-vous qualifiés pour communiquer avec une personne présentant un déficit visuel et/ou auditif ? »</p>	<p>Concepts - Cadre -Communication -Handicap -Soins infirmiers -Relation d'aide</p>	<p>Méthode de collecte des données -Entretiens semi-structurés enregistrés vocalement</p> <p>-Questionnaire à remplir</p> <p>Ethique -Projet examiné et approuvé par le comité éthique en recherche de la faculté de « Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FAMENE), sous CAAE: 0031.0.351.000-10. »</p> <p>-Participants identifiés par lettre et chiffre pour maintenir l'anonymat</p>	<p>Méthode d'analyse -Enregistrements vocaux retranscrits en verbatim</p> <p>-Réunion des chercheurs et atteinte d'un consensus sur chaque transcription</p> <p>-Lecture et relecture afin de systématiser les données et les catégoriser en trois thèmes selon la littérature sur le sujet traité</p>	<p>Résultats - Conclusion -Besoin d'apprendre à communiquer avec des personnes ayant une déficience visuelle ou auditive pour assurer la pratique et la qualité des soins. Les troubles visuels et auditifs touchent les organes des sens, canaux essentiels aux échanges d'informations. Les infirmières doivent trouver des stratégies de communication et d'adaptation pour surmonter les difficultés</p> <p>-Expériences personnelles en communication avec les personnes ayant une déficience visuelle et auditive génèrent des conflits en cas de mésentente, suggèrent l'intervention d'un parent ou interprète ce qui entrave le secret professionnel et la vie privée du patient, donc entrave leurs droits, leur santé</p> <p>-Compétences de communication avec les personnes ayant des déficiences visuelles et/ou auditives doivent faire partie du cursus de soins infirmiers pour communiquer de manière appropriée et prioriser la prévention et promotion de la santé, car l'accès à celle-ci est un droit. La meilleure solution est l'apprentissage de la langue des signes, la lecture labiale et l'écrit selon le niveau scolaire du patient</p> <p>→Etudiants ne se sentent pas préparés pour communiquer efficacement avec ces deux handicaps</p> <p>Forces de l'étude : Pas spécifiées dans l'étude</p> <p>Limites de l'étude : La collecte de données effectuées durant un stage des étudiants, limite les réunions</p>
---	--	--	---	---	---	---

3. Machado, W., Machado, D., Figueiro, N., Tonini, T., Miranda, R., & Oliveira, G. (2013, Juillet). Sign Language : How the nursing staff interacts to take care of deaf patients ? *Journal of Research*, 5(3), 283-292. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n3p283

Type d'étude ou devis	Echantillon	But	Concepts - Cadre	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats – Conclusion
<p>Etude mixte exploratoire descriptive transversale</p> <p>Paradigme Naturaliste Positiviste</p> <p>Niveau de preuve Niveau IV selon la pyramide des preuves</p>	<p>-37 membres (32 femmes = 86% et 5 hommes = 14%) du personnel infirmier de l'Université Gafree et Hôpital Guinle (11 infirmiers = 30%, 23 techniciens en soins infirmiers = 62%, 3 infirmières auxiliaires = 8%) lors du 2^{ème} semestre en 2012 au Brésil (Rio de Janeiro)</p> <p>-Aucun participant ne pratique la langue des signes et personne ne la comprend</p> <p>Age des participants : -8 entre 20-30ans = 21.62% -9 entre 31-40ans = 24.32% -13 entre 41 et 50ans = 35.14% -3 entre 51-60ans = 8.11% -1 entre 61-70ans = 2.7% -3 n'ont pas transmis leur âge = 8.11%</p> <p>Temps d'activité professionnelle : -7 >2ans = 18.92% -12 entre 3-10ans = 32.43% -11 de 11-20ans = 29.73% -6 de 21-30ans = 16.22% -1 >31ans = 2.7%</p> <p>Echantillonnage -Pas spécifié dans l'étude</p> <p>-Dédit : Echantillonnage par choix raisonné</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Pas spécifiés dans l'étude</p>	<p>Identifier les techniques utilisées par les professionnels du domaine des soins infirmiers pour interagir avec des patients sourds et prendre soins d'eux dans un contexte hospitalier</p> <p>Question de recherche -Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>-Dédit : <i>Quelles sont les techniques utilisées par les professionnels en soins infirmiers pour interagir et soigner des patients sourds ?</i></p>	<p>- Communication</p> <p>-Handicap</p> <p>-Soins infirmiers</p> <p>-Accès aux soins</p> <p>-Langue des signes</p>	<p>Entretien avec questionnaire à questions ouvertes et fermées</p> <p>Ethique -Projet examiné et approuvé par le comité éthique en recherche du gouvernement fédéral de l'Université de l'Etat de Rio de Janeiro</p> <p>-Participation volontaire avec consentement écrit et signé</p>	<p>-Données QUANT analysées par des statistiques descriptives en clarifiant les données sociodémographiques (grille selon : sexe, âge, profession, niveaux de maîtrise de la langue des signes)</p> <p>-Données QUAL analysées selon les interactions pendant les soins d'une personne sourde par des techniques de communication usant des procédures systématiques</p> <p>-L'organisation des questions ouvertes est faite selon un regroupement de réponses similaires qui définissent trois axes</p>	<p>-16 soignants déclarent avoir fourni des soins à un patient sourd = 43%. Leurs stratégies de communication étaient : le mime à 46.15% (12), l'écrit à 30.77% (8), la lecture labiale pour 15.38% (4), le dessin à 3.85% (1) et le recours à un interprète à 3.85% (1)</p> <p>-21 soignants déclarent n'avoir jamais pris en soins un patient sourd = 57%. Ils auraient utilisé à 31.25% les mimes (10) et 1 personne pense au recours à l'interprète</p> <p>→Nécessaire de prendre des mesures efficaces pour que les infirmiers communiquent de façon appropriée avec les patients sourds. Interpréter et décoder le langage non-verbal, le recours à un interprète. Programme d'éducation et cours spécifiques à envisager pour favoriser l'information et la prévention de la santé des personnes sourdes.</p> <p>→Distinction pas claire du personnel soignant entre les termes suivants : sourd, muet et sourd-muet</p> <p>→Mise en place d'un service pluridisciplinaire avec des interprètes certifiés</p> <p>→Exclusion des personnes sourdes des soins exclusivement liée à des problèmes de communication car le personnel soignant ne sait pas y faire</p> <p>Forces de l'étude : Pas spécifiées dans l'étude</p> <p>Limites de l'étude : Pas spécifiées dans l'étude</p>

4. Pendergrass, K. M., Nemeth, L., Newman, S. D., Jenkins, C. M., & Jones, E. G. (2017, Mars 7). Nurse practitioner perceptions of barriers and facilitators in providing health care for deaf American Sign Language users: A qualitative socio-ecological approach. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 1-8. doi:10.1002/2327-6924.12461

Type d'étude ou devis	Echantillon	But	Concepts - Cadre	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats - Conclusion
<p>Etude qualitative descriptive à modèle socio-écologique</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Niveau IV selon la pyramide des preuves</p>	<p>-Pas spécifié dans l'étude</p> <p>-Dédit : Echantillon accidentel ou échantillon de volontaires</p> <p>Echantillon-nage Echantillon-nage professionnel par liste de diffusion, de médias sociaux et à effet boule de neige</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion Etre infirmier à l'Etat du Mississippi (États-Unis)</p>	<p>Examiner les perceptions des obstacles et des facilitateurs de soins et de santé pour les utilisateurs de la Langue des Signes Américaine (ASL)</p> <p>Question de recherche -Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>-Dédit : <i>Quels sont les obstacles et les facilitateurs de soins et de santé pour les utilisateurs de la ASL ?</i></p>	<p>-Communication</p> <p>-Handicap</p> <p>-Soins infirmiers</p> <p>-Accès aux soins</p> <p>-Langue des signes</p> <p>-Droits (confidentialité)</p> <p>-Ethique (autonomie)</p>	<p>Ethique -Projet approuvé par le Conseil d'examen interne</p> <p>-Equipe de recherche composée d'experts en ASL-communication, en handicap et en conception d'études QUAL</p>	<p>-Entretiens enregistrés numériquement puis retranscrits en verbatim.</p> <p>-Contrôle des membres utilisé pour établir la crédibilité</p> <p>-Données transcrites examinées et analysées par une approche de contenu déductive (NVivo10.0), par un logiciel pour le codage et l'identification des thèmes (matrice de catégorisation)</p> <p>-Réunion des chercheurs et atteinte d'un consensus sur les thèmes principaux</p> <p>-Saturation des données dès la 10^e interview</p>	<p>-La barrière linguistique est un obstacle à la prestation de soins de santé (ne pas connaître et pratiquer l'ASL). Volonté d'avoir à disposition des interprètes professionnels, car la lecture labiale et les notes écrites sont limitées</p> <p>-Volonté d'une classe en terminologie médicale : « d'un mini langage gestuel » en guise de guide de références</p> <p>-Barrière lors de consultation, car les infirmiers attendent que la personne sourde vienne avec un interprète et inversement. Nécessité de planifier les consultations</p> <p>-La facturation des heures d'un interprète et du remboursement de celui-ci présente une barrière par méconnaissance des infirmiers</p> <p>-Les personnes sourdes sont vulnérables et victimes d'une mauvaise communication pouvant être dangereuse à mortelle ce qui est contraire à l'éthique et aux droits (autonomie, confidentialité). La sensibilisation des infirmiers sur le sujet n'est pas assez forte et non sécuritaire</p> <p>→Le recours à un interprète professionnel est considéré comme un dernier recours, lorsque les facilitateurs (gestes, notes, lecture labiale, interprète familial) n'ont pas suffi. Il est facilitateur et barrière lorsqu'il n'y en a pas lors d'une prise en charge car les infirmiers n'ont pas conscience de leur nécessité</p> <p>→Ressources nécessaires (protocoles et internet) pour sensibiliser aux problèmes de communication, aux exigences légales du prendre soins et accès rapide à l'information et aux interprètes professionnels.</p> <p>→Envisager des cours d'ASL pour les infirmiers, axés sur la santé communautaire et même faire partie de leur curriculum vite</p> <p>Forces de l'étude Pas spécifiées dans l'étude</p> <p>Limites de l'étude -Possible que les infirmiers aient confondus sourds et malentendants ou qu'ils n'aient pas conscience d'avoir pris en charge des personnes sourdes -Technique d'interview durant laquelle les faits relatés peuvent ne pas correspondre à la réalité</p>

5. Sheppard, L. (2013). Deaf adults and health care. Giving voice to their stories. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 504-510. doi:10.1002/2327-6924.12087

<p>Type d'étude ou devis Étude qualitative</p> <p>Paradigme Naturaliste</p> <p>Niveau de preuve Niveau IV selon la pyramide des preuves</p>	<p>Echantillon 9 adultes sourds volontaires (2 hommes et 7 femmes âgés de 21-62ans) ayant fait partie d'une étude qualitative (2013, ouest des Etats-Unis) qui explore les symptômes dépressifs chez les personnes sourdes utilisant culturellement la langue des signes</p> <p>Echantillonnage -Pas spécifié dans l'étude</p> <p>-Déduit : Echantillon par choix raisonné</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion -Avoir > 18ans</p> <p>-S'identifier à la culture sourde</p>	<p>But Donner la parole à 9 adultes sourds concernant leur expérience en matière d'accès aux soins, de santé depuis leur enfance</p> <p>Question de recherche -Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>-Déduit : <i>Est-ce que les symptômes dépressifs chez les personnes sourdes signant sont corrélés avec leur expérience en matière d'accès aux soins et de santé depuis leur enfance ?</i></p>	<p>Concepts - Cadre - Communication</p> <p>-Soins infirmiers</p> <p>-Accès aux soins</p> <p>-Handicap</p> <p>-Culture sourde / Langue des signes</p>	<p>Méthode de collecte des données Entretien herméneutique de 30-60min à 3 reprises avec à chaque fois, une traduction par un interprète en langue des signes américaine (ASL).</p> <p>Éthique -Projet examiné et approuvé par le comité éthique et d'examen institutionnel</p> <p>-Consentement éclairé et signé des participants suite à la vision d'une vidéo dans laquelle un interprète en ASL décrit l'étude (but, + et -)</p>	<p>Méthode d'analyse -L'autoréflexion du chercheur a lieu avant chaque interview pour considérer la nature des relations avec chaque participant sans préjugés sur leurs histoires</p> <p>-Entretien enregistré en vidéo à chaque fois et visionné par le chercheur et l'interprète ASL de l'étude ainsi que par un 2^{ème} interprète ASL avec des bandes choisies au hasard pour assurer l'exactitude de l'interprétation</p> <p>-Retranscription écrite de chaque entretien</p> <p>-Rigueur : par la fiabilité des rapports écrits selon les interprétations lors de l'analyse</p> <p>-Crédibilité et confirmabilité par le partage des résultats avec les participants lors de la 3^{ème} interview pour l'exactitude de la compréhension</p> <p>-Confirmabilité établie par 3 interview séparées</p> <p>-Objectivité par la fidélité des récits des participants</p>	<p>Résultats - Conclusion</p> <p>-Mise en évidence douloureuse et frustrante des barrières liées à la communication entre soignant et soigné, incompréhension du diagnostic, du traitement, des médicaments et de leur utilisation ou effets secondaires</p> <p>-Mise en évidence effrayante des interactions pénibles ou embarrassantes ainsi que des appels au secours sans réponses par un manque de ressources disponibles en soin et santé ainsi qu'en communication (expression du visage, langage non-verbal, lecture labiale, posture, éclairage, masque, écrit)</p> <p>-Promotion et information minimales sur la santé pour la communauté sourde → utilisation des services d'urgence</p> <p>→Un patient sourd devrait être examiné dans les 4 modes, émotions comprises à chaque rencontre et avoir le temps nécessaire à l'interaction et des interprètes certifiés utiles à chaque rencontre (confidentialité et accepté par le soignant)</p> <p>→La personne sourde identifie les moyens de communication adéquats et significatifs pour toute rencontre afin de réduire la morbidité et mortalité de cette population mal desservie et stéréotypée</p> <p>Forces de l'étude : Pas spécifiées dans l'étude</p> <p>Limites de l'étude -Recrutement lié à deux Etats à petite communauté sourde</p> <p>-Participants décrivent leur colère et préoccupation plutôt que leurs souvenirs</p> <p>-Biais de mémorisation</p> <p>-Résultats des entretiens ne permettent pas la généralisabilité à tous adultes sourds</p>
--	--	--	---	--	--	--

6. Amoros, T., Bonnefond, H., Martinez, C., & Charles, R. (2014). Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. *Santé publique*, 26(2), 205-215. doi :10.3917/spub.138.0205

<p><u>Type d'étude ou devis</u> Étude de cas mixte (design de complémentarité)</p> <p>-Analyse quantitative et prospective</p> <p>-Analyse qualitative du dispositif, choix de consultations et actions de santé communautaire</p> <p><u>Paradigme</u> Positiviste Naturaliste</p> <p><u>Niveau de preuve</u> Niveau IV selon la pyramide des preuves</p>	<p><u>Echantillon</u> Pas mentionné</p> <p><u>Echantillonnage</u> Pas spécifié dans l'étude</p> <p>Déduit : Analyse rétrospective de données</p> <p><u>Critères d'inclusion / d'exclusion</u> Pas spécifiés dans l'étude</p>	<p><u>But</u> Décrire un dispositif (fonctionnement, moyens, intervenants) ambulatoire proposant des soins primaires dédiés aux personnes sourdes</p> <p><u>Question de recherche</u> -Pas spécifiée dans l'étude</p> <p>-Déduit : <i>Quel est le but et quelles sont les solutions que propose un dispositif ambulatoire de soins primaires dédiés aux personnes sourdes ?</i></p>	<p><u>Concepts - Cadre</u></p> <p>- Surdité</p> <p>-Handicap</p> <p>-Soins de santé primaire</p> <p>-Accès aux soins</p> <p>-Langue des signes</p> <p>-Isolement</p>	<p><u>Méthode de collecte des données</u> Étude de cas d'un dispositif ambulatoire de consultation de médecine générale en langue des signes françaises (LSF) dédiées aux personnes sourdes à Saint-Etienne (France) entre le 01.01.2009 et le 31.12.2012</p> <p>→ Recueil prospectif : dates de consultation, âge, ville de provenance, médecin consulté, durée, tarification</p> <p><u>Ethique :</u> Pas spécifiée</p>	<p><u>Méthode d'analyse :</u></p> <p>-Données QUANT analysées selon les données de consultation.</p> <p>La grille d'analyse contient dates de consultation, âge, ville de provenance, médecine consulté, durée et tarification. Le logiciel utilisé n'est pas mentionné.</p> <p>-Données QUAL analysées portent sur le dispositif, le choix de consultation et les actions en santé</p>	<p><u>Résultats - Conclusion :</u></p> <p>-Pour une file active de 116 patients (sexe ratio à 0.5), 885 consultations ont été effectuées dont 113 = 13.4% pour des procédures administratives, 94 = 10.6% pour de l'hypertension artérielle, 56 = 6.7% pour un suivi systématique et prévention</p> <p>Le nombre de consultations annuelles a doublé de 2009 à 2012 = 7105% observé (moyenne 3.5/an/patient)</p> <p>76% des patients habitent la ville ou proche périphérie et 11% parcourent >25km</p> <p>La durée moyenne des consultations est passée de 39min en 2009 pour 26min en 2012</p> <p>-Plusieurs initiatives de santé communautaire ont été mise en place : fax d'urgence, conférences sur des thèmes de santé publique, groupe d'éducation thérapeutique sur le diabète, mise en place d'un accueil médico-psychologique en LSF, demandes de rdv par email, suivi de famille parents sourds-enfants entendants ou consultation d'adolescents, soutien communautaire d'association (cafés-signes)</p> <p>→L'apport du dispositif est indéniable et ne doit pas faire négliger la création d'une unité d'accueil et de soins hospitaliers pour les patients sourds, incluant la possibilité d'une unité mobile pour tenir compte du polyhandicap et de l'isolement</p> <p>→Révision tarification aux personnes en situation de handicap (temps et égalité face aux soins)</p> <p>→Enseignement d'une base de LSF lors des études de médecine universitaire, sensibilisation des soignants hospitaliers généralisées pour favoriser l'accès aux soins de la population sourde</p> <p>→La LSF reste une compétence linguistique exigeant apprentissage, coût et échanges communautaires qui justifient le faible effectif de personnel signant</p> <p><u>Forces de l'étude :</u> Pas spécifiées dans l'étude</p> <p><u>Limites de l'étude :</u> Étude construite par et pour les précepteurs de ces dispositifs</p>
--	---	---	---	--	--	--

11.2 Annexe II : Glossaire général et glossaire méthodologique

11.2.1 Glossaire général

Références bibliographiques pour la réalisation de ce glossaire général :

A = Jeuge-Maynard, I. (2013). Dans *Le grand Larousse illustré 2014*. Paris : Editions Larousse

B = Centre d'information AVS/AI. (2018). *Généralités*. Accès

<https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidité-AI/Généralités>

C = Association suisse des infirmières et infirmiers ASI – SBK (S.d.). *Association*. Accès

<https://www.sbk.ch/fr/association/lasi.html>

D = Fédération suisse des sourds. (S.d.). *A notre propos*. Accès

<http://www.sgb-fss.ch/fr/a-notre-propos/>

E = Université de Genève. (2016, Octobre-Novembre). Medsinge: Apprendre à signer pour soigner les patients sourds, *Le journal*, 122, 10. Accès

<https://www.unige.ch/lejournel/numeros/122/article5/>

F = M.E.T.I.S. (2017). Mouvement des Etudiant-e-s Travaillant contre les Inégalités d'accès à la Santé. Accès

<http://metislausanne.com/>

G = Procom. (2018). *Histoire*. Accès

<https://www.procom-deaf.ch/fr/Geschichte.aspx>

H = Pro infirmis. (2018). *Organisation*. Accès

<https://proinfirmis.ch/fr/a-propos/organisation.html>

I = Pro infirmis. (2018). *Rentes d'invalidité de l'AI*. Accès

<https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/rentes-et-prestations-complementaires/rentes-dinvalidite-de-lai.html>

J = Organisation cantonale valaisanne des secours. (S.d.). *Accueil*. Accès

<http://www.ocvs.ch/fr/>

AI	L'Assurance-Invalidité (AI) est une assurance obligatoire s'étendant à tout le territoire suisse. Elle vise à garantir les moyens d'existence aux personnes assurées devenues invalides, que ce soit par des prestations en nature (mesures de réadaptation) ou par des prestations en espèces (rentes ou allocations) (B)
ASI	<p>L'Association suisse des infirmiers et infirmières ASI représente les infirmières et infirmiers qui travaillent en Suisse. Avec ses 25 000 membres, elle est une des plus grandes associations professionnelles dans le domaine de la santé.</p> <p>Ses membres ont donné la mission suivante à l'ASI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • établir l'autonomie de la profession infirmière et renforcer la position des infirmières et infirmiers, • défendre et améliorer les conditions sociales et économiques du personnel infirmier, • développer les soins infirmiers et assurer leur qualité, • les soutenir dans leurs activités et leur développement professionnels, • participer aux processus de décisions politiques dans le domaine de la santé, • s'engager activement dans les domaines de la formation et promouvoir l'enseignement et la recherche en soins infirmiers (C)
Canal	6.Voie par laquelle transite l'information entre émetteur et récepteur, dans la théorie de la communication ; moyen de communication (A → p. 197)
Communauté	Groupe social ayant des caractères, des intérêts communs (A → p.275)
FSS	La Fédération suisse des sourds est l'organisation faîtière nationale de l'entre-aide des sourds. Depuis 1946, elle s'engage pour l'égalité des personnes sourdes et malentendantes (D)

Epidémiologie	Discipline médicale qui étudie les facteurs intervenant dans l'apparition des maladies et des différents phénomènes morbides, ainsi que leur fréquence, leur distribution géographique, et socio-économique, leur évolution (A → p.450)
Handicap	Infirmité ou déficience, congénitale ou acquise, des capacités physiques ou mentales. Un handicap peut être sensoriel (visuel, auditif), physique (neurologique, musculaire, etc), ou encore mental (déficience intellectuelle, trouble psychiatrique). Les causes, très variées, en sont surtout les traumatismes, les malformations, les anomalies génétiques, les infections, les maladies cardio-vasculaires, respiratoires ou rhumatismales (A → p.657)
Intelligible	1. Qui peut être facilement compris ; <i>Parler à haute et intelligible voix.</i> 2. Qui n'est connaissable que par l'entendement. (A → p.621)
Intelligibilité	Caractère intelligible (A → p. 621)
Interprétariat	Métier, fonction d'interprète (A → p.624)
Interprète	1. Personne qui traduit oralement une langue dans une autre. 2. Personne qui est chargée de déclarer, de faire connaître les volontés, les intentions d'une autre ; porte-parole (A → p.624)
Medsigne	Association des étudiants en médecine de Genève, qui vise à sensibiliser le futur personnel soignant (étudiants de médecine, santé et sciences pharmaceutiques) à la problématique de la surdité et à le former aux bases de la Langue des signes française (LSF) et du Langage parlé complété (LPC, un complément à la lecture labiale associant un geste de la main à un son prononcé (E)
M.E.T.I.S	Association d'étudiant-e-s en médecine et en soins infirmiers de Lausanne interpellé-e-s par les conditions de

	<p>vie des populations les plus vulnérables et les divergences dans les déterminants de santé en Suisse comme à l'étranger (F)</p>
Oralisation	<p>Selon Goust 2014</p>
Oraliser	<p>Dire à haute voix (A → p. 805)</p>
Procom	<p>La fondation Procom a été créée en 1988. La demande croissante pour des relais téléphoniques, pour des interprètes et la collaboration avec l'assurance-invalidité ont justifié la création d'une entité juridique indépendante. En janvier 2005, le Service d'interprètes en langue des signes française a été délégué à Procom sur l'initiative de la FSS-RR, Fédération Suisse des Sourds - Région Romande. Des bureaux à Lausanne pour la Suisse Romande et à Wald ZH la Suisse allemande et le Tessin assurent les services d'interprètes avec une centaine d'interprètes en langue des signes pour toute la Suisse. PROCOM agit par conviction que les sourds, les malentendants, les sourds-aveugles et toute autre personne handicapée dans la communication aient un droit illimité à la communication et s'engage pour l'application de ce droit. L'activité de PROCOM est de procurer et d'assurer aux handicapés et aux non-handicapés si possible la même réciprocité dans le domaine de la communication (G)</p>
Pro infirmis	<p>Pro Infirmis dispose de services de consultation dans toute la Suisse. Elle soutient les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou des troubles psychiques.</p> <p>En tant qu'association d'utilité publique avec siège à Zurich, Pro Infirmis est politiquement indépendante et confessionnellement neutre. Par nos prestations, nous encourageons l'autonomie et l'autodétermination des personnes en situation de handicap.</p> <p>Pro Infirmis s'engage pour que les personnes en situation de handicap puissent participer activement à la vie</p>

	sociale et ne soient pas désavantagées. Nous voulons atteindre ce but en collaboration avec les intéressés (H)
Pro Infirmis – AI	Lorsque les mesures de réadaptation de l'AI n'ont pas abouti au résultat escompté ou n'y ont abouti que partiellement, ou lorsque que les mesures sont dès le départ vouées à l'échec, il faut examiner le droit à une rente. Si le taux d'invalidité atteint au moins 40%, la personne a droit à une rente (I)
Sémiologie	Science générale des signes et des lois qui les régissent au sein de la vie sociale (A → p. 1054)
Sémiotique	Théorie générale des signes, chez C. S. Peirce (A →p.1054)
Surdité	Diminution très importante ou inexistance totale de l'audition, qu'elles soient congénitales ou acquises (A → p.1105)
144	Numéro de téléphone pour appels sanitaires urgents à vitaux en Suisse (J)

11.2.2 Glossaire méthodologique

Références bibliographiques pour la réalisation de ce glossaire méthodologique :

A = Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives (éd.2). Montréal : Chenelière Education.

B = Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières ; Approches quantitatives et qualitatives. Québec : Polit et Beck.

Analyse de contenu	Traitement des données qualitatives afin d'en dégager les thèmes saillants et les tendances (A. p.467)
Analyse qualitative	Processus qui consiste à organiser et interpréter les données narratives en vue de découvrir des thèmes, des catégories et des modèles de références (A. p.459)
Biais d'échantillonnage	Distorsion qui survient quand un échantillon n'est pas représentatif de la population dont il provient (A. p.595)
Cadre de recherche	Brève explication des principaux concepts en jeu et de leurs relations présumées ou existantes dans une étude. Le cadre de recherche peut être conceptuel ou théorique (A. p.43)
Cadre théorique	Structure qui traduit une perspective et qui s'appuie sur celle-ci pour cerner les phénomènes et préciser les relations anticipées entre les différents concepts (A. p.175)
Codification	Processus par lequel des symboles ou des mots clés sont attribués à des segments de données en vue de former des catégories pour l'analyse qualitative (A. p.460)
Coefficient alpha de Cronbach (α)	Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (A. p.408)
Comité éthique de la recherche	Groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques (A. p.107)
Concept	Abstraction, image mentale que l'on se fait de la réalité (A. p.39)

Confirmabilité (objectivité)	Critère de rigueur scientifique d'analyse qualitative des données. Réfère au lien entre les données, les résultats et l'interprétation (A. p.284)
Consentement libre et éclairé	Acquiescement d'une personne à sa participation à une étude, après avoir reçu et compris toute l'information nécessaire (A. p.106)
Crédibilité (validité interne)	Critère de rigueur scientifique d'analyse qualitative des données. Réfère à l'accord entre les vues des participants et la représentation que le chercheur fait d'eux (A. p.284)
Critères de rigueur scientifique pour l'analyse des données qualitatives	Se réfère à : -la crédibilité (validité interne) -la transférabilité (validité externe) -la fiabilité (fidélité) -la confirmabilité (objectivité) (A. p.284)
Critère d'exclusion	Les critères d'exclusion servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partie de l'échantillon, en raison de leurs caractéristiques différentes (A. p.226)
Critères d'inclusion ou d'admissibilité	Les critères d'inclusion décrivent les caractéristiques essentielles d'une population que l'on souhaite trouver chez les sujets (A. p.226)
Devis de recherche	Plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôle ayant pour objectif de minimiser les risques d'erreur (A. p.596)
Données qualitatives → raisonnement inductif	Informations recueillies sous forme narrative (non numérique), notamment dans le cadre de la transcription d'une entrevue libre (B. p.40)
Données quantitatives → raisonnement déductif	Informations recueillies de façon quantifiée (numérique) (B. p.39)
Ecart type (s)	Mesure de dispersion qui correspond à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance entre chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe. (A. p.597)

Echantillon	Sous-ensemble d'une population choisie pour participer à une étude (A. p.226)
Echantillonnage	Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population ciblée (A. p.224)
Echantillon accidentel ou de volontaires	Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (A. p.597)
Echantillonnage de cas représentatifs	Technique d'échantillonnage, dans une étude qualitative, reposant sur une sélection des participants qui met en lumière ce qui est représentatif ou relève de la moyenne (B. p.277)
Echantillonnage intentionnel ou par choix raisonné	Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population de l'étude (A. p.235)
Echantillonnage non probabiliste intentionnel	Méthode qui consiste à prélever un échantillon de façon arbitraire. Plusieurs techniques sont employées (A. p.597)
Entrevue semi-dirigée ou semi-structurée	Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant (A. p.428)
Etude de cas	Examen détaillé et approfondi d'un phénomène lié à une entité sociale (personne, famille) (A. p.35)
Etude descriptive	Etude qui décrit un ou des phénomènes quelconques sans chercher à en établir la cause (A. p.292)
Explorer	Action d'examiner la présence de relations entre des variables (A. p.599)
Fiabilité (fidélité)	Critère de rigueur scientifique pour l'analyse qualitative des données. Réfère à la stabilité des données dans le temps et dans les conditions (A. p.284)
Fidélité	Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (A. p.405)
Généralisabilité	Opération qui consiste à étendre les résultats obtenus d'un échantillon à la population dont il provient ou à d'autres contextes (A. p.543)

Herméneutique	Tradition de recherche qualitative qui s'inspire de la phénoménologie interprétative et met l'accent sur les expériences vécues par les êtres humains et sur la façon dont ceux-ci interprètent ces expériences (B. p.221)
Médiane (Md) →Analyse statistique descriptive	Mesure de tendance centrale qui divise une distribution de fréquences ordonnée en deux parties égales, comprenant chacune 50% des données (A. p.496)
Méthode de recherche mixte	Méthodologie combinant ou associant des méthodes qualitatives et quantitatives dans une même étude afin de répondre de façon optimale à une question de recherche (A. p.372)
Moyenne →Analyse statistique descriptive	Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs (A. p.491)
Opérateurs booléens	Termes (ET, OU, SAUF) servant à unir des mots clés dans un repérage documentaire (A. p.149)
Paradigme	Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (A. p.24)
Paradigme naturaliste	Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit sur les perceptions individuelles, qui peuvent changer avec le temps (A. p.25)
Paradigme positiviste	Vision de la science qui, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs (A. p.25)
Phénomène	Evènement, situation particulière ou processus quelconque susceptible de faire l'objet d'une recherche (A. p.601)
Phénoménologique	Méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène ou un concept (A. p.601)
Population	Ensemble d'éléments (personnes, objets) qui présentent des caractéristiques communes (A. p.224)

Pratique fondée sur des résultats probants	Approche qui consiste dans l'utilisation consciencieuse des résultats réels de la recherche pour la prise en charge personnalisée des patients (A. p.568)
Problème de recherche	Question significative pour laquelle il n'existe actuellement aucune réponse valable ou pleinement satisfaisante (A. p.117)
Question de recherche	Énoncé particulier qui demande une réponse pour résoudre un problème de recherche (A. p.122)
Questionnaire	Instrument de collecte de données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions (A. p.432)
Raisonnement déductif	Raisonnement qui consiste à aller du général au particulier (A. p.16)
Raisonnement inductif	Raisonnement qui consiste à aller du particulier au général (A. p.16)
Recherche phénoménologique	Recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes (A. p.602)
Recherche qualitative	Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (A. p.30)
Recherche quantitative	Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication et la prédication et qui repose sur la mesure des phénomènes et l'analyse de données numériques (A. p.29)
Recension des écrits	Examen approfondi et critique des publications se rapportant à l'objet d'étude (A. p.134)
Saturation empirique des données	Moment dans la collecte de données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien à la compréhension du phénomène de l'étude (A. p.602)
Sélection des participants	Processus consistant à choisir des participants à une recherche (A. p.602)
Significativité sur le plan statistique	Expression indiquant que les résultats ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité (B. p.78)

Statistique kappa (K)	Facteur de correction pour les mesures de pourcentage d'accord de la fidélité en tenant compte de l'effet potentiel des accords obtenus par chance (A. p.407)
Test du khi deux (X2)	Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives (A. p.524)
Test statistique paramétrique	Procédé statistique servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables et sur l'utilisation des mesures d'intervalle et de proportion (A. p.521)
Test statistique non paramétrique	Test statistique inférentiel utilisé pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux (A. p.521)
Transférabilité (validité externe)	Critère de rigueur scientifique pour l'analyse qualitative des données. Réfère à l'exactitude de la description servant à juger de la similarité avec d'autres situations de telle sorte que les résultats peuvent être transférés (A. p.284)
Transversale (Etude ou Méthode)	Etude-Méthode dont les données recueillies à un moment précis dans le temps. Elle sert à décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés (A. p.599)
Triangulation	Méthode de vérification des données qui utilise plusieurs sources d'information et plusieurs méthodes de collecte des données (A. p.603)
Valeur p (probabilité)	Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard ; probabilité de commettre une erreur dite de type I (B. p. 373)
Validité	Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer (A. p.411)
Validité de contenu	Représentativité des énoncés d'un instrument afin de mesurer un concept ou un domaine particulier (A. p.412)

Variable	Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (A. p.604)
Variable dépendante	Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (A. p.604)
Variable indépendante	Variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer cette dernière (A. p.604)
Variance (s^2)	Mesure de dispersion qui consiste en la somme des carrés des écarts par rapport à la moyenne divisées par le nombre d'observations (A. p.604)

11.3 Annexe III : Autres annexes

11.3.1 Anatomie de l'oreille

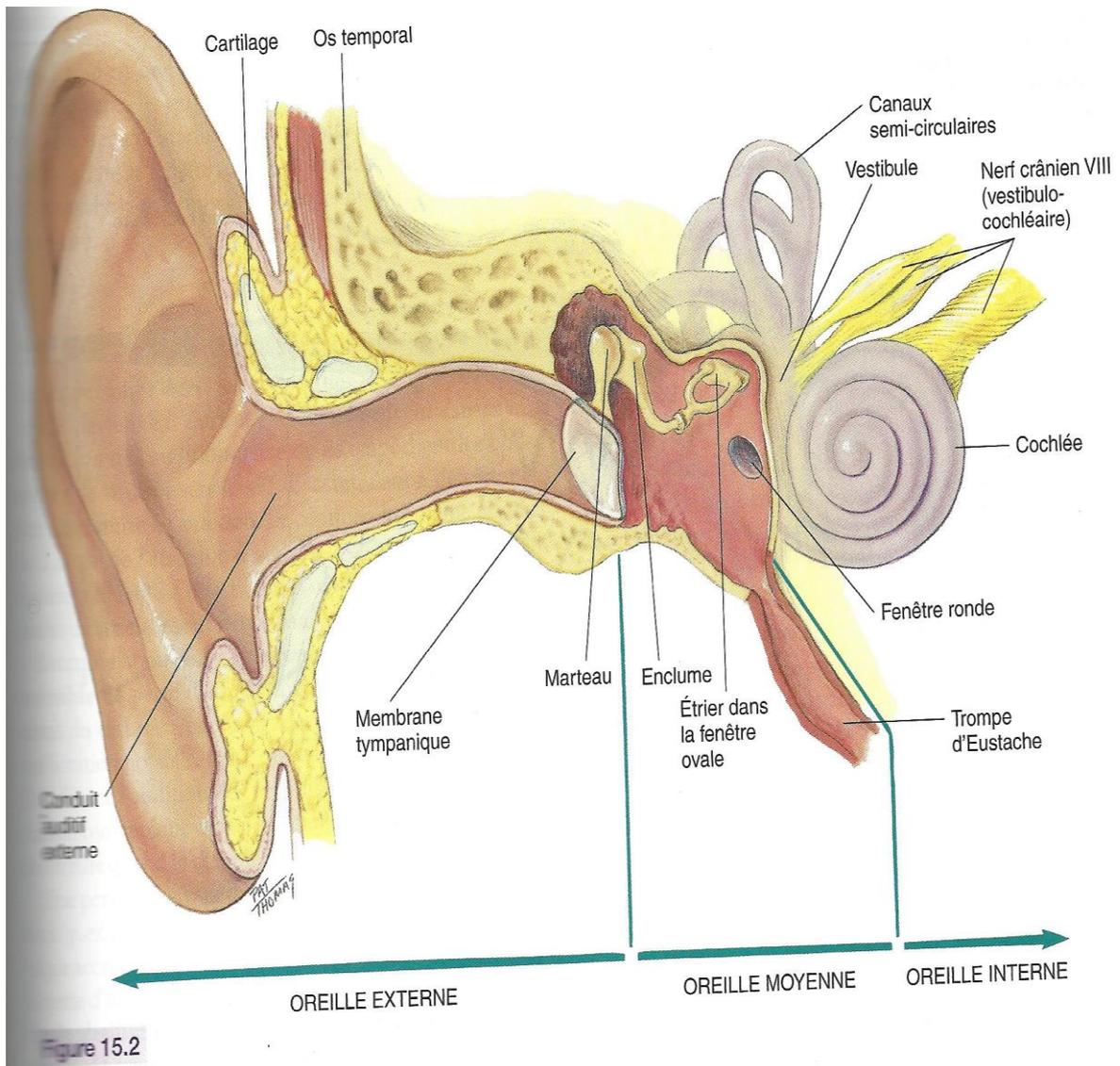


Figure 2 Tiré de Jarvis, 2009, p.367

11.3.2 Voies auditives

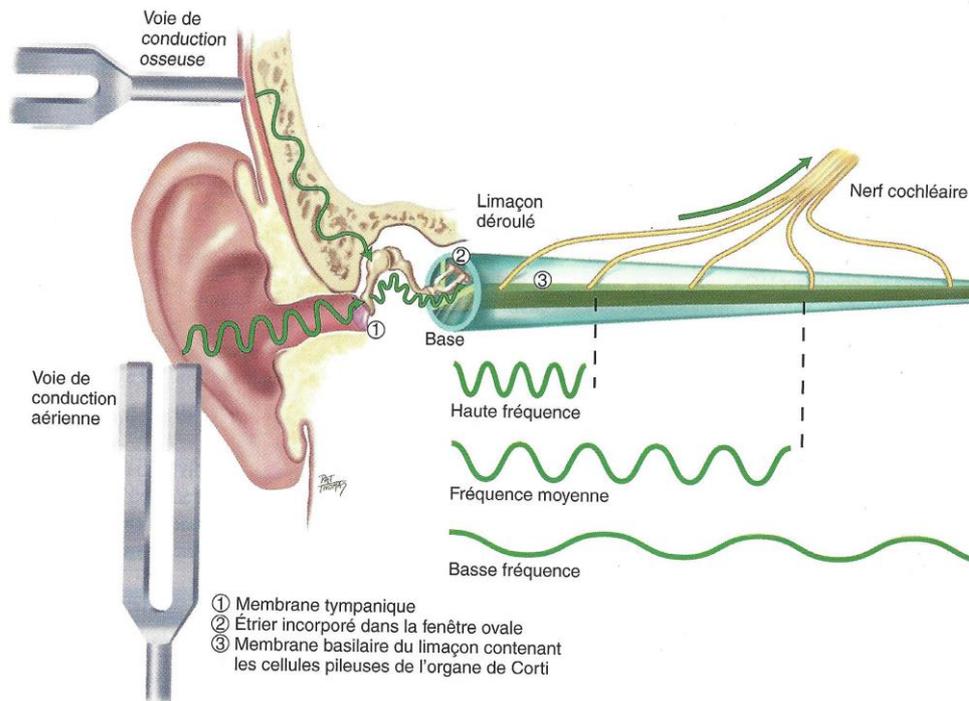


Figure 15.4 Voies auditives.

Figure 3 Tiré de Jarvis, 2009, p.368

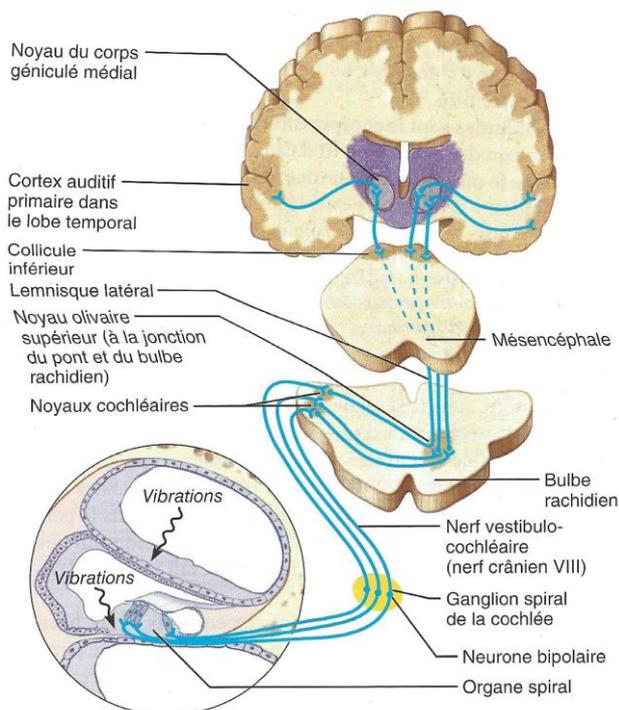


Figure 15.32 Voie auditive. Pour simplifier, seule la voie issue de l'oreille droite est représentée.

Figure 4 Tiré de Marieb & Hoehn, 2010, p.680

11.3.3 Anatomie de la cochlée

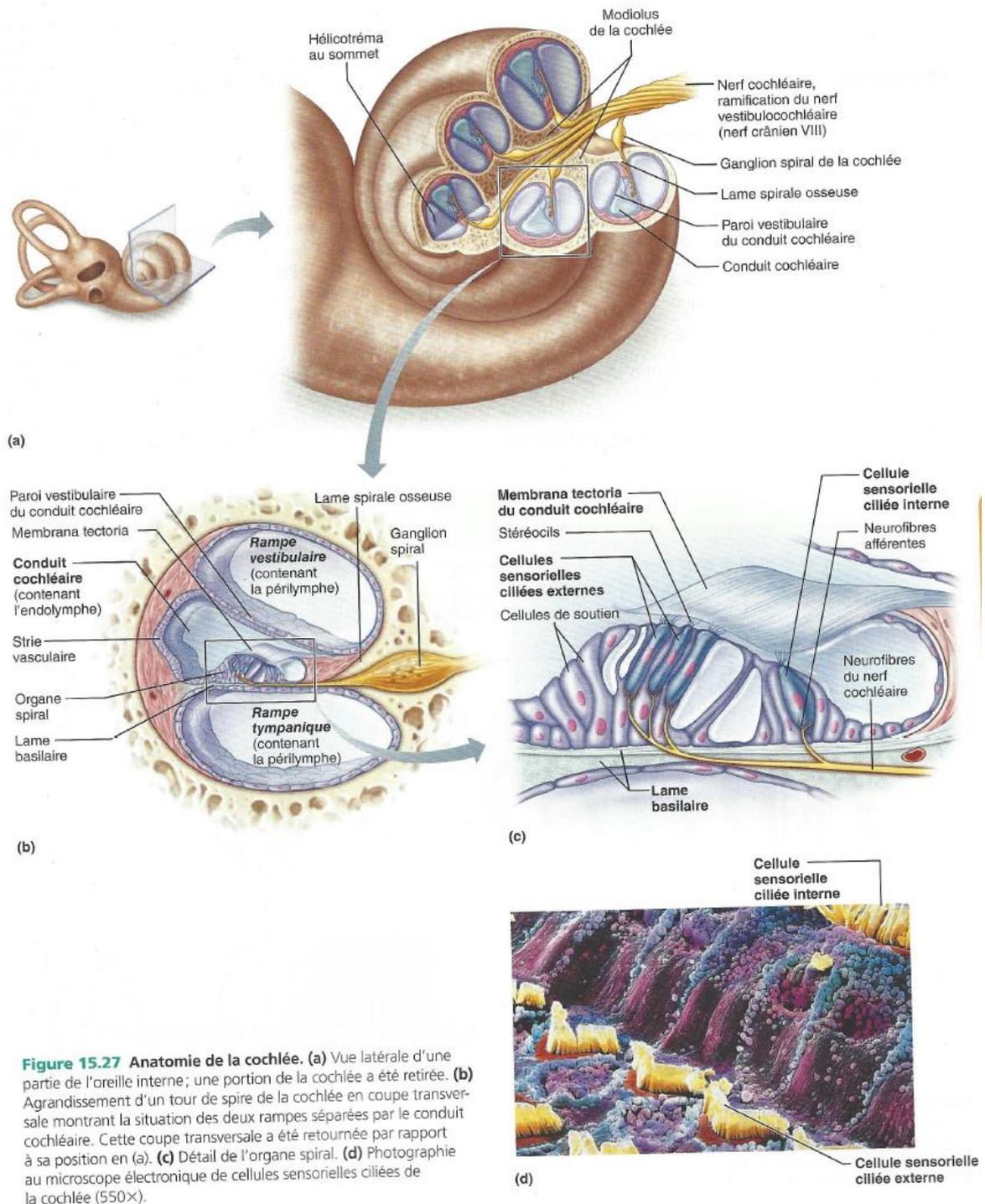


Figure 15.27 Anatomie de la cochlée. (a) Vue latérale d'une partie de l'oreille interne; une portion de la cochlée a été retirée. (b) Agrandissement d'un tour de spire de la cochlée en coupe transversale montrant la situation des deux rampes séparées par le conduit cochléaire. Cette coupe transversale a été retournée par rapport à sa position en (a). (c) Détail de l'organe spiral. (d) Photographie au microscope électronique de cellules sensorielles ciliées de la cochlée (550x).

Figure 5 Tiré de Marieb & Hoehn, 2010, p.675

11.3.4 Réseaux hypothétiques du traitement mnésique

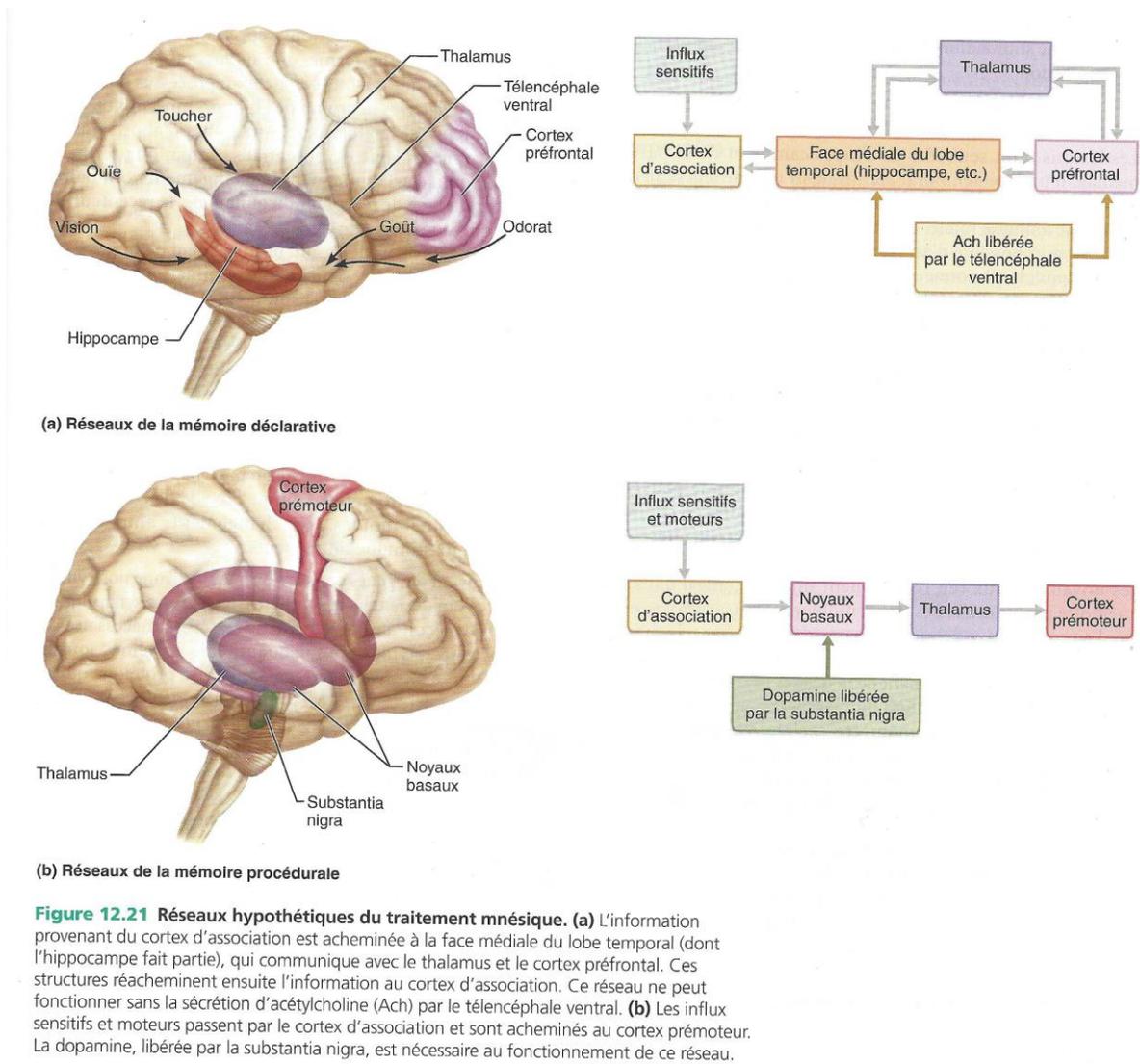


Figure 6 Tiré de Marieb et Hoehn, 2010, p.535

11.3.5 Implant cochléaire : un appareillage pour les surdités profondes

Implant cochléaire : un appareillage pour les surdités profondes

L'implant cochléaire est un appareil acoustique pour les surdités profondes. Il est constitué d'une bobine interne, de deux électrodes, d'une bobine externe, d'un processeur de langage et d'un microphone. La bobine interne est implantée chirurgicalement dans l'os crânien situé en arrière et au-dessus de l'oreille, et les électrodes sont implantées dans la cochlée. La bobine externe est tenue en place par des aimants posés sur la peau en regard de la bobine interne. Le processeur de langage, connecté à la bobine externe par un fil, peut être porté dans une poche ou dans un étui. Le microphone est placé dans une prothèse acoustique qui se porte derrière l'oreille.

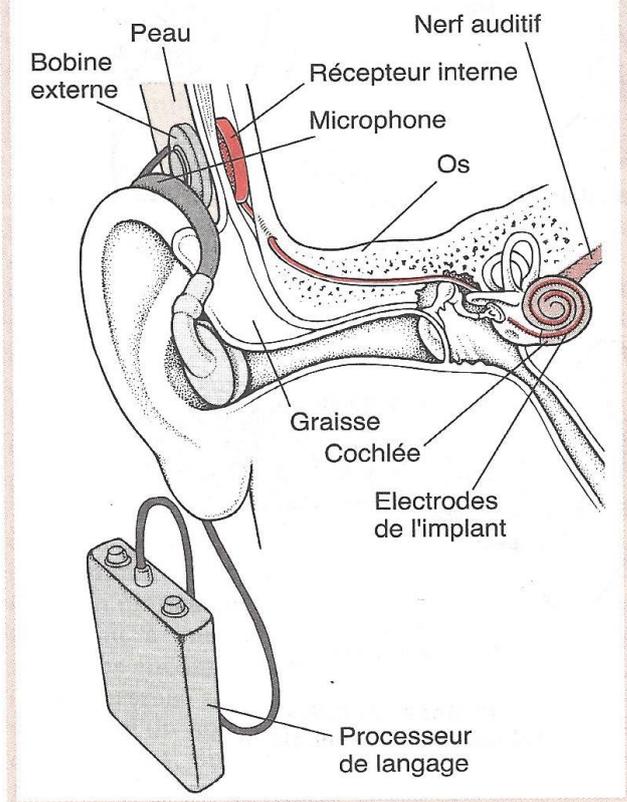


Figure 7 Tiré de Beers, 2010, p.1254

11.3.6 Infographie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les incapacités et la réadaptation

Améliorer la santé des personnes handicapées



1 Dans le monde, plus de **MILLIARD** de personnes ont un handicap



1 personne sur **7**

Pour les soins de santé généraux, les handicapés ont les mêmes besoins que les autres

Mais elles ont une probabilité:

2x plus grande de trouver des prestataires sans les compétences requises ou des installations insuffisantes

3x plus grande de se voir refuser des soins

4x plus grande d'être mal soignées dans le système de soins



1 sur **2** Une personne handicapée sur 2 n'a pas les moyens de se soigner

Elles ont une probabilité **50%** plus forte de devoir faire face à des dépenses de santé catastrophiques



Ces dépenses de santé à leur charge peuvent réduire leur famille à la pauvreté

La réadaptation et les technologies d'aide fonctionnelle peuvent permettre aux personnes handicapées d'être autonomes

70 M de personnes ont besoin d'un fauteuil roulant. **5 à 15 %** seulement y ont accès.



Dans le monde, **360 M** de personnes souffrent de déficiences auditives modérées à profondes.

La production de prothèses auditives ne répond qu'à

10% des besoins sur le plan mondial

3% des besoins dans les pays en développement

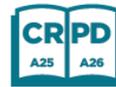
Il est possible de rendre les services de soins accessibles aux personnes handicapées, ce qui réduira des inégalités inacceptables pour la santé



En supprimant les obstacles physiques pour accéder aux établissements de santé, à l'information et aux équipements



En rendant les soins de santé abordables



En formant tous les agents de santé sur les questions liées au handicap, parmi lesquelles les droits des personnes handicapées



En investissant dans des services spécifiques comme la réadaptation

Source: Rapport mondial sur le handicap: www.who.int/disabilities/world_report

Figure 8 Tiré de l'Organisation mondiale de la santé, 2018

11.3.7 Schéma récapitulatif de la qualité des soins de l'Observatoire valaisan de la santé (OVS)

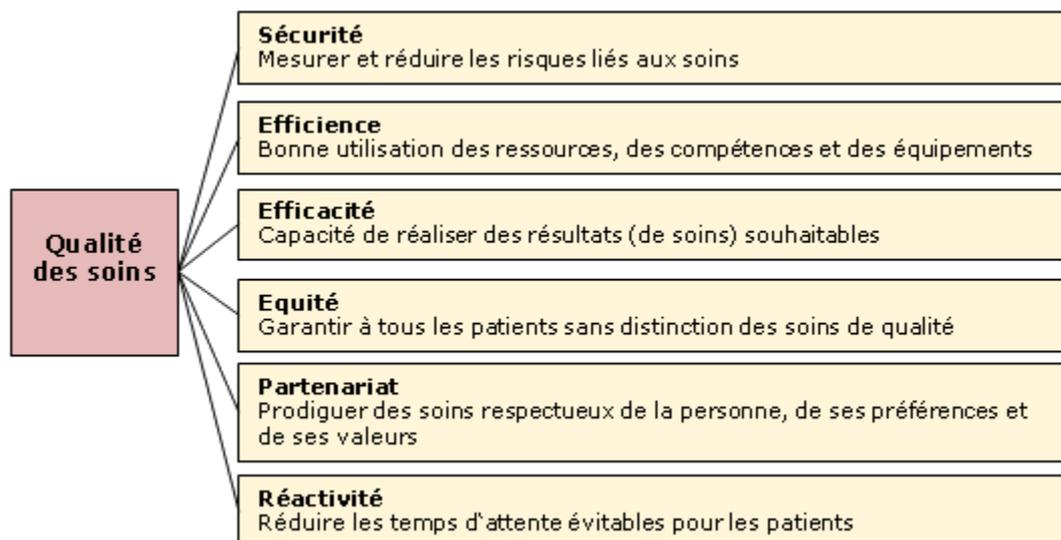


Figure 9 Tiré du Schéma adapté des Hôpitaux Universitaires de Genève et de Staines (comme cité par l'Observatoire valaisan de la santé, 2010).

11.3.8 Affiche « Voir pour comprendre » de la Fédération suisse des sourds (FSS)

Voir pour comprendre

Conseils pour la communication avec les personnes sourdes ou malentendantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

pour davantage d'informations sur la surdité et la malaudition :

www.voirpourcomprendre.ch

Figure 10 Tiré de Fédération suisse des sourds / Voir pour Comprendre, 2016

11.3.9 Stratégie 2016-2020 de la Fédération Suisse des Sourds (FSS)

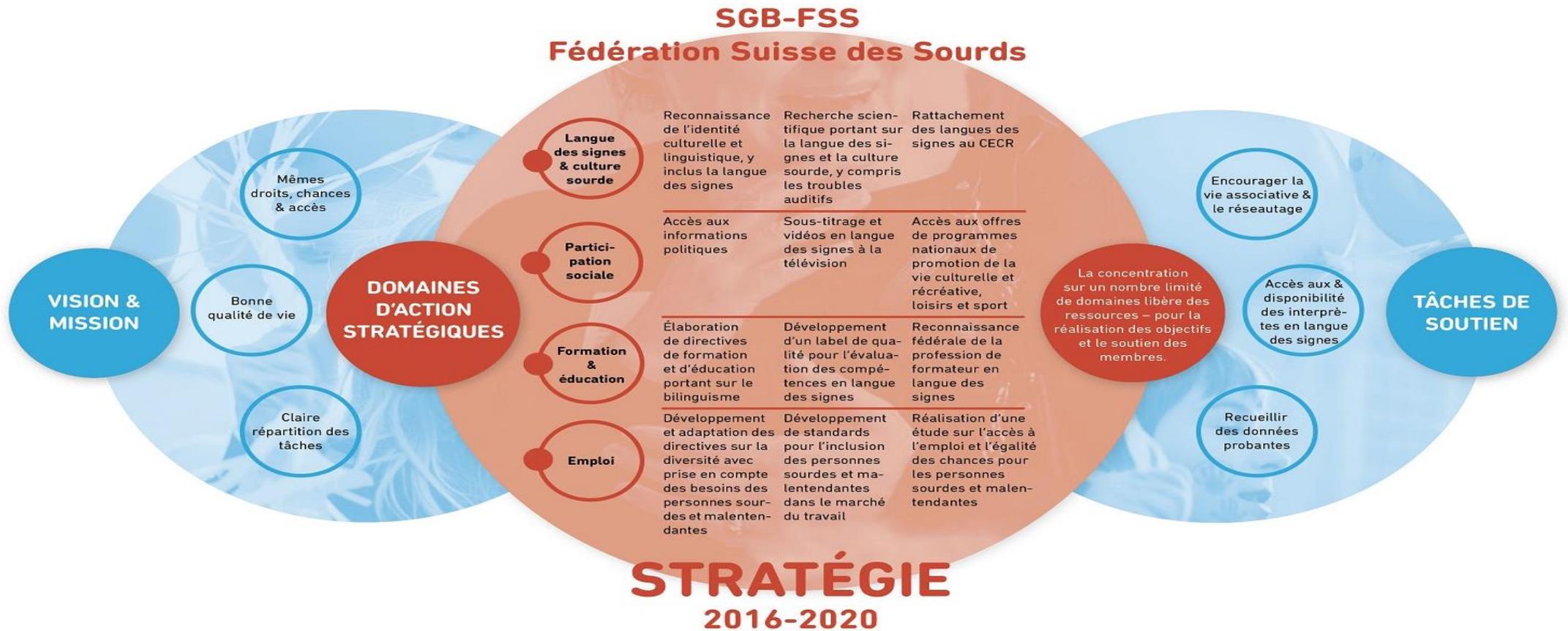


Figure 11 Tiré de Fédération suisse des sourds (S.d.)