

**FACULTE D'INGENIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE
(UFR3S)
ET
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DU
NORD DE LA FRANCE (IFMKNF)**



Mémoire en vue de l'obtention du
Master 2 « Ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle »
Option : Méthodologie de la Recherche

UE28 : Diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie

**La relation de soin en masso-kinésithérapie avec les personnes devenues-sourdes
ou malentendantes.**

Présenté par :
HAVARD-BELTZ Dorine

Directeur de mémoire : Docteur HENNEBEL Jean-Michel

Enseignant universitaire : Docteur DENAYER Franck-Olivier

Masseur-kinésithérapeute expert : Monsieur JOURDAIN Sylvain

Année universitaire 2021-2022

« entre

ce que je pense

ce que je veux dire

ce que je crois dire

ce que je dis,

ce que vous avez envie d'entendre,

ce que vous entendez

ce que vous avez envie de comprendre,

ce que vous comprenez,

il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même. »

Bernard Werber,

Dans le « Père de nos Pères »

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Dans un premier temps, je voudrais remercier, mon directeur de mémoire Dr Jean-Michel Hennebel, pour sa patience, sa disponibilité depuis plus d'un an et surtout ses conseils judicieux, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je voudrais également remercier la Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé qui m'a permis d'obtenir un diplôme Master 2 en recherche. Ce master constitue un atout incontestable dans notre avenir professionnel. Je remercie aussi les enseignants pour leurs conseils et leurs savoirs qu'ils nous ont transmis en si peu de temps.

Aux patients, masseurs-kinésithérapeutes, professionnels qui ont participé à la réalisation de mes entretiens : un grand merci ! Merci de m'avoir accordé de votre temps, et merci pour la richesse des réponses apportées. Ces entretiens ont toujours été des moments appréciables dans la réalisation de ce mémoire. Je tiens particulièrement à remercier Yann Griset qui m'a permis d'entrer en relation avec différentes personnes déficientes auditives.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers tous les tuteurs et tutrices que j'ai rencontré durant les stages de mon cursus et qui m'ont transmis leurs connaissances avec passion.

Je remercie également mes parents et Marine Lemercier pour leur relecture attentive. Mes sœurs pour leur soutien et l'aide qu'elles ont su m'apporter dans ce travail.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les amis qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de la démarche.

Enfin, une pensée particulière à mon grand-père et ma grand-mère qui avec l'âge sont devenus sourds et qui m'ont donné envie d'approfondir ce sujet et d'en faire un mémoire.

Sommaire

1	Introduction	1
2	Etat de l'art	3
2.1	La Surdité.....	3
2.1.1	L'hétérogénéité de la population sourde.....	3
2.1.2	Les classifications de la surdité.....	5
2.1.3	Les conséquences pouvant découler de ce déficit auditif	9
2.2	La relation de soin.....	11
2.2.1	Définition	11
2.2.2	L'intérêt d'une relation de soin en Masso-Kinésithérapie	12
2.3	La communication	14
2.3.1	Définition	14
2.3.2	La théorie de la communication interpersonnelle.....	15
2.3.3	Les formes de communication	16
2.3.4	L'inconscient dans la communication au sein du soin en masso-kinésithérapie	18
2.4	Pourquoi impliquer un patient dans sa rééducation ?	22
2.4.1	L'implication	22
2.4.2	L'adhésion thérapeutique et la motivation.....	23
2.4.3	L'émergence d'une nouvelle sémantique	24
2.5	Synthèse	28
2.6	La problématique	29
3	Matériels et Méthodes	31
3.1	Validation de la problématique selon la méthode PICO.....	31
3.2	Méthodologies utilisées pour le recueil des données	31
3.3	Méthodologie utilisée pour la recherche documentaire	32

3.3.1	Sélection des mots-clés	32
3.3.2	Recherche sur les bases de données	32
3.3.3	Constitution du diagramme de flux PRISMA.....	33
3.3.4	Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature obtenue	34
3.4	Méthodologie utilisée pour l'élaboration du guide d'entretien.....	34
3.4.1	Population interrogée	34
3.4.2	Présentation de la méthodologie	34
3.4.3	Présentation du guide d'entretien.....	35
3.4.4	Pré-test	35
4	Résultats	36
4.1	Résultats de la recherche documentaire	36
4.1.1	Les difficultés rencontrées dans l'accès au soin	36
4.2	Résultats des entretiens semi-directifs	44
4.2.1	Présentation.....	44
4.2.2	Parcours de soins	48
4.2.3	Prise en charge rééducative du masseur-kinésithérapeute	53
4.2.4	Axe d'amélioration de la prise en charge rééducative par les devenus sourds	55
4.2.5	Connaissance du professionnel/patient par rapport aux différentes aides possibles.	58
5	Discussion	59
5.1	Réponse à la problématique et aux hypothèses.....	59
5.2	Les difficultés rencontrées lors de l'accueil des personnes déficientes auditives.	60
5.3	Les moyens de communication et de pédagogie existant pour faciliter la prise en charge des déficients auditifs.....	61
5.4	La démarche des professionnels de santé pour rendre le patient acteur dans sa rééducation.	62

5.5	Biais et Limites du mémoire	63
5.5.1	Biais et limites de la revue de littérature.....	63
5.5.2	Biais et limites des entretiens.....	63
5.6	Perspectives	65
5.6.1	Des besoins et des attentes	65
5.6.2	Des pistes à envisager	65
6	Conclusion.....	67
7	Bibliographie.....	69
8	Lexique.....	75
9	Annexes.....	76
10	Résumé et mots-clés	93
11	Abstract and Keywords	93

Table des figures

Figure 1 : Schéma représentant une classification de la surdité selon la localisation anatomique de l'atteinte [19].	6
Figure 2 : Schéma de la communication interpersonnelle réalisé par nos soins	16
Figure 3 : Schéma de la bulle proxémique effectué par nos soins.	21
Figure 4 : Diagramme de flux Prisma réalisé par nos soins	33
Figure 5 : La lecture labiale - Plaquette de l'Association l'Oreille d'Or (loi 1901) [72]	37
Figure 6 : Schéma de l'implant cochléaire [13]	41
Figure 7 : Nuage de mots évoquant les différences qu'il peut exister avec une personnes déficientes auditives durant la prise en charge.	49
Figure 8 : Nuage de mots évoquant les différentes manières d'être mieux informés/formés selon les MK.	51
Figure 9 : Nuage de mots évoquant les conseils pour le guide de bonnes pratiques....	51
Figure 10 : Nuage de mots évoquant les difficultés rencontrés à cause du port du masque.	53

Figure 11 : Nuage de mots évoquant les moyens qu'ils seraient possible de mettre en place pour rendre la prise en charge plus active.	54
Figure 12 : Nuage de mots évoquant les moyens de communication utilisés en séance.	54
Figure 13 : Nuage de mots évoquant les recommandations à proposer quant à l'accueil de ce public.	55
Figure 14 : Nuage de mots évoquant ce qui serait à même de dégrader la qualité de la prise en charge en MK.	55
Figure 15 : Nuage de mots évoquant les moyens qu'ils seraient judicieux de mettre en place pour pallier à une mauvaise communication.	56
Figure 16 : Nuage de mots évoquant les aménagements à faire dans un cabinet ou une structure.	57
Figure 17 : Nuage de mots évoquant les différentes manières afin d'être mieux informés/formés selon les personnes déficientes auditives.	57
Figure 18 : Nuage de mots évoquant les conseils pour le guide de bonnes pratiques selon les personnes déficientes auditives.	58
Figure 19 : Nuage de mots évoquant les différentes ressources qu'il existe sur les personnes devenues-sourdes et malentendantes.	58

Table des tableaux

Tableau 1 : Tableau synthétisant les réponses aux premières questions de nos entretiens avec les MK, réalisé par nos soins.	44
Tableau 2 : Tableau synthétisant les réponses en rapport avec l'expérience professionnelle des MK avec des personnes déficientes auditives, réalisé par nos soins.	45
Tableau 3 : Tableau synthétisant les réponses aux premières questions de nos entretiens avec les personnes déficientes auditives, réalisé par nos soins.	46
Tableau 4 : Tableau synthétisant les réponses aux adhésions dans des associations de personnes déficientes auditives, réalisé par nos soins.	46

1 INTRODUCTION

Mon grand-père est, avec l'âge, devenu sourd. À ce jour, il n'entend quasiment plus rien, ce qui engendre pour lui une difficulté de communication, une diminution des interactions sociales et un repli sur soi. Il s'énerve vite parce qu'il dit à ma grand-mère qu'elle ne l'a pas prévenu alors qu'il n'a pas entendu. Lorsque nous parlons, il ne comprend pas nos discussions, et involontairement nous l'excluons. Nous nous retrouvons alors dans un isolement réciproque. Il ne nous saisit pas et nous ne prenons pas le temps d'adapter notre communication à sa déficience. Si ce cas de figure se retrouve dans ma famille, il se retrouve aussi ailleurs. Effectivement, en France, chaque année près d'un millier de nouveau-nés soit 0,25% sont affectés de surdité. Puis les chiffres ne cessent d'augmenter avec l'âge, l'INSERM considère que 6% des 15-24 ans, 9% des 25-34 ans, 18% des 33-44 ans et plus de 65% des plus de 65 ans sont atteints de surdités. Ces risques augmentent avec l'écoute de la musique au casque ou aux écouteurs et avec la fréquentation des lieux musicaux [1].

La proportion de déficients auditifs dans la population française n'est pas anodine et amène à penser que cette difficulté de communication perçue avec mon grand-père, peut aussi se retrouver lors de séances de masso-kinésithérapie.

Pour se faire comprendre et avoir une prise en charge médicale ou paramédicale beaucoup de personnes sourdes viennent en consultation avec un membre de leur famille. Mais est ce que le « droit au respect de sa vie privée et du secret des informations concernant la personne » énoncé dans la loi du 4 mars 2002 est respecté [2] ? De plus en plus de mesures ont été mises en place notamment avec l'intervention d'interprètes ou de médiateurs pour les personnes parlant la langue des signes française (LSF) ou le langage parlé complété (LPC) [3],[4]. Mais ceci reste vrai uniquement dans le domaine médical et pour les personnes parlant ces langues. Qu'en est-il pour le domaine paramédical ? Lors de séance de masso-kinésithérapie le patient peut être amené à se dénuder, à avoir une certaine proximité avec le thérapeute. La rééducation va-t-elle être aussi efficace si un proche est toujours présent ? Sommes-nous sûrs que la traduction soit bonne et que toutes les informations vont être transmises exactement à notre patient ? Mais si le thérapeute ne sait pas communiquer avec son patient, cela ne sera pas forcément plus efficace. Comment est-il possible de briser la glace et réussir à communiquer avec son patient sans parler sa langue ?

Lorsque nous prenons en charge un patient qui ne parle pas le français, nous essayons tant bien que mal de parler en anglais [5]. Mais si ce patient ne parle aucune des langues que

nous connaissons, nous tenterons certainement de trouver un interprète ou si cela n'est pas possible d'utiliser le faible vocabulaire que nous avons en commun et apprendre au fur et à mesure des séances quelques mots utiles à la rééducation et utiliser la gestuelle. Si cette adaptation est possible avec une personne qui ne comprend pas notre langue pourquoi ne pas s'ajuster de la même façon avec une personne sourde ou malentendante ? En effet, ces personnes ne sont pas « déficientes intellectuelles » [6]. La barrière de la communication ne fait pas d'eux des êtres moins intelligents, ils ont juste développé d'autres capacités et qualités dues à leur déficit de départ, ils se sont adaptés, adaptés à une société essentiellement fondée sur l'oralité. Alors pourquoi ne pas, en tant que thérapeute, s'ajuster à cette personnalité, prendre en considération la personne dans sa globalité et ne pas la réduire à son handicap [7]?

D'après Delaporte, ethnologue, il existe deux normalités pour les Sourds : entendre et ne pas entendre [8]. La première, entendre, est de "percevoir le monde par les oreilles, intégrer les informations reçues dans le cerveau qui les restitue par la bouche sous forme de mots", c'est celle des entendants. La seconde, ne pas entendre, est de "percevoir le monde par les yeux, intégrer les informations reçues dans le cerveau qui les diffuse dans tout le corps puis les restitue avec les mains sous forme de signes", c'est celle des Sourds. Les deux mondes sont perçus comme différents mais pas incompatibles, et aucun n'est jugé anormal ou handicapé. Les Sourds attribuent leurs différences non pas à la surdité, mais à l'incapacité des entendants à comprendre ce que c'est que d'être sourd [8]. Mais toutes les personnes déficientes auditives ne se reconnaissent pas dans la communauté Sourde. Bien souvent les personnes Devenues sourdes ne parlent pas la langue des signes mais n'entendent pas non plus. Elles se retrouvent ainsi dans un entre-deux. C'est pourquoi nous avons choisi la problématique suivante :

Quelles sont les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d'une prise en charge active avec un patient devenu-sourd ou malentendant. Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?

Face à cela, nous pouvons nous demander comment il est possible d'instaurer une bonne relation de soin si la compréhension est difficile ? Est-ce qu'une meilleure communication avec cette population améliorerait l'efficacité de la prise en charge ? Comment le patient déficient auditif peut être amené à être acteur de sa rééducation, s'il ne saisit pas l'entièreté des consignes ? Est-il nécessaire d'adapter les exercices demandés pour une meilleure adhésion ?

L'objet de ce travail sera de déterminer les méthodes que nous pouvons employer en tant que masseur-kinésithérapeute afin de faciliter l'engagement du patient dans sa rééducation.

Pour répondre à cette problématique, il sera judicieux dans un premier temps d'en établir le cadre afin de définir les concepts sur lesquels se fonde ce travail. Nous définirons d'abord les différents termes autour de la surdité. Puis nous parlerons de la notion de relation de soin, de communication et de l'intérêt de l'implication du patient dans sa rééducation. Dans un deuxième temps, nous étudierons la littérature existante, nous exposerons ensuite les résultats de nos entretiens effectués avec des masseurs-kinésithérapeutes. Puis nous terminerons par la discussion de ces résultats.

2 ETAT DE L'ART

2.1 La Surdité

Selon l'OMS, l'Organisation Mondiale de la Santé [9], la surdité ou perte de l'acuité auditive est « la diminution de la capacité à percevoir les sons ». Ce handicap sensoriel est le plus fréquent d'après Denoyelle F., Marlin S [10].

2.1.1 L'hétérogénéité de la population sourde

Il existe de nombreuses appellations pour désigner une personne déficiente auditive. Le domaine de la surdité est un champ de recherche où il serait pertinent de préciser le vocabulaire employé, qui selon le mot utilisé peut traduire une réelle prise de position.

2.1.1.1 Entendant

Se dit d'une personne dont l'audition est « normale » par opposition aux sourds.

2.1.1.2 Déficient auditif

Personne qui n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne entendant. Cette dénomination est dérivée de l'expression « déficience auditive » se traduisant par la diminution partielle ou totale de la capacité à entendre les sons, mais aussi par une modification de leur perception » [9].

2.1.1.3 Malentendant

Comme le souligne le terme, le malentendant conserve une partie de son audition bien qu'elle soit incomplète. Ce mot est implicitement associé aux personnes qui parlent le langage parlé en opposition à la langue des signes.

2.1.1.4 sourd

Selon Delaporte, c'est une « Personne atteinte de troubles de l'audition, plus ou moins importants »[8]. En Grèce Antique ce terme est utilisé dans le sens « être privé de quelque chose ». Au XIXème siècle, il est employé comme quelqu'un étant « dur de la feuille ». Aujourd'hui, ce mot s'utilise essentiellement pour des personnes atteintes de surdité sévère à profonde.

2.1.1.5 Sourd

Poirier définit ce terme comme une « personne membre de la communauté linguistique, sociale et culturelle des sourds » [11]. Le mot sourd avec un S majuscule reflète un choix identitaire, celui d'appartenir à la communauté minoritaire des sourds signants.

2.1.1.6 Devenu-sourd

Cette expression est employée lorsque la personne a connu une vie entendante quel que soit son niveau de surdité actuel puis a perdu l'audition à cause de l'âge, d'un accident, d'une maladie.

2.1.1.7 Sourd-muet

Se dit d'une personne atteinte « d'une surdité (congénitale ou précoce) entraînant une mutité sans qu'il y ait une malformation phonatoire » [12]. Beaucoup utilisé il y a quelques siècles, ce terme tend à disparaître, car il renvoie l'idée que le sourd est simple d'esprit étant incapable de parler. Aujourd'hui, nous savons que cela est dû au fait qu'ils n'utilisent pas cette capacité naturelle car ils ne s'entendent pas eux-mêmes.

À partir de cette terminologie, nous pouvons en déduire deux grandes populations en situation de surdité :

2.1.1.7.1 Les personnes malentendantes et les personnes Devenues sourdes

Cette population a déjà eu accès à la communication orale et la surdité est apparue de manière brutale ou progressive. Par conséquent, elle connaît la langue française avec sa syntaxe et son vocabulaire. Il n'y a pas eu d'exclusion linguistique. Pour ces personnes, la situation nouvelle de handicap s'accompagne d'une phase d'acceptation souvent difficile et sa compensation est possible mais va dépendre de l'histoire de la survenue et des capacités personnelles à pouvoir rebondir. Ces individus peuvent utiliser le langage oral, écrit ou la langue des signes selon leur capacité. Cela reste néanmoins pour une majorité l'oralité qui est utilisée. Pour la plupart, ils ne s'entendent pas parler mais perçoivent leur voix par des vibrations. Ces

déficiences auditives s'accompagnent fréquemment d'acouphènes ou d'hypersensibilité aux bruits, dont le manque de traitement efficace peut avoir un retentissement moral et physique et cela aggrave le déficit auditif initial. Cette population a comme revendications l'amélioration des moyens techniques et plus de reconnaissance vis-à-vis de leur statut. Elle n'a cependant pas ou moins de problématiques culturelles et fait partie de la communauté culturelle des entendants [13]. Dans notre mémoire, nous traiterons cette population en priorité.

2.1.1.7.2 Les personnes nées sourdes ou devenues sourdes avant l'âge de 2 ans.

Ces personnes n'ont pas acquis la langue française, excepté les cas où elles ont pu bénéficier d'un implant à la naissance leur permettant de pratiquer la langue française et d'obtenir une culture orale malgré leur handicap de naissance. Les nés sourds connaissent une exclusion linguistique totale couplée à une absence culturelle commune aux entendants. Leur moyen de communication privilégié est la langue des signes [13]. Elles vont avoir une culture propre. Aujourd'hui, il existe 80 000 sourds qui pratiquent la LSF en France [14].

2.1.2 Les classifications de la surdité

La surdité est vue comme un handicap d'un point de vue médical, en se concentrant sur la défaillance du mécanisme de l'audition [15]. D'après l'OMS, la définition du handicap se traduit par : « Un désavantage pour un individu donné, qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité, le limitant ou l'empêchant de remplir une tâche normale » [16]. Cette définition du handicap est fondée sur trois notions principales que nous retrouvons dans la classification internationale du handicap (CIH) créée à l'aide du modèle du Docteur Philip Wood : la déficience, l'incapacité et le désavantage, que nous allons définir. La déficience est déterminée comme « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique » [16]. L'incapacité « correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain » [16]. Pour finir, « le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels » [16], [17].

Pour appliquer cette définition à la surdité, la déficience s'exprime par un déficit auditif, l'incapacité par une communication audio-vocale plus difficile voire impossible. Le désavantage social quant à lui varie en fonction des activités et du degré de surdité du sujet déficient auditif, à titre d'exemple, nous citerons : un accès à la culture réduit, une insertion

dans le monde du travail plus compliquée ainsi qu'une difficulté d'accès aux soins [18]. L'OMS pour aller plus loin sur ce dernier point, a également mis en place la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Celle-ci ne classe pas les individus mais le fonctionnement des individus.

Les personnes malentendantes ne forment pas un groupe homogène. Leurs situations se distinguent en fonction de plusieurs critères qui peuvent se classer :

2.1.2.1 Selon la localisation anatomique de l'atteinte

2.1.2.1.1 Surdité de perception ou neurosensorielle

Nous retrouvons un défaut dans la partie qui réceptionne le son et l'envoie au cerveau, en d'autres termes l'oreille interne et les voies nerveuses auditives sont touchées.

2.1.2.1.2 Surdité de transmission

Il existe un défaut dans le système qui transmet le son, c'est-à-dire dans l'oreille externe et/ou moyenne.

2.1.2.1.3 Surdité mixte

Dans cette atteinte, les deux systèmes sont touchés.

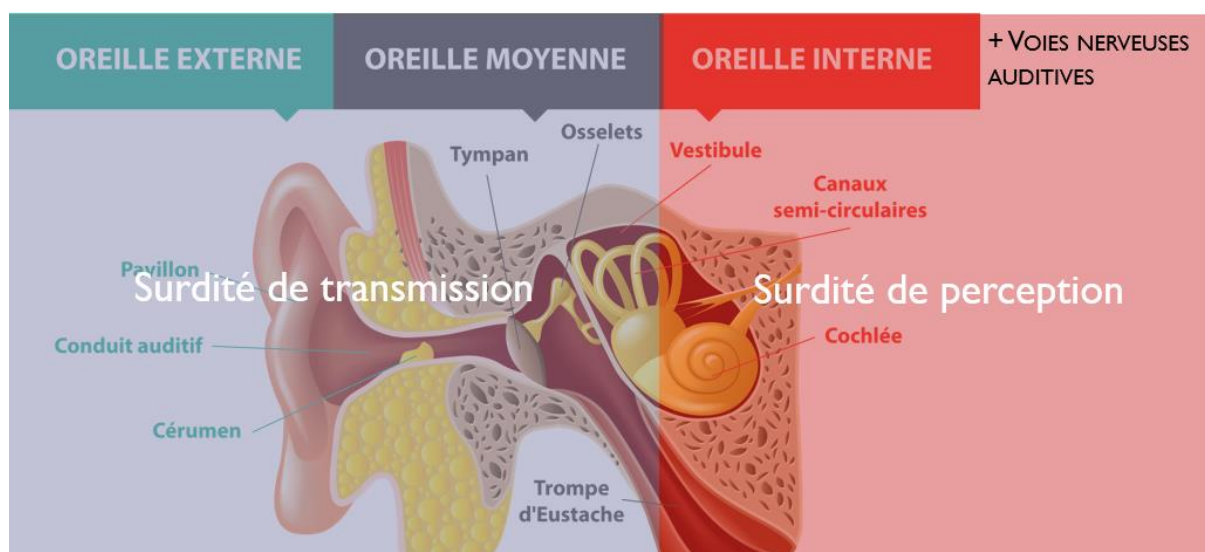


Figure 1 : Schéma représentant une classification de la surdité selon la localisation anatomique de l'atteinte [19].

2.1.2.2 Selon l'importance de la surdité

L'audiométrie est la méthode la plus utilisée pour classer les différents types de surdité. La classification proposée est celle du Bureau International d'Audio-Phonologie (BIAP).

- Audition normale ou subnormale :

La perte tonale moyenne ne dépasse pas 20 dB. Il n'y a pas d'incidence sociale.

- Déficience auditive légère :

La perte tonale moyenne est comprise entre 21 dB et 40 dB.

La parole est perçue à voix normale mais plus difficilement à voix basse ou lointaine.

La plupart des bruits familiers sont perçus.

L'enfant puis l'adulte peuvent présenter des signes de fatigabilité, d'inattention, un certain flou de compréhension, des difficultés articulatoires.

- Déficience auditive moyenne :

Premier degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 41 et 55 dB.

Deuxième degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 56 et 70 dB.

La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler.

Quelques bruits familiers sont encore perçus.

Lorsqu'elle apparaît tôt, l'enfant présente des troubles du langage et de l'articulation importants : c'est la compréhension lacunaire.

Entre 55 et 70 dB de perte, les personnes perçoivent la voix forte sans comprendre les paroles : l'appareillage et la rééducation sont alors nécessaires.

- Déficience auditive sévère

Premier degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 71 et 80 dB.

Deuxième degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 81 et 90 dB.

La parole est perçue à voix forte près de l'oreille. Les bruits forts sont perçus.

Certains sujets entendent la voix à forte intensité mais ne comprennent pas les paroles.

L'amplification des sons est insuffisante pour qu'il y ait élaboration spontanée de langage intelligible.

Les enfants atteints de surdité sévère, procèdent par désignation de l'objet désiré. Ils auront besoin d'un appareillage, d'une rééducation et d'une lecture labiale.

- Déficience auditive profonde :

Premier degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 91 et 100 dB.

Deuxième degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 101 et 110 dB.

Troisième degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 111 et 119 dB.
Aucune perception de la parole et seuls les bruits très puissants sont perçus.
La personne n'a aucune perception de la voix et aucune idée de la parole.

- Déficiences auditives totales – cophoses :

La perte moyenne est de 120 dB. Aucune perception.

2.1.2.3 Selon la date d'apparition de la surdité

- Les surdités prénatales ou anténatales sont les surdités acquises avant 22 semaines d'aménorrhée.
- Surdités périnatales sont les surdités développées entre 22 semaines d'aménorrhée et 8 jours de vie.
- Surdités postnatales sont les surdités acquises après 8 jours de vie.

Il est important de préciser qu'une surdité présente dès la naissance est dite congénitale. Une surdité congénitale n'est donc pas systématiquement une surdité héréditaire ou génétique. Certaines surdités congénitales peuvent être d'étiologie acquise (par exemple, les infections materno-foetales à cytomégalovirus), et certaines surdités postnatales peuvent être d'étiologie génétique (par exemple l'otospongiose - ankylose stapédovestibulaire).

2.1.2.4 Selon la date d'acquisition du langage

- Les surdités prélinguales apparaissent avant la période d'acquisition du langage (avant 2 ans) et auront donc plus de retentissements sur le développement langagier.
- Les surdités périlinguales apparaissent en cours d'acquisition du langage (entre 2 et 4 ans).
- Les surdités postlinguales apparaissent après la période d'acquisition du langage (après 4 ans).

2.1.2.5 Selon l'évolutivité de la surdité

La surdité peut être stable (non évolutive), évolutive progressive (surdité qui évolue de plus de 15 dB à chaque examen audiométrique), évolutives par poussées, ou fluctuantes (amélioration ou aggravation de l'audition de plus de 15 dB, avec des épisodes possibles de « surdité brusque »).

2.1.2.6 Selon l'étiologie de la surdité

Les étiologies de la surdité sont regroupées en 3 groupes : acquises, génétiques, inconnues [20].

2.1.3 Les conséquences pouvant découler de ce déficit auditif

2.1.3.1 L'illettrisme

En France, un Français sur dix, soit 7 millions de personnes, vivent avec ce handicap qui rend toute relation à l'autre et tout accès à l'information compliqués. En 2005, 80% des personnes sourdes et malentendantes sont illettrées [21]. Ces difficultés se retrouveront davantage chez les personnes sourdes de naissance ou devenues sourdes avant l'acquisition du langage. En effet, la syntaxe est différente parce qu'ils pensent en image. Ce qui peut aboutir à des contresens délétères. Prenons l'exemple, de la consigne un comprimé après le repas peut être interprété comme un comprimé puis repas [13].

2.1.3.2 L'isolement et la souffrance psychologique

Les ressentis peuvent être différents selon l'intensité et la survenue de cette invalidité. Nous nous pencherons sur le ressenti des personnes malentendantes et devenues sourdes. Véritablement, l'acceptation de leur handicap est difficile et peut amener à une grande souffrance psychologique dû aux nouvelles difficultés de communication au quotidien et aux formes de stigmatisation pouvant dégrader l'image de soi. Les personnes malentendantes s'isolent de peur de gêner, d'être rejetées, de ne pas être comprises, du déni des autres face à l'invisibilité du handicap. Le handicap invisible ne se voit pas au premier abord, l'entourage peut alors penser que la personne est paresseuse, colérique, impulsive. Nous lui attribuons un grand nombre de défauts alors qu'il s'agit de difficultés voire d'incapacités. En effet, lorsqu'un patient arrive dans notre cabinet, au début rien ne nous permet de remarquer si la personne est sourde ou malentendante (hormis les appareils auditifs pour certains). Elle va répondre à nos questions ou par oui ou non. Ce qui peut nous amener à penser qu'elle a compris. C'est au fil de la conversation ou de la rééducation que certains comportements peuvent nous alerter comme le fait de ne pas bien réaliser l'exercice, de ne pas avoir la capacité de répéter les consignes énoncées. Elles ont honte de leur handicap et ces ressentis génèrent dépression et anxiété. Chiara Maillart, une jeune étudiante malentendante témoigne dans son film, qu'elle s'est très longtemps sentie entre deux mondes : « je suis trop sourde pour être avec les entendantes et trop entendant pour être avec les sourds »[22]. Ces personnes doivent constamment faire des efforts d'adaptation responsables d'une grande fatigabilité source de tension nerveuse [13].

2.1.3.3 Les difficultés financières

Le plus souvent sans travail, les personnes sourdes et malentendantes peuvent bénéficier d'aide financière à la personne ou pour les aides auditives mais le montant reste faible et les difficultés rencontrées dans les démarches administratives complexes sont un obstacle à l'obtention de ses aides. Avant 2019, le coût moyen d'une prothèse auditive était de 1500 euros par appareil avec un reste à charge moyen de 700 euros. Un malentendant sur trois renonce à s'équiper à cause du prix. Le plan 100% santé mis en place entre 2019 et 2021 facilite l'accès aux soins et aux équipements auditifs, dentaires et optiques. En effet, il est possible d'obtenir des prothèses auditives entièrement remboursées depuis le 1^{er} janvier 2021. Ce système est possible en ayant une ordonnance médicale et avec une complémentaire santé ou la complémentaire santé solidaire. Pour cela, une nouvelle classification des appareils auditifs a été établie.

- Les appareils de classe I de gamme standard faisant partie d'une liste définie où le prix est plafonné à 950 euros comprenant un remboursement de la sécurité sociale à hauteur de 240 euros et de la mutuelle de 710 euros. Cette proposition permet à l'assuré de prétendre à une offre exonérée de reste à charge.
- Les appareils de classe II, haut de gamme sont à prix libre. La sécurité sociale rembourse 240 euros et la part mutuelle est variable selon le contrat. Les fonctionnalités de ces appareils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Ce fonctionnement va permettre à un plus grand nombre de personnes de s'appareiller. Il est cependant pour l'instant peu connu du grand public et n'est pas forcément bien respecté par les audioprothésistes [23].

2.1.3.4 L'accessibilité aux soins

Les personnes déficientes auditives appartiennent à une minorité linguistique et sociale exclue depuis des décennies. Ce qui va majorer les inégalités sociales qui persistent en santé. La barrière linguistique qui existe peut bloquer l'échange, favoriser l'appréhension de ne pas être compris lors des soins et augmenter le temps de consultation. La prise en soin de ces individus est donc fondamentalement différente. Il faut prendre en compte les besoins spécifiques de leur handicap. Un grand effort reste à fournir pour repenser l'accessibilité du système de santé, même si depuis cent ans nous observons une évolution des mentalités comme par exemple l'apparition des Unités d'Accueil et de Soins des Sourds (UASS) dans les grandes villes notamment [4]. Un numéro d'urgence, le 114 a été mis en place pour les déficients auditifs

en partie afin de pouvoir transmettre les informations à l'écrit sous forme de SMS, de fax [24]. Il existe également un centre national d'information sur la surdité, qui est accessible sous forme de site internet : Surdi Info. Il délivre de précieuses informations dans différents domaines : l'audition, les aides techniques, la communication, les démarches (santé, scolarisation, MDPH...), les professionnels, les structures. Pour toutes informations complémentaires, un numéro est accessible par téléphone ou par visioconférence pour permettre des échanges en LSF ou en LPC. Il est également facile de contacter le centre par e-mail ou sms. Il est destiné initialement aux parents d'enfants sourds et aux personnes devenues sourdes en quête d'informations mais accessible pour tous [25]. De plus, le BUCODES-Surdifrance, est une fédération d'associations des personnes devenues sourdes et malentendantes qui se bat pour le droit et l'accessibilité de ces personnes. Il est possible de retrouver des informations sur leur site mais également d'intégrer une des 40 associations de la fédération [26]. Au vu des a priori des personnes sourdes et malentendantes à venir en séance, il est important d'être informé de leurs difficultés et de mettre en place une relation de soin adaptée. C'est ce que nous allons définir à présent.

2.2 La relation de soin

2.2.1 Définition

2.2.1.1 La relation

Selon Alexandre Manoukian, psychologue [26], la relation est « la rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». En outre, la relation est quelque chose de complexe qui varie en fonction de différents facteurs définissant sa nature :

- Les rôles de chacun (hiérarchie relationnelle)
- Le contexte (familial, amical, professionnel, thérapeutique...)
- La psychologie des acteurs de la relation (personnalité, enjeux, désirs, besoins)
- Les facteurs sociaux (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle)
- L'aspect physique
- L'intérêt commun.

2.2.1.2 La relation thérapeutique

Dans notre étude, nous allons davantage nous tourner vers la relation de soin, qui est avant tout un lien interpersonnel entre un thérapeute et son patient. Cette relation va donner lieu au soin, puisqu'elle est un des moyens permettant de comprendre ce dont souffre la personne.

À cela s'additionnent la communication, les échanges, majoritairement dans un objectif de soins mais pas seulement. D'après Alexandre Manoukian, « tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné » [26]. Cette communication et ces échanges passent par les mots, la gestuelle, la posture, mais aussi à travers les accessoires et la tenue, comme la « blouse blanche » à l'hôpital. De plus, il est important de prendre en considération la différence entre la relation et la communication puisque la communication est seulement un des modes d'expression de la relation, en effet « la relation concerne la nature du lien qui unit des personnes ». Toutefois la communication va permettre un « aspect dynamique du lien qui unit les personnes (...) et c'est à travers elle que la relation peut se constituer, se développer, et évoluer » (Langenfeld Serranelli S, Couturat-Hurabielle F) [27] .

2.2.2 L'intérêt d'une relation de soin en Masso-Kinésithérapie

Il existe deux sortes de relation dans l'acte soignant, la relation technique du traitement et la relation morale du soin. Alors que la technique rassemble toutes les manipulations, les exercices que le patient réalise, la morale est la reconnaissance de la dignité et du respect [28]. Dans cette partie, nous nous pencherons sur la relation morale du soin. En effet, la morale est une dimension fondamentale de l'être humain se caractérisant par un souci de bien faire et d'éviter de mal faire, une tendance à accomplir nos actions avec des exigences supérieures ou importantes, qui nous paraissent constitutives de notre dignité, ainsi que l'aptitude à ressentir des sentiments de regrets, de honte, de culpabilité en cas de manquement d'exigences. En Masso-Kinésithérapie, cette relation morale prend tout son sens si elle permet de mieux cerner le patient et sa pathologie ainsi que ses attentes et ses besoins par rapport à son affection.

2.2.2.1 La relation : génératrice de soin

Chaque individu vit sa pathologie ou l'advenu d'un handicap de façon unique. Afin d'obtenir les informations nécessaires et de comprendre son patient dans sa globalité, le masseur-kinésithérapeute doit être à l'écoute de ce qui est dit mais aussi être attentif au langage corporel, aux mouvements, aux blocages, aux douleurs, aux mimiques [9]. Nous sommes dans une relation morale qui vise le bien. Il a comme objectif d'aider la personne à répondre à ses besoins, en maintenant son indépendance, son autonomie ou en palliant aux déficits rencontrés [29]. C'est pourquoi, il est nécessaire pour le thérapeute que le patient puisse exprimer ses besoins, ce qui dans le cas d'une personne sourde ou malentendante n'est pas toujours évident.

2.2.2.2 Bénéfices mutuels

Cette relation va permettre au malade d'exprimer sa souffrance et au thérapeute de mieux orienter son diagnostic et éviter ainsi certaines erreurs de diagnostics ou de traitements [30]. Si cette relation parvient à une qualité d'échanges satisfaisante, le patient se sentira plus à l'aise et en confiance. En effet, l'étymologie du mot confiance signifie « foi en quelque chose, en quelqu'un ». Il s'agit de se fier à un autre, à l'inconnu, de se confier pleinement. Cette confiance est propre à chaque relation et implicitement liée aux deux êtres en présence. Pour le patient, faire confiance c'est admettre un état de dépendance et d'espérance à l'égard du thérapeute, c'est accepter d'être vulnérable et permettre à la personne à laquelle la confiance est accordée d'exercer un pouvoir sur soi pour son propre bien. Pour le masseur-kinésithérapeute instaurer un espace de confiance, c'est permettre de révéler au patient sa présence et son intention de répondre à l'espérance placée en lui en agissant par tous les moyens possibles pour accomplir le bien de ce dernier, sans exercer de pouvoir à son détriment. Par conséquent, cela peut permettre de ne pas vivre chacun des moments comme une intrusion dans l'intimité du patient. Instaurer un climat de confiance, c'est ouvrir un espace de promesse et de rencontre qui prend appui sur l'expérience et le sentiment d'une humanité partagée [31]. Selon la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « Si la compétence d'un kinésithérapeute est dans l'acte et le geste permettant de soigner le patient, elle est aussi dans (une) éthique relationnelle qui sous-tend le soin, en constitue la richesse, l'efficacité, et l'humanité. » [2]. Un rapport de soin bien établi approuve une amélioration dans le suivi des traitements, dans les résultats cliniques, la satisfaction, la qualité de vie de la personne soignée ainsi que celle des soignants [32], [30]. Selon la définition de l'OMS établie en 1993, "La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes"[33]. Pour considérer avoir une bonne qualité de vie, la personne demeure dans un état psychologique positif. De ce fait, le patient va avoir plus de facilité à se responsabiliser et à adhérer au traitement proposé par le thérapeute. Le patient se situe alors au centre du soin et peut être considéré dans sa globalité. En effet, le décret d'actes du masseur-kinésithérapeute stipule que « dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie » [34]. Selon Joël Pacoret [35], psychanalyste et psychologue, « le kinésithérapeute a tout intérêt à développer une relation positive avec le patient qui va agir comme accélérateur de soins. En l'aidant à reprendre confiance en lui et en la partie blessée de son corps (...), il va accélérer le processus

de guérison ». La relation est inéluctable, il est alors préférable de « la mettre au profit du soin » [26]. Pour cela, il est important d'avoir une communication adaptée.

2.3 La communication

2.3.1 Définition

Le Petit Robert donne plusieurs définitions. La première consiste à « établir une relation avec quelqu'un ou quelque chose ». Cette définition fait le lien entre communication et relation de soin car il s'agit « d'établir une relation ». Il est spécifié que c'est une « relation dynamique qui intervient dans un fonctionnement ; échange de signes, de messages entre un émetteur et un récepteur. ». Cela signifie que nous sommes dans un processus actif avec notre patient, « le récepteur » qui doit percevoir le message. La deuxième définition concerne l'action de transmettre un message [36]. Dans notre rééducation, nous devons transmettre des informations concernant la pathologie du patient, des modalités d'exercices ou pour la prise de rendez-vous. De même, le patient va nous transmettre des informations sur son état de santé, son ressenti, ses attentes et ses besoins. Cela va permettre également de s'échanger des informations mutuelles pour s'accorder ensemble sur une option de soins, les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs et les modalités de suivi et de soutien, enfin d'évaluer la situation par rapport aux décisions prises et réajuster si nécessaires. De ce fait, nous pouvons constater que la communication construit la relation de soin par un partage mutuel entre deux individus [37].

Il est alors intéressant de faire le lien avec « Une logique de la communication » de Watzlawick où il explore deux aspects de la communication. D'une part, le langage digital qui fait référence à ce qui est dit à travers les mots et permettant la transmission d'informations et d'autre part le langage analogique qui inclut la communication non verbale, c'est-à-dire la façon de nous exprimer et le vecteur de la relation [38]. Prenons l'exemple d'un patient disant : « Je ne sais pas si c'est nécessaire de continuer à venir, j'ai toujours aussi mal au dos ». Avec son discours, celui-ci a ses bras croisés. Le praticien s'excuse, baisse les yeux et demande au patient ce qu'il souhaite désormais. Dans cet exemple, le langage digital convient aux mots exprimés, montrant un mécontentement des soins prodigués. Le langage analogique, quant à lui, exprime une relation de pouvoir, le patient ayant la position haute. Le thérapeute ne rebondit pas sur ses propos. La communication va donc servir à la fois à fournir une information, en l'occurrence une déception, d'entrer en relation ainsi que de la définir. À partir de cet exemple, nous discernons aussi que la communication partage un autre type d'information, les émotions. Il n'y a pas de définition unique à l'émotion. C'est un ressenti qui amène une réponse physiologique

et comportementale. Il est important de laisser de la place à cette réaction émotionnelle, qui n'a pas à être jugée. L'angoisse témoigne d'un désir à échapper à la maladie par exemple. C'est pourquoi, il faut les écouter et les prendre en considération dans nos soins. Prenons l'exemple d'un masseur-kinésithérapeute qui va faire un domicile chez un enfant qui s'est cassé le fémur suite à une chute à l'école. Il est sous plâtre. Il n'est pas du tout autonome dans ses activités de la vie quotidienne car il a peur d'avoir mal. Le praticien va alors le rassurer en ayant un discours adapté (langage digital) mais va également utiliser un langage analogique en lui montrant que faire un transfert de son lit à son fauteuil ne lui fait pas mal. C'est ainsi que la communication offre un double intérêt : la mise en place de la relation morale dans le soin et l'information du patient sur les différentes modalités de prise en charge ainsi que sur les émotions ressenties. Pour les personnes déficientes auditives, cet aspect-là sera très important à prendre en compte car le transfert d'information peut être plus difficile [39]. C'est ce que nous allons essayer de comprendre dans la prochaine partie.

2.3.2 La théorie de la communication interpersonnelle

« Il n'y a pas de société sans communication » [40]. Dominique Walton, sociologue distingue cinq « phénomènes » qui comprennent le concept de communication. « la communication interpersonnelle ; la communication médiatisée [...] ; la communication politique ; la communication interculturelle, mais aussi les modèles d'organisation de la société, au travers les valeurs, les symboles et les représentations. C'est-à-dire ce qui permet aux individus et aux collectivités de se représenter, d'entrer en relation les uns avec les autres, et d'agir sur le monde ». Selon Walton, « La communication symbolise autant un idéal de partage entre les individus qu'un système de transmission des informations entre eux. » [40]. Elle est centrale dans le mouvement d'émancipation des hommes et pourtant la communication est de plus en plus compliquée : le récepteur étant de plus en plus résistant face aux nombres d'informations croissant auquel il est soumis. Si cela est vrai pour les personnes n'ayant pas de troubles de l'audition, quand est-il pour celles qui en ont ? La communication est la base du « vivre ensemble » [40].

Pour qu'il puisse y avoir une communication, il faut dans tous les cas avoir un émetteur et un récepteur. Ils sont tous deux reliés par un canal qui va permettre de véhiculer le message de l'émetteur au récepteur. La réception et l'intégration de l'information va dépendre de la nature de l'expression de l'émetteur et de sa compréhension par l'émetteur. Cette compréhension peut être endommagée par des bruits. Dans le domaine de la kinésithérapie, nous

pouvons retrouver le bruit de certains appareils comme les ondes de chocs, le vélo elliptique ou la présence d'autres personnes dans la salle si la séance se déroule sur un plateau technique par exemple. Lorsque le récepteur assimile le message de l'émetteur alors un lien se crée. Puis la réponse du récepteur fait qu'il deviendra à son tour émetteur et l'échange se poursuit [41]. Cette relation d'interaction et de partage, aussi nommée communication interpersonnelle, fonctionne de façon similaire dans un cadre thérapeutique entre un soignant et son patient. La communication interpersonnelle désigne une interaction entre deux individus. Elle est à différencier de la communication de groupe où il existe un émetteur pour plusieurs récepteurs, ou même de la communication de masse avec un émetteur pour de nombreux récepteurs.

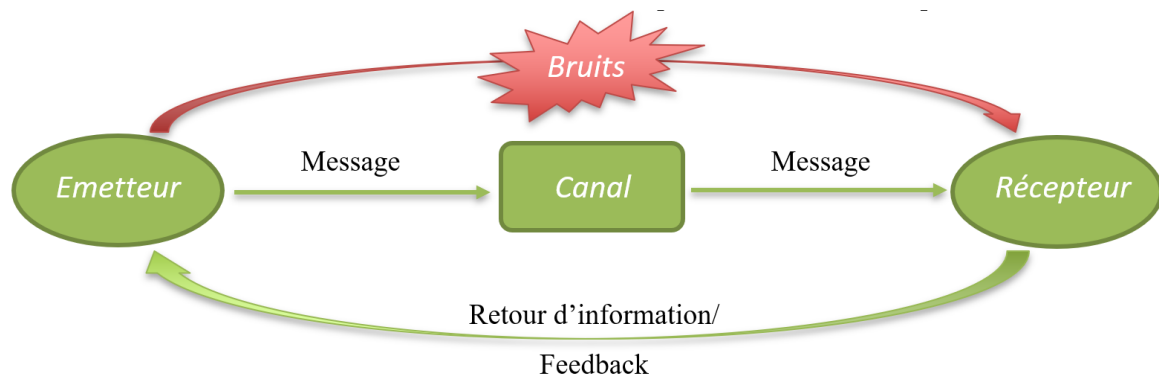


Figure 2 : Schéma de la communication interpersonnelle réalisé par nos soins

2.3.3 Les formes de communication

La communication qu'elle soit médiée ou immédiate, sous-entend bien souvent de passer par le langage parlé mais cela n'est autre que la partie verbale et para-verbale de ce concept. Surtout avec les personnes déficientes auditives où il est nécessaire d'utiliser d'autres canaux. Pour les humains, la communication comprend le verbal, le non-verbal et le para-verbal qui passent par nos différents sens tel que l'auditif, le visuel, l'olfactif et le toucher. Effectivement, la communication n'est pas synonyme de langue, de parole ou de langage. La langue est un mode d'expression propre à une communauté linguistique constituée d'un ensemble de mots et de règles qui est employé pour communiquer, comme la langue française, la langue des signes française. La langue est un produit culturel. Il existe des variations au sein d'une communauté linguistique, prenons l'exemple du français qui sera légèrement différent en fonction de s'il est parlé en France, au Québec, en Belgique ou en Suisse. Le mode parlé d'une langue est la parole, c'est la façon dont une personne articule ses pensées en passant par l'auditif en utilisant des sons. La parole dépend de la synchronisation de la voix, du son et des lèvres. C'est une utilisation personnelle de la langue. Le langage, lui concerne les mots qui conforment une langue, le choix de ceux-ci, la manière de les utiliser, le ton avec lequel ils sont utilisés. Il permet d'exprimer et de percevoir les états affectifs, les concepts et les idées. Dans une même

langue, par exemple la langue française, il est possible d'adopter un langage familier, soutenu, formel, technique, médical... qui va dépendre des circonstances. Le langage est le produit de l'activité d'un sujet s'exprimant au moyen d'une langue. La langue, la parole et le langage sont donc des outils à la communication mais ne sont pas les seuls moyens de communiquer.

2.3.3.1 La communication verbale

Il s'agit, selon l'approche littérale du terme, de la communication qui utilise le verbe, c'est-à-dire un mot qui exprime un procès, en traduisant une action accomplie (ex : le thérapeute masse son patient), ou subie par le sujet (ex : le patient est massé par le thérapeute), ou un état (ex : il est satisfait du massage) ou des modifications du sujet (ex : il a changé d'avis). Elle se base sur l'utilisation de la parole aussi bien à l'oral que à l'écrit. Les gestes peuvent aussi en faire partie, prenons l'exemple de la langue des signes, où le vecteur du message est un mouvement des mains, cette langue utilise des verbes et s'inscrit de ce fait dans la partie verbale de la communication. La communication verbale nous permet de traduire nos idées, transmettre un message dans le but d'établir une interaction.

2.3.3.2 La communication non-verbale

La communication non-verbale, représente pour certains auteurs le « bodyli communication » (langage du corps), ce qui évoque un ensemble de mécanismes aux propriétés communicatives. Elle comprend les mimiques, la gestuelle, le regard, la posture et la communication para-verbale. Professeur en psychologie à Rome, Marino Bonaiuto propose une classification des différents signes corporels allant du plus manifeste au plus discret [42] :

- « 1. L'aspect extérieur - formation physique, silhouette, vêtement.
2. Comportement spatial - distance interpersonnelle, contact corporel, orientation dans l'espace, parfum.
3. Comportement cinétique – mouvements du tronc et des jambes, gestes des mains, mouvements de la tête.
4. Visage - regard et contact visuel, expression du visage.
5. Signes vocaux - signes vocaux verbaux dotés de signification para-verbale, signes vocaux non-verbaux, silences ».

D'autres auteurs, comme le psychologue Paul Watzlawick vont un peu plus loin en définissant le non-verbal comme tout indice ayant valeur de communication sans considérer le contexte [38]. Dans ce cadre, la communication non verbale sait traduire un processus cognitif, un état émotionnel, illustrer des discours, renseigner sur le vécu ou l'expérience antérieure et

peut agir sur notre environnement. « Tout comme la communication verbale consiste à écouter et à parler, la communication non verbale consiste à percevoir et à exprimer »[41]. Selon Watzlawick, « Le comportement n'a pas de contraire, il n'y a pas de non-comportement. [...] Si tout comportement a valeur de message, c'est-à-dire une communication, alors on ne peut pas ne pas communiquer » [38]. Effectivement, lorsqu'un individu se coupe de toutes interactions avec autrui, ceci est une forme de communication. Prenons l'exemple d'une personne qui ferme les yeux ou qui ne répond pas à son émetteur. Ce comportement a un sens pour l'interlocuteur, car ce refus de communiquer peut être plus ou moins volontaire. Lors d'un échange, une somme conséquente d'informations va être communiquée de façon inconsciente et à l'insu des individus. Et donc une réponse également inconsciente provoquera différentes réactions de la part des interlocuteurs.

2.3.3.3 La communication para-verbale

Le para-verbal comprend tout ce qui sous-tend la manière dont nous employons notre voix pour exprimer nos pensées et transmettre un message. C'est l'utilisation faite de la voix lors d'une discussion. Elle comporte le ton de la voix, le timbre, le débit, la puissance, la diction, le temps de pause. Son impact lors d'un échange est important et peut modifier littéralement la compréhension et la signification des mots perçus par le récepteur. Prenons l'exemple du « s'il vous plaît ». Ce mot interrogatif peut avoir un tout autre sens lorsqu'il est prononcé à voix haute et sur un ton sec. Une situation bien fréquente se retrouve lors d'un cours lorsque le professeur demande d'avoir le silence sans bruits intempestifs. Dans ce cadre le mot renvoie une négativité puisqu'il suggère un ordre. Lors de notre rééducation, nous devons faire attention à cet aspect afin que le patient n'interprète pas nos consignes d'exercices comme des ordres d'autant plus s'il est malentendant. Nos intentions seront donc trompeuses et ne coïncident pas avec la bienveillance que nous pouvons avoir envers le patient. La communication para-verbale fait partie pour certains auteurs comme Bonaiuto de la communication non-verbale [42].

2.3.4 L'inconscient dans la communication au sein du soin en masso-kinésithérapie

L'inconscient, est une notion psychologique et psychanalytique qui renvoie à des phénomènes échappant à la conscience.

2.3.4.1 La communication inconsciente

La communication inconsciente est un terme employé pour retracer les formes de communication non intentionnelles. C'est-à-dire que les personnes transmettant la

communication de cette façon ignorent la plus part du temps qu'elles le font. La communication inconsciente peut être verbale ou non verbale mais également interpersonnelle ou intrapersonnelle.

- La communication inconsciente intrapersonnelle se produit entre une personne et son subconscient. Le subconscient fait référence à un état psychique dont nous n'avons pas conscience et qui influe sur notre comportement. Par exemple, une personne peut entendre une chanson qui la rend heureuse. Elle ne se souvient pas avoir entendu la chanson auparavant. À son insu, cette chanson était une berceuse que sa mère lui chantait lorsqu'elle était petite. Même si aucun effort conscient a été effectué dans cette direction, cette chanson avait été stockée dans la mémoire à long terme afin d'être récupérée et associée inconsciemment à des moments plus heureux.
- La communication inconsciente interpersonnelle est plus diversifiée que la communication intrapersonnelle. Elle est possible en présence de deux personnes ou plus. Une personne peut transmettre une communication inconsciente verbalement au travers du para-verbal comme les inflexions de la voix, le bégaiement, la cadence de la voix, la hauteur. Prenons l'exemple, d'un patient qui est d'habitude éloquent et articulé. Nous lui demandons comment il va aujourd'hui, il peut inconsciemment révéler le fait qu'il ment en bégayant ou en changeant la cadence de son ton de voix. Ce type de communication inconsciente peut souvent en dire plus que ce que la personne avait réellement l'intention de transmettre. Il est important de le prendre en considération dans la suite de notre rééducation, si le patient n'est pas bien ce jour, il va peut-être avoir plus de mal à se concentrer sur les exercices demandés.

Comme vu précédemment la communication ne se résume pas seulement au processus verbal mais également au processus non verbal, car le public étudie souvent les mots et le langage corporel afin de déchiffrer ce qu'une personne essaie réellement de dire ou de cacher. La communication non verbale inconsciente comprend des gestes tels que tapoter les doigts avec impatience, croiser les bras de manière défensive, s'éloigner légèrement des personnes comme moyen inconscient de créer une distance. Un autre exemple de communication interpersonnelle inconsciente est le bourdonnement de joie. Si une personne est heureuse, elle peut effectuer des signaux d'un tel bonheur, mais inconsciemment. Une personne qui arrive dans notre cabinet avec un grand sourire peut nous donner une idée de son état émotionnel du jour.

2.3.4.2 La distance inconsciente de communication

Il existe une distance inconsciente entre les humains. En effet, la frontière de notre corps, la peau, n'est pas notre limite par rapport au monde environnant. Chaque personne possède de façon inconsciente une zone d'intimité qui lui est propre et qui change à chaque interaction avec les autres. Les approches psychologiques suggèrent que la plus ou moins grande proximité physique est un élément caractéristique de la communication entre individus. Elle s'est beaucoup appuyée sur les travaux de psychologie behavioriste, notamment Edward Hall, auteur du concept de proxémie. Selon lui, la proxémie est « l'ensemble des observations et théories que l'Homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique », autrement dit c'est une approche de la distance à autrui [43]. Cette distance inconsciente s'appelle la bulle proxémique, très utilisée en Programmation Neuro-Linguistique (PNL) ou en hypnose. Ce terme qualifie une zone émotionnellement forte ou encore un périmètre de sécurité individuel, en d'autres termes l'espace que chacun a besoin pour se sentir à l'aise. Il s'agit donc de trouver la bonne distance avec son interlocuteur pour ne pas rentrer en conflit inconsciemment avec l'autre. Hall a défini quatre distances interindividuelles :

- La distance intime (0 à 40cm, environ longueur de l'avant-bras replié, coude au corps) : à cette distance les mains peuvent se poser sur l'autre, il est possible de parler moins fort, l'haleine de l'autre est perçue, la chaleur se ressent. Cette zone dite affective s'accompagne d'une grande implication physique où les sentiments de l'émetteur sont perçus par le récepteur. Lorsque la distance intime est imposée mais non acceptée, des mécanismes de défenses se mettent en place. En masso-kinésithérapie, nous sommes souvent amenés à être dans une distance intime avec le patient. Le soignant doit se mettre à la place du patient : accepterait-il que les mains de son thérapeute aient le droit sans son accord de toucher certaines parties de son corps ? Il est primordial de demander l'accord du patient pour ne pas entrer en « conflit » avec lui et de le mettre en confiance en commençant par des techniques plus globales comme le massage par exemple.
- La distance personnelle (40-120 cm, environ longueur bras tendu) : Il s'agit de la limite d'emprise physique sur autrui, d'une zone sans contact qui nous sépare de la personne. A cette distance, il est possible de voir les traits du visage, l'expression des yeux, la texture de la peau. Elle est utilisée dans les conversations particulières. Ce qui peut nous permettre de comprendre pourquoi lorsque nous sommes dans un ascenseur avec des personnes étrangères nous pouvons ressentir un mal être, car nous n'avons pas cette distance.

- La distance sociale (1,2 à 3,6m, somme de deux distances personnelles) : A cette distance les caractéristiques corporelles ne sont plus visibles, nous n'avons plus le pouvoir sur autrui. C'est la distance « professionnelle » pour des négociations impersonnelles séparées par un bureau par exemple.
- La distance publique (supérieur à 3,6 m) : C'est la distance utilisée lorsque nous parlons à des groupes ou celle de la scène de théâtre. A cette distance, nous percevons essentiellement les gestes et l'attitude [44].

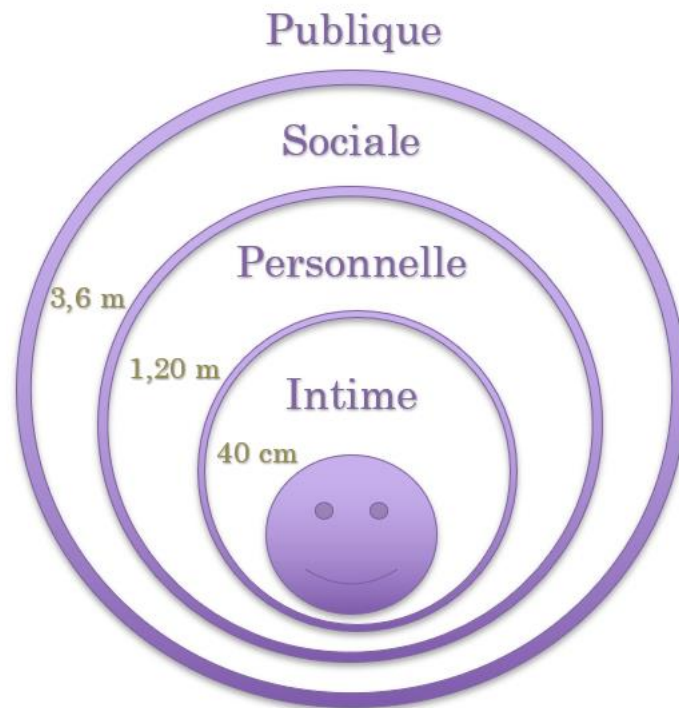


Figure 3 : Schéma de la bulle proxémique effectué par nos soins.

Le schéma nous permet de voir que la bulle est plus importante devant que derrière ou sur les côtés. Cela veut dire qu'il est plus facile de rentrer dans l'espace personnel d'une personne lorsque nous l'abordons par l'arrière ou par les côtés.

La distance peut également varier en fonction du contexte, en effet le statut social peut influencer. Nous nous placerons plus loin pour parler avec son supérieur ou inférieur hiérarchique qu'avec un pair. La culture va aussi jouer un rôle, les populations méditerranéennes ont un rapport aux distances qui est moins ample que les occidentaux par exemple. Les distances énoncées plus haut peuvent donc légèrement varier d'une culture à l'autre et ne sont pas fixées. Enfin, selon la tâche à accomplir cette distance peut également varier. Prenons par exemple une situation de compétition, les individus se trouveront plus facilement face à face. Alors que dans une situation de coopération, les personnes se placeront

côte à côte pour partager le matériel et les idées. Dans une situation de soin en masso-kinésithérapie, il est important de trouver la bonne distance avec son patient, également en fonction des actions que nous entreprenons. En effet, un patient peut se laisser masser et avoir cette proximité avec le praticien mais ne pas supporter une distance trop proche avec celui-ci lors des exercices. La bulle proxémique est différente pour chacun, il faut trouver la juste distance qui invite à redéfinir sans cesse une posture adaptée entre les sujets en présence [44].

2.4 Pourquoi impliquer un patient dans sa rééducation ?

2.4.1 L'implication

Impliquer c'est « attribuer à quelqu'un une part de responsabilité », un certain rôle dans une affaire [45]. Dans notre situation, l'implication du patient dans sa rééducation se rapporte à son niveau de participation à celle-ci. Le patient doit pour cela, se sentir concerné et comprendre pourquoi il est là. Cette participation du patient peut être graduelle selon l'International Association for Public Participation's (IAP2), et aller de l'information à l'empowerment [46]. Son évaluation peut se faire à travers l'observance du patient, c'est-à-dire le degré avec lequel le patient suit les recommandations d'un thérapeute ; son comportement et son implication en séances, en d'autres termes s'il effectue correctement les exercices, s'il se laisse faire en cas de techniques plus passives, s'il fait attention à la qualité de son geste, essaye de donner le meilleur de lui-même ; son envie de revenir en séance et l'amélioration des fonctions rééduquées.

La notion d'implication se retrouve également dans les textes régissant notre profession [34], [47], où il est clairement signifié que le patient est co-auteur de ses soins, qu'il doit être responsabilisé. C'est-à-dire qu'il doit prendre conscience de ses responsabilités et donc de l'obligation de répondre de ses actes, de les assumer, d'en supporter les conséquences, notamment par le consentement éclairé à ses soins et par la compréhension de ceux-ci, en passant par l'information. Pour tendre vers cet objectif, il faut arriver à une coopération entre les individus, c'est-à-dire qu'une relation de partenariat est à mettre en place. Le soignant, l'éducateur doit agir avec la personne concernée par le processus éducatif et non à sa place. Le patient quant à lui ne doit pas être considéré comme un élève mais comme un acteur à part entière de par la connaissance et l'expérience qu'il apporte. Le patient est alors vu comme un véritable partenaire, un membre de l'équipe à part entière. Cette collaboration du patient nécessite cependant une bonne capacité d'interaction, d'où la nécessité de savoir communiquer de manière efficiente avec des personnes devenues sourdes ou malentendantes.

La collaboration du patient à sa rééducation fait partie de la promotion de la santé qui selon la sociologue et médecin de santé publique, Cécile Fournier, « appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux individus de plus en plus de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux » [30]. Dans ce cadre, la coopération entre le thérapeute et la personne malade prime sur le pouvoir qui ne doit plus être un enjeu. Le patient ne doit pas se trouver rabaissé, le soignant doit accepter les demandes de son patient sans estimer que cela représente une contestation de son pouvoir. L'idée que seuls les soignants détiennent le savoir est nettement remise en cause par ce modèle, donnant alors au patient un rôle « d'acteur responsable, co-auteur de sa santé ». Il serait difficile d'envisager des relations humaines ou de bâtir des projets qui se développent dans le temps sans la notion de confiance. Au sens strict du terme, la confiance renvoie à l'idée que nous pouvons nous fier à quelqu'un ou à quelque chose. D'où l'importance de la confiance réciproque [48]. C'est pourquoi, le partenariat se développe car il permet de mettre davantage les deux parties en confiance et ainsi de pouvoir mettre en place des projets de soin où la parole du patient est entendue et ses choix considérés et donc permettre de le responsabiliser [49]. Selon la littérature [30], la contribution éclairée de l'individu concerné aux décisions médicales, permet une amélioration de la satisfaction, ainsi qu'une diminution des angoisses et une amélioration de son état de santé. Sans cette implication et la participation du patient, une partie essentielle des outils thérapeutiques utilisés en masso-kinésithérapie ne sera pas efficace voir inutilisable pour cette prise en charge. Par conséquent, il est primordial d'avoir une implication du patient dans sa rééducation de façon à obtenir les meilleurs résultats possibles.

2.4.2 L'adhésion thérapeutique et la motivation

Pour qu'un patient s'implique dans sa rééducation, il faut dans un premier temps réussir à le faire adhérer à sa rééducation.

En premier lieu, l'adhésion thérapeutique est un engagement actif et volontaire du patient dans le traitement préconisé par un professionnel de la santé, afin d'obtenir un résultat spécifique. De plus, c'est un engagement réciproque fixé entre le patient et le thérapeute.

Du point de vue du patient, ceci suppose l'approbation du traitement et de son organisation ainsi qu'une bonne observance des indications. En effet, les rapports entre le patient et son praticien ont toujours été considérés de nature contractuelle : il s'agit d'un contrat

de soin, d'un accord de deux volontés et donc d'une démocratie participative au sein du soin. S'il y a approbation du traitement, nous pouvons alors parler d'adhésion thérapeutique puisque le patient décide volontairement et de manière active de suivre le traitement indiqué par le thérapeute. D'autre part, cela comprend l'intégration d'un mode de vie en adéquation avec l'objectif thérapeutique et l'évitement de comportements à risque.

Ensuite, au niveau du corps médical, la création d'une alliance positive avec le patient est attendue, dans notre cas, le masseur-kinésithérapeute doit s'unir par un engagement mutuel avec le patient. C'est-à-dire que le professionnel de santé doit avoir la capacité de donner des instructions claires et s'assurer qu'elles soient comprises par le malade. Il a la charge également de motiver le patient afin que son adhésion à la rééducation soit volontaire. Il est primordial de ne pas négliger la motivation du thérapeute lui-même. En effet s'il est motivé, il sera plus performant, aura envie d'approfondir ces connaissances, aura certainement plus de créativité afin de motiver le patient [50].

Cette adhésion thérapeutique a un impact, puisqu'il est démontré qu'une mauvaise observance du traitement peut avoir des effets négatifs sur les résultats de ce traitement et une augmentation des coûts de soin en santé [51]. En d'autres termes, la mauvaise prise d'un traitement génère une baisse d'efficacité de celui-ci. Cette non-adhésion aux traitements en masso-kinésithérapie n'est pas anodine et peut atteindre les 70% [52]. De nombreux facteurs en sont responsables, dont certains sont modifiables [51]. Il est possible de citer en exemple le manque de temps, le manque de motivation et la passivité lors des différents traitements. En effet, la motivation est un point clé à optimiser pour garantir l'adhésion du patient. Elle permet de décrire les forces internes et externes à l'origine de nos comportements [53]. La motivation intrinsèque est employée lorsque l'individu s'engage de manière volontaire et spontanée dans une activité par intérêt et plaisir, sans recherche de récompense externe. Quant à la motivation extrinsèque elle est utilisée lorsque l'activité est effectuée par rapport à un élément externe [54]. Plus le patient est autodéterminé, plus il sera persévérant et impliqué. Il est nécessaire de le motiver afin qu'il soit moteur de sa rééducation [55]. Ce qui nous amène à la notion de patient acteur.

2.4.3 L'émergence d'une nouvelle sémantique

À partir des premiers travaux autour de la crise du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), la littérature scientifique abonde de références à la représentation du patient-acteur. Mettant d'une part en valeur l'expertise des malades du fait de leur connaissance expérientielle

de leur maladie et de leur prise en charge, d'autre part leur capacité à dialoguer et à suivre les recommandations des professionnels de santé. Il existe différents niveaux d'engagement des patients allant de l'information au partenariat en passant par la consultation et la collaboration [56]. Le relevé réalisé par Flora en 2013 [57] permet de faire la liste : patients-ressources, patients médiateurs (peer educators), pairs aidants, médiateurs de santé, médiateurs pairs, patients formateurs, patients experts, patients diplômés en éducation thérapeutique, patients partenaires, patients sentinelles, patients auto-normatifs, patients co-chercheurs. Cette variété lexicale montre le passage d'un rôle passif du patient marqué par l'asymétrie à un rôle actif où le patient possède un savoir et revendique un pouvoir qui lui permet d'avoir un rapport plus équilibré avec les autorités de la médecine [58]. Nous donnerons quelques définitions de ces termes :

2.4.3.1 Expérience patient

L'expérience patient s'exprime par toutes les interactions et les situations vécues par le patient et son entourage au cours de son parcours de santé. L'organisation du parcours de soins mais aussi les antécédents de la personne concernée vont déterminer ses interactions*[59].

(*): définition inspirée par le Beryl Institute [60]

2.4.3.2 Pair praticien

Le pair praticien est un individu ayant déjà vécu la maladie et ses traitements et partageant ses expériences avec un patient « novice », de façon à l'accompagner et l'encourager. Un patient à ce stade a su prendre du recul et conceptualiser à partir de son expérience. Pour avoir la qualification de pair praticien, il existe une formation certifiante (*Ecole d'études sociales et pédagogiques Lausanne Haute école de travail social et de la santé Vaud Certificat de pairs praticiens en santé mentale*), sur les éléments clés de la relation d'aide (écoute active, principes éthiques de l'accompagnement, etc..) et de supervisions [61]. L'écoute active est une technique de communication développée par un psychologue américain Carl Roger qui consiste à utiliser le questionnement et la reformulation afin de s'assurer que nous avons au mieux compris le message de notre interlocuteur et de lui démontrer. L'objectif étant de créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer aux mieux son ressenti et ses questions par rapport à une situation donnée [62]. Le principe éthique de l'accompagnement quant à lui est une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses objectifs plutôt qu'à la diriger, à la conseiller, à l'orienter.

2.4.3.3 Pair-aidance

La pair-aidance s'appuie sur le fait qu'une personne ayant une situation particulière développe un « savoir expérientiel », en d'autres termes un ensemble de compétences acquises dû à cette situation. Le pair-aidant rassemble ses compétences afin de transmettre son expérience pour aider une autre personne dans une situation semblable et souvent moins expérimentée. Cette notion de pair-aidance se retrouve beaucoup dans le domaine médical, avec des personnes en situation de handicap ou malade [63].

2.4.3.4 Patient acteur

L'idée d'être acteur vise d'une part à être conscient de son état de santé et des moyens pour l'améliorer ou le maintenir. D'autre part, il permet d'inverser autant que possible le sentiment de passivité et de soumission afin de prendre une part active en se réappropriant les gestes, les décisions, en s'impliquant face à sa maladie et son traitement [58].

2.4.3.5 Patient citoyen

Le patient citoyen s'implique dans les politiques de santé voire dans l'élaboration et la révision des lois de santé publique. Il fait preuve d'engagement citoyen et se mobilise autour de sujets en lien avec la santé [61].

2.4.3.6 Patient expert

Le patient expert partage sa culture sur sa maladie et ses traitements. Cette expertise obtenue avec l'expérience de la maladie et le vécu hospitalier permet aux patients de développer un authentique partenariat avec les professionnels, de discuter, voire de mettre en question certaines pratiques [64]. En effet, ces individus sont bien placés afin d'évaluer la qualité des prestations et identifier des pistes d'améliorations de leurs besoins. Ce partage d'expérience peut se faire avec d'autres patients experts dans tous les domaines d'activités tels que les soins, la gouvernance, l'hôtellerie ou la communication. Cette notion de patient expert est davantage utilisée pour les maladies chroniques [61].

2.4.3.7 Patient partenaire

Le partenariat se manifeste par une modification de mode relationnel au profit d'une collaboration entre les patients, les aidants et les professionnels. Le patient partenaire va concevoir avec les professionnels des solutions adaptées à des problématiques concernant sa santé et son projet de soins ou à des questions de stratégie de santé. Pour que cette collaboration fonctionne, certaines conditions doivent être rassemblées : le patient doit pouvoir avoir accès à

une information de qualité ainsi qu'à un environnement favorable à l'expression de son expérience, de ses besoins et de ses attentes [61].

2.4.3.8 L'empowerment

Israël B. et al [65] définissent l'empowerment comme la capacité d'une personne à comprendre et mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent sa qualité de vie, afin d'agir pour améliorer celle-ci.

Lorsque nous abordons la notion d'empowerment, nous pouvons nous référer à différents niveaux d'analyse et de pratique, comme l'individu, l'organisation ou la communauté :

- L'empowerment individuel ou psychologique caractérise la capacité d'un individu à exercer un contrôle et à prendre des décisions sur sa vie personnelle. L'empowerment favorise le sentiment d'efficacité et d'estime de soi qui encourage le développement d'une représentation positive de soi-même (self concept) ou de ses compétences personnelles.
- Une organisation peut être conjointement « empowering » et « empowered ». Une organisation « empowering » fonctionne démocratiquement : ses participants sont impliqués dans le choix, la mise en œuvre et le contrôle d'un travail à pourvoir afin d'atteindre les buts communs prédéfinis. Pour ce faire, les membres mettent en œuvre des processus coopératifs pour partager l'information et prendre des décisions. Ce type d'organisation favorise l'empowerment des individus qui contribuent au processus et prend en compte les liens variés entre les personnes. Une organisation « empowered » fait partie d'un système plus vaste où elle participe à son tour aux décisions communautaires et influence la politique.
- Une communauté « empowered » est une communauté où les personnes et les organisations collaborent et mettent en commun leurs compétences et leurs ressources afin de satisfaire leurs besoins respectifs. Ils se soutiennent, règlent leurs litiges et cherchent à développer une meilleure qualité de vie de la communauté. Une communauté empowered a la capacité d'exercer une influence sur les prises de décision et les modifications au sein du système social auquel elle appartient. Israël B. et al [65] rapportent qu'un développement indépendant de chaque niveau est possible mais préconisent, pour plus de cohérence et d'efficacité, de voir l'empowerment de façon globale.

- L'éducation du patient comprend selon l'OMS, des activités organisées, mais aussi un soutien psychosocial conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour ambition de renforcer les capacités individuelles des patients pour vivre et agir avec la maladie, assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge et maintenir voir améliorer leur qualité de vie [66], [67]. Dans ce cadre-là l'empowerment individuel est davantage mis en avant [68]. C'est également ce niveau psychologique que nous aborderons principalement dans le cadre de ce mémoire et ce en relation avec la personne déficiente auditive.

L'empowerment est une notion qui dans un cadre ordinaire n'est pas aisée à mettre en place. Qu'en est-il pour les personnes sourdes et malentendantes ? C'est ce que nous traiterons dans ce mémoire.

2.5 Synthèse

Nous avons vu dans un premier temps la notion de surdité. Il existe de nombreuses appellations pour désigner une personne déficiente auditive avec pour chaque dénomination un sens un peu différent. Nous retrouvons les malentendants, sourds, Sourds, devenus-sourds ou encore les sourds-muets. Autant de mots signifiant que chaque personne ayant un trouble de l'audition est unique. En médecine, ces troubles sont classés selon la localisation anatomique de l'atteinte, l'importance de la surdité, la date d'apparition, la date d'acquisition du langage, l'évolutivité, l'étiologie.

Dans un deuxième temps, nous avons abordé la relation de soin comme un lien interpersonnel entre un thérapeute et son patient. Cette relation est génératrice de soin car elle permet au masseur-kinésithérapeute d'être à l'écoute et d'orienter son diagnostic pour répondre au besoin de son patient.

Qui dit relation de soin, dit communication c'est-à-dire l'action de transmettre un message, avec un émetteur et un récepteur. La communication orale est le principal moyen utilisé par la communauté des entendants. Il est important dans ce cas de différencier la communication verbale, de la communication non-verbale comprenant tous les gestes autour, le langage du corps, la distance interpersonnelle. La personne qui n'entend pas bien va accorder une grande importance au non-verbal, car cela passe par un autre canal que l'audition : la vue. Cependant, tout message n'est pas compréhensible seulement par le non-verbal, d'où la

nécessité d'utiliser d'autres intermédiaires que nous étudierons à partir de notre revue de littérature.

Si nous avons centré les deux derniers points sur la relation de soin et la communication, c'est pour permettre au patient de se sentir impliqué dans sa rééducation, par l'accès à l'information et la compréhension des exercices qu'il doit effectuer en rééducation. En effet, une meilleure implication augmente la motivation et l'adhésion thérapeutique. À travers la littérature, nous pouvons constater que cette notion est de plus en plus répandue avec par exemple l'émergence d'un grand nombre d'expressions tel qu'expérience patient, pair praticien, pair aidance, patient acteur, patient citoyen, patient expert, patient partenaire et enfin l'empowerment.

2.6 La problématique

Depuis la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [2], le schéma d'accompagnement des personnes malades évolue. La prise en charge paternaliste disparaît pour aller vers un partenariat avec le patient. La relation de soin évolue également et de nombreux écrits sur les spécificités de cette relation soignant-soigné en médecine ou encore dans le paramédical (infirmiers, aides-soignants) existent, mais très peu sont liés à la masso-kinésithérapie. Notre quotidien professionnel est pourtant dirigé par cette relation soignant-soigné, qui mérite en conséquence d'être étudiée, comprise et adaptée à chacun de nos patients afin de pouvoir obtenir des résultats optimaux dans nos prises en charge. Par ailleurs, la littérature aborde souvent cette relation de soin en masso-kinésithérapie avec un patient sans trouble du système relationnel, ce qui pose déjà de nombreux questionnements [32]. Qu'en est-il pour un patient sourd ou malentendant ? La littérature est très limitée à ce sujet. Pourtant, cette relation peut permettre de proposer des soins adaptés aux besoins de la personne déficiente auditive et générer une participation active du patient afin d'améliorer sa qualité de vie ainsi que sa satisfaction. Un patient éduqué est plus susceptible d'être observant, ce qui rend le travail du masseur-kinésithérapeute moins coûteux en énergie, avec une coopération du patient renvoyant à une prise en charge plus efficace. L'aspect humain recouvre alors une place plus importante dans la relation, avec un rapport plus équilibré et un individu qui se sent écouté, compris et respecté. Ceci va permettre un épanouissement et de nombreux bénéfices pour les deux protagonistes et agir comme « accélérateur de soin ». Mais cela implique d'en comprendre les différents mécanismes et demande un effort supplémentaire. À la suite de cette réflexion la problématique suivante m'est apparu :

Quelles sont les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d'une prise en charge active avec un patient devenu-sourd ou malentendant. Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?

Il serait judicieux d'établir les difficultés qu'il peut exister afin de rechercher dans un deuxième temps les différents moyens et outils qu'il serait intéressant de mettre en place en fonction des déficits du patient.

3 MATERIELS ET METHODES

3.1 Validation de la problématique selon la méthode PICO

Nous avons débuté par la validation de notre problématique selon la méthode PICO [69], la problématique étant : « **Quelles sont les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d'une prise en charge active avec un patient devenu-sourd ou malentendant. Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?** ». Notre démarche a été résumée par un tableau disponible en Annexes (Annexe I : Tableau présentant la validation de notre problématique selon la méthode PICO, réalisé par nos soins.).

Les populations que nous avons étudiées sont des patients adultes déficients auditifs ayant perdu l'audition au cours de leur vie ou étant malentendant.

L'intervention de notre étude consistait à comprendre comment construire une relation de soin pour que le patient soit acteur de sa rééducation.

Nous avons comparé cette difficulté de prise en charge avec des personnes entendantes.

L'issue clinique était de recenser les difficultés dans la prise en charge de ces populations. Puis de comprendre l'importance d'une rééducation avec un patient partenaire et les méthodes employées afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.

3.2 Méthodologies utilisées pour le recueil des données

Notre question de recherche principale était : « Comment construire une relation de soin avec un patient devenu-sourd ou malentendant pour qu'il soit acteur de sa rééducation ? ». Nous avons également défini trois sous-questions de recherche qui étaient :

- Quelles sont les difficultés rencontrées lors de l'accueil des déficients auditifs ?
- Quels sont les moyens de communication et de pédagogie existant pour faciliter la prise en charge des déficients auditifs ?
- Quelle est la démarche des professionnels de santé pour rendre le patient acteur dans sa rééducation ?

Pour répondre à ces différentes sous-questions de recherche et par conséquent à notre problématique, nous avons mis en place deux méthodes de collecte de données différentes. D'une part, pour analyser les difficultés et les moyens de communication existant, nous avons

décidé de faire une revue de littérature. D'autre part, les difficultés rencontrées et l'étude des critères des masseurs-kinésithérapeutes a été faite à l'aide d'entretien semi-directif.

3.3 Méthodologie utilisée pour la recherche documentaire

3.3.1 Sélection des mots-clés

Nous avons choisi de faire notre recherche documentaire sur la sous-question de recherche suivante : « Quels sont les moyens de communication et de pédagogie existant pour faciliter la prise en charge des déficients auditifs ? ». Pour cela, nous nous sommes appuyés sur la méthode PICO afin de déterminer les mots-clés, le tableau est disponible en annexe (Annexe II : Tableau présentant la méthode PICO utilisé pour définir les mots-clés employés dans notre recherche documentaire, réalisé par nos soins.). Les mots-clés sélectionnés sont les suivants :

- Déficient auditif (hearing-impaired) auquel nous avons associé les sous-mots clés malentendant (hearing-impaired), surdité (deafness), sourd oraliste (oral-deaf) et devenu-sourd (deafened), surdité acquise (acquired deafness).
- Communication en français et en anglais
- Relation pédagogique (pedagogical relationship)

3.3.2 Recherche sur les bases de données

Nos recherches se sont étalées de mars 2021 à octobre 2021. Pour établir notre recherche documentaire, les bases de données suivantes ont été interrogées : Kinedoc, Pubmed, Google Scholar et Cairn. Les recherches ont été effectuées en français et en anglais grâce aux mots-clés cités précédemment. Ceux-ci ont été combinés afin d'obtenir les équations de recherche suivantes :

- (Déficient auditif) ET (communication OU relation pédagogique)
- (hearing-impaired) AND (communication OR pedagogical relationship)

Afin d'être le plus pertinent possible dans les différentes bases de données employées, ces mots clés ont été déclinés avec des synonymes ou des variables semblables pour obtenir le plus grand nombre de résultats, tout en restant pertinent pour le sujet.

3.3.3 Constitution du diagramme de flux PRISMA

Diagramme de flux Prisma

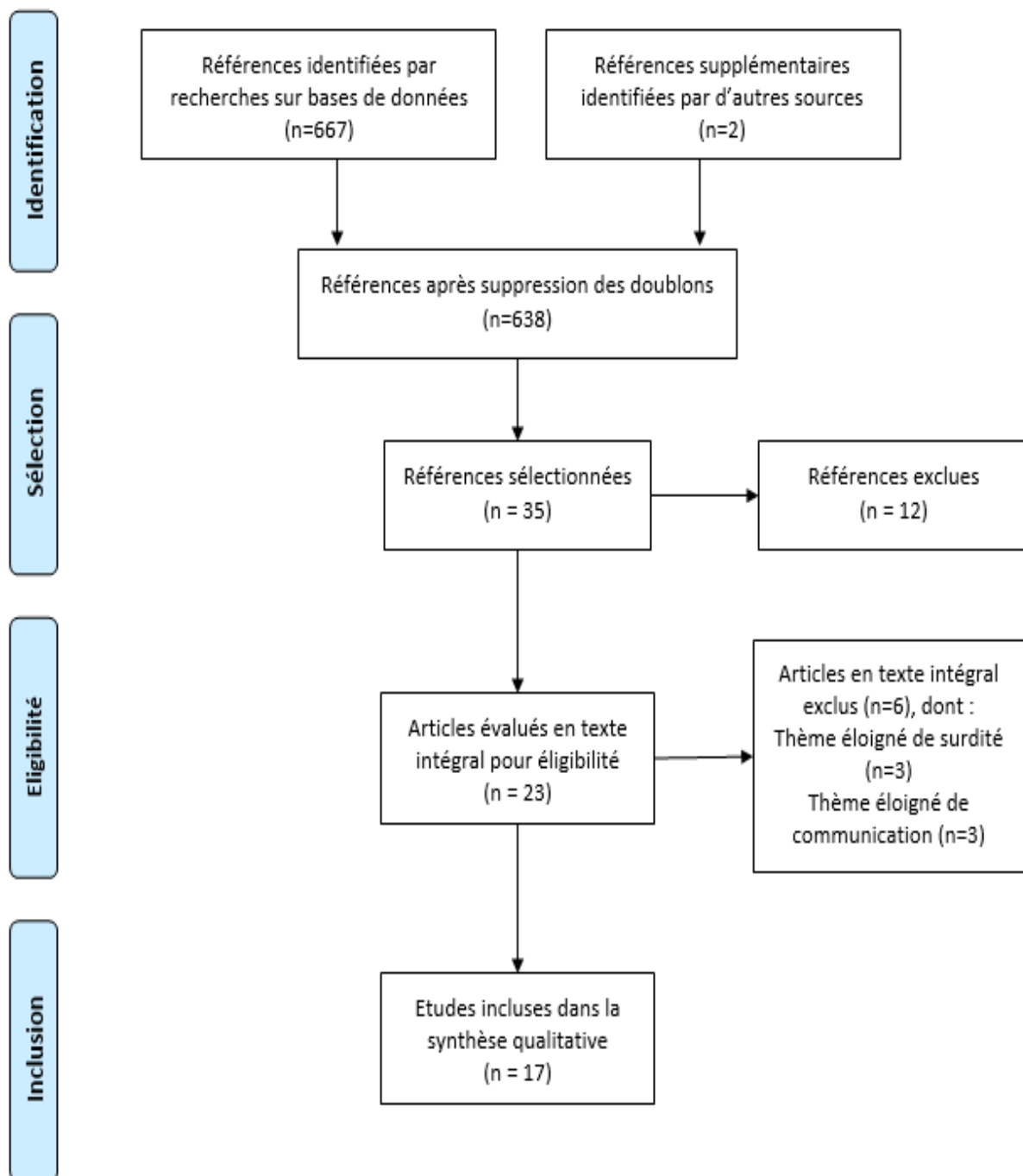


Figure 4 : Diagramme de flux Prisma réalisé par nos soins

3.3.4 Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature obtenue

Il semble important de préciser que ce travail inclut en partie une recherche qualitative abordant l'aspect relationnel de la masso-kinésithérapie lors de la prise en soin d'une personne sourde.

Dans ce cas, les grades de recommandations ne font pas l'objet d'un critère d'inclusion.

Les critères d'inclusion retenus sont :

- les références bibliographiques en lien avec la surdité et la communication.
- les références bibliographiques concernant l'éthique, la science, la masso-kinésithérapie et les sciences humaines et en lien avec la surdité.

Les critères de non-inclusion :

- les références bibliographiques n'ayant pas de résumé disponible.
- les références bibliographiques parlant exclusivement de la LSF ou des enfants.
- les références bibliographiques évoquant les vertiges vestibulaires.
- les références ne pouvant pas être corrélées à la rééducation de la personne sourde.
- les articles sélectionnés sont parus entre 2000 et 2021.

3.4 Méthodologie utilisée pour l'élaboration du guide d'entretien

L'ensemble de notre méthodologie a été résumé en Annexes sous forme de fiche COREQ [70] (Annexe III : Liste de contrôle COREQ).

3.4.1 Population interrogée

Le but de nos entretiens était de comprendre la connaissance et la vision des masseurs-kinésithérapeutes par rapport aux patients déficients auditifs. Puis dans un deuxième temps, d'interroger des déficients auditifs étant allés chez un masseur-kinésithérapeute. Nous avons interrogé différents masseurs-kinésithérapeutes travaillant en structure ou en libéral, spécialisés ou non dans le domaine de la déficience auditive. Et des personnes devenues sourdes à tout âge de la vie avec des déficiences différentes.

3.4.2 Présentation de la méthodologie

Nous avons choisi d'avoir recours à une méthode qualitative par entretien afin de confronter la littérature aux pratiques réelles et essayer de comprendre les besoins. Le choix de

cette méthode plutôt qu'un entretien libre résidait dans le fait que l'interlocuteur conservait une certaine liberté de paroles sur les questions que nous lui avons posés. L'entretien semi-directif nous permettait également de recentrer le dialogue si les sujets abordés débordaient des thématiques initiales. Lors de l'entretien, la conversation était enregistrée avec l'accord oral de la personne pour les masseurs-kinésithérapeutes, un formulaire de consentement a été signé pour les patients interrogés. Les questions posées devaient figurer dans le guide d'entretien, de plus certaines relances ont été effectuées pour préciser les réponses du sujet.

3.4.3 Présentation du guide d'entretien

Nous avons choisi d'utiliser un guide pour tous les masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'un guide pour les malentendants. Une des personnes qui nous avons interrogé est une masseur-kinésithérapeute retraitée, et est maintenant malentendante. Elle a donc répondu aux deux guides d'entretiens. Cela permettait d'avoir des moyens de comparaison entre les idées développées par chacun. Les guides d'entretien, joint en annexes étaient construits en 4 parties, chacune concernant un thème différent. Le guide à l'attention des masseurs-kinésithérapeutes comportait (Annexe IV : Guide d'entretien utilisé pour les entretiens semi-directifs à l'intention des masseurs-kinésithérapeutes) : la présentation de la personne, le parcours de soin avec le patient, la prise en charge rééducative et la connaissance du professionnel par rapport aux différentes aides possibles à la prise en charge de ce public. Le guide à l'attention des malentendants comportait (Annexe V : Guide d'entretien utilisé pour les entretiens semi-directifs à l'intention des personnes devenues-sourdes ou malentendantes) : la présentation de la personne, le parcours de soin avec le masseur-kinésithérapeute, les axes d'amélioration dans la prise en charge rééducative et la connaissance de la personne par rapport aux différentes aides possibles.

3.4.4 Pré-test

Un pré-test a été réalisé pour tester notre guide d'entretien à l'attention des MK afin d'éviter de potentielle incompréhension lors des entretiens finaux et par conséquent, éviter des biais dans les réponses des personnes interrogées. Celui-ci a été réalisé tout d'abord auprès d'une infirmière de notre famille qui a répondu aux questions à l'oral, travaillant dans un EHPAD elle est confrontée à une population déficiente auditive et a pu m'orienter quant à la pertinence des questions.

Le deuxième entretien a été réalisé auprès d'un éducateur spécialisé de l'IRPA de Ronchin. Nous avons pris contact afin d'obtenir de plus amples informations quant aux

personnes déficientes auditives. Passionné par son métier, il m'a proposé de nous rencontrer. Nous en avons profité pour lui faire passer un entretien semi-directif avec les questions de notre guide. L'entretien a duré 1 heures 30. Il n'a pas éprouvé de difficultés par rapport aux questions posées.

4 RESULTATS

4.1 Résultats de la recherche documentaire

4.1.1 Les difficultés rencontrées dans l'accès au soin

4.1.1.1 Prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous est primordiale car elle constitue le premier contact avec le soin. L'impossibilité de prendre rendez-vous chez le masseur-kinésithérapeute signifie une rupture. Longtemps la seule manière de prendre rendez-vous était téléphonique ce qui rendait l'accessibilité au soin difficile voire impossible pour cette population. L'arrivée des plateformes numériques de prise de rendez-vous a permis de réduire ce manque, néanmoins l'accès à l'information numérique nécessite de réussir à lire la langue française. De plus en plus, des applications apparaissent permettant de transcrire les communications téléphoniques ou qui utilisent la LSF [13].

4.1.1.2 Accueil dans les locaux et salle d'attente

Le premier contact commence par un bon accueil. Le patient peut se sentir anxieux et ne sait pas forcément à quoi s'attendre en allant chez le masseur-kinésithérapeute. Il est encore plus fondamental de réussir cet accueil avec les patients déficients auditifs dont la sensibilité peut être exacerbée.

Or l'accueil est difficile si :

- L'accès au cabinet s'opère à l'aide d'un interphone.
- Il n'existe pas de signalisation lumineuse ou de pictogramme.
- Dans la salle d'attente le volume sonore est élevé et que les patients souffrent pour certains d'une hypersensibilité aux bruits.

De plus, lorsque le praticien sort de sa salle d'attente pour appeler la prochaine personne, il est quasiment impossible de savoir pour un malentendant quand vient son tour. Le sujet se complexifie, avec les masques que nous devons constamment porter, la lecture labiale est dans ce cadre impossible. Il est cependant facile de prévoir une pancarte lorsque nous allons chercher

une personne déficiente auditive dans la salle d'attente ou pour ne pas la stigmatiser lui envoyer un sms pour la prévenir que c'est bientôt à son tour.

4.1.1.3 Les aides à la communication avec des personnes malentendantes

La surdité est un handicap invisible au premier abord. C'est souvent aux personnes déficientes auditives de s'adapter au monde qui les entoure. Il est judicieux de savoir quels sont les modes de communication qu'ils peuvent utiliser. La situation de handicap induite par la déficience auditive dépend beaucoup du contexte, ainsi que de la volonté et de l'implication des deux parties [71].

4.1.1.3.1 L'écriture

Les personnes entendant passent souvent par l'écrit pour permettre d'échanger des informations avec les personnes déficientes auditives. Cependant, certaines personnes sourdes ou malentendantes peuvent avoir une maîtrise de la langue française écrite médiocre. Si en tant que praticien, nous utilisons en plus une syntaxe et un vocabulaire compliqués, nous n'aurons pas l'adhésion du patient [5].

4.1.1.3.2 La lecture labiale

La lecture labiale a toujours été un moyen naturel de compenser la déficience auditive. La Revue Prescrire publiait en 1991 une plaquette diffusée par l'oreille d'Or avec 5 dessins comportant les attitudes à avoir face à une personne sourde ou malentendante. 30 ans plus tard, ces recommandations sont toujours d'actualités.



Figure 5 : La lecture labiale - Plaquette de l'Association l'Oreille d'Or (loi 1901) [72]

Les déficients auditifs appareillés ou ayant une perte auditive relativement faible savent utiliser leurs restes auditifs. Les autres individus peuvent s'aider de la suppléance mentale afin de discriminer les sosies labiaux (main-pain) ou d'interprétation (trait-très). Cependant, le docteur Dagron observe une « surestimation des potentialités de la lecture labiale » [73]. En effet, il existe de nombreux sosies labiaux et la suppléance mentale va dépendre du milieu

culturel de la personne, de son milieu social et scolaire, ce qui peut rendre la conversation très compliquée.

Ce moyen de communication peut porter à confusion si l'émetteur ne s'exprime pas convenablement. Il peut ne pas suffire et nécessite une bonne connaissance de la langue française ainsi que d'être à l'aise avec ce phénomène. Il est important d'y associer le face-à-face ainsi que le regard puisque ce sont des personnes qui auront un fonctionnement visuel. De plus, il ne faut pas négliger les règles de proxémie définies par Hall [43], en effet un éloignement suffisant permet l'expressivité et favorise une perception correcte du message. Il faut laisser la place aux gestes et avoir un angle de vue suffisant.

Avec la crise sanitaire actuelle, ce moyen de communication est plus compliqué, car l'ensemble de la population doit porter un masque en dehors de son domicile. Les personnes utilisant la lecture labiale essentiellement se retrouvent coupées du monde et doivent s'adapter.

4.1.1.3.3 Le langage parlé complété (LPC)

Pour parler, il ne suffit pas seulement de mieux entendre mais d'avoir la capacité d'écouter et de comprendre parfaitement les mots. Le LPC va permettre de clarifier la langue orale et la lecture labiale, et d'éviter certaines confusions. Il remplace certaines syllabes, les sosies labiaux, indissociables à la lecture labiale par un geste de complément effectué par la main dans différentes positions sur et autour du visage. Ainsi, il aide à la lecture, à la compréhension du message par des gestes accompagnant l'oral. Il est surtout utilisé dans la surdité acquise [74] (Annexe VI: Le Langage Parlé Complété).

4.1.1.3.4 La langue des signes

Elle va servir notamment pour les personnes nées sourdes et qui ont eu une éducation dans la communauté Sourde. Cependant, ceci reste une langue à part entière qu'il faut maîtriser en tant qu'entendant pour pouvoir communiquer avec ce type de patient. Dans ce mémoire, nous ne nous attarderons pas sur cette langue. Car si un thérapeute sait communiquer par ce moyen avec le patient, c'est qu'il s'est formé et donc connaît la communauté Sourde. Ce mémoire s'adresse davantage au thérapeute ne connaissant pas cette langue et devant prendre en charge des déficients auditifs ne parlant pas en première intention la langue des signes.

4.1.1.3.5 Les mimes

Il est possible également de faire des mimes pour essayer de communiquer, nous rentrons dans un mode de communication visuel qui est de toute évidence plus parlant pour ce type de population. Il ne faut pas avoir peur du ridicule, effectivement c'est une méthode qui demande d'utiliser tout son corps et de dépasser une certaine pudeur [5].

4.1.1.3.6 Le Makaton

Cette technique a été mise en place par Margaret Walker, orthophoniste britannique pour des enfants et des adultes ayant des troubles d'apprentissage et de la communication. Le Makaton utilise la parole, des signes gestuels et des pictogrammes. Il offre une autre représentation du langage car plus visuel, ce qui améliore la compréhension et facilite l'expression. Le système d'écriture de la langue des signes et le Makaton sont voisins. Toutefois, les Sourds connaissent essentiellement la LSF, car elle est pour beaucoup leur langue primaire. Le Makaton est la plupart du temps méconnu. Il est de préférence utilisé pour des enfants ou des patients présentant des troubles cognitifs. Le but principal du Makaton décrit selon l'Association Avenir Dysphasie est d'« établir une communication fonctionnelle, d'améliorer la compréhension et favoriser l'oralisation, de structurer le langage oral et l'écrit, de permettre de meilleurs échanges au quotidien, d'optimiser l'intégration sociale »[75] (Annexe VII: Le Makaton).

4.1.1.3.7 Les moyens visuels

Comme les personnes malentendantes utilisent beaucoup leur vue, il est nécessaire de passer par ce canal. Plusieurs centres ont mis en place des plaquettes d'images pouvant représenter les différentes parties du corps, les différents organes, le déroulement d'une prise en charge. Par exemple le centre hospitalier de Douai a élaboré son propre imagier pour les personnes ayant des difficultés à communiquer [76]. Il existe de plus le dessin qui peut permettre de clarifier une consigne, d'expliquer des notions difficiles à comprendre et qui est plus personnel que les pictogrammes.

Dans le cadre de la masso-kinésithérapie, le visuel est pareillement employé afin de présenter un exercice, pour expliciter des consignes ou des mouvements à faire.

4.1.1.3.8 L'interprétariat

Selon la HAS, « L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction »

[77]. Face à un masseur-kinésithérapeute démunie de communication accessible au patient déficient auditif, cela peut permettre d'établir un meilleur bilan d'entrée, mais aussi d'expliquer les informations que le patient a besoin de connaître. La présence d'un interprète est rassurante pour certaines personnes. Mais ce n'est pas le cas de tout le monde, pour d'autres cela est perçu comme une violation des règles déontologiques. Ils ne sont pas à l'aise à l'idée qu'une personne connaisse leurs informations personnelles. Pour ces patients, le masseur-kinésithérapeute va devoir s'adapter et communiquer dans la langue la plus adéquate pour échanger avec son patient. L'interprète est utile, si la personne parle la LSF, pour les malentendants le masseur-kinésithérapeute et le patient parle la même langue donc il n'est pas nécessaire de traduire. En revanche, comme la communication peut être altérée, une personne proche (ami, membre de la famille) peut jouer le rôle d'interlocuteur intermédiaire pour faciliter la communication avec le praticien.

4.1.1.3.9 Le toucher

La masso-kinésithérapie est une profession tactile, c'est une thérapie manuelle qui s'appuie sur le toucher. Le toucher peut permettre une mise en confiance dans la relation de soin ainsi que de guider un exercice, faire des massages, de la mobilisation ou de la palpation. Il est cependant nécessaire d'avoir le consentement du patient et que les gestes soient compris pour ne pas être mal interprétés. En effet par sa proximité avec le patient, la masso-kinésithérapie est une profession « à risques » de dérives, sa posture vis-à-vis du patient est primordial [78], [79].

4.1.1.3.10 Les aides auditives

4.1.1.3.10.1 Les prothèses auditives

Il existe trois types de prothèses auditives : le contour d'oreille, l'intra-auriculaire et le mini-contour. Elles ne permettent pas de retrouver une audition totale comme peuvent avoir les entendants mais améliorent les informations auditives. Une prothèse amplifie tous les sons, même ceux parasites, dans des environnements bruités cela provoque une gêne importante. Il est primordial d'en tenir compte lors de notre rééducation et de s'isoler dans un endroit calme.

4.1.1.3.10.2 Les prothèses implantables

Elles imposent une chirurgie. Il en existe différents types.

- L'implant à ancrage osseux (BAHA) va être destiné à des personnes en cas de surdité de transmission avec pathologie chronique de la peau du conduit auditif externe, de son rétrécissement, et ne pouvant pas avoir une prothèse conventionnelle. Il fonctionne avec un vibreur qui transmet les vibrations sonores à l'oreille interne par conduction osseuse [80].
- L'implant cochléaire : Il a une fonction similaire aux prothèses auditives mais est bien plus puissant. Il n'utilise en revanche pas le même fonctionnement. L'appareil va transformer les sons en impulsions électriques qui sont transmises au nerf auditif. Comme nous pouvons le voir sur la figure 3 : à la partie externe de l'implant se trouve un processeur (1) qui transforme les sons de l'environnement, captés par un microphone, en signaux électriques. Une antenne (2) va alors transmettre ces signaux à travers la peau vers la partie interne implantée chirurgicalement (3). Celle-ci réceptionne puis véhicule le signal électrique jusqu'à un faisceau d'électrodes (4) placé dans la cochlée. Le rôle de l'implant est d'émettre des impulsions électriques qui stimulent les fibres du nerf auditif ou les neurones du ganglion spinal. L'influx nerveux est envoyé vers le cerveau où il est analysé et interprété.

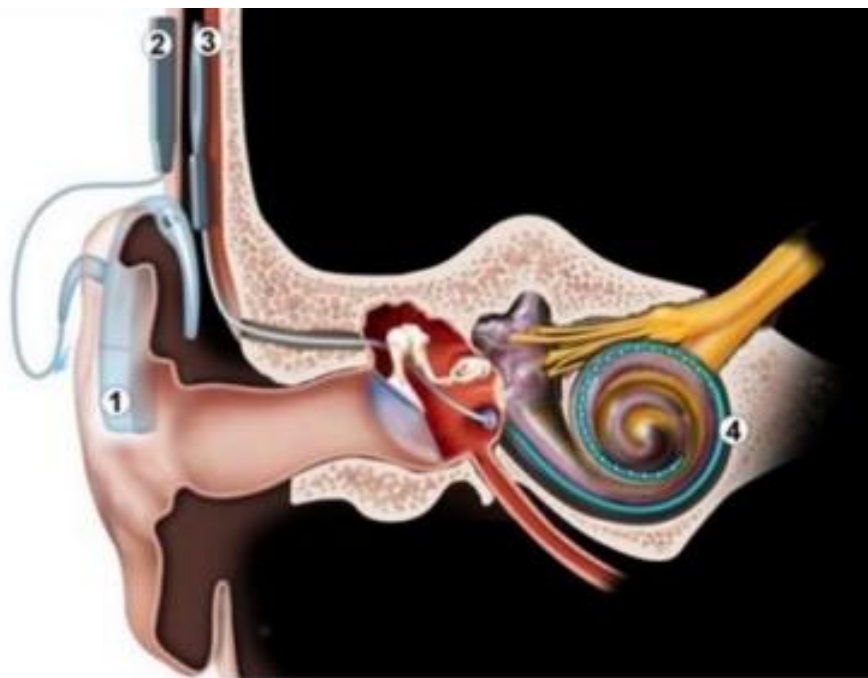


Figure 6 : Schéma de l'implant cochléaire [13]

Cependant, les fréquences que l'implant reproduit sont largement moins nombreuses que celles de la cochlée. De ce fait, l'audition d'une personne implantée ne sera pas de la même qualité que celle d'une personne n'ayant pas de problèmes d'audition. Il est

recommandé aux patients où la prothèse conventionnelle ne suffit pas et où les restes auditifs sont quasiment nuls. En effet, l'opération détruit l'oreille interne et les éventuels restes auditifs de façon irréversible, ce n'est donc pas un acte anodin. De plus, il n'existe pas de garantie permettant d'affirmer que le sujet atteindra le seuil d'audition, même après l'opération, il aura cependant des sensations sonores [5]. Si plus tard, l'adolescent ou l'adulte sourd désire retirer son implant, il se retrouvera avec une surdité totale (appelée aussi cophose), et n'aura aucun reste auditif. Prenons en considération que l'implant cochléaire constitue un corps étranger qui fait partie intégrante du sujet et qu'il va devoir accepter. Bargues, médecin et journaliste médical, nous explique à propos de la prothèse auditive qu'elle est : "intégrée à son schéma corporel, elle est partie intégrante de sa personnalité" [81]. D'autres auteurs comme Dagron nous informe que cet appareil "transforme l'existence de celui qui la subit" [82],

L'implant cochléaire nous semble surtout adapté pour un public adulte, car cette décision de l'adopter ou non est prise en toute connaissance de cause. Il est particulièrement intéressant pour les devenus-sourds, puisque ce sont des personnes qui se retrouvent subitement privé de leur audition alors que c'est un sens à part entière qu'ils ont connu et auquel ils se fiaient. Dans ce cas, l'implant paraît adéquat, car il s'agit de parer à un manque soudain d'audition, ce qui s'apparente à un handicap, pour ces personnes.

4.1.1.3.11 Les aides techniques

4.1.1.3.11.1 Avertisseurs lumineux

Le signal lumineux est aussi un moyen à ne pas négliger et peut remplacer une sonnerie par exemple. Pour améliorer la prise en charge, il ne faut pas oublier les espaces environnants car sans l'audition, la vue prend le relais et devient le principal repère.

4.1.1.3.11.2 La boucle magnétique

La boucle à induction magnétique (BIM) est un système de transmission audio par champ magnétique. Il capte le son à partir d'une source sonore et l'envoie directement dans les prothèses auditives. Il permet aux personnes déficientes auditives munies d'un appareil auditif ou d'implant cochléaire avec bobine d'induction (position T) d'entendre correctement dans les lieux équipés, sans contraintes de distances et de bruits ambiants. La BIM est constituée d'un amplificateur spécifique relié à une source sonore (microphone, télévision...). Celui-ci transmet le son dans une boucle constituée de câble en cuivre. La personne malentendante équipée d'un

appareil auditif compatible située dans la zone d'émission perçoit les ondes diffusées par la boucle qui sont traduites en signal audio dans ses aides auditives. Il existe deux types de BIM : Les BIM fixes, installées par exemple dans les salles de spectacles, de conférence ou de réunion. Les BIM mobiles, qui sont des dispositifs plus simples adaptés aux guichets d'accueil, aux caisses des commerces, ou pour toutes les situations où deux interlocuteurs sont face à face comme des entretiens, des consultations.

Pourtant, en pratique la boucle d'induction magnétique est controversée chez les malentendants et les sourds en raison de grésillements et interférences du son transmis. De plus, il subsiste de nombreuses difficultés pour les travaux d'installation qui sollicitent d'agir sur le bâti du plafond ou des sols. En conséquence, peu de malentendants et sourds en sont équipés d'autant que moins de 4% sont appareillés d'une prothèse auditive [13].

4.1.1.3.11.3 Microphone haute fréquence

Il va servir dans la communication interpersonnelle, le sujet peut placer un microphone haute fréquence près de son interlocuteur. Il peut être plus ou moins directionnel, avec un pinceau plus ou moins étroit. Ce système va éviter les bruits ambiants [80].

4.1.1.3.11.4 Internet

Aujourd'hui internet apporte une quantité importante d'informations qui peut éclairer le patient s'il n'a pas compris quelque chose ou aimerait en savoir davantage. Cependant, il faut tout de même se méfier des sources utilisées. En France, le centre national d'information sur la surdité est consultable via un site internet : Surdi Info. Il a été mis en place initialement en 2013 pour les parents d'enfants sourds et les personnes devenues sourdes mais est ouvert à tous [72]. Les chats, messagerie et forums sont également des moyens de communication très utilisés actuellement.

4.1.1.3.11.5 Smartphone

Il existe des applications de retranscription pour permettre de décrypter ce que la personne en face dit en passant par la reconnaissance vocale pour faciliter la communication. Il est possible également de faire des appels vidéo pour permettre de s'aider de la lecture labiale par exemple.

4.2 Résultats des entretiens semi-directifs

Les entretiens élargissent notre réflexion et nous permettent de confirmer ou d'infirmier ce que nous avons trouvé dans la littérature. Ils comportent de nombreuses questions et s'adressent à différentes populations (thérapeutes, personnes Devenues-sourdes). De plus, ils permettent d'en savoir plus sur la démarche de chaque professionnel quant à l'accueil de cette population.

Le but de la synthèse est de dégager des mots-clés et des idées qui reviennent entre les entretiens et de les confronter afin de confectionner un guide de bonnes pratiques qui soit le plus pertinent possible. Certaines questions sont spécifiques à une population étudiée, d'autres se retrouvent dans tous les entretiens.

4.2.1 Présentation

4.2.1.1 Masseur-kinésithérapeutes

Les premières questions demandaient à la personne de se présenter afin de savoir son âge, son année de diplôme, les structures dans lesquelles elle intervient ou a intervenu. Nous avons résumé ces questions dans un tableau.

Tableau 1 : Tableau synthétisant les réponses aux premières questions de nos entretiens avec les MK, réalisé par nos soins.

Masseur-kinésithérapeutes	Âge	Sexe	Année de diplôme	Expériences professionnelles
MK0102	26	Femme	2020	Remplacement libéral EHPAD, MAS, hôpital de Cortez avec SSR
MK0104	26	Femme	2019	Cabinet libéral, EHPAD
MK0105	44	Homme	2000	Cabinet libéral, EHPAD
MK0103	59	Homme	1986	Cabinet libéral (PEC sourds) Différentes structures
P0204	73 (retraité)	Femme	1973	France et Suisse, Types de structures : thermalisme, centres de rééducation (aussi avec des confrères non-voyants), remplacements libéraux, cabinet personnel en exercice libéral, rééducation en services hospitaliers et cliniques, établissement spécialisé MGEN pour enfants autistes...

Ces questions étaient pour nous assurer d’avoir des masseurs-kinésithérapeutes avec plus ou moins d’années de pratiques et ayant pratiqué dans différents milieux. Ceci nous permettait de toucher les différents modes de pratiques masso-kinésithérapiques.

Les questions suivantes concernaient l’expérience professionnelle avec des personnes déficientes auditives.

Tableau 2 : Tableau synthétisant les réponses en rapport avec l’expérience professionnelle des MK avec des personnes déficientes auditives, réalisé par nos soins.

Masseur-kinésithérapeutes	PEC personnes déficientes auditives	Type	Formation spécifique
MK0102	Oui	Troubles de l’audition, devenus-sourds, malentendants	Sensibilisation à la langue des signes, mémoire sur la formation des étudiants en MK à la LSF.
MK0104	Oui	Personnes âgées, presbyacousie	Aucune
MK0105	Oui	Personnes âgées, presbyacousie	Aucune, formé au Makaton
MK0103	Oui	Sourd parlant la LSF, MAS	Cours LSF (en privé)
P0204	Oui	Personnes âgées, presbyacousie	Aucune

« La prise de conscience de la déficience auditive est encore relativement récente » comme le dit très justement P0204. Ce qui fait qu’il n’existe pas de formation spécifique à ce sujet que ce soit en formation initiale ou continue. Les seules formations et donc sensibilisation à ce milieu qu’il existe, sont les cours de langue en Makaton (MK0105) ou en LSF (MK0102 et MK0103). MK0103 ayant côtoyé beaucoup de personnes sourdes et parlant la LSF ajoute « C’est surtout le contact avec des personnes en handicap auditif. Il faut vraiment se lancer à l’eau et les contacter avoir ce désir de les côtoyer. Il n’existe pas une langue, il n’existe pas un pays des sourds. ».

4.2.1.2 Personnes déficientes auditives

Les premières questions demandaient à la personne de se présenter afin de savoir son âge, sa surdité, et le mode de survenue de celle-ci. Toutes sont appareillées sauf P0201.

Tableau 3 : Tableau synthétisant les réponses aux premières questions de nos entretiens avec les personnes déficientes auditives, réalisé par nos soins.

Devenu-sourds	Âge	Sexe	Type surdité	Survenue
P0201	76	Homme	Totalement sourd de l'oreille droite	Depuis l'âge de 3 ans, fracture du rocher.
P0202	37	Homme	Profonde	Il y a 15 ans, otite, choléastome, méningite.
P0203	70	Homme	Sévère	Depuis 20 ans, génétique à partir de 50 ans dans la famille.
P0204	73	Femme	Sévère	Depuis 20ans, suite à de l'hypertension causée par des soucis familiaux. Puis non-protection par ignorance lors d'activités en zone bruyante.
P0205	55	Femme	Sévère	Brusque, il y a 9 ans.

Nous pouvons constater à travers, ces premières questions d'introduction, qu'une personne déficiente auditive n'en ai pas une autre. Nous avons fait en sorte d'interroger des personnes de différents sexes et de différents âges. Même si nous retrouvons trois personnes interrogées au-dessus de 70 ans, nous pouvons voir qu'elles sont devenues sourdes plus jeunes. Les questions suivantes concernaient l'adhésion à des associations et les raisons de cet engagement.

Tableau 4 : Tableau synthétisant les réponses aux adhésions dans des associations de personnes déficientes auditives, réalisé par nos soins.

Devenu-sourds	Associations	Motif de l'adhésion
P0202	Président et fondateur BUCODES-SurdiFrance Président ADSMN Travail chez le Messageur	« Besoin de me renseigner. » « Monde que je ne connaissais pas. » « Pour trouver des informations, pour être guidé. »
P0203	Secrétaire général ARDDS Ile-de-France	« 2 principales activités qu'elles proposent à savoir les cours de lecture labiale et tous l'aspect culturel »
P0204	Membre du conseil d'administration du BUCODES-SurdiFrance Secrétaire générale ARDDS 63	Difficulté pour les appels téléphoniques. Par le biais de la MDPH a pris contact avec l'ARDDS 63, puis le BUCODES.
P0205	ARDDS BUCODES-SurdiFrance	« Au départ pour la proposition de lecture labiale lorsque j'ai perdu l'audition ; puis pour contribuer à la défense des droits des malentendants »

P0201 ne fait partie d'aucune association. Tous sont déjà allés chez un masseur-kinésithérapeute. P0204 a déjà été chez le masseur-kinésithérapeute mais Madame était normo-entendante. Il lui est arrivé d'aller, il y a quatre ans, en cure, où elle a éprouvé des difficultés. Nous avons choisi de garder ce sujet dans notre étude, car Madame est une masseur-kinésithérapeute retraitée.

Nous avons également demandé le but des différentes associations :

ADSMN (Association des Devenus-Sourds et Malentendants du Nord) :

« C'est une association de personnes devenues sourdes et malentendantes, ce sont des bénévoles qui se regroupent pour passer des moments ensemble aussi accompagner toutes les personnes malentendantes qui viennent toquer à notre porte pour les renseigner. Voilà donc accompagnement médical, accompagnement social, tout ce qui existe, les professionnels qui directement travaillent dans la surdité mais pas que, qui agissent et qui font des choses accessibles. La mise en place d'activités de loisirs de culture, de manière à montrer aussi que la surdité n'est pas la fin du monde et que on peut tout à fait avoir des loisirs, avoir un emploi, du fait de la surdité. Accessoirement on fait aussi de la représentation auprès de structures publiques ou privées, les communes, le département et autres. Et on fait, ce que je fais là aujourd'hui, c'est à dire de l'information de l'échange avec des personnes qui s'intéressent de près ou de loin à la surdité. » selon P0101.

ARDDS (Association de Réadaptation et de Défense des Devenus-Sourds) :

Personnes malentendantes qui éprouvent le « besoin de se regrouper pour apprendre la lecture labiale et pour développer entre eux des activités genre activités culturelles » selon P0203.

« Appui à la réhabilitation et socialisation des personnes devenues sourdes et malentendantes, en particulier via une activité régulière de lecture labiale. » selon P0205.

Bucodes-Surdifrance :

« Regroupe une quarantaine de structures associatives sur le territoire français qui est la seule Fédération nationale à destination des personnes devenues sourdes et malentendantes. » selon P0101.

« Fédère les associations de devenus sourds et malentendants de France et agit au niveau national pour défendre les droits des malentendants » selon P0205.

Messageur :

« Entreprise qui travaille autour de la question de la mise en accessibilité de la communication pour les personnes sourdes et malentendantes » selon P0101.

4.2.2 Parcours de soins

4.2.2.1 MK avec le patient

Au moment de la prise en charge disposez-vous déjà de l'information sur la déficience auditive du patient ?

Sur les 5 MK interrogés, seul un a répondu oui à cette question, et cela concerne plutôt les sourds profonds parlant la LSF. Il ajoute cependant : « il est fait mention dans le dossier d'une déficience sauf qu'il n'est pas précisé le niveau, il n'est pas précisé non plus si la personne maîtrise ou non la langue des signes. » selon MK0103. Les 4 autres MK s'en rendent compte au fil de la séance. P0204 résume très bien la situation : « Encore à l'heure actuelle, je pense que l'information n'est pas donnée et c'est dommage. Elle incombe encore à la communication que veut bien donner le patient et l'on se heurte encore soit au déni, soit à la honte qu'éprouvent certains malentendants oralistes, alors que la situation est très différente pour ce qui concerne les sourds signants. ».

Est-ce que vous trouvez que la prise en charge de ces patients est plus compliquée ? Pourquoi ?

Selon MK0104, elle n'est pas forcément plus compliquée. Les autres MK éprouvent effectivement une difficulté supplémentaire. Selon MK0103, « Forcément je dirais que forcément elle est plus complexe, dans la mesure où il y a un handicap sensoriel qui se surajoute au handicap moteur. Et de ce fait, suppose un accompagnement qui forcément va être plus compliqué, ça c'est clair. ». MK0105 ajoute : « C'est vrai que forcément l'investissement que tu mets dans la séance est modifié. Tu ne peux pas leur dire beaucoup de choses, tu vas à l'essentiel. Et c'est vraiment dommage de ne pas pouvoir leur expliquer plus les choses, donc leur suivi est quand même altéré, est quand même de moins bonne qualité, c'est sûr. ». MK0102 évoque une difficulté supplémentaire avec le port du masque.

Quelles difficultés avez-vous déjà rencontré dans votre prise en charge ?

MK0104 et P0204 n'ont pas rencontré de difficultés particulières avec ce public. MK0103 explique qu'avec une personne parlant la LSF, il n'a pas de difficultés puisqu'ils peuvent parler la même langue. En revanche avec les personnes ne parlant pas la LSF, il va falloir passer par d'autres moyens de communication. MK0102 éprouve plus de difficultés pour l'explication de la pathologie au patient, de ne pas réussir à lui faire comprendre. Pour les exercices, il est possible de passer par l'imitation. MK0105 fait la différence entre les personnes âgées, où la séance peut être menée à bien avec une diminution des échanges. Et les patients plus jeunes, où il éprouve plus de difficultés. La lecture labiale fonctionne bien pour les choses simples mais quand les termes se complexifient et qu'il doit utiliser un vocabulaire spécifique cela devient plus compliqués.

Qu'est-ce qui diffère dans une prise en charge avec une personne déficiente auditive ?



Figure 7 : Nuage de mots évoquant les différences qu'il peut exister avec une personnes déficientes auditives durant la prise en charge.

Modifiez-vous votre accompagnement avec une telle population ?

« Alors mon accompagnement je ne vais pas le modifier en soi parce que ça ne change en rien les objectifs de rééducation puisque la prescription n'est pas basée sur la surdité, elle est basée sur un trouble x ou y. Et le handicap sensoriel ou auditif complexifie la rééducation en soi. Sauf si effectivement il a été démontré que la personne malentendante à des problématiques de d'équilibre. Mais ça ne change pas pour moi l'accompagnement, la rééducation. C'est simplement le fait de faciliter la communication avec ces personnes-là en utilisant des petits moyens qui vont permettre de communiquer plus facilement. Donc peut-être envisager d'être un petit peu plus de temps avec eux et que il faut être plus patient bien entendu ». selon MK0103.

Pensez-vous que la prise en charge est plus passive avec ces patients ? Pourquoi ?

Pour tous les MK, la prise en charge n'est pas plus passive qu'avec un entendant. Cela va dépendre de la motivation du patient. MK0103 explique que « ça fera partie d'un manque de motivation mais qui n'est pas forcément dû à la surdité. Par contre comment dire de bien être compris, de bien se faire comprendre du sourd, il peut émettre une résistance à la rééducation parce qu'il ne se sent pas compris parce qu'il y a un problème de communication, et là il va se démotiver parce que le thérapeute n'aura pas fait d'effort de pouvoir communiquer avec lui. Oui dans ce sens-là. Mais si la personne est motivée, qu'elle soit sourde ou pas, elle fera le nécessaire parce qu'elle a une source de motivation intrinsèque ou extrinsèque qui fait que globalement parlant, ce n'est même pas le manque de communication avec le thérapeute qui va modifier sa motivation par contre effectivement si à un moment donné, il y a un manque de communication ça risque de le décourager. ».

Selon MK0102, « Eux ne sont pas passif par contre la solution de facilité pour le kiné, c'est de faire que du passif pour le coup. De faire de la thérapie manuelle, de faire des étirements, que ce soit lui qui fasse, qu'il n'ait pas besoin d'expliquer, et d'avoir moins d'exercices pour le patient. ». MK0103, ajoute que « ça ne change en rien les objectifs de rééducation et si ça doit passer du passif à l'actif, ça passera du passif à l'actif. ».

Pensez-vous qu'une meilleure information des professionnels sur le sujet pourrait permettre une meilleure prise en charge ? Pourquoi ? De quelle manière pourrions-nous être mieux informés/formés ?

Tous les MK ont répondu oui à cette question. Selon P0204, « une meilleure information professionnelle faciliterait les prises en charge, d'autant que la population de malentendants, évaluée aujourd'hui à 7 millions de cas avérés, va aller en s'accroissant (écoute de baladeurs, musique amplifiée, sons compressés, bruit au travail, etc) ».



Figure 8 : Nuage de mots évoquant les différentes manières d'être mieux informés/formés selon les MK.

Nous avons-nous même émis l'idée de créer un petit guide de bonnes pratiques à la suite de ce travail. Pour s'assurer de la pertinence du projet, nous avons demandé l'avis aux professionnels.

Tous les MK ont répondu oui à cette question.

Puis nous leur avons demandé de donner 3 conseils qu'ils aimeraient voir dans ce guide.



Figure 9 : Nuage de mots évoquant les conseils pour le guide de bonnes pratiques.

4.2.2.2 Malentendants avec le MK

Au moment de la prise en charge est-ce que le MK dispose de l'information sur votre déficience auditive ? Si non, est-ce que vous l'en informez ? Pourquoi ?

Au moment de la prise en charge, le MK n'est pas au courant de la déficience si la personne ne l'en informe pas. Tous en informent leur praticien.

Allez-vous chez un MK recommandé par quelqu'un ? En rapport avec votre déficience auditive ?

Tous vont chez un MK recommandé par quelqu'un de leur entourage, mais personne ne va chez quelqu'un recommandé pour la déficience auditive. P0204 dit « Je pense que, outre pour les sourds signants, l'accueil du déficient auditif ne doit pas faire l'objet d'une spécialité, mais du respect de l'autre dans sa différence. ». La tendance est de prendre un MK qui prend un patient à la fois et qui est à l'écoute.

Quelles difficultés avez-vous déjà rencontré dans votre prise en charge ?

Deux personnes (P0201, P0203) n'éprouvent pas de difficultés particulières en allant chez le MK.

Pour P0205, elle éprouve des difficultés dans « la compréhension de ses indications, en particulier dans le gymnase où se déroulent les exercices ».

Pour P0202, pour lui, « la difficulté a été de toujours avoir l'information. Si j'ai pas la personne en face de moi, j'ai pas l'information. ». « Même si on utilise des termes techniques en disant c'est tel tel tel machin tel muscle avec des noms à rallonge peu m'importe j'ai besoin d'avoir l'information. C'est à moi de juger, si je veux la comprendre ou pas, c'est tout ce que je demande. ». De plus Monsieur ajoute qu'il est important de s'adresser à lui et non à la personne qui l'accompagne.

Si vous ne comprenez pas ce qu'il vous dit, osez-vous lui demander de répéter ?

Tous osent demander de répéter si la consigne n'est pas comprise. Mais quand au bout d'un certain nombre de fois la consigne n'est toujours pas comprise, ils ont tendance à dire « oui oui ».

Est-ce que vous trouvez que votre masseur-kinésithérapeute prend en compte votre handicap dans sa prise en charge ?

P0201 a répondu non. Tous les autres ont répondu oui. Cependant, comme le MK n'a pas forcément l'habitude, selon P0202 « les conseils que je lui ai donné en début de la 2^{ème} séance bah j'ai pu les répéter au début de la 3^e séance au début de la la séance suivante et cetera. »

Depuis la crise sanitaire, avez-vous rencontré des difficultés supplémentaires avec le port du masque ? Quelles difficultés étaient-ce ?

Tous ont rencontré des difficultés à la suite du port du masque pendant la crise sanitaire.



Figure 10 : Nuage de mots évoquant les difficultés rencontrés à cause du port du masque.

4.2.3 Prise en charge rééducative du masseur-kinésithérapeute

Est-ce que la mise en place et le déroulement d'un bilan peut être altérés à cause de ces difficultés ?

Selon MK0103, cela ne change pas la mise en place d'un bilan. « J'aurais tendance à dire non dans la mesure où on va quand même s'aider du compte rendu médical donc on va voir les antécédents, on va avoir... on va avoir le compte rendu médical qui va quand même dégrossir les antécédents de la personne et cetera. » Il ajoute que « C'est difficile, il faudrait là, il faut pour moi parce que pour moi c'est c'est naturel. Il faudrait demander à un kinésithérapeute qui ne connaît pas le monde des sourds par exemple. ».

Pour les autres MK, le bilan peut être altéré. Notamment « par les difficultés de compréhension du patient, qui aura tendance à répondre à partir de ce qu'il a perçu et non pas à partir de ce qui a été dit. » selon P0204. MK0105 ajoute que « au bilan, oui pour tout ce qui est partie active, après pour le passif, le bilan articulaire que la personne soit déficiente auditive ou pas, ça restera le même. Par contre pour la partie active, il peut... la finalité pour moi sera toujours la même mais voilà l'approche sera peut-être différente ».

Qu'est-ce que vous pourriez mettre en place pour rendre votre prise en charge plus active, plus investi ? (Accueil, communication, outils...)



Figure 11 : Nuage de mots évoquant les moyens qu'ils seraient possible de mettre en place pour rendre la prise en charge plus active.

Quels moyens utilisez-vous pour communiquer avec eux ?



Figure 12 : Nuage de mots évoquant les moyens de communication utilisés en séance.

D'après vous, est-il possible de faire les mêmes exercices avec un patient déficient auditif ? (Vaut-il mieux faire des exercices plus faciles mais bien compris que compliqués et mal faits ?)

Pour cette question, deux MK ont répondu ne pas faire de différence dans leur prise en charge, selon P0204 « Bien sûr il est possible de faire les mêmes exercices avec un déficient auditif qu'avec un normo-entendant. Le handicap auditif n'est pas synonyme de déficience ou de débilité mentale (nombre de malentendants sont des célébrités intellectuelles...et même musicales). ». Pour les trois autres, ils peuvent avoir tendance à commencer par des exercices plus simples mais iront vers du plus compliqués si cela est possible. Selon MK0102, « mais en termes de capacité physique, ils sont capables de tout, il y a des équipes de foot, de sport de sourd et bah enfaite ils ont les mêmes capacités physiques que n'importe qui, le même équilibre donc euh... tu dois pouvoir aller chercher la complexité mais du premier coup c'est compliqué de taper juste et que ce soit compris ».

Avez-vous des éléments, recommandations à proposer quant à l'accueil de ce public ?



Figure 13 : Nuage de mots évoquant les recommandations à proposer quant à l'accueil de ce public.

D'après vous, est-il pertinent de faire des aménagements dans votre cabinet/structure pour les personnes déficientes auditives ?

Les différents MK ont répondu non à cette question. En effet, « Pour un malentendant pas forcément parce qu'il a le même développement cortical donc euh beaucoup basé sur la vision, eux ils savent à peu près reconnaître une démarche rapide, anticipé, s'adapter. » selon MK0103. Pour les devenus-sourds, il est possible d'avoir un poste de téléphone fixe avec une vidéo, et un interphone avec des flashes lumineux, nous précise MK0103. Il est cependant évoqué par les autres MK, les applications de retranscription, la mise en place d'un écran et de BIM dans les gros cabinets ou centre de rééducation.

4.2.4 Axe d'amélioration de la prise en charge rééducative par les devenus sourds

Toujours dans une démarche de qualité, nous avons demandé aux personnes déficientes auditives, ce qui selon elles pourrait détériorer la qualité de la prise en charge en MK.



Figure 14 : Nuage de mots évoquant ce qui serait à même de dégrader la qualité de la prise en charge en MK.

Pensez-vous que la qualité de la prise en charge peut être altérée à la suite d'une mauvaise communication ? En quoi ?

Tous les répondants ont affirmé qu'une mauvaise communication pouvait avoir un impact sur la qualité de la prise en charge. P0204 ajoute « La qualité de la prise en charge

peut, effectivement, être altérée par une mauvaise communication, entraînant de désintérêt et la mise en retrait du patient par rapport à un contact défectueux. ».

Il leur a été demandé par la suite les solutions que ces personnes avaient pour pallier à cette mauvaise communication.



Figure 15 : Nuage de mots évoquant les moyens qu'ils seraient judicieux de mettre en place pour pallier à une mauvaise communication.

Qu'est-ce que pour vous une communication adaptée ?

C'est une « communication avec accusé de réception », selon P0201. P0203 confirme en disant « bouclez vos interrogations, c'est à dire à vérifier vous même que vous avez été bien comprise. ». Il ajoute qu'une communication adaptée c'est « Empathie, positionnement, parler doucement, avoir un masque transparent, être patient. ». Il faut prendre en compte les deux canaux de communication, qui sont le français oral et écrit. Il existe également de nombreuses applications de retranscription actuellement.

Comme dirait P0202, « Donc l'un dans l'autre, la communication adaptée, elle est toujours possible et elle est extrêmement facile de nos jours. ».

D'après vous, qu'est ce qui permettrait de rendre la rééducation plus active ?

Selon P0202, « Je pense que la première chose pour s'assurer que là que le soin soit actif, c'est de déjà considérer la personne malentendante comme une personne point. C'est-à-dire que il faut faire le soin avec le même niveau d'information, on va peut-être l'amener différemment. Mais ce qui est important c'est la communication ici. ».

Selon P0203, « Ça dépend pas de vous, ça va dépendre de la façon dont les gens sont appareillées, ça va dépendre du niveau de surdité. ».

Pour P0201, des sites comme Axomove sont bien, quelque chose de visuel que nous pouvons reproduire à la maison et ça évite d'oublier les exercices.

D'après vous, est-il pertinent de faire des aménagements dans le cabinet/ la structure où les personnes déficientes auditives vont ? Si oui, quels aménagements ?



Figure 16 : Nuage de mots évoquant les aménagements à faire dans un cabinet ou une structure.

Pensez-vous qu'une meilleure information des professionnels de santé sur le sujet pourrait permettre une meilleure prise en charge ? Pourquoi ? De quelle manière pourrions-nous être mieux informés/formés ?

Tous les interrogés ont répondu oui à cette question. Et selon, P0202 « elle est même indispensable ».



Figure 17 : Nuage de mots évoquant les différentes manières afin d'être mieux informés/formés selon les personnes déficientes auditives.

Pensez-vous que la confection d'un guide de bonnes pratiques à l'intention des masseur-kinésithérapeutes puisse être utile ? Pourriez-vous donner 3 conseils à mettre dans ce guide.

Tous les malentendants ont répondu oui à cette question, sauf P0201 qui selon lui « Je ne pense pas parce qu'il y a tellement de handicap spécifique que très rapidement le guide il sera... un guide général oui un guide spécifique ça me paraît compliqué. ».

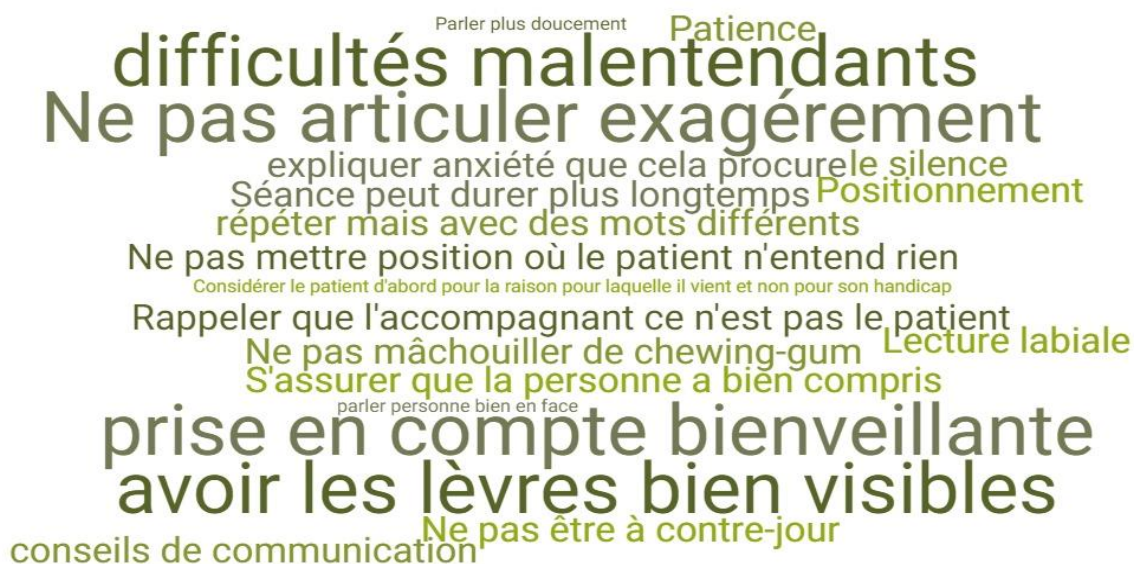


Figure 18 : Nuage de mots évoquant les conseils pour le guide de bonnes pratiques selon les personnes déficientes auditives.

4.2.5 Connaissance du professionnel/patient par rapport aux différentes aides possibles.

Il nous a semblé important, d'interroger les différentes personnes sur leurs connaissances par rapport aux différentes ressources qu'il existe au niveau national. Pour cette partie, nous avons décidé, d'analyser les réponses des MK et des personnes déficientes auditives en même temps. Les questions posées sont les mêmes, cela permet également de comparer les différentes connaissances.

Quelles ressources connaissez-vous pour avoir des informations à ce sujet ?

Les réponses des MK sont en bleu et celles des personnes malentendantes en rose.



Figure 19 : Nuage de mots évoquant les différentes ressources qu'il existe sur les personnes devenues-sourdes et malentendantes.

Connaissez-vous BUCODES-SurdiFrance ?

Tous les malentendants connaissent SurdiFrance, sauf P0201.

Aucun des MK ne connaît le BUCODES.

Savez-vous à quoi sert le numéro d'urgence 114 ?

Tous les malentendants connaissent le numéro d'urgence 114, sauf P0201.

Aucun des MK a su m'expliquer le numéro 114.

Savez-vous ce qu'est une UASS (unités d'accueil et de soins pour sourds) ?

Tous les malentendants connaissent sauf P0201, mais plusieurs ajoutent que ce n'est pas adaptés à leur profil. P0202, nous parle « des CERTA (Centre d'Evaluation et de Réadaptation des troubles de l'Audition pour Adultes Déficients Auditifs) qui sont des centres pluridisciplinaires d'accompagnement pour les surdités, notamment les surdités les plus complexes. ».

A part MK0103 aucun autre professionnel ne connaissait les UASS.

Connaissez-vous le plan 100% Santé ?

Tous les malentendants connaissent ce plan sauf P0201 qui nous a répondu non dans un premier temps mais qui après explications connaissait.

Les différents MK en ont déjà entendu parler, mais ne savent pas forcément l'expliquer. MK0103 est appareillée et a bénéficié de ce plan à titre personnel.

5 DISCUSSION

5.1 Réponse à la problématique et aux hypothèses

L'objet de ce mémoire était de répondre à la problématique suivante : **Quelles sont les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d'une prise en charge active avec un patient devenu-sourd ou malentendant. Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?**

Afin de répondre à cette question, il serait nécessaire de répondre à des sous-questions de recherche : Quelles sont les difficultés rencontrées lors de l'accueil des déficients auditifs ? Quels sont les moyens de communication et de pédagogie existant pour faciliter la prise en charge des déficients auditifs ? Quelle est la démarche des professionnels de santé pour rendre le patient acteur dans sa rééducation ?

5.2 Les difficultés rencontrées lors de l'accueil des personnes déficientes auditives.

Tout d'abord, nous pouvons citer la prise de contact. En effet, chez beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes la prise de rendez-vous se fait uniquement par téléphone. Involontairement, ces thérapeutes excluent les déficients auditifs. En effet, ces patients vont privilégier les plateformes de prise de rendez-vous comme le mentionne P0202 car ils sont autonomes et n'ont pas besoin de demander à un tiers. L'ordre national des médecins confirme cet aspect [13].

De plus, que ce soit du côté des masseurs-kinésithérapeutes ou des malentendants, tous s'accordent à dire qu'au premier contact, le praticien n'est pas au courant de la déficience auditive de son patient. C'est au bon vouloir du patient de l'en informer ou au thérapeute de s'en rendre compte. Ce qui peut rendre le premier contact plus difficile. Elle se complique d'autant plus actuellement avec le port du masque où la lecture labiale est impossible et le son atténué. La plupart des masseurs-kinésithérapeutes vont prendre en compte le handicap du patient, mais n'ayant pas l'habitude, ils peuvent ne pas appliquer les conseils que le patient va leur suggérer, comme parler moins vite, plus fort, en face. Il est important de le prendre en considération pour établir et conserver le lien de confiance avec le patient.

Nous retrouvons également des différences dans la prise en charge de ces personnes, telles qu'un vocabulaire plus simple et donc moins riche, une tendance à diminuer les explications du geste qui est en train d'être effectué, ce qui peut amener à une carence d'informations. Les explications devront être claires, concises et plus pertinentes. Il est nécessaire de répéter les informations et de s'assurer de la bonne compréhension du message pour éviter les quiproquos et les malentendus. Pour certains masseurs-kinésithérapeutes, la séance devra être préparée à l'avance et peut durer plus longtemps.

Certains thérapeutes éprouvent plus de difficultés quant à la prise en charge de cette population, notamment lorsqu'il faut expliquer la pathologie. La lecture labiale est efficace mais dans une certaine mesure, si le praticien utilise du vocabulaire spécifique, le patient sera perdu. Certains malentendants ont le même ressenti et éprouvent des difficultés à toujours obtenir l'information complète et à comprendre toutes les indications.

De plus, beaucoup de patients vont être gênés par les bruits ambiants, et ont besoin de silence. Ils vont alors privilégier des masseurs-kinésithérapeutes qui prennent un seul patient à

la fois dans une salle à part. Il est cependant possible de travailler en gymnase à condition d'avoir expliqué les exercices en amont dans un endroit calme.

Le masseur-kinésithérapeute peut également éprouver des difficultés lors de la réalisation de son bilan à cause de ce manque de communication surtout au niveau des parties actives.

Ces difficultés ne sont néanmoins pas insurmontables et il existe des solutions pour améliorer cette prise en charge.

5.3 Les moyens de communication et de pédagogie existant pour faciliter la prise en charge des déficients auditifs.

Toutes les personnes malentendantes sont d'accord pour dire qu'une mauvaise communication peut détériorer la qualité de la prise en charge. Pour améliorer cette communication, il existe des solutions comme ne pas parler trop fort, trop vite, avoir plus de temps à consacrer au patient, veiller à la bonne position du patient ainsi que du thérapeute pour favoriser la lecture labiale. Le patient ne doit pas être mis dans une position qui ne lui permet pas d'entendre et le praticien doit se placer en face de lui. L'association l'Oreille d'Or a sorti une plaquette sur la lecture labiale il y a 30 ans qui est toujours d'actualité [72]. Il est important d'utiliser les différents canaux que sont l'oral et l'écrit. Il est possible aussi d'employer des applications de retranscription instantanée. Ne pas hésiter à guider le patient pour qu'il se mette dans la bonne position. Faire en sorte qu'il n'y ait pas trop de bruits en adaptant les horaires pour qu'il y ait moins de personnes dans le gymnase par exemple. Il est important d'ajouter que pour avoir une communication adaptée, il faut s'assurer que son patient ait compris l'exercice ou l'interrogation. Il est nécessaire pour cela de lui demander de reformuler.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, cette communication va passer par l'oralisme, puis par le mime ou l'imitation, le babysign, par des moyens visuels, des supports écrits comme une application de retranscription instantanée, des pictogrammes, l'EVA, les cartes topographiques. Il est aussi évoqué dans les entretiens le fait de baisser le masque pour se faire comprendre.

Il est possible également de faire quelques aménagements comme installer des BIM dans les centres de rééducation et les grands cabinets. Mettre en place un poste de téléphone fixe avec une vidéo, un interphone avec un flash lumineux. Mais aussi installer une application de retranscription instantanée sur son smartphone et mettre un écran.

Dans les entretiens certains moyens de communication remarqués dans la revue de littérature n'ont pas été évoqués ou ne sont pas utilisés, tels que le Makaton ou le LPC. Ce sont des méthodes qui demandent un apprentissage supplémentaire. Un masseur-kinésithérapeute a été formé au Makaton, mais si la personne en face ne connaît pas, cet outil ne peut pas l'aider. De plus, nous avons interrogé des personnes ayant encore un reste auditif et qui savent lire. Il existe donc des moyens plus simples et efficaces pour avoir les informations.

En outre, les masseurs-kinésithérapeutes ne vont pas faire de différence concernant les techniques de prise en charge de cette population. En effet, malgré le handicap sensoriel, ils ont les mêmes capacités physiques que les autres. Il peut être judicieux de commencer par des exercices plus simples mais si les conditions physiques le permettent il faut aller chercher la complexité également.

5.4 La démarche des professionnels de santé pour rendre le patient acteur dans sa rééducation.

Dans un premier temps, nous avons interrogé les masseurs-kinésithérapeutes par rapport à la passivité de la prise en charge pour comprendre les limites d'une séance active.

Les thérapeutes pensent que la prise en charge n'est pas forcément plus passive avec ces personnes. En effet, cela va dépendre de leur motivation. Cependant un manque de communication et de compréhension peut démotiver le patient. La solution de facilité du masseur-kinésithérapeute sera d'utiliser des méthodes passives car il n'a pas besoin d'expliquer. Mais les objectifs de rééducation sont les mêmes.

Il est intéressant de comprendre les démarches des professionnels pour motiver le patient et donc le rendre plus acteur de sa rééducation. Pour cela, nous avons interrogé d'une part les masseurs-kinésithérapeutes mais également les personnes déficientes auditives.

Pour les professionnels, le patient déficient auditif peut être amené à être plus acteur si le masseur-kinésithérapeute adapte sa communication. Mais également en passant par des supports écrits, un tableau Velléda, à craies, donner des exercices à reproduire chez soi en passant par des vidéos sur Instagram, sur YouTube, en créant sa propre vidéo sous-titrée, en lui donnant un livret. Les notions de respect, de confiance, de bienveillance permettent également d'instaurer un climat afin d'être dans l'échange, le patient se sent compris et il est donc plus motivé. Une thérapeute recommande également au patient d'être accompagné d'un proche pour la première séance afin d'avoir les différentes informations et le rassurer. Il faut faire preuve de

patience et aimer ses patients, être accueillant. Le temps est aussi une notion qui revient souvent. Avoir plus de temps à consacrer à ses patients au début pour qu'ils comprennent ce que nous leur demandons d'effectuer ou ce que nous faisons et instaurer cette confiance.

Pour les malentendants, une rééducation plus active passe par la considération de la personne malentendante comme une personne à part entière. Il est important de faire le soin avec le même niveau d'information même s'il peut être amené différemment. Le manque de formation, d'informations peut également jouer quant au positionnement du thérapeute face au patient. Une personne proposait également l'utilisation de site comme Axomove, qui est un site qui recense des exercices à faire à la maison. Selon lui, cela permet de se rappeler des exercices à réaliser si cela n'a pas été forcément bien compris en séance et de se prendre en main.

Nous pouvons constater que les attentes des patients et la vision des masseurs-kinésithérapeutes se recoupent, une rééducation plus active passe par une prise en compte du patient avant tout.

5.5 Biais et Limites du mémoire

5.5.1 Biais et limites de la revue de littérature

5.5.1.1 Biais de sélection des mots-clés

La première limite est que la littérature sur le sujet est relativement peu importante et l'absence de publication à haut niveau de preuve rend l'abord du sujet plus complexe. Il n'existe pas d'articles sur la relation de soin avec des personnes malentendantes en masso-kinésithérapie. Ce qui nous a amené à élargir notre recherche à tous types de surdités et dans différentes professions comme la médecine, les soins infirmiers ou encore l'orthophonie.

5.5.1.2 Biais de sélection de la base de données

La deuxième limite serait la non-exhaustivité de notre recherche documentaire, nous n'avons effectivement pas consulté toutes les bases de données disponibles pour effectuer nos recherches. Cela implique que certains articles qui auraient pu être sélectionnés dans le cadre de notre recherche documentaire ne l'ont pas été.

5.5.2 Biais et limites des entretiens

5.5.2.1 Biais de sélections

La manière dont a été constitué l'échantillon est critiquable. Nous avons fait appel à nos connaissances dans un premier temps pour un malentendant et un masseur-kinésithérapeute.

Pour les professionnels de santé, nous en avons contacté un certain nombre par mail ou téléphone mais peu ont répondu positivement. Nous avons également fait le choix d'interroger deux personnes ayant travaillé ou étant sensibilisé à la LSF. Ce qui peut également créer un biais dans les réponses des entretiens, car ils ont surtout une expérience avec la population des sourds signants plus qu'avec des personnes malentendantes. Pour recruter les personnes Devenues-sourdes, nous avons pris contact avec différentes associations comme l'ADSMN et l'ARDDS. Nous avons dans ce cadre obtenu deux entretiens. Suite à notre échange avec le président de l'ADSMN et du BUCODES-SurdiFrance, nous avons pu obtenir le témoignage des deux autres personnes par mail.

5.5.2.2 Biais d'autocomplaisance

La personne ayant collecté les données était également le réalisateur de l'étude. Cela provoque un biais d'autocomplaisance, car dans cette situation, les sujets peuvent modifier leurs propos.

5.5.2.3 Biais méthodologiques divers

Aucun seuil de saturation n'avait été fixé. Nous n'avons rencontré que neuf personnes dont 5 masseurs-kinésithérapeutes. Ce n'est pas suffisant pour généraliser nos propos à l'ensemble des pratiques masso-kinésithérapiques et aux différentes personnes déficientes auditives. Nous souhaitions également interroger des orthophonistes, des ORL, des audioprothésistes qui travaillent avec ce public pour recueillir leur avis et les comparer avec ceux des masseurs-kinésithérapeutes. Nous avons commencé à contacter différentes associations et professionnels dont l'IRPA à Ronchin où nous avons interrogé un éducateur spécialisé. Suite à cet échange, nous avons préféré nous focaliser dans un premier temps sur les masseurs-kinésithérapeutes pour éviter de nous éparpiller. Nous avons cependant eu l'occasion d'échanger avec des orthophonistes au centre pédiatrique Marc Sautelet à Villeneuve d'Ascq et une infirmière travaillant dans un EHPAD. Nos différents échanges nous ont permis de tendre vers un seuil de saturation théorique. Ce principe est observé empiriquement selon Thiétart [83].

La limite de temps avait été définie à 90 minutes mais il n'y avait pas de durée minimale. Nous avons donc eu des entretiens allant de 30 à 90 minutes.

5.5.2.4 Points d'amélioration

Nous aurions pu utiliser une méthodologie d'entretien « mixte » en combinant entretien semi-directif avec des questions sur des points précis et entretien libre en donnant aux sujets la possibilité de s'exprimer sur un thème général. Le guide d'entretien aurait pu être transmis aux masseurs-kinésithérapeutes également pour leur permettre de préparer leurs réponses. De plus, nous aurions pu nous entretenir avec davantage de masseurs-kinésithérapeutes ayant travaillé dans des secteurs plus variés.

5.6 Perspectives

5.6.1 Des besoins et des attentes

Il ressort, dans l'analyse des entretiens, que les masseurs-kinésithérapeutes et les personnes déficientes auditives pensent que la formation ou la sensibilisation à ce handicap sensoriel est primordial et trop peu abordée.

Il n'existe pas de formation à l'intention des masseurs-kinésithérapeutes quant à la communication des personnes déficientes auditives. De plus, deux des masseurs-kinésithérapeutes ne connaissaient aucune ressource pour se renseigner à ce sujet.

Afin de se former, différents moyens ont été évoqués durant les entretiens comme passer par des réseaux de professionnels tel que le Conseil de l'Ordre, d'avoir un cours d'un intervenant de 2h en formation initiale, de publier des articles dans des revues scientifiques, de passer par du e-learning, par les réseaux sociaux.

Pour le contenu de ces formations, il a été évoqué l'éveil des consciences, c'est-à-dire mettre en lumière ce handicap et son importance dans la société actuelle, la rencontre avec l'autre, des conseils terrains, expliquer comment communiquer, ce qu'est un malentendant, ne pas avoir peur de poser des questions, travailler sur les représentations, être sensibilisé à tous les handicaps et avoir un questionnement sur le handicap auditif, avoir le « béaba » d'une séance accessible.

5.6.2 Des pistes à envisager

Nous avons pensé que la majorité de ces réponses pouvaient se trouver dans un guide de bonnes pratiques que nous avons réalisé à l'issue de ce travail. Ce guide ayant pour but de sensibiliser les masseurs-kinésithérapeutes au handicap auditif et de leur donner des références

pour aller plus loin s'il le souhaite. Ce guide pourra ensuite être publié sur les réseaux sociaux, via le Conseil de l'Ordre ou peut-être même faire l'objet d'un article scientifique.

Pour confirmer cette démarche, nous avons demandé aux personnes interrogées d'évaluer la pertinence de ce guide. Toutes sauf une pensent qu'il serait souhaitable d'avoir ce guide à disposition afin de le consulter en cas de besoin.

Afin de cibler le contenu, nous avons demandé les conseils que les praticiens et les patients verraient dans ce guide que vous pouvez consulter en annexe (Annexe IX : Guide de bonnes pratiques à l'intention des masseurs-kinésithérapeutes).

Dans quel(s) but(s) ?

La population de personnes déficientes auditives ne cesse d'augmenter, d'une part par une espérance de vie plus longue mais également à cause des concerts, à l'utilisation des écouteurs, des casques. Selon Surdi Info, 6,6% de la population française souffrent d'un déficit auditif, dont 88% sont devenus sourds au cours de leur vie [14]. Être informé sur le sujet favoriserait les masseurs-kinésithérapeutes à avoir une meilleure communication, à mieux comprendre leurs patients et donc à créer une meilleure relation de soin. Ce qui offre une démarche globale, où l'approche de la personne se fait dans son entièreté, en prenant en compte son handicap auditif et ce pourquoi elle vient en séance. De plus, cette sensibilisation pourrait permettre de les orienter vers d'autres professionnels ou structures si cela est nécessaire, dans une démarche pluridisciplinaire. Par exemple chez un ORL ou des associations pour apprendre la lecture labiale.

6 CONCLUSION

L'objet de ce travail était de répondre à la question suivante : « **Quelles sont les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d'une prise en charge active avec un patient devenu-sourd ou malentendant. Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?** » Afin de répondre à cette question, il serait nécessaire de répondre à des sous-questions de recherche : Quelles sont les difficultés rencontrées lors de l'accueil des déficients auditifs ? Quels sont les moyens de communication et de pédagogie existant pour faciliter la prise en charge des déficients auditifs ? Quelle est la démarche des professionnels de santé pour rendre le patient acteur dans sa rééducation ?

Concernant les difficultés rencontrées lors de l'accueil des personnes déficientes auditives, il est important de mentionner le moyen de la prise de rendez-vous par internet, téléphone. Inconsciemment certains masseurs-kinésithérapeutes vont exclure cette population de leur patientèle. De plus, un point majeur qui est apparu dans ce travail est la difficulté à communiquer par un manque de connaissances des outils et des méthodes à employer. Le bruit est souvent un des freins à cette communication ainsi qu'avec le masque actuellement. Ce qui va engendrer des difficultés dans le bilan puis la rééducation.

Pour pallier à cela, il existe des moyens de communication et de pédagogie pour faciliter cette prise en charge. Tout d'abord, il faut faire preuve de bon sens et d'empathie en faisant attention à son positionnement par rapport au patient, se mettre bien en face de lui. Ne pas être à contre-jour, parler plus fort, lentement, ne pas articuler exagérément, éviter de mâcher du chewing-gum. Si le patient se retrouve dans une position où il rencontre des difficultés à comprendre le thérapeute, comme en décubitus ventral, il est important d'anticiper et de lui expliquer avant, de le guider dans ses mouvements. La lecture labiale que nous utilisons tous instinctivement permet également aux devenus-sourds de comprendre davantage le discours. Cependant, cette méthode ne permet pas de comprendre l'intégralité du message et il est nécessaire parfois de passer par l'écrit. Cela peut être par le dessin, les schémas, les vidéos, mais également des applications de retranscription instantanée. Le masseur-kinésithérapeute doit par ailleurs prendre le temps avec son patient et s'assurer que le discours est bien compris en le faisant reformuler par exemple. Les BIM peuvent également, dans les centres de rééducation et les grands cabinets, faciliter la communication.

Concernant la démarche des professionnels de santé pour rendre le patient acteur de sa rééducation, les capacités de communication semblaient être un point clé. Cette communication peut se faire par des supports écrits, des livrets, des vidéos avec des exercices à reproduire chez soi. Il est aussi attendu de la part du praticien, qu'il soit dans l'échange, qu'il y ait de la bienveillance, du respect afin d'établir un climat de confiance et donc augmenter la motivation du patient. Plus d'échanges pour avoir toutes les informations demandent aussi parfois plus de temps, et il faut savoir également prendre ce temps si nécessaire.

Au terme de ce travail, il semblerait que pour optimiser la relation de soin en masso-kinésithérapie avec une personne devenue sourde ou malentendante, il faudrait développer nos moyens de communication et nos qualités relationnelles (écoute, apport d'informations, mise en confiance). Cela pourrait s'acquérir avec une prise de conscience des difficultés que rencontre cette population et de son fonctionnement mais aussi par l'expérience. Il ne faut pas craindre de prendre en charge ces personnes, nous pourrions un jour être à leur place. Ce mémoire pourrait être prolongé par un travail de recherche afin de mesurer l'impact de la surdité sur les différents types de rééducation en fonction des pathologies.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Troubles de l'audition / Surdités [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-dinformation/troubles-de-laudition-surdites>
2. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
3. L'accès aux soins pour les sourds et malentendants - Le Maillon Blanc | Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg [Internet]. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.chru-strasbourg.fr/maillon-blanc>
4. Service d'Unité d'Information et de Soins des Sourds (UNISS) Hôpital Pitié-Salpêtrière [Internet]. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/service/service-87-066>
5. Correno M. Représentations sociales de la surdité, des sourds et de la LSF par des infirmières. [Grenoble]: UFR sciences du langage université stendhal; 2011.
6. Copigny E. Former les étudiants en masso-kinésithérapie à la langue des signes française (LSF). Intérêt et enjeu dans l'accessibilité à la relation de soin avec la personne sourde. IFMK Berck-sur-mer; 2020.
7. Steinberg A, Barnett S, Meador H, Zazove P. Health care system accessibility. mars 2006;260-6.
8. Delaporte Y. Introduction. In: Les sourds c'est comme ça : Ethnologie de la surdimutité. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme; 2015. p. 1-17. (Ethnologie de la France).
9. Surdité et déficience auditive [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
10. Masson E. Surdités de perception d'origine génétique [Internet]. EM-Consulte. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/37179/figures/surdites-de-perception-d-origine-genetique>
11. Poirier D. La surdité entre culture, identité et altérité. LSP. 4 nov 2005;(53):59-66.
12. SOURD-MUET : Définition de SOURD-MUET [Internet]. [cité 10 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/sourd-muet>
13. Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. Accessibilité au soins : cas particulier des personnes malentendantes et sourdes. Commission des Relations avec les usagers Section Ethique et Déontologie; 2021 févr.
14. Les chiffres de la surdité et de la perte d'audition - Surdi Info Service [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.surdi.info/bibliographie/des-chiffres-autour-de-la-surdite/les-chiffres-de-la-surdite-et-de-la-perte-d-audition/>

15. Cole P, Cantero O. Stigmatisation des Sourds dans les soins de santé, l'exemple de la santé mentale. *Revue Médicale Suisse*. 11 févr 2015;398-400.
16. Institut national de la santé et de la recherche, World Health. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies [Internet]. Paris : INSERM; 1988 [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41005>
17. Chapiereau F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gerontologie et société*. 2001;24 / n° 99(4):37-56.
18. Aeby S. Patient sourd, soignant entendant : une relation spécifique. Haute école de la santé, Fribourg, Filière soins infirmiers; 2009.
19. L'ABC de l'oreille - Médecin sans rendez-vous [Internet]. [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <http://medecinsansrendezvous.telequebec.tv/articles/46-labc-de-loreille>
20. Modes de classification des surdités | AP-HM [Internet]. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/site/orl-pediatrique/pathologies/audiologie/classification-des-surdites>
21. Sitbon A. Le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ? (25):6.
22. Chiara Maillart. Film Entre deux mondes par Chiara Maillart [Internet]. 2021 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=tn1gkOkwD7k>
23. Aides auditives [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/optique-audition/protheses-auditives>
24. Venturi M. Stratégies de communication efficaces pour une relation patient-kinésithérapeute adaptée : cas de la surdité. 2020.
25. Accueil [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.surdi.info/>
26. Manoukian A, Massebeuf A. La relation soignant-soigné [Internet]. Lamarre. 2014 [cité 26 mars 2021]. (Exercice professionnel infirmier). Disponible sur: <https://www.unitheque.com/la-relation-soignant-soigne/exercice-professionnel-infirmier/lamarre/Livre/72629>
27. Langenfeld Serranelli S, Couturat-Hurabielle F. Soins relationnels. Soins palliatifs [Internet]. Elsevier Masson. 2011 [cité 27 mars 2021]. 224 p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/soins-relationnels-soins-palliatifs-9782294722875.html>
28. Boarini S. Le soin est-il une relation morale ? Une genèse morale du soin. *Éthique & Santé*. 1 déc 2015;12(4):211-6.
29. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. 2007;N° 89(2):33-42.

30. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Sante Publique*. 2007;Vol. 19(5):413-25.
31. Benaroyo L. Soins, confiance et disponibilité: Les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas. *Éthique & Santé*. 1 mai 2004;1(2):60-3.
32. Ayasse M. La relation soignant-soigné en masso-kinésithérapie et les troubles du système relationnel. IFMKD; 2020.
33. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
34. Article R4321-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Sect. 1 août 8, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913984/2004-08-08
35. Labey A. Ka - Soignant-soigné, des relations à cultiver. 26 avr 2012;(1277):14-7.
36. communication - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/communication>
37. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
38. Watzlawick Paul, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson. Une logique de la communication. Paris: Éditions Points; 2014. 280 p. (Points Essais).
39. Ferton V. La communication comme facilitation et frein dans la prise en charge du patient adulte en masso-kinésithérapie. [Loos]: IFMKNF; 2020.
40. Riom A, Libaert T, Adary A. Toute la fonction Communication [Internet]. Dunod; 2010 [cité 15 sept 2021]. 426 p. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/catalog/book/docid/88800745>
41. Vasse J. La communication non-verbale : un outil à la pratique et à la relation soignant-soigné en masso-kinésithérapie ? IFMK Poitiers; 2020.
42. Bonaiuto M, Maricchiolo F. La comunicazione non verbale [Internet]. Carocci. Roma; 2007 [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: http://www.carocci.it/index.php?option=com_carocci&task=schedalibro&Itemid=72&isbn=9788843052042
43. Gomez P-Y, Rousseau A, Vandangeon-Derumez I. Distance et proximité. *Revue française de gestion*. 17 juin 2011;213(4):13-23.

44. Pétermann M. The right professional distance in palliative care. *Revue internationale de soins palliatifs*. 2016;31(4):177-81.
45. Larousse É. Définitions : impliquer - Dictionnaire de français Larousse. In: Larousse. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/impliquer/41916>
46. Valeurs fondamentales, éthique, spectre - Les 3 piliers de la participation publique - Association internationale pour la participation publique [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.iap2.org/page/pillars>
47. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. LE REFERENTIEL de la profession [Internet]. 2013 [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0000072374a9554841962>
48. Marzano M. Qu'est-ce que la confiance ? *Etudes*. 1 janv 2010;412(1):53-63.
49. Haberey-Knuessi V, Obertelli P. La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*. 27 nov 2017;N° 35(2):107-17.
50. Cungi C. L'alliance thérapeutique [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2016 [cité 27 nov 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/troubles-mentaux-et-psychotherapies--9782361063917-page-174.htm>
51. Jack K, Mclean S, Moffett J, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Manual therapy*. 1 févr 2010;15:220-8.
52. Sluijs EM, Kok GJ, van der Zee J. Correlates of Exercise Compliance in Physical Therapy. *Physical Therapy*. 1 nov 1993;73(11):771-82.
53. Viau R. Vallerand, R. J. et Thill, E. E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Laval: Éditions Études Vivantes. *Revue des sciences de l'éducation*. 1994;20(2):411.
54. Ryan null, Deci null. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol*. janv 2000;25(1):54-67.
55. Ait-Salem A. Syndrome douloureux régional complexe - 1 et adhésion du patient : faisabilité de la mise en place autonome d'un protocole d'imagerie motrice -étude de cas. [Besançon cedex]: Université de Bourgogne Franche-comté; 2020.
56. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*. 26 juill 2018;13(1):98.
57. Flora L. Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé. *Educ Perm*. 2013;(195):59-72.
58. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Sante Publique*. 27 mars 2018;Vol. 30(1):73-81.

59. L'expérience patient · Institut Français de l'Expérience Patient [Internet]. Institut Français de l'Expérience Patient. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://experiencepatient.fr/experience-patient>
60. The New Existence - The Beryl Institute - Improving the Patient Experience [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.theberylinstitute.org/page/new-existence>
61. Patients Partenaires, qu'est-ce que c'est ? | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/patients-partenaires/patients-partenaires-qu-est-ce-que-c-est>
62. Rogers CR, Priels J-M. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. *Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche*. 2008;8(2):50-2.
63. Cardinal PL, Roelandt J-L, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*. 17 juin 2013;Volume 89(5):365-70.
64. Grimaldi A. Les différents habits de l'« expert profane ». *Les Tribunes de la sante*. 3 août 2010;n° 27(2):91-100.
65. Israël B, al. Health education and community empowerment : conceptualising and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Heath Education Quaterly*. 1994;149-70.
66. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
67. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
68. Doumont D, Aujoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient. :24.
69. Médecine générale : Travaux de Fin d'Etude. La question de recherche (méthode PICO) [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/5-recherche-bibliographique/5-3-la-question-de-recherche-methode-pico/>
70. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
71. Valérie. Les implications de la déficience auditive en milieu professionnel ordinaire. *Reliance*. 1 mai 2006;no 19(1):60-1.
72. Pasquier E. Le Parcours de soins du patient déficient auditif en médecine générale : étude qualitative auprès d'une patientèle sourde et malentendante des départements de l'Eure et de Seine-Maritime. 6 oct 2020;84.

73. Dagron J. Sourds et soignants, deux mondes, une médecine. In Press. 1999. (Réflexions du temps présent).
74. Domagała-Zyśk E, Borowicz A, Kazimiera K, Kołodziejczyk R, Bock S, Simone B, et al. Le Système du Cued Speech et sa Pratique. 2021.
75. AAD Makaton - Le programme Makaton [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.makaton.fr/decouvrir-le-makaton>
76. L'imagier du Centre Hospitalier de Douai [Internet]. Centre de ressources. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <http://ireps-grandest-doc.fr/doc/voir-toutes-les-nouveautes/12-outils-d-intervention/10313-l-imagier-du-centre-hospitalier-de-douai>
77. HAS. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratique. Haute Autorité de Santé. 2017;57.
78. Gedda M. Kinésithérapie sexué : les limites de nos rapprochements obligés. Kinésithérapie, la Revue. 1 févr 2021;21(230):1-3.
79. Ponomareva A, Blachère P. La perception de la nature sexuelle d'un acte de soin en kinésithérapie. Kinésithérapie, la Revue. 1 févr 2019;19(206):3-11.
80. Frachet B, Poncet-Wallet C, Ernst E, Eshraghi A. Présentation des prothèses et aides techniques pour la surdité. IRBM. 1 nov 2009;30(5):244-51.
81. Bargues M-L. Mal entendre au quotidien. Paris: Odile Jacob; 1992. 186 p.
82. Virole B. 20. Les implants cochléaires [Internet]. Vol. 3e éd. De Boeck Supérieur; 2006 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/psychologie-de-la-surdite--9782804152239-page-367.htm>
83. Thiétart R-A. Méthodes de recherche en management [Internet]. DUNOD. 2014 [cité 15 mars 2022]. 656 p. (Management Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodes-de-recherche-en-management--9782100711093.htm>

8 LEXIQUE

BIM : Boucle à Induction Magnétique

CERTA : Centre d'Evaluation et de Réadaptation des Troubles de l'Audition

HAS : Haute Autorité de Santé

IAP2 : International Association for Public Participation's

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médical

LPC : Langage Parlé Complété

LSF : Langue des Signes Française

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNL : Programmation Neuro-Linguistique

UASS : Unités d'Accueil et de Soins des Sourds

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

9 ANNEXES

Annexe I : Tableau présentant la validation de notre problématique selon la méthode PICO, réalisé par nos soins.....	77
Annexe II : Tableau présentant la méthode PICO utilisé pour définir les mots-clés employés dans notre recherche documentaire, réalisé par nos soins.....	78
Annexe III : Liste de contrôle COREQ	79
Annexe IV : Guide d’entretien utilisé pour les entretiens semi-directifs à l’intention des masseurs-kinésithérapeutes	81
Annexe V : Guide d’entretien utilisé pour les entretiens semi-directifs à l’intention des personnes Devenues-sourdes ou malentendantes	84
Annexe VIII: Le Langage Parlé Complété	87
Annexe IX: Le Makaton	88
Annexe X : Synthèse non-exhaustive des codes de communication alternatifs.....	89
Annexe XXI : Guide de bonnes pratiques à l’intention des masseurs-kinésithérapeutes	90

Annexe I : Tableau présentant la validation de notre problématique selon la méthode PICO, réalisé par nos soins.

Critère PICO	Problématique
Population	<ul style="list-style-type: none"> - Patients adultes déficients auditifs ayant perdu l'audition au cours de leur vie ou étant malentendant.
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Construction d'une relation de soin pour que le patient soit acteur de sa rééducation.
Comparaison	<ul style="list-style-type: none"> - Avec des personnes entendantes
Outcome/ Issue clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Les difficultés dans la prise en charge - Quelles sont les méthodes employées ? - Amélioration de l'efficience dans la prise en charge

Annexe II : Tableau présentant la méthode PICO utilisé pour définir les mots-clés employés dans notre recherche documentaire, réalisé par nos soins.

Critère PICO	Problématique	Mots-clés
Population	<ul style="list-style-type: none"> - Patients adultes déficients auditifs ne pratiquant pas la langue des signes 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficients auditifs - Malentendants - Sourd oraliste - Surdité
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Les moyens de communication et de pédagogie facilitant la relation de soin en MK. 	<ul style="list-style-type: none"> - Communication - Relation pédagogique
Comparaison	<ul style="list-style-type: none"> - Avec des personnes entendantes 	
Outcome/ Issue clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les méthodes employées ? 	

Annexe III : Liste de contrôle COREQ

L'ensemble de la méthodologie de la recherche est détaillé dans la liste de contrôle COREQ suivante [70].

Numéro	Item	Guide questions/ Descriptions
Domaine 1 : Equipe de recherche et réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur/animateur	Un seul. Le rédacteur du mémoire.
2	Titres académiques	Aucun.
3	Activités	Etudiant.
4	Genre	Femme.
5	Expérience et formation	Étudiante en masso-kinésithérapie et master d'ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle.
Relation avec les participants		
6	Relation antérieure	Sujets connus n=2, sujets non connus n=7
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les sujets connaissaient le thème du mémoire et la problématique.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	L'enquêteur est le rédacteur du mémoire.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Entretiens semi-directifs avec grille d'entretien. Analyse de contenu des entretiens.
Sélection des participants		
10	Echantillonnage	Masseurs-kinésithérapeutes : Prise de contact par mail ou téléphone. Patients : le président de BUCODES-Surdifrance a transféré notre mail à différentes associations de devenus sourds et malentendants. Les personnes intéressées se sont manifestées par mail afin de passer un entretien.
11	Prise de contact	Face-à-face, visioconférence, téléphone, mail.
12	Taille de l'échantillon	Nombre total de participants N= 9, soit N= 4 masseur-kinésithérapeutes, N= 5 patients
13	Non-participation	Aucun abandon.
Contexte		
14	Cadre de la collecte des données	En visioconférence et par téléphone depuis le logement du chercheur. Un entretien avec un patient a eu lieu dans un bar.
15	Présence de non-participants	Aucune personne présente, autre que la personne interrogée et le chercheur.
16	Description de l'échantillon	Masseurs-kinésithérapeutes : deux professionnels qui ont été sensibilisé au monde des sourds et deux non. Tous ont déjà pris en charge des personnes devenues-sourdes. Patients : personnes devenues sourdes ayant déjà eu recours à de la masso-kinésithérapie.

Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Non fourni au préalable pour les masseurs-kinésithérapeutes. Fourni par mail en amont pour les personnes déficientes auditives. 1 entretien pré-test a été effectué.
18	Entretiens répétés	Non. Les entretiens ont été réalisés une fois par personne interrogée.
19	Enregistrement audio-visuel	Enregistrement audio uniquement. Deux entretiens ont été réalisés par écrit.
20	Cahier de terrain	Chaque entretien a fait l'objet d'une prise de note manuscrite.
21	Durée	Variant de 30 à 90 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation n'a pas été discuté.
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants. Chaque participant recevra une version numérique du mémoire et des annexes.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24	Nombre de personnes codants les données	Une seule personne. L'étudiant qui a mené la recherche.
25	Descriptions de l'arbre de codage	Non fournie.
26	Détermination des thèmes.	Thèmes identifiés à l'avance en fonction des questions posées.
27	Logiciel	MAXQDA
28	Vérification des participants	Les participants n'ont pas exprimé de retour sur les résultats.
Rédaction		
29	Citations présentées	Les citations utilisées pour illustrer les thèmes ont été identifiées avec le numéro de l'annexe correspondante. Elles sont laissées telles quelles.
30	Cohérence des données et des résultats	Les données étaient cohérentes.
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux sont présentés clairement dans les résultats.
32	Clarté des thèmes secondaires	Présence de thèmes secondaires inhérents à la diversité des thèmes étudiés.

Annexe IV : Guide d'entretien utilisé pour les entretiens semi-directifs à l'intention des masseurs-kinésithérapeutes

Bonjour, je me présente Dorine Havard-Beltz et étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie et en master 2 ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle option méthodologie de la recherche à l'université de Lille. Pour la fin de nos études, nous devons réaliser un mémoire. Mon thème étant sur la relation de soin en masso-kinésithérapie avec les malentendants et les devenus-sourds. Ma problématique porte sur les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d'une prise en charge active avec un patient devenu-sourd ou malentendant. Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?

Le but de ces entretiens est de mieux appréhender les difficultés qu'il peut exister en masso-kinésithérapie et de connaître les méthodes employées dans la rééducation de ces populations afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Il est possible de m'interrompre si quelque chose n'est pas claire pour vous. Tous les entretiens seront anonymisés.

Partie 1 : Présentation

Quel âge avez-vous ? Quand avez-vous été diplômé ?

Dans quelle structure intervenez-vous ? Quelles sont les grandes lignes de votre parcours ?

Avez-vous déjà pris en charge une personne avec des troubles de l'audition ? Dans quel cas ?

Avez-vous des formations spécifiques pour travailler avec ce public ? Quel en était le contenu ?

Partie 2 : Parcours de soins avec le patient

Au moment de la prise en charge disposez-vous déjà de l'information sur la déficience auditive du patient ? (DMP (sigle))

Est-ce que vous trouvez que la prise en charge de ces patients est plus compliquée ? Pourquoi ?

Quelles difficultés avez-vous déjà rencontré dans votre prise en charge ?

Qu'est-ce qui diffère dans une prise en charge avec une personne déficiente auditive ?
(en 3 idées). Modifiez-vous votre accompagnement avec une telle population ?

Pensez-vous que la prise en charge est plus passive avec ces patients ? Pourquoi ?

Pensez-vous qu'une meilleure information des professionnels sur le sujet pourrait permettre une meilleure prise en charge ? Pourquoi ? De quelle manière pourrions-nous être mieux informés/formés ?

Pensez-vous que la confection d'un guide de bonnes pratiques puisse vous aider par la suite ?

Partie 3 : Prise en charge rééducative

Est-ce que la mise en place et le déroulement d'un bilan peut être altérés à cause de ces difficultés ?

Qu'est-ce que vous pourriez mettre en place pour rendre votre prise en charge plus active, plus investi ? (Accueil, communication, outils...)

Quels moyens utilisez-vous pour communiquer avec eux ?

D'après vous, est-il possible de faire les mêmes exercices avec un patient déficient auditif ? (Vaut-il mieux faire des exercices plus faciles mais bien compris que compliqués et mal faits ?)

Partie 4 : Connaissance du professionnel par rapport aux différentes aides possibles à la prise en charge de ce public.

Avez-vous des éléments, recommandations à proposer quant à l'accueil de ce public ?

D'après vous, est-il pertinent de faire des aménagements dans votre cabinet/structure pour les personnes déficientes auditives ?

Quelles ressources connaissez-vous pour avoir des informations à ce sujet ?

Connaissez-vous Surdifrance ?

Savez-vous à quoi sert le numéro d'urgence 114 ?

Savez-vous ce qu'est une UASS (unités d'accueil et de soins pour sourds) ?

Connaissez-vous le plan 100% Santé ?

Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

Annexe V : Guide d'entretien utilisé pour les entretiens semi-directifs à l'intention des personnes Devenues-sourdes ou malentendantes

Bonjour, je me présente Dorine Havard-Beltz et étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie et en master 2 ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle option méthodologie de la recherche à l'université de Lille. Pour la fin de nos études, nous devons réaliser un mémoire. Mon thème étant sur la relation de soin en masso-kinésithérapie avec les malentendants et les Devenus-sourds. Ma problématique porte sur les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d'une prise en charge active avec un patient Devenu-sourd ou malentendant. Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?

Le but de ces entretiens est de mieux appréhender les difficultés qu'il peut exister en masso-kinésithérapie et d'avoir votre avis sur les méthodes employées en rééducation afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Il est possible de m'interrompre si quelque chose n'est pas clair pour vous. Tous les entretiens seront anonymisés.

Partie 1 : Présentation

Faites-vous partie d'une association pour les déficients auditifs ?

En quoi consiste-t-elle ?

Quel âge avez-vous ?

Quelle déficience auditive avez-vous ?

Depuis quand ? Pourquoi ?

Êtes-vous déjà allé chez un masseur-kinésithérapeute ?

Partie 2 : Parcours de soins avec le masseur-kinésithérapeute

Au moment de la prise en charge est-ce que le masseur-kinésithérapeute dispose de l'information sur votre déficience auditive ?

Si non, est-ce que vous l'en informez ? Pourquoi ?

Allez-vous chez un masseur-kinésithérapeute recommandé par quelqu'un ? En rapport avec votre déficience auditive ?

Quelles difficultés avez-vous déjà rencontré dans votre prise en charge ?

Si vous ne comprenez pas ce qu'il vous dit, osez-vous lui demander de répéter ?

Est-ce que vous trouvez que votre masseur-kinésithérapeute prend en compte votre handicap dans sa prise en charge ?

Depuis la crise sanitaire, avez-vous rencontré des difficultés supplémentaires avec le port du masque ? Quelles difficultés étaient-ce ?

Partie 3 : Axe d'amélioration de la prise en charge rééducative

Citez-moi 3 choses qui selon vous pourrait détériorer la qualité de la prise en charge ?

Pensez-vous que la qualité de la prise en charge peut être altérée à la suite d'une mauvaise communication ? En quoi ?

D'après vous que serait-il judicieux de mettre en place pour pallier à cela ? Qu'est-ce que pour vous une communication adaptée ?

D'après vous, qu'est ce qui permettrait de rendre la rééducation plus active ?

D'après vous, est-il pertinent de faire des aménagements dans le cabinet/ la structure où vous allez ?

Pensez-vous qu'une meilleure information des professionnels sur le sujet pourrait permettre une meilleure prise en charge ? Pourquoi ? De quelle manière pourrions-nous être mieux informés/formés ?

Pensez-vous que la confection d'un guide de bonnes pratiques à l'intention des masseur-kinésithérapeutes puisse être utile ? Pourriez-vous donner 3 conseils à mettre dans ce guide.

Partie 4 : Connaissance du patient par rapport aux différentes aides possibles à la prise en charge.

Quelles ressources connaissez-vous pour avoir des informations et des aides dans votre cas ?

Connaissez-vous Surdifrance ?






Savez-vous à quoi sert le numéro d'urgence 114 ?

Savez-vous ce qu'est une UASS (unités d'accueil et de soins pour sourds) ?

Connaissez-vous le plan 100% Santé ?

Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

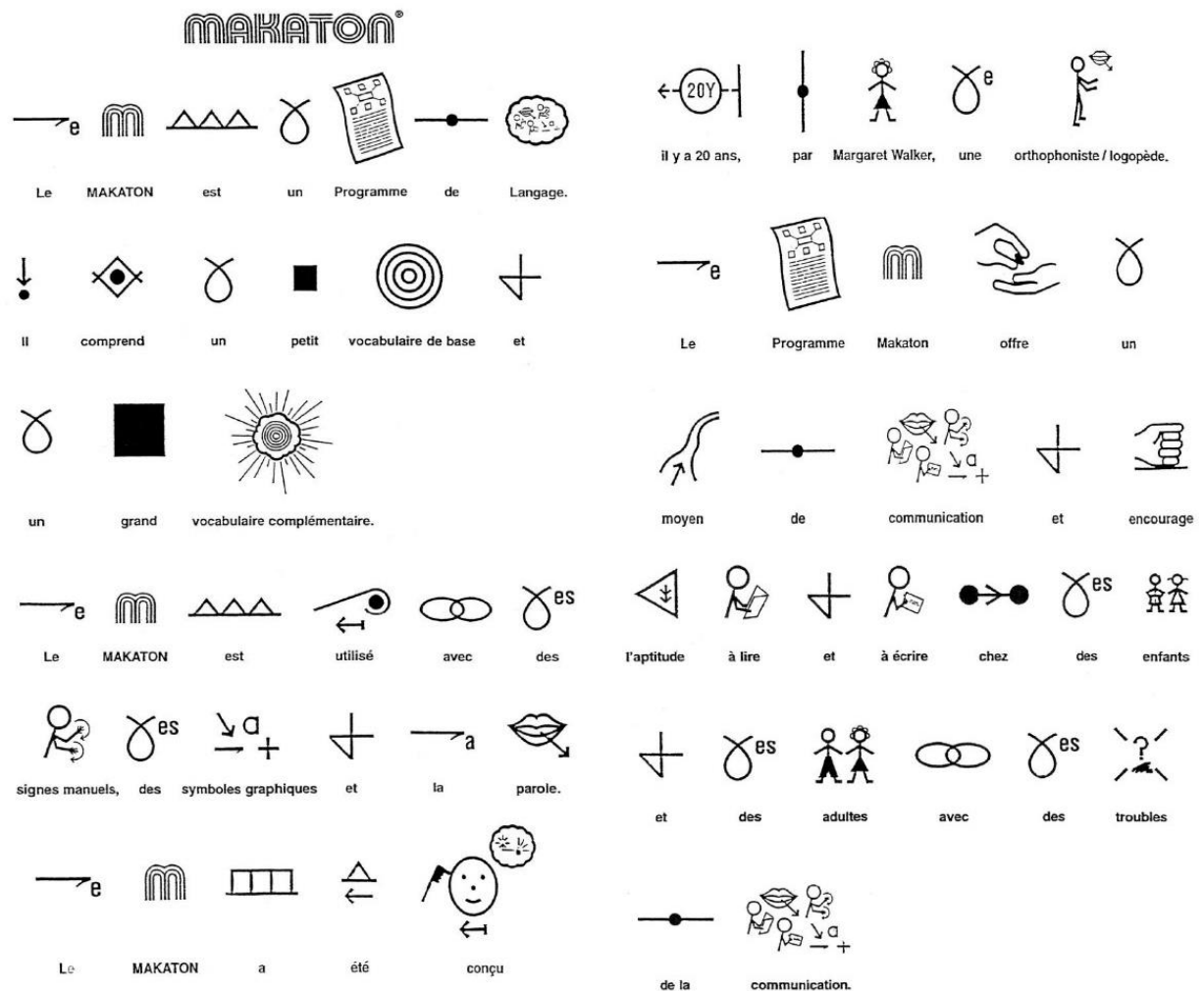
Annexe VI: Le Langage Parlé Complété

LE LPC			
Les consonnes		Les voyelles	
[p]	p (pas)		a (papa) [a]
[d]	d (dis)		au (peau) [o]
[ʒ]	j (je)		e (petit) [ə]
[k]	k (cou)		in (pain) [ɛ]
[v]	v (vu)		eu (deux) [ə]
[z]	z (maison)		
[s]	s (sur)		é (sel) [ɛ]
[r]	r (rit)		ou (loup) [u]
			o (porte) [ɔ]
[b]	b (bon)		i (riz) [i]
[n]	n (non)		on (mon) [ɔ]
[ɥ]	w (cuisine)		an (sang) [ɑ]
[m]	m (maman)		é (bebe) [e]
[t]	t (tout)		u (su) [y]
[f]	f (feu)		un (brun) [œ]
	*		
[l]	l (loup)		
[ʃ]	ch (chat)		
[w]	w (oui, quod)		
[ɲ]	gn (cogne)		
[g]	g (gui)		
[j]	y (lille)		
[r]	ng (parking)		
<p>* et toute voyelle non précédée d'une consonne (arrête)</p> <p>** et toute consonne isolée (sec, prol) ou suivie d'un e muet (luhe)</p>			

Référence : Le Langage Parlé Complété version française du Cued Speech. Leybaert J. La lecture chez l'enfant sourd : l'apport du Langage Parlé Complété. Revue française de linguistique appliquée. 1996;I(1):81-94

Annexe VII: Le Makaton

Référence : Montoya. D, Bodart. S. Le programme Makaton auprès d'un enfant porteur d'autisme : le cas de Julien. Développements. Décembre 2009; 15-26



A A D MAKATON
108 ter, Avenue Foch
78100 ST GERMAIN EN LAYE
Tél./Fax : 01 39 73 68 88

Ce document peut être copié et circuler librement.

Il est cependant souligné que le copyright des illustrations des symboles utilisés dans ce document appartient aux dépositaires du Makaton Vocabulary Development Project (reg. Charity N° 267762)

Makaton est la marque de fabrique déposée du MVDP.

Annexe VIII : Synthèse non-exhaustive des codes de communication alternatifs

Communications alternatives	Support / Principes
Makaton	Paroles, signes (LSF) et pictogrammes
Méthode Borel-Maisonny	Gestes symboliques - apprentissage de la lecture
Approche Snoezelen	Proposition de stimulation et d'explorations sensorielles privilégiant la notion de « prendre soins ».
PECS (Picture Exchange Communication System)	Echange physique d'images via des classeurs de communication
BLISS	Langage idéographique avec pictogrammes et idéogrammes
Minspeak	Représentation du langage sur support électronique avec des icônes polysémiques
Banques de données - Pictogrammes	
ARASAAC	
PICTO SELECTOR	
PICTOFRANCE	
PICTO	
Scléra pictogrammes	
Sparadrap	
Mind express	
Echange dans le champ de la santé	
Kit de communication avec les patients (Hôpitaux de Paris)	
Books beyond words	
Faciliter les interactions de communication entre le MPR, le patient aphasique et le soignant nursing (FA.ICO.M.A.N)	
Support alternatif individualisé de communication médicale et sociale pour les patients aphasiques (S.A.I.CO.M.S.A)	
MediPicto	
Passeport santé	



Comment faciliter la prise en charge Masso- Kinésithérapique avec un patient devenu- sourd ou malentendant ?

« **Sourd** » : surdité profonde à totale, le plus souvent congénitale ou précoce (avant l'acquisition du langage). Personne qui fréquemment communique en LSF (langue des signes françaises).

1 % : Nombre de personnes sur l'ensemble de la population déficiente auditive qui communique en LSF.



« **Malentendant** » : capacités auditives diminuées mais pas inexistantes.

« **Devenu-sourd** » : personne ayant entendu pendant un temps qui perd l'intégralité de ses capacités auditives. Elle peut apprendre la LSF ou la lecture labiale pour communiquer plus facilement mais maîtrise le français oral et écrit.

Le vécu de ces personnes n'est pas le même que les personnes nées sourdes ou malentendantes. Elles font l'expérience de perdre tout ou une partie d'un sens qui tient un rôle essentiel dans la communication.

LES APPAREILS AUDITIFS

Mieux entendre : Oui, mais les appareils ne rendent pas l'audition antérieure.

Discrimination vocale : la faculté de faire le tri entre l'environnement sonore et ce que dit l'interlocuteur est perdue. Tout bruit ambiant gêne fortement la compréhension de la parole.



Accès au son limité : les micros des appareils ne fonctionnent qu'à une certaine distance avec l'interlocuteur. Quand l'audition baisse, le repérage dans l'espace est rendu plus difficile.

NUMERO D'URGENCE



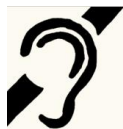
114 : numéro pour personnes sourdes et malentendantes par visiophonie, tchat, SMS ou fax.

POUR ALLER PLUS LOIN

Surdi.info

Surdifrance

<https://handiconnect.fr/> : fiches conseils et formation



Comportement à adopter

A FAIRE



Se placer face à la personne et établir un contact visuel.



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



Faire des pauses : favorise la suppléance mentale quand la lecture labiale ne suffit pas.



Faire des gestes, passer par l'imitation pour se faire comprendre.



Avoir une plateforme de prise de rendez-vous ou être joignable par mail ou sms.

A EVITER



Mettre sa main devant, baisser la tête, regarder dans une autre direction, mâcher un chewing-gum, être dans une autre pièce.



Etre à contre-jour.



S'énervé, crier : cela déforme l'articulation et stresse l'interlocuteur.



Les positions où la personne n'entend pas : comme le décubitus ventral.

Sinon expliquer ce qu'il faut faire avant.



Imposer le téléphone comme seul moyen de prise de rendez-vous
Vous excluez cette population de votre patientèle.



A FAIRE



Demander au patient de reformuler pour s'assurer de la bonne compréhension du message.



Le temps de consultation peut être plus long, proposer un double rendez-vous ou prévoir la consultation à la fin de la journée pour l'étendre si besoin.



Commencer la séance dans une salle isolée afin d'expliquer les exercices que le patient fera ensuite sur le plateau technique.



Passer par l'écrit (tableau velleda, à craies, vidéo sous-titrée)

Ecrire les noms propres, termes techniques, médicaux.



Penser aux applications de retranscription instantanée.

A EVITER



Répéter dix fois les mêmes mots.

Utiliser d'autres termes ou changer la formulation de la phrase.



Environnement sonore trop bruyant, plusieurs personnes dans une même salle, musique d'ambiance.



Le masque atténue le son, les lèvres ne sont plus visibles.

Il est possible de se reculer et de descendre le masque ou d'utiliser des masques inclusifs.



Les abréviations et phrases à double sens, les figures de style.

Employez un vocabulaire simple, des phrases claires.

Dorine Havard-Beltz

10 RESUME ET MOTS-CLES

Introduction : La relation de soin fait partie du quotidien du masseur-kinésithérapeute et mérite d’être comprise et adaptée à chaque patient. Dans la littérature scientifique, Elle est très souvent abordée pour des personnes sans troubles du système relationnel. Mais quelles sont les difficultés rencontrées en masso-kinésithérapie lors d’une prise en charge active avec un patient devenu-sourd ou malentendant ? Comment les réduire pour optimiser la relation de soin ?

Matériels et Méthodes : Une revue de littérature a été élaborée afin de répertorier les mécanismes facilitant la communication avec des personnes déficientes auditives. Puis une méthode d’entretiens semi-directifs auprès de masseurs-kinésithérapeutes et de personnes Devenues sourdes a été employée pour déterminer les outils qu’il serait judicieux d’utiliser et de mettre en place lors des séances.

Résultats : Il existe des moyens pour communiquer avec un patient déficient auditif tels que la lecture labiale, l’écriture, la gestuelle, le positionnement. L’élaboration d’aides auditives ou visuelles comme des applications de retranscription permettent de faciliter également les échanges. À la suite des entretiens, nous notons que les praticiens connaissent la plupart de ces dispositifs mais ne les mettent pas toujours en place par manque de temps, de moyens ou d’informations, ce qui ne favorise pas une prise en charge active.

Discussion : Une meilleure prise en soin passe par des moyens de communication adaptés mais surtout par la considération de la personne dans sa globalité. Le respect, la bienveillance, la confiance permettent d’être dans l’échange, le patient se sent alors compris et donc plus motivé à prendre part à sa thérapie.

Mots-clés : malentendant – surdité acquise - communication – relation de soin – masso-kinésithérapie

11 ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction : The care relationship is part of the daily life of the physiotherapist and deserves to be understood and adapted to each patient. It is very often addressed in the literature for people without relationship system disorder. But what are the difficulties encountered in physiotherapy during an active care with a patient who has become deaf or hard of hearing? How can they be reduced to optimize the care relationship?

Materials and Methods : A literature review was developed to identify mechanisms to facilitate communication with hearing impaired people. Then, a method of semi-directive interviews with physiotherapists and persons with a hearing loss was used to determine which tools to use and their implementation during the sessions.

Results : There are ways to communicate with a hearing impaired patient such as lip reading, writing, gestures, positioning. The development of hearing or visual aids such as retranscription applications also facilitates exchanges. Following the interviews, we note that the practitioners are familiar with most of these devices but do not always implement them due to a lack of time, resources or information, which does not promote active care.

Discussion : Better care requires appropriate means of communication, but above all the consideration of the whole person. Respect, benevolence, trust allow to be in the exchange, the patient then feels understood and therefore more motivated.

Keywords : hearing impaired– acquired deafness – communication – care relationship – physiotherapist