



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'altération de la relation soignant-soigné lors de la prise en charge d'un patient sourd



Formateur référent mémoire : MALEYRAN Christophe

ALLAIN Manon
Formation infirmière
Promotion 2020-2023
Date : 02/05/2023



Préfet de la région BRETAGNE

DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier.

Travaux de fin d'études :

L'altération de la relation soignant-soigné lors de la prise en charge d'un patient sourd.

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02/05/2023.

Identité et signature de l'étudiant :

ALLAIN Manon

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

D'abord, Monsieur MALEYRAN Christophe, formateur à l'IFSI Pontchaillou, qui, en tant que Directeur de mémoire, m'a guidé dans l'élaboration de ce travail, et m'a accompagné avec bienveillance durant ce travail de recherche.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI du CHU Pontchaillou pour les enseignements prodigués et l'écoute qu'ils m'ont accordée durant le cheminement de ma réflexion et plus particulièrement Madame FESNOUX Séverine pour m'avoir accompagnée durant ces années de formations.

Je remercie aussi les deux infirmières qui ont répondu présentes à mes demandes d'entretiens et ont fait preuve de professionnalisme durant ceux-ci.

A mes amis et collègues de formation : Eva, Laure, Cylia et Manon, pour leur soutien, leur écoute et leur aide tout au long de ce travail de recherche.

Enfin je tiens à remercier ma famille pour le soutien qu'elle m'a offert tout au long de ces trois années d'études et plus particulièrement lors de ce mémoire d'initiation à la recherche en soin infirmier.

Sommaire

INTRODUCTION	1
I - Introduction de la recherche	2
1. Situation d'appel	2
2. Questionnements	3
3. Question de départ	3
II - Cadre conceptuel	4
1. La communication	4
a) Qu'est-ce que la communication ?	4
b) Processus de la communication	4
c) Communication non verbale	6
2. La surdité	9
a) Anatomie et physiologie de l'oreille	9
b) Définitions et catégories de la surdité	10
c) Causes et conséquences de la surdité	11
d) Les moyens de communication pour les personnes sourdes	12
3. La relation soignant-soigné	12
a) Quelques définitions	12
b) Les étapes et concepts de base de la relation soignant-soigné	14
c) L'influence des attitudes dans la relation soignant-soigné	15
III - Dispositifs méthodologiques de recueil de données	18
1. Objectifs des entretiens	18
2. Population interviewée	18
3. Organisation et réalisation des entretiens	19
4. Bilan du dispositif	19
IV - Analyse descriptive des entretiens	21
1. La communication dans la relation soignant-soigné	21
a) La communication au service de la relation soignant-soigné	21
b) La communication non verbale	22
2. L'instauration de la confiance entre le soignant et le soigné	22
3. Les limites de la relation entre le soignant et le patient sourd	22
a) La recherche du consentement	22
b) L'adaptabilité professionnelle et l'adaptabilité patient	23
c) Les outils mis en place	23
d) La Langue des Signes Française (LSF)	24
V - Discussions	25
1. La confiance au sein de la relation soignant-soigné	25
2. Les impacts de la surdité dans la relation soignant-soigné	26
3. Les outils et intermédiaires pour entrer en communication avec les patients sourds	27
VI - Conclusion	29
VII - Bibliographie	
VIII - Annexes	

INTRODUCTION

Avant mon entrée en école d'infirmière, j'ai pu être en contact avec différentes personnes atteintes de handicap auditif et j'ai ainsi pu remarquer que la communication avec elles, était plus compliquée qu'avec des personnes qui ne présentaient pas de déficit auditif. Lors de ma formation professionnelle, j'ai pu prendre en soin plusieurs personnes présentant des déficits auditifs de nature différentes et j'ai donc remarqué que la relation de confiance entre la personne et moi pouvait être altérée.

Une situation que j'ai vécu en stage, a plus particulièrement attirée mon attention, et m'a permise une certaine forme de remise en question sur les pratiques professionnelles que je pouvais observer mais aussi sur la mienne. En complément des apports théoriques que j'ai pu voir en unité d'enseignement, j'ai réalisé des recherches afin de comprendre les pratiques professionnelles vues mais aussi de me permettre d'améliorer ma pratique et ainsi me sentir plus en confiance pour ma future prise de poste.

C'est pour cela que j'ai donc décidé d'effectuer plusieurs recherches pendant et après mon stage afin de développer et enrichir mes connaissances sur la communication entre soignant et soigné lorsque celui-ci est porteur d'un déficit auditif.

Dans ce dossier, je vais donc vous présenter dans un premier temps, la situation que j'ai pu vivre ainsi que les questionnements qui ont émergés suite à celle-ci, qui m'ont amené à ce travail de recherche et donc à élaborer une question de départ.

Ensuite, une investigation théorique m'a mené à établir une définition des différents termes clé énoncés dans la question de départ.

Puis, les recherches théoriques faites au préalable seront mises en lien avec les éléments recueillis lors d'entretiens avec des infirmières que j'analyserai par la suite.

Pour finir, je mettrai en lien les recherches que j'ai effectuées au début de ce travail de recherche avec les éléments que j'ai recueillis lors des entretiens afin de convenir d'une nouvelle question de recherche.

I - Introduction de la recherche

1. Situation d'appel

Je vais d'abord commencer par vous présenter ma situation d'appel vécu en stage lors du semestre 4 en service de Médecine Interne.

Lors de ma première semaine de stage, j'accueille une patiente de 42 ans dans le service accompagnée par des ambulanciers provenant des urgences de Pontchaillou. Elle s'était présentée plus tôt dans la journée car elle présentait au niveau des avant-bras, des mollets et du dos des "tâches" brunes d'apparition brutale. Elle a donc été adressée au service dans le début d'après-midi afin d'y faire plus d'analyses. A son arrivée, les ambulanciers nous ont dit que Mme H ne parlait pas et que dès qu'on lui parlait elle n'avait pas de réaction. Je l'ai donc accompagnée dans sa chambre avec une de mes collègues AS afin de l'aider à s'installer au lit et de lui expliquer les différentes formalités d'accueil. Je me suis donc adressée à Mme ne sachant pas qu'elle était malentendante. Voyant que Mme ne me répondait pas et ne me regardait pas quand je lui parlais, ma collègue s'est alors déplacée à elle et lui a demandé de la regarder afin d'entrer en communication avec elle. A ce moment là, Mme tapa sur son téléphone portable "Je suis désolé mais je n'entends pas quand vous me parlez !! Je suis malentendante.". Nous avons donc acquiescé de la tête. Elle nous a répondu qu'elle savait lire sur les lèvres mais qu'avec les masques ce n'était pas possible. Nous avons essayé de lui expliquer les différentes "règles" du service en lui écrivant sur une feuille de papier et que nous allions voir si il n'y avait pas une autre possibilité pour que l'on communique plus facilement.

Nous sommes donc sortis de la chambre et nous nous sommes dirigés vers notre collègue IDE d'après-midi afin de lui faire part de l'arrivée de Mme et de la difficulté que nous avons rencontré. En discutant toutes les trois, nous avons émis l'hypothèse de porter des visières afin que Mme puisse lire sur nos lèvres, ce qui à été mis en place dès le soir même. Cependant, la compréhension restait compliquée de la part de la patiente.

Le lendemain matin, voyant que la compréhension restait compliquée pour la patiente sur les différents soins évoqués, j'ai alors proposé de faire des cartes pictogrammes rapportant les soins les plus pratiqués dans le service afin de faciliter la communication entre nous.

Après avoir mis en place ces cartes représentant :

- Un bilan sanguin
- Une pose de perfusion
- Des médicaments
- Une injection

- Petit déjeuner
- Déjeuner
- Dîner
- Changement d'équipe
- Infirmière / aide-soignante / étudiante infirmière
- Médecin

... Nous avons remarqué que la matinée avait été moins compliquée pour entrer en communication avec elle, les cartes et le port de la visière nous avaient aidé. La prise en soins a été plus simple et plus fluide par la suite.

Je me suis alors penchée un peu plus sur la langue des signes et l'apprentissage de signes comme ceux pour dire "Bonjour", "Bonne journée", "Bonne nuit", "Bon appétit" ou encore "Merci".

2. Questionnements

Suite à cette situation mais aussi pendant je me suis posé les questions suivantes :

- Est-ce que dans le service des urgences, la prise en soins lui a été expliquée et est-ce qu'elle l'avait comprise ou non ?
- Est-ce que l'apprentissage de base de la langue des signes à l'IFSI pourrait être utile pour une bonne prise en soins lors des stages mais aussi dans le futur en tant que professionnel ?
- Ne serait-il pas bon de l'apprendre à la même hauteur que la langue anglaise ?
- Le port du masque dans les établissements de santé est obligatoire et a un impact dans la communication avec les patients malentendants et sourds mais elle doit être la même dans les lieux où le masque est encore obligatoire.
- Ne serait-il pas bien de penser à la mise en place de signalétique afin de favoriser la communication ?

3. Question de départ

Dans quelles mesures, la méconnaissance de la surdité du patient lors de son accueil peut-elle impacter la relation soignant-soigné au cours de son hospitalisation ?

II - Cadre conceptuel

1. La communication

a) Qu'est-ce que la communication ?

La communication selon LAROUSSE est "l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse : Le langage, le téléphone sont des moyens de communication."

Selon Shannon (1952), "la communication peut être définie comme la transmission d'un message d'un endroit à un autre. Ce processus peut alors s'énoncer simplement et se représenter graphiquement" (cf Fig 1. Schéma récapitulatif de la communication selon Shannon).

En effet, la communication est un processus permettant à un individu ou à un groupe d'individus de prendre contact avec d'autres personnes. "Toute communication est une interaction". Cela veut dire que l'on peut aussi parler de communication non pas entre un émetteur et un récepteur mais entre deux locuteurs car elle n'est pas uniquement fondée sur la transaction de données mais sur une émission et une réception simultanée. Et donc que la communication est un acte social comme l'explique le théoricien Watzlawick (1972) par la phrase "Si l'on admet que dans une interaction, tout comportement a la valeur d'un message, c'est-à-dire qu'il est une communication, il suit qu'on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non.". La communication peut donc être consciente ou inconsciente, mais aussi délibérée ou involontaire.

Elle ne repose pas uniquement sur l'expression orale d'un individu mais aussi sur l'emploi de gestes, de mimiques, la position corporelle mais aussi le silence, c'est ce que l'on nomme la communication non verbale.

b) Processus de la communication

La communication est une conduite psychosociale qui va permettre de transmettre par l'utilisation de canaux divers et variés, comme par exemple la communication non verbale, la communication verbale ou encore l'écrit, une information émise par l'émetteur et arrivant au récepteur. L'information une fois reçue par le récepteur va être comprise ou non et celui-ci va y donner une réponse à l'émetteur appelé "Feed Back". Afin que l'émetteur et le récepteur se comprennent, le codage, c'est-à-dire l'emploi de même code comme le langage, doit être identique pour ces deux personnes afin de garantir un Feed Back positif.

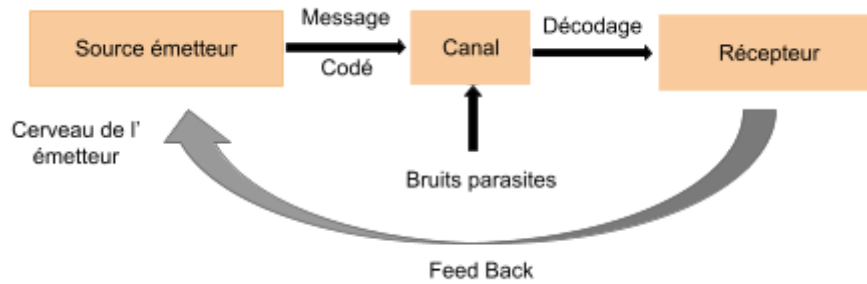


Fig 1. Schéma récapitulatif de la communication selon Shannon

Les acteurs ont un réel rôle dans la communication. Cependant certains aspects peuvent être affecter par des variables psychologiques, des variables cognitives et des variables sociales que je vais détailler.

- Les variables psychologiques

Selon le modèle de Lewin (1959), tout individu tel qu'il soit, fonctionne comme un organisme étant soumis à tout un tas de forces pouvant être issues de l'environnement (origine externe) ou liées à l'histoire de vie de la personne et de son implication dans le sujet (origine interne). Ces forces vont par la suite créer des besoins, eux-mêmes créant des tensions. Les tensions créées vont alors agir sur le comportement de la personne en visant à réduire les tensions et donc à répondre aux besoins engendrés par le champ social.

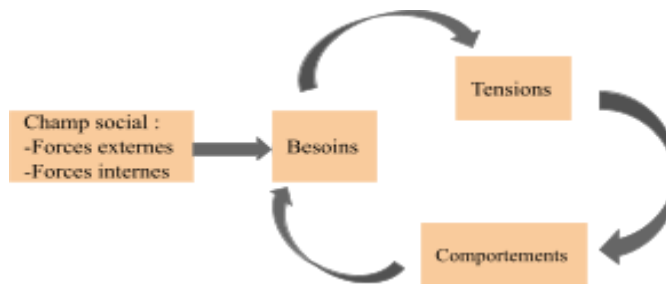


Fig 2. Schéma représentant le modèle de Lewin (1959)

- Les variables cognitives

Le mode de fonctionnement cognitif de chaque individu a le même impact dans la communication que la personnalité et les affects des individus. En effet, le fonctionnement mental et intellectuel va avoir une réelle incidence sur la communication. Chaque individu a son propre raisonnement, son propre mode de réflexion, son organisation et le traitement de l'information face à lui qui lui appartient. Dans la communication, la variable cognitive va entrer en jeu dans l'utilisation de vocabulaire permettant d'atteindre le même système cognitif que le récepteur. C'est grâce à cette adaptation que la communication sera plus efficace et permettra donc un feed back positif.

Les croyances, les attitudes et les opinions vont eux aussi influencer la communication. En effet, l'individu ne va pas se représenter un objet de la même manière qu'un autre individu. Ce qui sera sa réalité ne sera pas celle d'une autre personne et réciproquement. Cependant, la représentation de l'autre reste très importante car elle va permettre à l'émetteur de décoder et interpréter les représentations du récepteur et donc de se faire une idée de l'interprétation de la situation.

Ce sont le plus souvent les représentations qui déterminent les comportements ou guident les pratiques sociales. Le soi, l'autre et la tâche à effectuer vont tous les trois jouer un rôle dans la représentation de la situation que se fait un individu. La représentation du soi est le fait qu'une personne va agir en fonction de son moi intime, l'image que l'individu se fait de lui-même, de ses forces, de ses faiblesses et de son moi public c'est-à-dire de l'image de soi qu'il donne aux autres. La représentation de l'autre est l'image que l'on se fait du partenaire et où va intervenir l'image de ses caractéristiques psychologiques, cognitives et sociales. La représentation de la tâche est faite en fonction de l'image que l'individu se fait de cette tâche à accomplir et que celui-ci va adapter son type de démarche cognitive, son modèle de raisonnement.

- Les variables sociales

Comme le rôle et le statut social d'un individu, les préjugés et les stéréotypes jouent un rôle dans la communication. En effet, en fonction du statut social, l'individu va devoir développer les comportements et attitudes qui lui semblent appropriés à son statut. C'est-à-dire qu'il va adopter les comportements et attitudes que les autres individus attendent de lui compte tenu de son statut social.

Tous les individus fonctionnent de façon consciente ou inconsciente avec un certain nombre de préjugés et de stéréotypes sociaux facilitant ou perturbant la communication. Ces jugements préétablis sont rattachés à l'histoire du groupe d'appartenance du sujet mais aussi au préjugés sociaux à l'égard des minorités ethniques. L'influence des stéréotypes a été soulignée lors d'une recherche réalisée aux États-Unis par Razran en 1950. Elle a montré comment les individus réagissent non pas à l'individu tel qu'il est mais comment il se le représente en fonction des stéréotypes auxquels inconsciemment ils se réfèrent.

c) Communication non verbale

La communication non verbale est "tout facteur entrant dans le phénomène communicatif qui ne concerne pas directement l'oral et l'écrit" autrement appelé communication silencieuse.

La communication non verbale ne passe pas uniquement par des gestes mais par bien plus d'autres éléments. Le territoire, la proxémie, la posture globale ou partielle, la gestuelle et même les éléments dits artificiels comme par exemple le parfum, le maquillage, les vêtements, les accessoires etc... vont influencer la communication entre plusieurs personnes sans que ceux-ci en prennent réellement conscience.

- Le territoire :

On peut décoder chez l'homme trois territoires : Tribal, Familial et Personnel.

- Le territoire tribal : L'appartenance à la "tribu" passe par des signes de reconnaissance bien spécifiques. Par exemple, la tribu des Français à son propre drapeau, son propre hymne, son langage, ses usages ... Ce sont des "règles" qui fixent le comportement et les actions des individus. Comme par exemple, dans les clubs et associations ont leur charte sous forme de règlement intérieur dictent les obligations dont les membres de ces clubs doivent suivre garantissant leur appartenance.
- Le territoire familial : Le territoire familial est reconnu et validé par la loi. En effet, l'appartement ou la maison sont les territoires "naturels" de la famille. Elle a un bail, une boîte aux lettres, ses clés, etc... Cet espace comporte plusieurs types de territoire : le territoire commun à tous mais aussi le territoire personnel.
- Le territoire personnel : Le territoire personnel est inclus dans le territoire commun. Dans ce territoire l'individu à sa place reconnue et acceptée par les autres membres de la famille. Ce territoire se fixe aussi dans les endroits dits "publics" comme par exemple dans le train, lorsqu'un individu se lève de sa place pour se rendre aux toilettes, les autres individus vont respecter le fait que celui-ci y était avant et donc ne pas prendre la place assise.

- La proxémie :

La distance entre deux individus est un vecteur de communication essentiel. En effet, la distance est un bon outil de lecture afin d'évaluer la relation entre les individus. Elle dépend de la culture mais aussi du ressenti psychique provoqué par la représentation que chaque personne se fait de la situation, de la tâche à effectuer et de l'attitude de l'autre.

Il existe 4 zones d'interactions qui peuvent être mises en avant :

- La zone intime : c'est la distance entre deux individus qui équivaut à la longueur d'un avant-bras, entre 0 et 60 cm environ. Cette zone est principalement utilisée entre deux personnes qui sont très familières.
- La zone personnelle : c'est la distance entre deux personnes qui équivaut à la longueur d'un bras tendu, entre 60 et 120 cm. Cette zone est principalement utilisée dans des discussions entre deux individus qui sont amis par exemple.
- La zone sociale : c'est la distance que l'on appelle "distance d'entretien". Elle se situe entre 1m20 et 3m. Elle équivaut à la distance personnelle de deux personnes.
- La zone publique : cette distance est supérieure à 3 mètres. Elle n'est pas souvent utilisée mise à part lors des discours, des exposés, des prises de paroles ou encore des débats publics. La communication est donc beaucoup plus compliquée et moins personnalisée

- La posture globale ou partielle :

Selon J. CORRAZE “La posture est un point privilégié d’ancrage.”. La posture nous renseigne sur la manière dont notre interlocuteur vit l’interaction du moment et donc marque un moment privilégié dans la lecture des communications non verbales. On peut distinguer 4 types de postures différentes :

- Les postures de soumissions : l’homme prosterné, à genoux, à terre, la genuflexion sont des postures de soumissions.
- Les postures de dominance : ce serait la personne qui à une posture avec les épaules ouvertes, menton haut, thorax développé, les mains en pronation.
- Les postures de rejet : la personne va avoir le buste légèrement tourné, les bras faisant barrière et le regard n’est pas dans l’axe de la tête.
- Les postures de partage : ce serait la personne qui à un buste penché en avant avec les bras ouverts, les mains ouvertes elles aussi.

- La gestuelle :

Le jeu des paumes est un acteur participant à la communication non verbale. En effet, afin de faciliter la communication avec un autre individu, l’individu va plutôt opter pour des paumes tournées vers le ciel si celui-ci veut instaurer une relation de partage. Cependant, si l’individu veut faire partager à l’interlocuteur en face de lui, une relation de domination, ses paumes seront dirigées vers le sol.

Le visage a aussi un rôle important dans la communication car c’est la partie du corps que nous regardons en premier lieu lorsque nous parlons à quelqu’un. A ce propos, six émotions ont été principalement mises en avant comme la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût. Ces six émotions sont reconnues de manière significative dans le monde entier peu importe la culture, le visage. Il existe deux zones faciales où l’on peut repérer des mimiques aidant à la communication : la zone des yeux et la zone du “museau” (du nez au menton).

Le regard à un impact réel dans la communication car c’est avec celui-ci qu’un individu va essayer de capter l’attention de la personne ou des personnes en face de lui.

Le sourire est une aide à l’échange entre les personnes, il va permettre de créer un climat de confiance et donc d’échange. Le sourire est un geste qui provoque une action communicative réflexe et donc le locuteur sourit et son interlocuteur lui répond en souriant à son tour.

Le langage “silencieux” est avant tout implicite, il provient du mimétisme et façonne les rapports de notre vie relationnelle en société. Il peut donc paraître universel cependant il ne l’est pas, car il est avant tout culturel. Ce qui veut dire que la signification du non verbal peut-être différente d’une culture à une autre, d’une époque à une autre et aussi d’une mode à une autre.

Afin de mieux comprendre ce mécanisme de communication “silencieuse”, des chercheurs ont analysé la communication non-verbale et ont par la suite défini deux méthodes de décryptage : la méthode des constituants et la méthode des jugements.

- La méthode des constituants

Elle consiste à mesurer les éléments essentiels non verbaux qui se manifestent dans une situation définie, sur des échantillonnages représentatifs bien cernés et en réduisant les effets néfastes et les biais qui pourraient pressurer les données, comme les résultats. C’est une méthode scientifique qui nécessite une analyse en laboratoire des vidéos réalisées.

- La méthode des jugements

Il s’agit de relever des éléments observés et souvent interprétés comme significatifs par un certain nombre de “juges observateurs”. On prépare les “juges” par un apprentissage au “savoir-regarder”. Les juges observent en direct derrière des vitres sans tain ou sur une vidéo. Chacun va noter individuellement sa façon de percevoir le message d’un élément particulier. Cette méthode semble moins “scientifique” mais elle s’intéresse au message perçu par le récepteur.

Le décodage du non-verbal reste cependant délicat même s’il fait partie de notre vie quotidienne. Tout individu l’utilise inconsciemment afin de découvrir chez les autres individus les manières d’être, les comportements, les états affectifs de chacun. Ce non-verbal émis par la personne en face de nous nous renvoie à ce que nous faisons nous même ou à ce que d’autres on fait devant nous et, par analogie, nous comprenons ce qui se passe. Notre vie quotidienne est faite de ces décodages devenus spontanés ce qui nous permet de nous adapter à la vie en société. Le bon sens et l’observation objective permettent de toujours vérifier nous-mêmes la fiabilité de ces constats. Comme le dit Jean-Claude MARTIN “Mieux voir pour mieux reconnaître les autres”.

2. La surdité

a) Anatomie et physiologie de l’oreille

L’oreille est composée de plusieurs structures. Tout d’abord, l’oreille externe qui est ouverte sur l’extérieur et qui conduit donc les ondes sonores à l’oreille moyenne. Ensuite, se trouve l’oreille moyenne, qui est une petite cavité d’air située entre l’oreille externe et l’oreille interne. L’oreille interne est donc la dernière structure de l’oreille. C’est la partie de l’oreille qui contient les organes de l’ouïe mais aussi de l’équilibre comme : la cochlée et le vestibule.

Premièrement, les sons arrivent jusqu’à l’oreille externe et sont canalisés vers le conduit auditif externe. Les sons viennent ensuite frapper la membrane tympanique et donc viennent provoquer sa vibration. Puis les vibrations de la membrane tympanique sont amplifiées par le malleus mais aussi l’incus et la base du stapes. La base du stapes fait par la suite bouger d’avant en arrière la fenêtre

vestibulaire qui génère des ondes de pression dans la périlymphe de la cochlée. Ces ondes de pressions se propagent par la suite jusqu'à l'endolymphe du canal cochléaire provoquant une stimulation des cellules liées de l'organisme spiral de la cochlée. Cette stimulation va générer des influx nerveux se propageant tout le long du nerf vestibulo-cochléaire avant d'atteindre l'encéphale au niveau du pont.

b) Définitions et catégories de la surdité

Selon l'OMS, "On parle de déficience auditive lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale [...] La déficience auditive peut être légère, moyenne, sévère ou profonde."

La surdité peut être classée dans différentes catégories :

- La surdité de transmission

Ce type de surdité touche l'oreille externe mais aussi l'oreille interne avec le tympan et les osselets. L'onde sonore rentrée par le conduit auditif externe est transmise à la cochlée de façon anormale cependant la fonction neurosensorielle reste intacte.

- La surdité de perception

C'est une atteinte de l'oreille interne, plus rarement du nerf auditif, qui provoque une modification qualitative de l'onde sonore. Elle provient d'une origine génétique.

- La surdité mixte

Elle combine une surdité de transmission et de perception. On l'observe lors d'atteinte d'otospongiose mais aussi de maladie héréditaire. La grossesse et les autres épisodes de la vie génitale féminine seraient des facteurs favorisants. Le seul traitement possible est la chirurgie.

Elle peut aussi être classée de façon audiométrique, c'est-à-dire en fonction des dB. En effet, une audition normale correspond au seuil auditif inférieur à 20 dB.

- La surdité légère : qui correspond à une fourchette de 21 à 40 dB

La parole normale est perçue par la personne mais lorsque l'interlocuteur s'éloigne ou parle dans un ton de voix plus bas, il ressent une certaine gêne à la perception. L'appareillage est alors conseillé afin de faciliter la vie de la personne. Le dépistage de la surdité légère se fait généralement entre 6 et 7 ans, et donc l'appareillage va permettre à l'enfant l'apprentissage plus simple de la lecture par exemple.

- La surdité moyenne : qui est entre 41 et 70 dB

La parole à haute voix est le mieux perçue cependant un celle-ci comprend mieux lorsqu'il regarde l'interlocuteur en face de lui. Les bruits, les sons et les voix graves sont principalement perçus par les personnes. Le diagnostic est fait vers 2 et 3 ans et donc l'appareillage audioprothétique est

indispensable afin d'éviter l'apparition du retard de la parole et du langage, qui reste cependant très présent.

- La surdité sévère : qui se situe entre 71 et 90 dB

Les sons et bruits à faible voix et graves ne sont plus perçus, seuls les sons et bruits près de l'oreille et forts sont entendus. Le dépistage a lieu le plus souvent lors des 2 premières années de la vie d'une personne. L'appareillage est là aussi nécessaire à la découverte de sons et de bruits par l'enfant, n'ayant aucune connaissance préalable de l'existence de la forme auditive. Lors d'un échange avec un interlocuteur, la personne atteinte de surdité sévère, ne perçoit que le mouvement des lèvres de son interlocuteur face à lui. Le langage oral n'est pas acquis dans un premier temps et la personne atteinte de cette surdité doit nécessiter d'un apprentissage spécialisé comme la gestuelle significative. Ce qui permettra à l'enfant d'entrer en communication avec ses parents et son entourage à travers ce moyen.

- La surdité profonde : qui est supérieur à 90 dB

Aucun bruit, sons et autre forme auditive ne sont perçus par la personne présentant une surdité profonde. Seuls les bruits et sons de très fortes intensité atteignent l'audition de ces personnes.

c) Causes et conséquences de la surdité

Selon l'OMS, il existe plusieurs facteurs causant une déficience auditive.

Tout d'abord, dans la période prénatale, les facteurs génétiques comme la déficience auditive congénitale ont un impact dans l'acquisition de troubles auditifs ainsi que les infections intra-utérines comme pour la rubéole et les infections à cytomégalovirus.

Deuxièmement, lors de la période périnatale, l'asphyxie à la naissance, l'hyperbilirubinémie, le faible poids de naissance du bébé peuvent affecter la capacité auditive de l'enfant. Il existe aussi des facteurs pour la période de l'enfance et de l'adolescence comme les infections chroniques de l'oreille mais aussi les épanchements de liquide dans l'oreille, type les otites moyenne non-suppurée chronique, ainsi que les méningites et autres infections. Puis, à l'âge adulte et lors de la vieillesse, les maladies chroniques, la consommation de tabac, la dégénérescence neurosensorielle liée à l'âge et la déficience auditive neurosensorielle soudaine peuvent être des facteurs favorisant la perte de l'audition.

Nous pouvons rencontrer tout au long de la vie et à tout moment d'autres facteurs favorisant cette perte de l'audition comme par exemple les bouchons de cérumen, les traumatismes de l'oreille ou de la tête, les sons ou bruits de forte intensité, les médicaments ototoxiques, les produits chimiques ototoxiques dans le cadre professionnel, des déficits nutritionnels, des infections virales et autres affections de l'oreille mais aussi la déficience auditive génétique soit progressive ou d'apparition tardive.

d) Les moyens de communication pour les personnes sourdes

Il existe différents moyens d'entrer en communication entre personnes non atteintes de surdité et personnes présentant des contraintes auditives, aussi bien pour la surdité légère et la surdité profonde.

Le plus souvent, lorsque l'on parle de communication entre personnes sourdes et personnes non atteintes de surdité, la langue des signes est principalement énoncée. Selon l'Académie de la Langue des Signes Française, la langue des signes "est une langue visuelle et gestuelle et s'exprime uniquement avec des mouvements du corps et des expressions du visage, il n'y a aucune utilisation de la voix et de l'audition : les entendants doivent changer complètement de mode de communication."

Le recours à un interprète habilité à la LSF (Langue des Signes Française) est aussi régulièrement pris en compte pour entrer en communication avec les personnes sourdes. Cela peut favoriser l'intégration de la personne sourde si elle ne présente aucune compétence en matière de langue labiale. Les interprètes en LSF représentent pour les personnes atteintes de surdité une aide auxiliaire.

L'implant cochléaire est lui aussi un moyen de communication. Selon LAROUSSE l'implant est un "élément (appareil, dispositif contenant un médicament, prothèse, organe ou tissu greffé, etc.) introduit dans l'organisme pour une longue durée, afin de remplacer un organe, de suppléer à une fonction ou de traiter une maladie". L'implant cochléaire selon LAROUSSE est la présence "électrodes placées chirurgicalement à l'intérieur de la cochlée, dans l'oreille interne. Il va permettre à la personne atteinte de surdité profonde de percevoir les sons qui l'entourent. Ils en existent plusieurs types mais comportent néanmoins la face interne et externe. La face interne est placée par un chirurgien et est introduite sous la peau derrière l'oreille jusqu'à l'oreille moyenne pour y loger le porte électrode dans la cochlée. La face externe est constituée d'un processeur vocal et d'une antenne équipée d'un aimant qui va permettre à la face interne et externe de rester en contact. Le processeur est un boîtier généralement intégré au contour de l'oreille, relié à l'oreille externe."

3. La relation soignant-soigné

a) Quelques définitions

Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation soignant-soigné est "le lien existant entre deux personnes de statut différents, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes :

- Un engagement personnel de l'infirmier
- Une objectivité
- Un minimum de disponibilité

La relation soignant / soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie."

Pour aborder le terme de relation soignant-soigné, il nous faut aussi définir les termes de soignant et de soigné / patient.

Selon Walter Hesbeen, “Le terme de soignant regroupe l’ensemble des intervenants de l’équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier. Le soignant est un professionnel dont l’action est marquée par l’intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins.” ainsi que “un professionnel dont l’action est marquée par l’intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins”.

Selon le Dictionnaire Humaniste, le soigné est une “personne en situation de besoin d’aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même”.

Selon le dictionnaire LAROUSSE, “le patient est une personne soumise à l’examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale”.

Nous pouvons donc en déduire que le terme patient et le terme soigné signifient la même chose comme le confirme le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. Le patient ou la personne soignée est une “personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle à recours aux soins”.

Selon A. Manoukian, “Une relation, c’est une rencontre entre deux personnes au moins, c’est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires”, “Au-delà de la relation entre deux personnes, c’est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens.”.

Il existe quatre niveaux de relation soignant-soigné selon Louis MALABEUF, que je vais par la suite développer.

Tout d’abord la relation de civilité qui est selon MALABEUF “ne différencie pas la relation soignant-soigné de la superficialité de bon nombre d’interrelations habituelles [...]. C’est le niveau de propos banal, de la communication informelle où l’on parle surtout de tout, sauf de l’essentiel.”. Elle va donc permettre de créer un climat de confiance entre le soignant et le soigné dès l’accueil de ce dernier. Elle se réfère principalement au code culturel et à une relation dite “spontanée” où il va y avoir une convivialité dans l’échange entre les deux individus.

Ensuite, il y a la relation fonctionnelle qui selon MALABEUF “ a un but avoué et une fonction précise, c’est-à-dire de permettre une connaissance effective du patient dans un domaine spécifique.”. C’est elle qui va permettre de recueillir des informations sur le patient par le soignant et va donc permettre d’orienter les soins et d’adapter au mieux ceux-ci aux besoins du patient.

De plus, il y a la relation de soutien, de réassurance et de compréhension qui “passe généralement par une écoute attentive, par une tentative de dédramatisation des situations, par l'utilisation de la

comparaison avec le “commun des mortels” selon MALABEU. Elle va permettre au soigné de se sentir en sécurité et va lui donner de l’espoir qu’il recevra de bons soins. Le soigné va alors s’en remettre au soignant, que celui-ci le comprendra et ainsi que le soignant sera présent en cas de complications. Il est alors nécessaire de créer un lien de confiance entre les deux individus et va permettre de construire par la suite une relation d’aide.

Et enfin, il y a la relation d’aide qui “est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d’aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient à gérer une situation qu’il juge dramatique pour lui” selon FORMARIER. C’est une relation qui a des visées thérapeutiques afin d’aider au mieux le patient. Elle va s’appuyer sur l’empathie, la confiance et la proximité entre le soignant et le patient, autrement appelé relation soignant-soigné. Elle va permettre au soignant de prodiguer les soins nécessaires au soigné.

Le soin “peut se définir comme l’ensemble des actes permettant d’aider un individu à passer d’un état de maladie, de handicap non assumé, de souffrance, de dépendance, de fragilité, à un état de consolidation, d’autonomie, d’acceptation, de moindre souffrance.” selon Jacky MERKLING.

b) Les étapes et concepts de base de la relation soignant-soigné

Selon la situation, urgente ou non, le déroulement de la relation peut différer et l’ordre des étapes peut varier en fonction de celle-ci.

Tout d’abord, le soignant va se présenter au patient en lui énonçant son nom ainsi que sa fonction, c’est-à-dire sa profession. De ce fait, le patient aura un repère et se référera plus facilement au soignant car il le connaîtra. Le soignant va faire connaissance avec le patient permettant de gagner sa confiance par un contact chaleureux mis en place dès le début des présentations. Une relation d’égal à égal va alors être mise en place favorisant donc la confiance que le soignant va obtenir de la part du patient.

Ensuite, le soignant va se mettre à l’écoute de chacun des patients et va faire preuve d’empathie face à eux. Ce qui signifie que le soignant va se mettre à la place du patient de façon brève afin de “ressentir” et de se mettre en difficulté comme si cette difficulté était la sienne.

Lors des soins, le soignant va respecter la dignité ainsi que l’acceptation du soigné afin de conserver et favoriser une “entraide” permettant la bonne prise en soin du soigné.

De plus, le soignant va manifester sa compréhension de ce que le soigné vit. Il va faire en sorte de le consoler mais aussi de mettre en évidence le courage du soigné. Il va aussi faire en sorte tout au long de la prise en soin de respecter les décisions du soigné et de l’amener à prendre conscience de ses capacités.

Tout au long d’une relation entre soignant et soigné, ce premier va aider, au besoin le soigné, à amorcer un changement, à entreprendre une action ou prendre une décision nécessaire à sa bonne prise en soin.

Mais plusieurs attitudes de la part du soignant peuvent altérer cette suite “logique” d’étapes au bon déroulement d’une relation soignant-soigné.

c) L’influence des attitudes dans la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné autrement appelée relation d’aide, n’aura pas la même importance selon les comportements du soignant mais aussi du soigné. Ces attitudes peuvent avoir un effet bénéfique pour la relation mais aussi un effet défavorable pour celle-ci. C’est ce que nous allons évoquer dans cette partie.

- La présence

Selon le dictionnaire LAROUSSE, la présence est le “fait pour quelqu'un, quelque chose de se trouver physiquement, matériellement en un lieu déterminé”, “Fait d’être présent en esprit, fait d’être disponible à n'importe quelle sollicitation extérieure”.

Comme le dit Jacques Salomé : “ Quelqu’un de présent c’est quelqu’un qui montre ce qu’il est plutôt que ce qu’il sait”, on peut donc le référer au soignant qui va prendre en considération les difficultés tant sur la plan physique que sur le plan émotif du soigné ce qui va permettre de le rassurer et de l’aider dans la satisfaction de ses besoins. Cette présence va permettre au soigné de se sentir en confiance et en sécurité.

- L’écoute active

L’écoute active est une technique de communication qui à été initiée par Carl ROGERS, psychologue américain. Selon C. ROGER “Elle exige de savoir écouter avec attention ce que l'autre a à nous dire.”. C'est-à-dire que l’écoute active nous encourage à collecter des informations aussi bien verbales que non verbales, de la personne qui communique avec nous, ce qui va permettre de faire savoir à celle-ci l’attention que vous lui apportez et que nous avons bien compris le message dont elle voulait nous faire part.

L’écoute active va donc permettre de créer un climat de confiance entre deux personnes. Ce qui va permettre au deux interlocuteurs de se sentir en sécurité pour exprimer leurs avis, leurs opinions, sans qui ne soient jugés par la personne en face d’eux.

- Le non jugement

Le non jugement c’est la “qualité d’écoute du soignant, qui fait abstraction de ses sentiments et opinions pour recevoir sans réserve ni préjugé ou jugement de valeur, ce qui lui est confié par le patient.”.

Le soignant n'évalue pas la valeur du soigné en fonction de ses origines, de sa culture, de ses appartenances ethniques et / ou de son mode de vie. Le non jugement repose donc sur l’acceptation du soigné dans sa globalité, mais aussi sur le respect de sa dignité et d’une compréhension profonde de

ses comportements et de ses motivations. Cependant cela ne signifie pas la caution ou l'encouragement des sentiments négatifs ou des actions répréhensibles de la part du soignant.

- La non directivité

La non directivité c'est la "qualité d'écoute du soignant, par le respect des capacités, de la liberté et de l'autonomie du patient, qui exclut toute relation de pouvoir ou d'expertise.". Tout simplement, la non directivité correspond à la relation d'égal à égal entre le soignant et le soigné, chacun est donc au même "niveau". Il n'y a pas de relation dite hiérarchique, le soignant ne domine pas le soigné. Cette non directivité va donc permettre de créer un climat de confiance et entraîner des manifestations de compréhension afin de laisser place à la liberté et autonomie de la personne soignée.

- La concentration sur la personne

La concentration sur la personne c'est la "considération de la personne dans sa totalité, dans ses réactions à son problèmes de santé, dans sa manière de s'y adapter avec ses émotions, ses peurs et ses douleurs.". Elle reflète donc la prise en charge globale de la personne soignée par le soignant en cherchant à comprendre ses émotions, ses réactions, ses craintes, ses besoins, ses aspirations plutôt que de ne s'intéresser qu'à sa maladie et à son traitement, créant donc un effet de prise en considération et donc le soigné va plus facilement faire confiance au soignant lors de l'introduction de nouveaux traitements ou de réalisation de nouveaux examens.

- La considération positive

C'est un "sentiment de respect et de confiance à l'égard du client qui met de l'avant sa valeur et sa dignité et l'aide à évoluer.". Comme le dit Jacqui Schneider-Harris : " Nous apportons alors chacun et chacune nos savoirs et les mettons en commun afin d'élaborer un parcours de soins dont le patient est maître".

En effet, le but du soignant est d'amener le soigné à croire en ses propres possibilités, à se voir comme l'expert de sa propre situation. L'écoute mais aussi l'attitude de non jugement et le respect que le soignant va porter au soigné y contribuent. Plusieurs manifestations de cette considération positive sont visibles comme le contact visuel, l'attitude chaleureuse de soignant, l'intérêt soutenu pour l'autre, pour ses difficultés et ses besoins mais aussi la présence de paroles valorisantes, l'acceptation des idées de l'autre ainsi que la reconnaissance de sa valeur, de ses capacités propres au soigné.

- L'empathie

C'est un "fondement de la compréhension d'autrui, de ses émotions et ses sentiments, relevant de la possibilité d'adopter son point de vue, sa perspective.".

Il existe 3 niveaux d'empathie principaux.

- L'empathie affective "relève d'un phénomène de contagion émotionnelle et d'échoïsation corporelle qui aboutit à la création d'une communauté d'affect".
- L'empathie cognitive se manifestant par "une communauté de la pensée qui pourrait opérer sur le plan formel (manière de penser) et sur le plan du contenu (représentations)".
- L'empathie de comportement se caractérise par "des phénomènes d'imitation de comportements et de coordination de l'action qui révèlent à la fois de la passivité et de l'activité".

Dans la relation soignant-soigné ce sont plutôt l'empathie affective ainsi que l'empathie cognitive qui seront les plus présentes car elles vont toutes les deux permettre au soigné de se sentir en sécurité et en confiance avec le soignant.

III - Dispositifs méthodologiques de recueil de données

1. Objectifs des entretiens

Afin d'enrichir les propos que j'ai évoqué lors de mon cadre conceptuel et d'obtenir un retour d'expérience de professionnels sur mon sujet, j'ai décidé de réaliser deux entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes permettant aux professionnels interrogés d'exprimer leurs ressentis personnel sans influencer ni limiter leur parole. Ceci m'a permis de pouvoir rebondir sur leurs propos qu'ils ont exposé lors de ces différents entretiens.

J'ai par conséquent réalisé un guide d'entretien (cf annexe n° I) comprenant huit objectifs clairs et précis sur chaque question que j'allais leur poser. Le thème étant la prise en soin des patients sourds en milieu hospitalier, je me suis donc concentrée sur les thèmes de la communication, la relation soignant-soigné, l'accompagnement des patients sourds et la pratique professionnelle de chacun des professionnels interrogés.

L'objectif principal de ces entretiens est par conséquent de confirmer ou infirmer les propos que j'ai évoqué dans mon dossier.

Le premier objectif de mon guide d'entretien est de connaître l'expérience d'une infirmière ou d'un infirmier ayant déjà pris en soin un ou plusieurs patients sourds.

Pour établir mes objectifs, je me suis référée à ma trame de cadre conceptuel. Pour ce faire, je me suis axée pour ma deuxième question sur la confiance et plus précisément comment l'IDE faisait pour mettre un patient en confiance. Pour ma troisième question, j'ai décidé d'évoquer ce que représente pour la personne, la communication. Par la suite, je me suis fixée comme objectif de connaître la vision de l'IDE concernant la relation soignant-soigné. Puis, j'ai axé la fin de mon entretien sur la prise en charge de patients sourds en sachant à quelle fréquence les personnes interrogées ont été en contact avec ce type de population.

2. Population interviewée

Pour répondre à mes questions, j'ai fait le choix d'interviewer des infirmier(e)s ayant pris en soin des patients en service de soins hospitalier plus particulièrement car je souhaitais axé ma recherche au terrain où j'avais été confronté à une situation de prise en soin d'un patient sourd.

Pour cela, j'ai réalisé un post sur les réseaux sociaux en faisant part de ma recherche d'un ou d'une infirmière ayant pris en soin un patient sourd minimum, en service hospitalier. De plus, j'ai fait appel à des connaissances afin qu'elles puissent enquêter de leur côté. J'ai aussi demandé à mon guidant de mémoire s'il avait des connaissances qui pourraient et seraient en accord pour répondre à mes

questions. Je me suis aussi rapproché d'associations d'usagers afin d'avoir des informations sur les services qui auraient pu les accueillir.

3. Organisation et réalisation des entretiens

Pour la réalisation des entretiens, j'ai proposé de le faire soit en présentiel soit en distanciel en fonction des disponibilités et contraintes de chacune des personnes interviewées. Pour le premier entretien, nous avons décidé avec l'IDE de le faire en visioconférence car il était impossible pour elle comme pour moi qu'on se retrouve à un endroit précis compte-tenu de la distance géographique. Pour le second entretien, nous nous sommes mis d'accord avec l'infirmière de se rencontrer dans le service de soins où elle exerce.

Pendant les entretiens, j'ai demandé à chacune d'entre elles s'il était possible d'enregistrer nos échanges afin que la retranscription soit plus simple, en leur précisant que celle-ci resterait anonyme. Elles ont toutes les deux accepté en me disant qu'il n'y avait aucun problème.

4. Bilan du dispositif

Dans cette partie, j'aborderai les points positifs et les points négatifs dès le début de la recherche de professionnels jusqu'à la réalisation de mes entretiens.

Tout d'abord, je vais vous parler des points positifs que je peux retenir concernant la période de recherche et concernant les entretiens que j'ai réalisés auprès des infirmières. Suite à mon premier entretien, l'infirmière m'a fait part de sa disponibilité si j'avais besoin d'éventuelles informations complémentaires et que s'il fallait que nous réalisions un nouvel entretien elle restait à disposition au vu des problèmes que nous avons rencontrés pendant le premier entretien, que je développerais par la suite. Lors de ma recherche de professionnels de santé, de nombreuses familles de personnes sourdes m'ont contacté afin de m'aider et de m'orienter vers des structures qui pourraient répondre à mes attentes. Elles m'ont fait part de certaines de leurs expériences où elles me faisaient part des difficultés qu'elles avaient rencontrées. Ces entretiens m'ont apporté de nombreuses connaissances sur le sujet. Ils m'ont aussi permis de faire plus de recherches sur les outils qu'ils ont mis en place de leur côté afin de mieux comprendre leur intérêt. Il m'ont aussi apporté des astuces que je pourrais mettre en place si je rencontre de nouveau un patient sourd mais aussi une famille.

Dans cette deuxième partie, je vais aborder les points négatifs que j'ai pu rencontrer tout au long de cette période de recherche et de réalisation des entretiens. Comme expliqué précédemment, je n'avais pas de contacts qui avaient pu prendre en soin des patients sourds et de ce fait je me suis mise à rechercher des professionnels dès le mois de Janvier afin d'avoir plus de chance d'en trouver.

Cependant, il m'a été difficile de trouver des professionnels pouvant répondre à mes questions et de ce fait j'ai réalisé mon premier entretien début Mars soit deux mois après le début de ma recherche.

Lors de mon premier entretien, j'ai rencontré des difficultés techniques. La connexion internet n'étant pas bonne, l'entretien a été coupé à de nombreuses reprises et donc l'enregistrement a dû être ajusté.

IV - Analyse descriptive des entretiens

Pour des soucis de confidentialité, j'utiliserai des prénoms d'emprunts pour nommer les deux infirmières, l'IDE 1 que je nommerai Lucie et l'IDE 2 que je nommerai Elise.

Pour une analyse plus pointue, j'ai décidé de retranscrire mes deux entretiens (cf annexe n° II & l'annexe n° III) et de réaliser pour chacun des entretiens des tableaux d'analyse (cf annexe n° IV et annexe n°V).

Au début de chacun des entretiens, j'ai demandé aux infirmières de se présenter et de présenter leur parcours professionnel afin de faire un état des lieux de leur expérience plus ou moins diverse et de prendre en compte leur positionnement professionnel. En effet, Lucie, infirmière depuis 2021, a travaillé dans différents services mais principalement en service de médecine. Contrairement à Elise, diplômée depuis 2005, et qui a exercé uniquement dans des services d'ORL, au début, en service d'hospitalisation et depuis quelques mois en consultation et programmation ORL.

1. La communication dans la relation soignant-soigné

a) La communication au service de la relation soignant-soigné

Lucie m'a fait part de sa vision de la communication. Elle m'a expliqué que pour elle la communication c'est avant tout "la base d'une relation entre deux personnes. S'il n'y a pas de communication il peut pas y avoir de relation."

Cependant, la communication selon elle peut altérer la relation car si l'on retrouve une difficulté à entrer en communication avec une personne qui est dans notre cas un patient "va plus souvent être en refus de soins". Elle précise que pour le patient la communication est importante car si la communication est compliquée, cette difficulté "va engendrer pas mal de problèmes sur la prise en soin" de la personne malade.

Lucie fait aussi part des moyens qui permettent de bien communiquer avec les patients, en trouvant des alternatives lorsque la communication est compliquée, comme "à vulgariser certains termes, parce qu'ils n'ont pas compris les termes qui ont été employés par les médecins, par les chirurgiens qui sont bien précis".

Pour Elise, la communication c'est un bon feed-back ; "c'est quand l'autre personne a bien compris ce que tu veux lui transmettre, quand on arrive à s'entendre sur ce que moi j'ai besoin de savoir ou connaître et ce que lui a besoin de savoir ou connaître."

Selon elle, la communication va favoriser "une relation de confiance parce que le patient arrive dans un milieu qu'il ne connaît pas et qu'il appréhende beaucoup et qu'on est un peu la personne, avec le personnel paramédical, les personnes les plus proches".

b) La communication non verbale

Selon Lucie, la communication non verbale est un type de communication auquel il faut prêter de l'attention car comme elle le dit, elle est "très importante pour la communication et c'est ce qui va aussi permettre de rentrer en communication avec les personnes" et plus particulièrement lorsque le soignant prend en soin un patient sourd. Mais elle peut aussi être très aidante avec les patients sans déficience auditive comme l'énonce Elise lors de l'entretien.

2. L'instauration de la confiance entre le soignant et le soigné

Selon Lucie mais aussi selon Elise, le premier contact entre le soignant et le soigné est important voir nécessaire afin de créer un climat de confiance entre les deux individus. Pour se faire, elles vont toutes les deux se présenter au patient. Lucie précise "Je vais me présenter à lui. Je vais lui dire qui je suis en lui précisant mon prénom, mon statut et le pourquoi je suis là aujourd'hui avec lui.". Elles vont aussi toutes les deux faire part du deuxième point qui selon elles est important dans la relation soignant-soigné. Il s'agit de la communication. Les deux IDE font part de leurs comportements auprès des patient comme le dit Lucie "Au cours de l'hospitalisation, j'explique chaque fois ce que je fais (...) pourquoi je lui fais, qu'est-ce qu'on recherche, je vais lui expliquer qu'on cherche à savoir si le traitement qu'il a est suffisant ou pas." et comme le dit Elise "en lui expliquant quel soin on va lui faire".

Lucie précise qu'elle va chercher l'accord verbal car selon elle "c'est primordial pour que le patient ait confiance en moi, et pour qu'on instaure une relation de confiance".

Quant à elle, Elise précise qu'elle sera à l'écoute de chacun des souhaits et des besoins du patient. Et qu'elle fera en sorte que le patient soit ré-assuré "en essayant d'être à son écoute, de visualiser ses craintes et aussi quand tout va bien".

3. Les limites de la relation entre le soignant et le patient sourd

a) La recherche du consentement

Selon les propos de Lucie, la recherche du consentement est importante, elle précise "Je vais chercher son accord verbal, parce que pour moi c'est primordial pour que le patient ait confiance en moi, et pour qu'on instaure une relation de confiance". Elle tient au "respect de la personne, de ses choix, de ses envies, de ses besoins" et précise qu'elle recherche "le consentement de la personne pour réaliser un soin" car comme elle le dit plutôt le consentement va permettre d'instaurer une relation entre le soignant et le soigné. La communication avec les patients sourds c'est "aussi plus de recherche dans le consentement parce que justement on a pas assez de communication verbale" comme le dit Lucie lors de notre entretien.

b) L'adaptabilité professionnelle et l'adaptabilité patient

Lors de mes entretiens avec les deux infirmières, le terme d'adaptabilité a émergé à plusieurs reprises, et que celle-ci se fait aussi bien du côté des soignants que du côté des patients.

Lucie et Elise m'ont fait toutes les deux part de l'adaptabilité professionnelle qu'elles mettent en place aussi bien dans la vie de tous les jours comme le dit Lucie "j'adapterais ma pratique professionnelle comme avec tout patient. Parce que chacun est unique et singulier" mais aussi comme le dit Elise "Il faut toujours s'adapter à la personne". Elle précise sa pratique en disant "Mais en soit pour chaque patient j'adapte ma pratique professionnelle, qu'il soit sourd ou non."

En effet, il est ressorti de ces entretiens que l'adaptabilité soignante face à un patient sourd était présente de part sa singularité concernant les soignants "qu'ils aient plus de réflexion parce qu'il faut expliquer le soin d'une façon différente de d'habitude" ce qui peut rendre les soignants déstabilisés car comme le dit Lucie "ça change nos repères".

Et que selon Elise, à certains moments dans la prise en soins, les soins à prodiguer peuvent être différés à un autre moment comme l'explique Elise dans les propos suivants : "avait essayé de lui faire sur le temps du week-end mais elle avait eu quelques difficultés et la famille qui était présente a pu lui expliquer le soin plus facilement parce qu'ils avaient l'habitude de communiquer avec elle".

De plus, l'adaptabilité patient a aussi été évoquée par Lucie, qui met en avant une adaptabilité "au niveau des patients quand ils sont sourds de naissance ils ont appris à lire sur les lèvres" pendant la crise sanitaire de la COVID et qui ont dû s'adapter au port du masque de la part des soignants et de leur entourage.

c) Les outils mis en place

Elise, m'a fait part pendant l'entretien réalisé avec elle, quelques outils qu'elle avait pu voir pendant son exercice professionnel, qui avaient été mis en place afin de communiquer plus simplement avec les patients sourds. Elle reliait ces outils à l'adaptabilité des soignants.

Elle m'a aussi parlé de la place "des masques inclusifs, avec une espèce de fenêtre transparente" pendant la crise sanitaire de la COVID pour que les patients puissent lire sur les lèvres des soignants et sur les lèvres de leur entourage.

Elle a aussi fait part de nombreux autres outils qu'elle avait pu mettre en place comme soignante qui "va pouvoir écrire", "on peut essayer de mimer ou de montrer", mais il y a aussi "les pictogrammes" et le casque auditif pour "communiquer (...) où on va mettre le volume plus fort pour qu'il puisse entendre ce qu'on lui dit. et sinon par le biais de la famille".

Lucie m'a adressé son point de vue sur les limites auxquelles elle avait pu faire face comme le manque de moyen matériel ; “on a pas forcément de quoi écrire comme par exemple sur une ardoise, sur un tableau (...) utiliser le téléphone (...)”, “on a pas forcément de traducteur en langue des signes”. Elle m’a aussi parlé du port “des masques transparents, des visières.” comme le disait Elise.

d) La Langue des Signes Française (LSF)

Lucie et Elise m’ont toutes les deux fait part de leur point de vue sur la LSF . Comme le souligne Elise, “y a aussi les familles qui sont sourdes et qui viennent faire tester leur enfant pour savoir s’il présente aussi des problèmes d’auditions et donc la ça va être une organisation différente”, un traducteur en langue des signes est un biais à la communication entre le corp paramédical mais aussi médical avec la famille ce qui va permettre de “pouvoir expliquer le soin qu’on va faire à l’enfant.”.

Lucie donne son point de vue sur l’apprentissage de langue des signes et me dit que selon elle, “apprendre à l’école au même titre que l’anglais un peu de langue des signes”. Selon elle “c’est aussi important pour eux, que l’on parle la même langue pour qu’ils se sentent plus pris en considération dans le soin, qu’il est tout simplement leur place dans le soin.”.

V - Discussions

1. La confiance au sein de la relation soignant-soigné

La confiance au sein de la relation soignant-soigné est ce qui permet à celle-ci d'être fondée. Mais pour cela, la communication est l'élément principal pour créer une relation de confiance entre deux individus et ainsi donc de créer une relation entre un soignant et un soigné afin que celle-ci soit favorable à la bonne prise en soin de la personne malade. La confiance a donc une place très importante dans la relation de soin tout comme la communication.

En effet, comme le dit Lucie lors de notre entretien, la relation soignant-soigné se fonde sur la confiance que le soigné va accorder au soignant et que le soignant va aussi accorder au soigné. C'est une relation d'égal à égal entre les deux personnes. Ce type de relation va montrer au soigné qu'il a sa place dans sa prise en soin et qu'il est maître de ses choix et ses décisions permettant alors qu'il se sente en sécurité, en confiance.

Selon moi, la communication est en effet, un des éléments principaux de l'instauration de la confiance entre le soignant et le soigné. Cette communication, qu'elle soit verbale ou non, comme nous avons pu le voir tout au long de ma recherche, permet de créer un lien entre deux personnes dans la vie de tous les jours mais aussi dans la relation de soin. Cependant, cette relation de confiance peut être limitée par certains aspects liés à la communication. Comme vu tout au long de ma recherche, certains aspect comme la surdité peut avoir un impact sur la communication car le premier interlocuteur va vouloir exprimer de façon verbal une idée, un besoin, ou alors dans le cas du soin, l'explication d'un examen ou d'un soin qui sera réalisé par le soignant. Cependant, la communication verbale ne parviendra pas au soigné ce qui va créer un manque d'information pour ce dernier et donc il se sentira non écouté et non pris en considération.

Afin de créer un lien de confiance avec le soigné, le soignant va être présent dès le début de l'hospitalisation de la personne malade. Le professionnel de santé va se présenter en donnant son prénom ainsi que sa fonction. Cette première impression va permettre au soigné de pouvoir par la suite se référer à une personne qu'il connaît et donc la relation de soin sera plus sereine de son point de vue.

Laurence LAGARDE-PIRON, Puéricultrice Cadre de Santé et responsable pédagogique de l'Ecole Régionale d'Infirmières Puéricultrice du CHU de Dijon ainsi que titulaire d'un Doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication, a fait part de son point de vue sur la confiance au sein de la relation de soin dans l'ouvrage "La confiance. Relations, organisations, capital humain" écrit par Richard DELAYE et Pascal LARDELLIER en 2016. Cette vision est explicite dans le Chapitre 13, plus précisément entre les pages 242 et 256. En effet, elle écrit que le soin, la relation et la

communication sont tous liés entre eux et qu'ils ont tous une place importante dans la relation de soin entre le soignant et le soigné. Elle précise aussi que la confiance est fondamentale dans l'interaction de soin.

2. Les impacts de la surdité dans la relation soignant-soigné

Entrer en communication avec un autre individu dans la vie de tous les jours est simple. Il suffit de lui dire bonjour et que celui-ci nous répond pour que l'on puisse dire que la communication entre nous a été établie. Cependant comme vu tout au long de ma recherche, l'instauration de la relation entre deux individus ne se limite pas juste à dire bonjour. Si je reprends les propos des deux infirmières que j'ai questionnées, elles m'ont toutes les deux exposées que la relation entre deux personnes et plus particulièrement dans notre cas, entre le professionnel de santé et le soigné, se fait par la communication mais aussi par la confiance qui sera instaurée dans le début de la prise en soin.

Cependant lorsque le soigné présente une surdité qu'elle soit partielle ou totale, la communication reste entachée. En effet, la communication verbale se fait compliquée car le soignant voulant exprimer une parole afin de procéder à un soin ou autre, ne sera pas perçu par la personne soignée avec des troubles auditifs, ce qui entraînera une non compréhension de la part de ce dernier. Cette non compréhension de ce que le soignant peut faire chez lui, entachera sur la relation qu'il y a entre les deux individus. Le soigné pourra se sentir non écouté et non compris et donc ne fera plus confiance au professionnel de santé. Selon moi et selon Lucie, une des infirmières que j'ai questionné, ce manque de confiance suite à la non compréhension de la personne sourde peut créer un refus d'accès aux soins du fait de cette barrière à la communication.

De plus, la recherche du consentement est plus compliquée lors d'un soin chez une personne sourde car la communication verbale étant elle-même compliquée, le soignant n'aura pas d'accord à proprement parler par le soigné, qui lui ne communique pas de la même façon. Pour moi, il est important d'avoir cet accord verbal car la personne m'a clairement explicité ce qu'elle voulait ou ne voulait pas. Cependant, l'accord pour un soin peut être donné de différentes façons comme par exemple demander à la personne de hocher de la tête pour nous dire si le soin a été compris et s'il est d'accord pour que celui-ci soit fait sur lui, ou bien de passer par un intermédiaire comme par exemple un tableau ou une feuille. Sur cet outil, il serait noté le soin ainsi que son explication pour que le soignant soit certain que le message est été transmis correctement au soigné et donc que celui-ci puisse faire part de son accord écrit. D'autres intermédiaires existent comme la famille, qui elle, ayant l'habitude de communiquer avec la personne sourde, va plus facilement entrer en contact avec elle, va donc pouvoir faire le rôle de traducteur et donc donner au soignant la volonté du soigné, s'il est en accord ou non avec le soin.

3. Les outils et intermédiaires pour entrer en communication avec les patients sourds

Entrer en communication avec un patient sourd n'est pas simple, car dans le monde professionnel de la santé, certains secteurs n'étant pas habitués à cette partie de la population ne connaissent pas les outils pouvant être mis en place afin de pallier à certaines limites. Et pourtant ces outils ont un réel impact sur la relation de confiance entre le professionnel de santé et la personne nécessitant des soins.

Afin d'aider au maximum les professionnels de santé mais surtout les personnes sourdes nécessitant des soins en milieu hospitalier, plusieurs outils et intermédiaires ont été mis en place afin de pallier à un manque de communication et de compréhension des personnes présentant un déficit auditif.

Il existe différents outils et intermédiaires qui ont été mis en place aussi bien au niveau national qu'au niveau international. Certains des outils ont été explicités et utilisés par les professionnels de santé, Lucie et Elise, que j'ai rencontrés durant ce travail de recherche.

Le premier outil que je vais mettre en avant est la création des unités de soins spécifiques à la prise en charge de personnes atteintes de surdité autrement appelées les UASS (Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds). Elles permettent l'accès au soins de façon égalitaire entre la population entendante et la partie de la population non entendante. Mais elles contribuent à une meilleure accessibilité aux outils de prévention en santé publique pour les personnes sourdes comme par exemple des dépliants sur les bons gestes à avoir en cas de canicule ou bien sur les recommandations des différents vaccins existants (cf annexe n° VI). Elles garantissent l'information en santé accessible pour tous.

De ce fait, plusieurs UASS ont été mis en place dans différents CHU répartis sur tout le territoire français. Le numéro 114, destiné à la population des sourds mais aussi des personnes non communicantes verbalement a été mis en place afin de contacter les services d'urgences de façon plus adéquate.

Suite à la création des UASS, des traducteurs en langues des signes ont été intégrés à ces unités afin de réaliser des traductions auprès des personnes sourdes sachant "signer" et donc de faciliter la communication entre le soignant et le soigné. Cette création a été bénéfique pour les soignants et pour les soignés car elle est le lien entre ces deux individus. Lors de mon entretien avec une des infirmières, celle-ci m'a fait part de son questionnement sur l'apprentissage de la langue des signes française au sein des instituts de formations en soins infirmiers. Selon elle, l'apprentissage de la LSF devrait être égale à l'apprentissage de la langue anglaise. De mon point de vue, celle-ci devrait en effet être mise en avant dans les instituts de formation par le biais des cours supplémentaires non obligatoires par les étudiants mais toutefois possible de découverte pour tous. Même si la possibilité d'avoir des patients sourds est faible, la possibilité d'avoir des patients anglophones reste elle aussi

faible. Elle permettrait donc aux patients sourds de se sentir plus pris en considération par le personnel soignant aussi bien en milieu hospitalier mais aussi dans le domaine de la santé en libérale.

Plusieurs autres outils, comme le tableau, la feuille ou encore le téléphone portable sont des outils très utilisés par les professionnels de santé comme Lucie, une des infirmières que j'ai rencontré, l'utilisant elle-même auprès des personnes sourde afin de communiquer.

D'autres outils comme les pictogrammes, qui sont de petites fiches signalétiques, ont été créés afin de communiquer avec les personnes sourdes. En effet, chacune des fiches représente un soin, un moment de la journée, un examen, ou encore une émotion que le soigné pourrait ressentir ou bien interpréter. Ces fiches permettent d'exprimer au soignant les soins qui sont à réaliser chez le soigné mais aussi au soigné lorsque celui-ci n'est pas en accord avec le soin ou bien de montrer au professionnel de santé qu'il n'a pas compris tel ou tel soin.

Pendant la période de pandémie de la COVID 19, le port du masque a été obligatoire dans tous les domaines, et encore plus particulièrement dans les espaces hospitaliers. En confrontant les propos des deux infirmières que j'ai rencontré, avec les recherches que j'ai effectuées, le port du masque a eu un réel impact sur la prise en soin des personnes en service hospitalier, pas uniquement pour les personnes sourde mais aussi pour toutes les personnes malades. En effet, ce masque recouvrant une partie du visage très expressif à limiter la communication. Les personnes sourdes ayant été habituées auparavant à lire sur les lèvres, se sont vues en difficulté face à cette barrière qui faisait qu'elles ne pouvaient plus entrer en communication avec d'autres personnes par le seul moyen auxquelles elles étaient habituées. Pour pallier à cette situation, des masques avec des fenêtres transparentes ont été créés et mis en place dans les services de soins hospitaliers permettant alors aux personnes de lire sur les lèvres et donc d'entrer plus facilement en relation avec une autre personne, et dans notre cas, plus particulièrement avec les soignants.

Le dernier intermédiaire que je voudrais mettre en avant est l'importance de la présence de la famille et de l'entourage du patient sourd dans la relation de soin. En effet, la famille est un des "outils" les plus utiles lors de la prise en soin des patients sourds. Comme nous le montre le film "La famille Bélier", la famille ou l'entourage est au plus près du patient, elle connaît ses besoins, ses choix, ses réactions, mais elle connaît aussi le mode de communication à avoir avec son proche.

Cette place qu'occupe la famille dans la vie de la personne sourde me pose question sur l'intérêt qu'elle pourrait avoir lors de la prise en soin de leur proche.

Ce travail de recherche me permet donc de mettre en avant une nouvelle problématique qui est : Dans quelles mesures, la famille du patient présentant un déficit auditif peut être une ressource pour le soignant dans l'instauration de la relation soignant-soigné ?

VI - Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers m'a permis de faire émerger un questionnement de départ qui m'a suscité de l'intérêt, suite à une situation d'appel que j'ai vécue en stage durant ma formation professionnelle. Mes recherches théoriques m'ont permis de définir les termes clés de la recherche de ce mémoire tel que la communication, la relation soignant-soigné et la surdité.

Sur le terrain, des entretiens avec deux infirmières exerçant dans des services différents et ayant une expérience professionnelle différente m'ont permis d'apporter des éléments concrets de la prise en soin des patients sourds, à mes recherches effectuées au préalable. Ces entretiens m'ont aussi permis de centrer ma réflexion sur l'impact de la méconnaissance de la surdité du patient à son accueil et donc l'impact que celle-ci peut avoir dans la relation de soin entre le soignant et le soigné.

Ce travail m'a permis de me questionner sur ma façon d'entrer en communication avec les patients que j'ai pu prendre en soins, que ce soit des patients sourds ou non. En soit, de réévaluer ma pratique et ma posture professionnelle que j'ai pu appliquer durant les stages professionnels que j'ai réalisés durant ces trois années d'étude. De plus, ce travail m'a permis d'acquérir de nombreux savoirs sur la prise en soin des patients sourds en service hospitalier que je pourrais adapter lors de ma future vie professionnelle.

VII - Bibliographie

- Bibliographie :

Manoukian, A., & Masseur, A. (2008). *La relation soignant soigné* (3ème Édition). Lamarre.

Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant soigné : L'accompagnement thérapeutique* (2ème Édition). Chenelière Education.

Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement : Vers l'utilisation thérapeutique de soi*. Chenelière Education.

Abric, J. (2016). *Psychologie de la communication : Théories et méthodes*.

Martin, J. (1999). *Le guide de la communication*. Marabout.

Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques* (3ème Édition). Breal

Manoukian, A., & Masseur, A. (1998). *La relation soignant-soigné* (3ème Édition). Lamarre Edition.

Fayn, M., Cottret, Y., & Marchais, C. (2014). *Relation patient-soignant : fondements, fragments, & enjeux*.

- Webographie :

World Health Organization : WHO. (2023). Surdité et d ficiency auditive. www.who.int.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

Académie de Langues des Signes Française | Cours de LSF. (s. d.).

<http://www.languedessignes.fr/formations/cours-de-lsf/>

Implant cochléaire : définition, fonctionnement et public cible | Annuaire Audition. (s. d.).

<https://www.annuaire-audition.com/guides/implant-cochleaire-definition-fonctionnement-et-public-cible.html>

Les UASS en régions – Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022, 9 juin). Ministère de la Santé et de la Prévention.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/article/le-s-uass-en-regions>

Dgos. (2022, 21 juillet). Accès aux soins pour les personnes sourdes et malentendantes – Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/patients-sourds>

Larousse, É. (s. d.). Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

De Secteur Psychiatrique, D. G. I. (s. d.). cours psychologie théorie psychologique concept infirmière formation infirmier.

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/infirmier/psychologie/concept.htm#%C3%A9l%C3%A9ments-de-communication>

Conception pédagogique : _ Pierre LOUART Professeur des universités IAE de Lille, Université Lille 1 LEM Lille Economie et Management, Réalisation technique : _ SEMM (Service Enseignement et Multimédia), Université Lille1 © IAE Lille, Mai 2013. (s. d.). Gestion des changements - Un modèle de base pour décrire le changement, celui de K. Lewin.

https://modules-iae.univ-lille.fr/M14/cours/co/chap2_01.html

VIII - Annexes

Annexe n° I : Guide d'entretien à destination des professionnels de santé interviewés.

Ce guide d'entretien est à destination d'IDE en milieu hospitalier ayant pris en soin et il garantira l'anonymat des professionnels interviewés.

Objectif : *Que la personne présente son parcours professionnel personnel.*

- 1) Est-ce que tu peux te présenter et présenter ton parcours professionnel ?

Objectif : *Savoir comment l'IDE fait pour mettre en confiance un patient.*

- 2) Dans ta pratique professionnelle, comment est-ce que tu arrives à mettre en confiance le patient ?

Objectif : *Que l'IDE puisse exprimer son point de vue sur la communication qu'il a avec un patient.*

- 3) Pour toi, qu'est ce qui permet d'assurer une communication de qualité avec un patient ?

Objectif : *Que l'IDE donne sa vision de la relation soignant-soigné.*

- 4) Comment définirais-tu la relation soignant-soigné ?

Objectif : *Savoir si elle a de l'expérience dans l'accueil d'un patient sourd en service de soin.*

- 5) As-tu été régulièrement confronté à l'accueil d'un patient sourd en service ?

Objectif : *Savoir si l'accueil d'un patient sourd en unité de soin est la même que pour un patient non atteint de surdité.*

- 6) Pour toi, est-ce que la prise en soin d'un patient sourd à été "classique" ?

Objectif : *Savoir le positionnement face à un patient sourd et sa prise en charge.*

- 7) T'es tu senti en difficulté face à la prise en soin d'un patient sourd ? Si oui sur quels points t'es tu senti en difficulté ?

Objectif : *Que l'IDE donne des pistes d'amélioration sur sa pratique professionnelle et sur la prise en charge d'un patient sourd.*

- 8) Si demain tu avais de nouveau un patient sourd en soin, est-ce que tu adapterais ta pratique professionnelle ?

Annexe n°II : Retranscription de l'entretien numéro 1 avec l'IDE 1 nommée "Lucie"

Manon : Est-ce que tu peux te présenter et présenter ton parcours professionnel ?

IDE : Je m'appelle **Lucie**, j'ai 25 ans. Je suis infirmière depuis 2021 et depuis deux ans je travaille au CHU de Besançon. J'ai travaillé principalement dans les services de médecine interne, j'ai aussi fait l'UMIP. Et mon dernier service c'est l'USIC C'est d'ailleurs là où je travaille en ce moment et ça fait maintenant six mois que j'y suis et je fais aussi les manipulations en salle technique.

Manon : D'accord, donc là si j'ai bien compris tu travailles 1 seul service mais tu peux avoir plusieurs postes ?

IDE : Oui voilà, c'est exactement ça.

Manon : D'accord. Dans ta pratique professionnelle, comment est-ce que tu arrives à mettre en confiance le patient ?

IDE : Alors déjà pour chaque patient, je vais me présenter à lui. Je vais lui dire qui je suis en lui précisant mon prénom, mon statut et le pourquoi je suis là aujourd'hui avec lui. Bon, après dans certaines situations c'est un peu plus complexe comme par exemple dans les situations d'urgence où je ne vais pas pouvoir forcément me présenter aux patients de la même façon enfin surtout au niveau du timing parce que la prise en charge doit se faire plus rapidement que quand j'accueille un patient qui n'est pas dans une situation d'urgence. Mais je fais toujours en sorte de pouvoir me présenter à lui le plus rapidement possible. Et autrement au cours de l'hospitalisation, j'explique chaque fois ce que je fais par exemple je dois faire une prise de sang chez un patient pour vérifier la coagulation de son sang et bien je vais lui expliquer pourquoi je lui fais, qu'est-ce qu'on recherche, je vais lui expliquer qu'on cherche à savoir si le traitement qu'il a est suffisant ou pas. Ou alors toute autre soin, j'explique tout ce que je fais mais aussi tout les examens autre du type une échographie transthoracique ou alors une coronarographie. J'explique au patient ce qui l'attend en quelque sorte. Et je vais aussi beaucoup axé sur l'accord du patient, pour moi c'est très important, si le patient n'est pas d'accord avec ce que je dois lui faire, j'essaye de savoir pourquoi il ne veut pas et revoir avec lui pourquoi moi je devrais lui faire pour son bien. Je vais chercher son accord verbal, parce que pour moi c'est primordial pour que le patient ait confiance en moi, et pour qu'on instaure une relation de confiance qui va aider par la suite dans la prise en charge.

Manon : Pour toi, qu'est ce qui permet d'assurer une communication de qualité avec un patient ?

IDE : Pour moi la communication c'est la base d'une relation entre deux personnes. S'il n'y a pas de communication il peut pas y avoir de relation. Par exemple, si je ne communique pas avec le patient pour avoir une relation de confiance après ça va être compliquée. Et pour moi même si elle est compliquée à avoir avec certains patients, il faut trouver des moyens adaptés à chacun pour communiquer avec eux, quitte à vulgariser certains termes, parce qu'ils n'ont pas compris les termes qui ont été employés par les médecins, par les chirurgiens qui sont bien précis. Et bien moi de mon côté, j'hésite pas du tout à reformuler avec mes mots à moi et des mots plus standard que les mots qui

ont été employés par les médecins ou autres, qui sont bien compris par nous, mais pas forcément par les patients. Car il faut le prendre en considération, que tout le monde ne sait pas forcément décoder notre jargon. Mais après il y a aussi tout le côté regard, les gestes, le non verbal en fait comme par exemple, l'expression faciale. Toute cette partie non verbale est aussi très importante pour la communication et c'est ce qui va aussi permettre de rentrer en communication avec les personnes parce que ça apporte de l'intérêt à ce que l'on dit. Et puis aussi le fait, par exemple, pour les patients qui sont de nationalité différente, qui parlent une autre langue que le français, comme par exemple l'anglais ou l'allemand, et ben il faut aussi savoir s'adapter et adapter sa communication à eux. Faire appel à un traducteur par exemple qui va permettre du coup de rentrer en contact avec eux par le biais de quelqu'un d'autre oui mais qui va permettre de rentrer en contact tout court en fait. Après pour ses passions, là, on utilise aussi beaucoup de téléphone avec les applications de traduction, qui vont nous permettent pas de communiquer avec eux et de ne pas avoir de barrière de langue. Enfin, si il existe une barrière de la langue forcément, mais elle est atténuée par le fait que on est un outil qui nous permet de communiquer quand même avec eux.

Manon : Comment définirais-tu la relation soignant soigné ?

IDE : pour moi, la relation soignant soigné, c'est tout d'abord de la communication. Si il n'y a pas de communication, il ne peut pas y avoir de relation entre deux personnes, pour moi c'est juste impossible. Mais c'est aussi le respect de la personne, de ses choix, de ses envies, de ses besoins, c'est aussi le fait de rechercher le consentement de la personne pour réaliser un soin. Pour moi la relation soignant soigné. Elle se base aussi sur la confiance mutuelle. Si le patient n'a pas confiance en moi et que moi je n'ai pas confiance en lui la relation, elle va être faussée, elle ne va pas être favorable à une bonne prise en charge, une prise en charge qualitative. C'est-à-dire accorder son temps au patient, lui accorder le temps nécessaire pour discuter pour accepter aussi la pathologie qui lui a été diagnostiquée. Mais c'est aussi lui accorder de l'importance.

Manon : As-tu été régulièrement confronté à l'accueil d'un patient sourd en service ?

IDE : Oui, j'ai pu prendre en soin plusieurs patients sourds. Des patients qui étaient sourds de naissance mais aussi des patients qui ont acquis la surdité dû à l'âge et à la dégradation physiologique. Mais j'ai principalement été confronté à cette population dans les services de médecine que à l'USIC. même si j'en ai déjà eu mais beaucoup moins quand service de médecine.

Manon : Pour toi, est-ce que la prise en soin d'un patient sourd à été "classique" ?

IDE : Non clairement pas. La prise en charge d'un patient sourd en soi devrait être classique. Parce que certes on ne prend pas beaucoup de patients sourds en charge mais on devrait tous savoir comment réagir, et comment bien accueillir un patient qui est sourd peu importe le service dans lequel il est. Mais vu que la communication est plus compliqué avec les personnes sourdes, parce qu'on a pas forcément trouvé des moyens de communication adaptée et ben la relation de confiance va être donc plus compliqué et ça va en pâtir sur tout simplement la prise en charge et sur la qualité de soins qu'on peut apporter aux patients. Bien sûr que quand on prend soin un patient sourd, on va pas agir de

la même façon qu'avec un patient qui ne l'est pas parce que y a tout ce qui est communication du coup par des moyens différents, qui devront être mis en place pour qu'il y ait cette communication et que du coup il y a une relation de confiance par la suite. Parce que forcément ça va engendrer pas mal de problèmes sur la prise en soin. Si le patient ne comprend pas ce que je fais qui je suis et ben il va plus souvent être en refus de soins. Et ça je peux le comprendre parce que moi si j'étais à sa place, bien sûr et que je comprenais pas ce qu'on me disait, bien sûr que je serai en refus de soins c'est normal. Donc à la fois on peut dire que ce n'est pas une prise en charge classique parce qu'on a pas l'habitude, mais on peut aussi dire que ça devrait être classique et qu'on devrait savoir comment réagir pour les respecter tout simplement.

Manon : T'es tu sentie en difficulté face à la prise en soin d'un patient sourd ?

IDE : Bien sûr que je me suis senti en difficulté face à cette prise en soin parce que au niveau des patients bah quand ils sont sourds de naissance ils ont appris à lire sur les lèvres sauf que bah là le contexte sanitaire fait que bah avec les masques ils ne peuvent plus donc on est obligé de s'adapter, on est obligé de porter des masques transparents, des visière. Enfin c'est toutes ces petites choses qui font que ça met aussi bien en difficulté le soignant que le patient et ça je trouve ça dommage. Au niveau du soignant, et bien il va falloir qu'ils aient plus de réflexion parce que bah faut expliquer le soin d'une façon différente de d'habitude et ça peut un peu déstabilisé parce qu'on a pas l'habitude de faire comme ça et que ça change nos repères. Puis il va y avoir aussi plus de recherche dans le consentement parce que justement on a pas assez de communication verbale avec lui et que du coup ça va impacter sur le soin, sur la prise en soin. Puis Baïa toutes les difficultés face au matériel qu'on peut avoir à disposition par exemple ben on a pas forcément de quoi écrire comme par exemple sur une ardoise sur un tableau donc on va plus forcément utiliser le téléphone pour communiquer avec eux mais après c'est pas toujours simple parce que sur l'ardoise par exemple il faut être vachement succinct dans dans l'explication on va pas t'expliquer de la même façon que si on l'expliquer à l'oral et donc on va sûrement oublié quelques quelques infos parce qu'on pourra pas autant détailler. Et puis aussi dans les hôpitaux, on a pas forcément de traducteur en langue des signes et ça ça peut aussi mettre en difficulté parce qu'on a pas forcément de vrais moyens de communication avec la personne parce qu'elle parle la langue des signes que nous non. Mais je pense qu'on devrait apprendre à l'école au même titre que l'anglais un peu de langue des signes parce que peut-être qu'on est pas beaucoup confronté aux patients sourds mais c'est aussi important pour eux, que l'on parle la même langue pour qu'ils se sentent plus pris en considération dans le soin, qu'il est tout simplement leur place dans le soin.

Manon : Si demain tu avais de nouveau un patient sourd en soin, est-ce que tu adapterais ta pratique professionnelle ?

IDE : oui, bien sûr, que j'adapterais ma pratique professionnelle comme avec tout patient. Parce que chacun est unique et singulier, et que de base avec des patients qui ne sont pas sourds, j'adapte ma pratique tous les jours en fonction d'eux pour être au plus près de leurs besoins.

Annexe n°III : Retranscription de l'entretien numéro 2 de l'IDE 2 nommée Elisa

Manon : Est-ce que tu peux te présenter et présenter ton parcours professionnel ?

IDE : Moi je m'appelle Elisa. Je suis IDE depuis 2005 sur le CHU. J'ai fait mon stage DE en ORL et après j'ai été embauché l'été dans le même service de nuit. Après une rupture de contrat, je suis revenu en décembre de la même année et je suis resté en ORL jusqu'en septembre 2021 où je suis arrivée en cs ORL et en programmation ORL.

Manon : Du coup tu as fait ta carrière en ORL ?

IDE : oui c'est ça

Manon : Et pourquoi tu as décidé de changer en 2021 ?

IDE : Parce que ça faisait un petit moment que j'étais en hospitalisation et puis y'a eu la période covid, beaucoup de changement aussi les équipes et ça à pas mal impacté notre service. J'avais plus de mal à me retrouver dans le service. Et puis j'avais commencé en parallèle à venir aider en programmation ORL qui travaillait ici. Et puis après y a eu l'opportunité d'être en poste en programmation et en CS. Et donc j'ai décidé de migrer. Ca faisait un petit moment que j'étais dans le service, j'avais fait le tour quoiqu'on ne fait jamais vraiment le tour. Comme ça, ça m'a permis de faire tout le parcours ORL.

Manon : Dans ta pratique professionnelle, comment arrives-tu à mettre en confiance le patient ?

IDE : En se présentant, en lui expliquant quel soin on va lui faire, en essayant d'être à son écoute, de visualiser ses craintes et aussi quand tout va bien. Et puis répondre à ses questions quand il en a.

Manon : Pour toi, qu'est ce qui permet d'assurer une communication de qualité avec un patient ?

IDE : Une communication de qualité c'est quand l'autre personne à bien compris ce que tu veux lui transmettre, quand on arrive à s'entendre sur ce que moi j'ai besoin de savoir ou connaître et ce que lui à besoin de savoir ou connaître. On arrive à échanger fluidement et que tout le monde à la fin du soin est compris et que ça c'est bien passé. Ce qui veut dire qu'on a eu une communication de qualité.

Manon : Comment définirais-tu la relation soignant soigné ?

IDE : Je pense que c'est avant tout une relation de confiance parce que le patient arrive dans un milieu qu'il ne connaît pas et qu'il appréhende beaucoup et qu'on est un peu la personne, avec le personnel paramédical, les personnes les plus proches de lui parce que les médecins viennent moins souvent donc on quand même les personnes assez proches et donc les premières personnes à qui ils vont se confier. Et donc elle est importante parce qu'on va être les premières personnes à qui ils vont se confier, à qui ils vont parler de leurs problèmes. La confiance c'est important pour qu'ils puissent tout dire et que nous on puissent répondre au mieux à leurs questions. Pour moi, c'est une relation de

confiance parce que les gens arrivent ici et sont un peu à nu et vont se rattacher à du personnel qui est à leur écoute et qui vont pouvoir répondre à leurs questions.

Manon : Est-ce que tu à été régulièrement confronté à l'accueil d'un patient sourds en service de soins ?

IDE : Nous en service on est confronté aux patients sourds parce qu'ils viennent se faire implanter ou ils ont des interventions au niveau de l'oreille donc y a la période avant et pendant COVID parce qu'avant on avait pas de masques et que la communication était simplifiée parce que beaucoup de patients sourds ont appris à lire sur les lèvres. Donc on essaye de parler en face d'eux. Donc quasiment tous les jours.

Manon : Pour toi, est-ce que la prise en soin d'un patient sourd est "classique" ?

IDE : Il faut toujours s'adapter à la personne. A la manière dont il va pouvoir communiquer, s'il va pouvoir lire sur les lèvres, on va essayer de faire en sorte que ça se passe bien en parlant doucement, avec la période COVID on avait des masques inclusifs, avec une espèce de fenêtre transparente justement pour les personnes qui parlaient sur les lèvres. S'il n'arrive pas à lire sur les lèvres, on va pouvoir écrire. Après on peut essayer de mimer ou de montrer. Dans les services, ça se passe relativement bien parce que c'est relativement les mêmes types de problèmes, avec la gestion de la douleur par exemple. On arrive à se comprendre. Nous en consultations ORL et plus particulièrement pendant les tests auditifs ça va être compliqué parce qu'il va y avoir plus de consignes et faut être plus précis et que l'on va écrire les consignes justement sauf que si la personne n'arrive pas à lire on va avoir des difficultés. Et donc on essaye de communiquer via le casque où on va mettre le volume plus fort pour qu'il puisse entendre ce qu'on lui dit. Et sinon par le biais de la famille, qui est de grand recours car elle a souvent un moyen de communication personnel avec la personne. Après il y a aussi les pictogrammes qui vont nous permettre de communiquer avec les patients. Ce qui est très pratique d'ailleurs parce que ça va permettre de pouvoir échanger avec eux par d'autre moyen qui par l'écrit comme par exemple avec ceux qui ne savent pas lire.

Manon : Est-ce que tu t'es déjà sentie en difficulté face à la prise en soin d'un patient sourd ?

IDE : Oui, alors pas moi directement mais j'ai vu une collègue qui a été en difficulté. C'était une patiente âgée qui était malvoyante et qui venait de perdre brutalement l'audition. Et donc chez cette dame il fallait lui faire un test d'audition qui avait été demandé par l'interne. Donc une collègue avait essayé de lui faire sur le temps du week-end mais elle avait eu quelques difficultés et la famille qui était présente à pu lui expliquer le soin plus facilement parce qu'ils avaient l'habitude de communiquer avec elle. Et donc en début de semaine les étudiants audioprothésistes qui l'ont pris en charge et le soin c'est très bien passé, ils ont réussi à lui expliquer ce qu'on attendait d'elle.

Manon : Oui vous vous référez beaucoup à la famille dans ces situations là.

IDE : oui c'est ça ! La famille a plus l'habitude de communiquer avec la personne. Ils accompagnent beaucoup dans toutes les situations. Et ça les rassure d'accompagner leur famille. Après en difficulté aussi, y a aussi les familles qui sont sourdes et qui viennent faire tester leur enfant pour savoir s'il présente aussi des problèmes d'auditions et donc la ça va être une organisation différente. On va essayer d'avoir un traducteur en langue des signes pour pouvoir expliquer le soin qu'on va faire à l'enfant. Mais c'est une organisation différente et un peu plus complexe.

Manon : Si tu avais de nouveau un patient sourd en soin, est-ce que tu adapterais ta pratique professionnelle ?

IDE : Par la communication, le langage non verbale, les yeux, on fait attention à tout parce que le patient sourd il a des difficultés aussi à parler. On s'adapte pour que le soin se réalise le mieux possible. Et faire attention à tout ce qui n'est pas audible, on plus à l'écoute de tous les signes pour pouvoir réagir au mieux et réajuster. Mais en soit pour chaque patient j'adapte ma pratique professionnelle, qu'il soit sourd ou non.

Annexe n° IV : Tableaux d'analyse de l'entretien avec l'IDE n°1 "Lucie"

<u>Objectif</u> : Connaître le parcours professionnel de Lucie	
<u>Question 1</u> : Est-ce que tu peux te présenter et présenter ton parcours professionnel ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 1 "Lucie"
	"Je suis infirmière depuis 2021 et depuis deux ans je travaille au CHU de Besançon." "Services de médecine interne, j'ai aussi fait l'UMIP." "USIC (...) ça fait maintenant six mois que j'y suis et je fais aussi les manipulations en salle technique."

<u>Objectif</u> : Savoir comment l'IDE arrive à mettre en confiance le patient.	
<u>Question 2</u> : Dans ta pratique professionnelle, comment est-ce que tu arrives à mettre en confiance le patient ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 1 "Lucie"
Premier contact	"Je vais me présenter à lui. Je vais lui dire qui je suis en lui précisant mon prénom, mon statut et le pourquoi je suis là aujourd'hui avec lui." "Mais, je fais en sorte de pouvoir me présenter à lui le plus rapidement possible."
Communication	"Au cours de l'hospitalisation, j'explique chaque fois ce que je fais (...) pourquoi je lui fais, qu'est-ce qu'on recherche, je vais lui expliquer qu'on cherche à savoir si le traitement qu'il a est suffisant ou pas." "Mais aussi tous les examens autre du type une échographie transthoracique ou alors une

	coronarographie.”
Accord Relation de confiance	<p>“Et je vais aussi beaucoup axé sur l’accord du patient, pour moi c’est très important.”</p> <p>“Je vais chercher son accord verbal, parce que pour moi c’est primordial pour le patient ait confiance en moi, et pour qu’on instaure une relation de confiance”</p>

<u>Objectif</u> : Connaître le point de vue de Lucie sur la communication	
<u>Question 3</u> : Pour toi, qu’est-ce qui permet d’assurer une communication de qualité avec un patient ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 1 “Lucie”
Communication Relation	“Pour moi la communication c’est la base d’une relation entre deux personnes. S’il n’y a pas de communication il peut pas y avoir de relation.”
Adaptation	<p>“il faut trouver des moyens adaptés à chacun pour communiquer avec eux, quitte à vulgariser certains termes, parce qu’ils n’ont pas compris les termes qui ont été employés par les médecins, par les chirurgiens qui sont bien précis”</p> <p>“reformuler avec mes mots à moi et des mots plus standard”</p>
Communication non verbale	<p>“il y a aussi tout le côté regard, les gestes, le non verbal en fait comme par exemple, l’expression faciale.”</p> <p>“très importante pour la communication et c’est ce qui va aussi permettre de rentrer en communication avec les personnes parce que ça</p>

	<p>apporte de l'intérêt à ce que l'on dit."</p> <p>"pour les patients qui sont de nationalité différente, qui parlent une autre langue que le français, comme par exemple l'anglais ou l'allemand, et ben il faut aussi savoir s'adapter et adapter sa communication à eux."</p>
--	--

<u>Objectif</u> : Connaître la vision de l'IDE sur la relation soignant / soigné	
<u>Question 4</u> : Comment définirais-tu la relation soignant / soigné ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 1 "Lucie"
Relation communication	"c'est tout d'abord de la communication. Si il n'y a pas de communication, il ne peut pas y avoir de relation entre deux personnes, pour moi c'est juste impossible."
Respect Consentement Confiance	<p>"le respect de la personne, de ses choix, de ses envies, de ses besoins, c'est aussi le fait de rechercher le consentement de la personne pour réaliser un soin."</p> <p>"Elle se base aussi sur la confiance mutuelle. Si le patient n'a pas confiance en moi et que moi je n'ai pas confiance en lui la relation, elle va être faussée, elle ne va pas être favorable à une bonne prise en charge, une prise en charge qualitative"</p> <p>"accorder son temps au patient, lui accorder le temps nécessaire pour discuter pour accepter aussi la pathologie"</p> <p>"Mais c'est aussi lui accorder de l'importance."</p>

Objectif : Savoir si Lucie a été confrontée à la prise en soin de patients sourds.

Question 5 : As-tu été régulièrement confronté à l'accueil d'un patient sourd en service ?

Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel

IDE 1 "Lucie"

Surdité

"j'ai pu prendre en soin plusieurs patients sourds"
"Des patients qui étaient sourds de naissance mais aussi des patients qui ont acquis la surdité d  à l'âge et à la dégradation physiologique"

Objectif : Savoir s' il existe une différence entre l'accueil d'un patient sourd dans une unité de soin comparé à l'accueil d'un patient non sourd.

Question 6 : Pour toi, est-ce que la prise en soin d'un patient sourd   été "classique" ?

Cadre conceptuel / Champs lexical en lien avec le cadre conceptuel

IDE 1 "Lucie"

"La prise en charge d'un patient sourd en soi devrait être classique."
"on devrait tous savoir comment réagir, et comment bien accueillir un patient qui est sourd peu importe le service dans lequel il est."

Communication
Relation

"Mais vu que la communication est plus compliquée avec les personnes sourdes, (...) la relation de confiance va être donc plus compliquée et ça va en pâtir sur tout simplement la prise en charge et sur la qualité de soins."
"y a tout ce qui est communication du coup par des moyens différents, qui devront être mis en place pour qu'il y ait cette communication et que du coup il y a une relation de confiance par la suite"

	<p>“ça va engendrer pas mal de problèmes sur la prise en soin”</p> <p>“il va plus souvent être en refus de soins.”</p>
Adaptation professionnelle	<p>“quand on prend soin un patient sourd, on va pas agir de la même façon qu’avec un patient qui ne l’est pas”</p> <p>“on devrait savoir comment réagir pour les respecter tout simplement.”</p>

<u>Objectif</u> : Savoir le positionnement de Lucie face à la prise en soin d’un patient sourd	
<u>Question 7</u> : T’es tu senti en difficulté face à la prise en soin d’un patient sourd ? Si oui sur quels points t’es tu senti en difficulté ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 1 “Lucie”
Adaptabilité patient	<p>“au niveau des patients bah quand ils sont sourds de naissance ils ont appris à lire sur les lèvres sauf que bah là le contexte sanitaire fait que bah avec les masques ils ne peuvent plus”</p> <p>“on est obligé de s’adapter, on est obligé de porter des masques transparents, des visière.”</p>
Adaptabilité soignant	<p>“Au niveau du soignant, et bien il va falloir qu’ils aient plus de réflexion parce que bah faut expliquer le soin d’une façon différente de d’habitude”</p> <p>Le soignant → “déstabilisé parce qu’on a pas l’habitude de faire comme ça et que ça change nos repères.”</p>
Consentement Accord	“aussi plus de recherche dans le consentement parce que justement on a pas assez de communication verbale”

	<p>“il y a toutes les difficultés face au matériel qu’on peut avoir à disposition”</p> <p>“on a pas forcément de quoi écrire comme par exemple sur une ardoise sur un tableau (...) utiliser le téléphone (...)”</p> <p>“succinct dans dans l’explication on va pas t’expliquer de la même façon que si on l’expliquer à l’oral et donc on va sûrement oublié quelques quelques infos parce qu’ on pourra pas autant détailler”</p> <p>“on a pas forcément de traducteur en langue des signes”</p>
Conseils	<p>“je pense qu’on devrait apprendre à l’école au même titre que l’anglais un peu de langue des signes”</p> <p>“mais c’est aussi important pour eux, que l’on parle la même langue pour qu’ils se sentent plus pris en considération dans le soin, qu’il est tout simplement leur place dans le soin.”</p>

<u>Objectif</u> : Savoir si Lucie à des pistes d’amélioration sur sa pratique professionnelle dans la prise en soin d’un patient sourd.	
<u>Question 8</u> : Si demain tu avais de nouveau un patient sourd en soin, est-ce que tu adapterais ta pratique professionnelle ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 1 “Lucie”
Adaptabilité professionnelle	<p>“j’adapterais ma pratique professionnelle comme avec tout patient. Parce que chacun est unique et singulier”</p> <p>“j’adapte ma pratique tous les jours en fonction d’eux pour être au plus près de leurs besoins.”</p>

Annexe n° V : Tableaux d'analyse de l'entretien avec l'IDE n°2 "Elise"

Objectif : Connaître le parcours professionnel de Elise	
Question 1 : Est-ce que tu peux te présenter et présenter ton parcours professionnel ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 2 "Elise"
	"Je suis IDE depuis 2005 sur le CHU.J'ai fait mon stage DE en ORL et après j'ai été embauché l'été dans le même service de nuit." " je suis resté en ORL jusqu'en septembre 2021 où je suis arrivée en cs ORL et en programmation ORL."

Objectif : Savoir comment Elise arrive à mettre en confiance le patient.	
Question 2 : Dans ta pratique professionnelle, comment est-ce que tu arrives à mettre en confiance le patient ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 2 "Elise"
Premier contact	"En se présentant"
Communication	"en lui expliquant quel soin on va lui faire"
Ecoute Réassurance	"en essayant d'être à son écoute, de visualiser ses craintes et aussi quand tout va bien." "Et puis répondre à ses questions quand il en a."

Objectif : Connaître le point de vue d' Elise sur la communication.	
Question 3 : Pour toi, qu'est-ce qui permet d'assurer une communication de qualité avec un patient ?	

Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 2 "Elise"
Communication	"On arrive à échanger fluidement"
Feed back	"c'est quand l'autre personne à bien compris ce que tu veux lui transmettre, quand on arrive à s'entendre sur ce que moi j'ai besoin de savoir ou connaître et ce que lui à besoin de savoir ou connaître."

Objectif : Connaître la vision d'Elise sur la relation soignant / soigné	
Question 4 : Comment définirais-tu la relation soignant / soigné ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 2 "Elise"
Relation Communication	"une relation de confiance parce que le patient arrive dans un milieu qu'il ne connaît pas et qu'il appréhende beaucoup et qu'on est un peu la personne, avec le personnel paramédical, les personnes les plus proches"
Respect Consentement Confiance	"on va être les premières personnes à qui ils vont se confier, à qui ils vont parler de leurs problèmes." "La confiance c'est important pour qu'ils puissent tout dire et que nous on puissent répondre au mieux à leurs questions."

Objectif : Savoir si Elise a été confrontée à la prise en soin de patients sourds.	
Question 5 : As-tu été régulièrement confronté à l'accueil d'un patient sourd en service ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec	IDE 2 "Elise"

le cadre conceptuel	
Surdité	<p>“quasiment tous les jours.”</p> <p>“ils viennent se faire implanter ou ils ont des interventions au niveau de l’oreille”</p>

Objectif : Savoir s' il existe une différence entre l'accueil d'un patient sourd dans une unité de soin comparé à l'accueil d'un patient non sourd, selon Elise	
Question 6 : Pour toi, est-ce que la prise en soin d'un patient sourd � été “classique” ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 2 “Elise”
Adaptation	“Il faut toujours s’adapter à la personne”
Outils Biais à la communication	<p>“s’il va pouvoir lire sur les lèvres, on va essayer de faire en sorte que ça se passe bien en parlant doucement, avec la période COVID on avait des masques inclusifs, avec une espèce de fenêtre transparente justement pour les personnes qui parlaient sur les lèvres.”</p> <p>“S’il n'arrive pas à lire sur les lèvres, on va pouvoir écrire.”</p> <p>“Après on peut essayer de mimer ou de montrer”</p> <p>“communiquer via le casque où on va mettre le volume plus fort pour qu’il puisse entendre ce qu’on lui dit.et sinon par le biais de la famille”</p> <p>“Après il y a aussi les pictogrammes”</p> <p>“ca va permettre de pouvoir échanger avec eux par d’autre moyen qui par l’écrit comme par exemple avec ceux qui ne savent pas lire”</p>

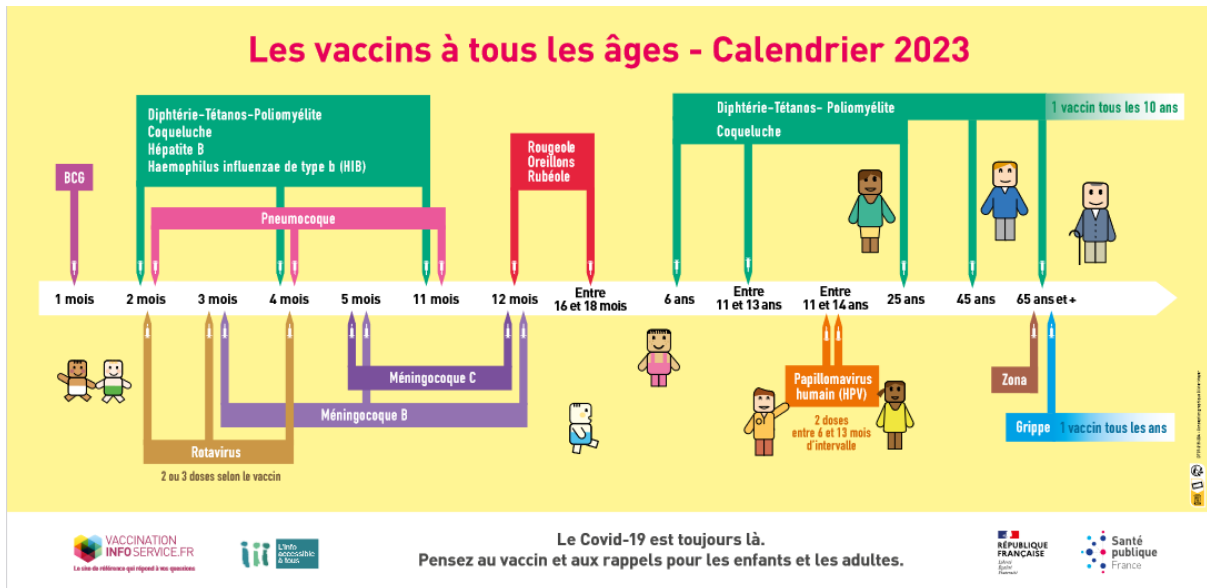
Objectif : Savoir le positionnement d'Elise face à la prise en soin d'un patient sourd.	
Question 7 : T'es tu senti en difficulté face à la prise en soin d'un patient sourd ? Si oui sur quels points t'es tu senti en difficulté ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 2 "Elise"
Communication Adaptabilité soignant Biais à la communication	<p>"avait essayé de lui faire sur le temps du week-end mais elle avait eu quelques difficultés et la famille qui était présente à pu lui expliquer le soin plus facilement parce qu'ils avaient l'habitude de communiquer avec elle"</p> <p>"La famille a plus l'habitude de communiquer avec la personne"</p> <p>"y a aussi les familles qui sont sourdes et qui viennent faire tester leur enfant pour savoir s'il présente aussi des problèmes d'auditions et donc la ça va être une organisation différente"</p> <p>"un traducteur en langue des signes pour pouvoir expliquer le soin qu'on va faire à l'enfant."</p>

Objectif : Savoir si Elise à des pistes d'amélioration sur sa pratique professionnelle dans la prise en soin d'un patient sourd	
Question 8 : Si demain tu avais de nouveau un patient sourd en soin, est-ce que tu adapterais ta pratique professionnelle ?	
Cadre conceptuel / Champ lexical en lien avec le cadre conceptuel	IDE 2 "Elise"
Communication non verbale	<p>"le langage non verbale, les yeux"</p> <p>"faire attention à tout ce qui n'est pas audible"</p> <p>"on plus à l'écoute de tous les signes pour pouvoir réagir au mieux et réajuster."</p>

Adaptabilité professionnelle

“Mais en soit pour chaque patient j’adapte ma pratique professionnelle, qu’il soit sourd ou non.”

Annexe n° VI : Schéma des recommandations vaccinales faite par Santé Publique



This research broadens my knowledge of the influence of deafness in a patient's care and the impact it can have on the caregiving-care relationship.

In order to conduct this research, I conducted various searches regarding the keywords of my research question. I then met with two health professionals, two state-educated nurses. The first practicing in a Cardiology Intensive Care Unit and graduated since 2021, and the second nurse graduated since 2005 and practicing since then in ear, nose and throat unit.

Through my research, which I then linked to the interviews with the two nurses, I was able to highlight the importance of communication in the caregiver- relationship but also the limitations of this relationship. This is the case with a deaf patient and the importance of the family's place in this relationship, which is hindered by the impaired communication of the patient with a hearing impairment.

Finally, the analysis of the various elements I obtained in this research led me to define a new research question: To what extent is the family of the patient with hearing loss a resource for the caregiver in establishing the care-to-care relationship ?

Key Words : Influence, relationship, establishment, deaf patient, family