

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

THE FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIAL EDUCATION

POST GRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCE

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCES OF EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING



UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION SPECIALISEE

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES DE
L'EDUCATION ET INGENIERIE EDUCATIVE

**Processus d'intervention à l'égard des patients non
entendant et efficacité thérapeutique: cas de l'Hôpital de
District de BIYEM-ASSI et CNRPH D'ETOUG-EBE**

Mémoire présenté en vue de l'obtention d'un Master en Science de L'Education

Option : Handicaps Physiques, Instrumentaux et Conseils.

Par

Fabrice MIAFO TSAMO DJAMILA

Matricule : 20V3548

Licence en santé Publique et épidémiologie sanitaire

Sous la direction de

Vandelin MGBWA

professeur des universités



MARS 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTES DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE 1 : DÉFICIENCE AUDITIVE ET EFFICACITE THERAPEUTIQUE.....	25
CHAPITRE 2 : PROCESSUS D’INTERVENTION CHEZ LES PATIENTS NON ENTENDANT	62
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	83
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES	102
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	132
CONCLUSION GÉNÉRALE	156
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	162
ANNEXES.....	174
TABLE DES MATIERES.....	196

A

Mes parents

Bernard MIAFO Doukeng

et

Marie MBOUNOU

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance :

- Au Pr MGBWA Vandelin qui a accepté de diriger ce mémoire. Il a mis sa disponibilité et sa rigueur scientifique dans la réalisation de ce mémoire.
- Au chef de Département d'Éducation Spécialisée de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé I Pr MGBWA Vandelin, pour ses nombreux conseils dans la réalisation de cette recherche.
- Aux enseignants du Département de l'Éducation Spécialisée de l'Université de Yaoundé I pour les enseignements mis à notre disposition ;
- Au Directeur Général du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger de nous avoir permis d'accéder dans cette structure pour la collecte des données de ce travail ;
- Au Directeur général de l'hôpital de District Biyem-Assi pour son accueil, puis son orientation pendant la collecte des données;
- Au Responsable du Service Social de l'hôpital de District de Biyem-Assi pour nous avoir orienté dans cette structure sanitaire ;
- A Maman KENFACK veuve TIWA Édith, un grand merci pour tous les conseils sans lesquels je n'aurais pu mener à bien ce mémoire ;
- À Monsieur et Madame NGATO pour le soutien, les encouragements, et les multiples conseils;
- Monsieur DONGMO Philippe pour le soutien moral;
- A Maman ZEMFACK Justine Octavie et DJOUFACK Gisel, pour le soutien moral et les multiples conseils;
- A MAFO TEDONKOU Brenda et ma Guimfack philomene pour leur attention et sa présence au moment de stress pendant la réalisation de ce travail ;
- À Toute l'équipe de la salle 36 particulièrement Bayemi Arnold, Mefeuteu Edithe, Awono Fabrice, Minlo gaston, Bolé, Tenkué Josué... pour les échanges ;
- À mes amis et frères, Tiwa Hermane, Kenfack Roméo, Guepi tiwa yasmine, Kenfack Rostant, Djoufack lydie, Ananfack sylviane, MASWI Ameli, BIDIAS epse EDOU Nelly et TCHOUTANT, Maffo Dorette, NGO kanga sandra, Jeanne Mado, pour leur soutien, la disponibilité dans la réalisation du présent mémoire.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACFOS :	Action Connaissance Formation pour la Surdité
BUCREP :	Bureau Central de Recensement et d'Etudes de Population
CNRPH :	Centre National de Réhabilitation Pour des Personnes Handicapées
Db :	Décibel
ECAM :	Ecole camerounaise
INS :	Institut National de Statistique
LL :	Lecture Labile
LPC :	Langue Parlée et Complétée
LS :	Langue de Signes
MPPH :	Model de Production de Handicap
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PPH :	Processus de Production du Handicap
RGPH :	Recensement Général des Personnes Handicapées
SMS :	Short Message Service
CPN :	Consultation Prénatale
BEPC :	Brevet d'Etude du Premier Cycle
VIH/SIDA :	Virus Immuno Humaine/ Syndrome de l'Immuno Déficient Acquis
MINAS :	Ministère des Affaires Sociales
TA :	Tension Arterielle

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Anatomie descriptive de l'oreille	34
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la population handicapée non entendant par milieu de résidence, par sexe et par âge au Cameroun.	5
Tableau 2 : Synthèse des hypothèses et variables de recherche.....	88
Tableau 3 : Caractéristiques des non entendants.....	95
Tableau 4 : Caractéristiques des soignant(e)s	95
Tableau 5 : Guide d’entretien.....	96
Tableau 6 : Grille d’analyse	99

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Autorisation de recherche	174
ANNEXE 2 : Autorisation de recherche au centre des handicapés	175
ANNEXE 3 : Autorisation de collecte des données	176
ANNEXE 4 : Consentement libre et éclairé.....	177
ANNEXE 5 : Contenu des entretiens	178
ANNEXE 6 : Entretiens avec le cas D	181
ANNEXE 7 : Entretiens avec le cas A	184
ANNEXE 8 : Entretiens avec le cas L.....	186
ANNEXE 9 : Entretiens avec le cas I	189
ANNEXE 10 : Alphabet dactylogique pour épeler les mots.....	191
ANNEXE 11 : Carnet du patient non entendant	192

RESUME

Ce mémoire a pour titre processus d'intervention à l'égard des patients non entendant et efficacité thérapeutique. Dans le milieu hospitalier, l'activité de la consultation est centrée sur l'écoute active entre deux protagonistes, le thérapeute et le patient. Le thérapeute se centre sur l'écoute de la souffrance de son patient pour l'aider à en percevoir les causes, et à comprendre son fonctionnement psychique, physiologique. Tout ceci au moyen d'une communication partagée qui passe par un langage. Ce schéma communicationnel ne semble pas toujours être respecté avec les sujets non entendants quand ils sont en milieu hospitalier. Se faire comprendre au moyen des signes de la main, exprimer son problème de santé, aller aux urgences, se faire hospitaliser, prendre rendez-vous pour une visite médicale tant sont des situations que rencontrent les non entendants lorsqu'ils sont interrogés sur leur rapport à la santé, sur des préoccupations autour de la fatigue et des souffrances psychologiques occasionnées au quotidien par les difficultés de communication, sur leur séjour en milieu hospitalier. On constate que, les personnes présentant des troubles de l'audition sont souvent cristallisées dans les situations des soins et dans les relations avec les professionnels de santé. Ainsi, « Comment les processus d'interventions à l'égard des patients non entendants rendent compte de l'efficacité thérapeutique ? ». Pour y répondre, la recherche s'est adressée à un groupe humain spécifique, formellement enregistré. Elle s'est inscrite dans un devis qualitatif avec un paradigme compréhensif. La collecte des données s'est réalisée à partir d'un guide d'entretien semi-directif. Les principaux résultats obtenus à la lumière des théories de l'interactionnisme de Fourgerollas (2010) et de l'effet médecin de Moreau (2016) ont permis de comprendre qu'une adaptation de l'environnement médical à travers la communication verbale, non verbale et iconique rend compte de l'efficacité thérapeutique. Cependant la sensibilisation du personnel soignant à la condition de la surdité et l'introduction d'un matériel iconographique à la place de l'écrit, à l'utilisation de la langue des signes permet de mettre sur pied une médecine inclusive. En ce sens que les processus d'intervention favorisent la compréhension et la participation des non entendants dans la pratique des soins.

Mots clé : déficience auditive, communication, processus d'intervention, efficacité thérapeutique, personnel de santé

ABSTRACT

This dissertation is entitled “Process of intervention with regard to non-hearing patients and therapeutic effectiveness”. In the hospital milieu, the activity of consultation is centered on active listening between two protagonists, the therapist and the patient. The therapist’s focus is on listening to his patient's suffering in order to help him perceive the causes, and understand his psychological and physiological functioning. All this by means of a shared communication that passes through a language. This communication scheme does not always seem to be respected with non-hearing subjects when they are in the hospital environment. Making yourself understood by means of hand signs, expressing your health problem, going to the emergency room, being hospitalized, taking an appointment for a medical examination are all situations that the hearing impaired patient encounters. When they are questioned on their health concerns, on fatigue and psychological sufferings caused daily by communication difficulties, and their stay in a hospital environment, they are often crystallized. Thus the question: how do intervention processes with regard to deaf patients account for therapeutic efficacy? To answer this, the research addressed a specific, formally registered human group. It is part of a qualitative research, with a comprehensive paradigm. Data collection was based on a semi-directive interview guide. The main results obtained in the light of the interactionist theories of Fourgerollas (2010) and the doctor effect of Moreau (2016) have made it possible to understand that an adaptation of the medical environment through verbal, non-verbal and iconic reflects therapeutic efficacy. However, the awareness of the nursing staff to the condition of deafness and the introduction of iconographic material instead of writing, to the use of sign language makes it possible to set up an inclusive medicine. In the sense that the intervention processes promote understanding and participation of the hearing impaired in the practice of care.

Keywords: hearing loss, communication, intervention process, therapeutic effectiveness, health personnel



INTRODUCTION GENERALE

0.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

0.1.1 Contexte de l'étude

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2014), en 2050, près de 2,5 milliards de personnes seront atteintes d'une déficience auditive plus ou moins prononcée et au moins 700 millions de personnes auront besoin de services de réadaptation. La déficience auditive peut être due à des causes génétiques, à des complications à la naissance, à certaines maladies infectieuses, à des infections chroniques de l'oreille, à l'exposition à des sons forts, aux médicaments ototoxiques ou au vieillissement. Chez l'enfant, près de 60 % des cas de déficience auditive sont dus à des causes pouvant être prévenues par des mesures de santé publique (infections de l'oreille ou complications à la naissance, par exemple) D'après l'OMS (2021).

Ainsi, plus d'un milliard de jeunes adultes risquent une déficience auditive permanente évitable car ils ont des pratiques d'écoute non sûres. La particularité de cet handicap est de limiter de façon partielle ou totale l'accès à toutes informations en raison de difficultés de communication. Or, l'enjeu d'une communication réussie réside, dans chaque échange, en la possibilité donnée à chaque interlocuteur de comprendre ce que l'autre veut dire, de façon réciproque et par l'intermédiaire d'outils de communication partagés et adaptés aux deux.

La déficience auditive a des répercussions importantes sur la vie quotidienne. D'après l'OMS (2021), la perte moyenne d'audition annuelle liée à l'âge peut se chiffrer ainsi : 0,5 à partir de 65 ans, 1dB par an vers 75 ans et 2 dB à partir de 85 ans. Ce qui peut sembler peu, mais la baisse constante combinée au manque de correction adaptée contribue à aggraver le problème. Près de 200 millions de personnes ont des difficultés fonctionnelles (OMS, 2012). Plus de 6% de la population mondiale, soient 446 millions de personnes, souffrent de la déficience auditive handicapante, dont 34 millions d'enfants (OMS,2018). C'est dans les régions Asie-Pacifique, Asie du Sud et en Afrique subsaharienne que la prévalence de la déficience auditive est la plus forte.

Il est difficile d'obtenir une image précise de la prévalence et des causes de la déficience auditive en Afrique. Dans de nombreuses nations d'Afrique, la sensibilisation générale envers la déficience auditive est faible et le manque de ressources a entraîné un manque de programmes de dépistage auditif. L'OMS (2018), a estimé dans son rapport mondial sur l'audition 2021 que dans la région de OMS en Afrique, 136 millions de personnes sont atteintes d'un certain degré de déficience auditive et que 39,9 millions, soient 3,6%, ont une déficience auditive moyenne ou supérieure. D'ici 2050, 332 millions de personnes en Afrique seront atteintes d'un certain degré de déficience auditive. (OMS ,2021). Aux États-Unis d'Amérique, dans le sondage de Maek Trak VIII il ressort que 35 millions d'Américains sont déficients auditifs soit environ 11,5 % de la population

des USA. Selon les projections du sondage Maek Trak VII, la population déficiente auditive augmentera aux USA jusqu'à 40 millions en 2025 et à 53 millions d'ici 2050 (Kochkin, 2008).

Au Canada, 357 000 canadiens sont culturellement sourds, soient 3,21 millions de malentendants (association des sourds du Canada, 2015). On estime que 40 % de la population adulte n'éprouvait pas de problèmes de santé auditive, tandis que les 60 % restants souffraient d'une perte auditive (23 %), d'acouphènes (22 %) ou de ces deux problèmes de santé à la fois (14 %); 22 % de la population adulte souffrait d'hypertension. Les problèmes de santé auditive sont beaucoup plus fréquents chez les adultes atteints d'hypertension (79 %) que chez ceux qui ne le sont pas (54 %), (Pamela, 2021).

En France, on estime à 8% le nombre de Français victimes d'un handicap auditif, soit environ 5 millions de personnes, dont 303 000 souffrent d'une déficience auditive profonde, ou totale. (Sander et al, 2007). En 2008, les personnes qui souffraient de limitations auditives moyennes ou totales étaient de 5,4 millions ; ce qui en fait le handicap sensoriel le plus fréquent (Hacsler & Mordier, 2014). 6,6% de la population française soit 4,09 millions de personnes souffrent d'un déficit auditif, dont 88% sont devenus sourds au cours de leur vie. 483000 personnes sont atteintes d'une déficience auditive profonde ou sévère. 600 000 malentendants portent un appareil auditif. (OMS, 2018). Plus de 7 millions de personnes déficientes, soient 11,2% des Français (DREES, août 2014).

Ce même rapport de l'OMS 2021 montre que près d'un million d'enfants naissent chaque année atteints de surdité. Soient, 6% des personnes âgées de 15-24 ans sont concernées par la déficience auditive incapacitante. C'est une perte auditive supérieure à 40 dB pour un adulte et 30 dB pour un enfant, ainsi 65% de la population âgée de 65 ans et plus (OMS, 2021). Dans les pays en voie de développement, les personnes handicapées sont contraintes de vivre sans aucun moyen palliatif la plupart du temps. Les gens considèrent souvent, par ignorance la surdité comme un signe de bêtise et d'idiotie, empêchant les personnes qui en souffrent d'apprendre quoi que ce soit. Or pour Meynard (2017), l'enfant communique dès son plus jeune âge avec son corps, avant même le langage oral.

En Mauritanie, la population est estimée à 3.000.000 d'habitants. Les personnes handicapées représentent 7% de la population en Mauritanie, dont 3% sont des non entendants. (Mamadou Thiam, 2011). 4% de la population, soit 90 milles personnes présentent la déficience auditive, (Berthé, 2020). Dans beaucoup de pays au Sud du Sahara, le taux de prévalence de la surdité sévère ou profonde est plus élevé que dans les pays en voie de développement. L'estimation du nombre d'enfants de 5 à 14 ans atteints de déficience auditive est de 1,2 millions, dans certains pays, le taux de surdité peut s'élever jusqu'à plus de 10% des enfants.

Près de 90% des personnes souffrant de déficience auditive vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les pays à revenu élevé ne représentent que 11% des personnes concernées, (OMS, 2020). Ainsi, le phénomène de la déficience auditive est encore mal connu dans ces pays. Il n'est donc pas surprenant qu'il n'ait fait l'objet, jusqu'ici, que de très peu de recherches. Selon, *International Journal of Pediatric Otorhino laryngology*, publié en 2008, Beaucoup de cas de déficience auditive chez les enfants du Nigéria sont le résultat d'une infection de l'oreille moyenne non traitée ou non détectée. Les infections chroniques de l'oreille (otite moyenne) sont la cause la plus commune de la déficience auditive parmi les enfants du Nigéria. Ainsi, 23% de la population du Nigeria sont des non entendants.

Etant données que des résolutions adoptées par les Nations Unies (résolution 48/96 par exemple qui met l'accent sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées.) visant à sensibiliser les Etats membres sur la nécessité, dans la collecte et la diffusion des données statistiques, de prendre davantage en considération les préoccupations des personnes vivant avec un handicap, que le Cameroun a tenu compte de la personne en situation d'handicap lors du 3ème recensement général des personnes handicapés (RGPH) en 2005, et de l'enquête auprès des ménages (ECAM) en 2007 (INS, 2009). Il s'agit, pour le Cameroun de « rendre disponible l'information sur les personnes handicapées en vue de mesurer et de promouvoir l'égalité des chances prônée par les Nations Unies » (BUCREP, 2010).

Au Cameroun, l'on distingue trois principales catégories de personnes en situation du handicap. Selon les critères de déficience : les handicapés physiques, les handicapés mentaux et les polyhandicapés. Cette distinction s'appuie sur un modèle individuel du handicap, (Annuaire MINAS, 2011) .Le handicap physique inclut la déficience auditive qui forme le socle de ce travail. La déficience auditive, moins visible que la déficience visuelle est caractérisée par les personnes non entendants et les mal entendants. D'après le recensement de l'Institut National de la Statistique (INS,2005) selon le type de déficience et quel que soit le milieu de résidence, la surdité est, de loin, le handicap le plus fréquent. En effet, selon ce recensement dans l'ensemble, quatre handicaps sur dix déclarés font référence à la surdité, (confère Tableau 1).

Tableau I : Répartition de la population handicapée non entendante par milieu de résidence, par sexe et par âge au Cameroun.

Milieus de résidence et catégorie d'âge	Nombres des non entendants en %
Ensemble	38,8
Urbain	41,4
Rural	36,9
Masculin	36,9
Féminin	40,9
00-14ans	57,6
15-24ans	45,6
25-59ans	29,6
60 ans et+	15,5

Source: 3e RGPH (BUCREP, 2010)

Selon ce tableau, la tranche d'âge 0-14ans est plus touchée que la tranche 15-24 ans. Selon l'OMS environ 60 % des cas de déficience auditive chez les plus jeunes pourraient être évités par des mesures de prévention. Dans les autres cas, lorsque la perte d'audition est inévitable, des interventions s'imposent afin de garantir que les enfants exploitent tout leur potentiel grâce à la réadaptation, à l'éducation et à l'autonomisation. Il convient d'agir sur les deux fronts. Rappelons que l'OMS conseille le dépistage précoce des enfants en âge scolaire pour ne pas réduire les chances de restaurer l'audition et provoquer ainsi des retards sur le plan académique. L'agence onusienne estime que près de 60 % des cas de déficience auditive chez l'enfant sont dus à des causes pouvant être prévenues par des mesures de santé publique (infections de l'oreille ou complications à la naissance). Toujours selon l'OMS, 32 millions d'enfants à travers le monde souffrent d'une déficience auditive incapacitante.

La surdité n'est pas rare. En effet, 1 à 2 naissances sur 1000 sont concernées par cette déficience, (OMS, 2014). C'est la déficience sensorielle la plus répandue dans le monde. Les personnes non entendants au cours de l'existence expriment leur vécu pendant la prise en charge médicale. Ainsi, les conséquences du handicap sont d'intensité variable et affectent les multiples dimensions de la vie : médicale, sociale, économique, culturelle, légale, etc. En plus de leur désavantages, ces personnes souffrent de la discrimination et de l'exclusion qui s'expriment non seulement à travers les conditions de vie et de travail, mais aussi par l'inadéquation des commodités et des services publics qui ne sont pas adaptés à leurs besoins.

Au Cameroun, l'on dénombre plus 30 000 personnes non entendants, 300 000 autres qui présentent des troubles auditifs pour 10 interprètes seulement selon l'Organisation camerounaise

pour le développement des sourds (ocds, 2020). Il est toutefois constaté, à ce jour, que la société camerounaise, incluant le corps médical, déjà mal à l'aise face à la barrière linguistique, ignore encore trop souvent les particularités de la communication avec les personnes non entendant tout comme l'accompagnement qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour une bonne interprétation des besoins et des intérêts de chacun.

Or, la loi du 4 mars 2002 établit la notion de droit du malade. Il s'agit de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle a instauré le droit aux malades d'accéder et de disposer de la totalité de leur dossier médical. Cette loi oblige le personnel médical à faire connaître leurs liens avec des laboratoires et entreprises quand ils communiquent sur un produit de santé afin d'éviter les conflits d'intérêts. en association à la loi de 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées elle indique que les services publics doivent être accessible à toute personne non seulement du point de vue physique mais aussi en cas de langue différente. La loi induit que le patient non entendant doit pouvoir tout comprendre pour choisir la démarche de soins proposée. L'exigence linguistique doit reposer à présent non plus sur le patient mais sur l'équipe de soins. Malgré la mise en place de ces lois, les hautes autorités de santé (HAS), dans un rapport de 2009 « Accès aux soins des personnes en situation de handicap », pointe des insuffisances importantes en matière d'accès aux soins pour les personnes non entendant.

Pour Dagron (2008), les non entendants ont la sensation d'être infantilisés en milieu médical. Certains professionnels de santé préfèrent faire passer des examens complémentaires à un non entendant plutôt que de tenter de communiquer avec lui. Alors que la loi de 2002 les oblige à obtenir un consentement libre et éclairé pour toute intervention. Bien plus, la loi 2010 portant protections des personnes en situation d'handicap et son degré d'application 2018 reconnaissent la langue des signes comme la langue naturelle des personnes non entendant. En milieu hospitalier nous observons le contraire avec le personnel médical ne maîtrisant pas cette langue.

Dans ces situations, les patients non entendants ont alors l'impression de ne pas décider pour eux-mêmes (Virole, 2000). Le manque de confiance, la faible proportion de professionnels sensibilisés et le choc des valeurs entre ces deux groupes mènent à une situation de conflit dans un rapport d'altérité. Il ressort de ce qui précède que la prise en charge médicale de la personne en situation de handicap auditif est encadrée par la loi précisée aussi bien sur le plan national qu'international.

0.1.2. Justification du choix du sujet

Partant des travaux de Mottez (1975), les non entendants existent et ils ont leur mode de communication. Il fait ainsi un rapport entre la santé et la surdité. Pour lui, il y a des thèmes que l'on s'attend à voir traiter quand il s'agit de la personne non entendant. Certains considèrent la surdité

comme une figure de la physiopathologie, d'autres reconnaissent les non entendants comme les membres d'une communauté linguistique minoritaire. La particularité de ces deux aspects entraîne les limites de façon partielle ou totale à l'accès aux informations médicales en raison des difficultés d'échange et de communication.

La communication réussie réside, dans l'idée de comprendre l'autre et de se faire comprendre (Jakobson 1970). Les outils de communication partagés et adaptés ne sont pas toujours utilisés en milieu hospitalier à l'égard des patients non entendants. Les lignes classiques d'écoute et d'entraide qui sont souvent la porte d'entrée des services médicaux ne sont pas toujours accessibles. Le personnel de santé ne connaissant pas la langue des Signes (LS). D'après, Virole (2000), les hospitalisations d'urgence se font sans interprète, le retard pris dans les diagnostics portent préjudice à ces patients et compliquent les soins. A la lumière des difficultés qu'éprouvent les non entendants en milieu hospitalier, les législateurs ont élaboré des lois (La loi n°2005-102 du 11 février 2005) pour l'égalité des droits et des chances.

La loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées et son degré d'application de 2018 insiste sur la prise en charge hospitalier des handicapés. Malgré ces lois et degré, en matière de santé, le fait d'être non entendant, rend le rapport aux soins particulier puisqu'il dépend pour la personne atteinte de cette déficience, des possibilités d'accès aux autres et à la connaissance de la présence ou non d'un tiers dans le soin qui lui est apporté, de l'acceptation ou non d'un secret médical partagé et d'une confidentialité inévitablement malmenée. Ce qui est à l'origine de préoccupations et de souffrances supplémentaires. Les personnes en situation d'handicap auditif (non entendants) sont vulnérables en terme de santé, (virole, 2000). Elles sont plus à risque de maladies chronique et épidémiologiques, ceci est dû à leurs difficultés d'accès aux soins de santé et à une prise en charge médicale peu profonde à cause des difficultés de communication.

Selon Dagrón (2008), peu de professionnels de santé savent que les pertes auditives, selon qu'elles soient partielles ou totales, innées ou acquises, n'entraînent pas les mêmes conséquences et ne nécessitent pas les mêmes adaptations. Leur suivi en communication gestuelle améliore la situation et favorise leur adaptation, tout comme la sensibilisation des professionnels à la problématique sourd. Les personnes en situation d'handicap auditif au cours de l'existence expriment leur vécu pendant la prise en charge médicale. Au vu de la prévalence de cette déficience et des problèmes tel que l'anxiété, la barrière communicationnelle, si rien n'est envisagé, cette population sera toujours vulnérable. (virole,2000),

La palette des moyens mobilisés ou envisagés pour pallier les difficultés rencontrées varie selon que cette responsabilité est attribuée à un manque de communication, à l'absence des

caractères privés du bulletin médical qui parfois est la cause de mortalité et de morbidité chez les non entendants qui ont peur de voir leur secret dévoilé et divulgué, à l'absence de la langue des signes chez le personnel médical. Pour Cole & Cantero (2015), Mauffrey et *al.* (2016), les patients non entendants rencontrent réellement des problèmes quand ils sont devant un thérapeute. Se faire comprendre au moyen des signes de la main, exprimer son problème de santé est une difficulté majeure que les non entendants rencontrent quand ils sont en milieu hospitalier. Ils ont peur de voir leurs secret être dévoilé. La consultation médicale est un jeu d'interactions communicationnelles entre le personnel soignant et le patient.

En effet, entre le thérapeute et le patient il y' a un lien fort qui les lient. Mais entre ce thérapeute et son patient non entendant il y'a rupture du dit lien, car cette interaction communicationnelle n'est pas toujours faisable. Face à cette rupture, comment le patients non entendant perçoit-il sa prise en charge médicale ? Le doute s'installe, le patient commence à questionner l'environnement médical qui est constitué du personnel soignant et commence à prendre du recul (Dagon, 1999). Sans doute l'efficacité thérapeutique du patient est fonction des processus d'interventions. Ces difficultés communicationnelles nous amènent à chercher à comprendre comment cette rupture est vécu d'où la formulation du sujet portant sur les « *processus d'intervention à l'égard des sujets non entendants et efficacité thérapeutique* ».

0.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME

0.2.1. Formulation du problème

La consultation médicale est basée sur l'alliance thérapeutique qui consiste à construire une relation dynamique entre le thérapeute et le patient. Cette alliance repose sur un ensemble de conditions, qui incluent le respect, l'engagement, la solidarité, la réciprocité et le sentiment d'avoir été entendu par l'autre. Aller aux urgences, prendre rendez-vous pour une consultation médicale, se faire hospitaliser, telle sont des situations pendant lesquelles l'échange entre les patients non entendants et le personnel médical s'établit. L'échange communicationnel pendant la consultation peut être perturbé entre le médecin et certains patients. Cette perturbation réside au niveau de la communication. Le patient non entendant communique avec les gestes, écoute plus avec les yeux et le personnel médical a pour moyen de communication, la communication verbale. Les deux protagonistes ne partagent pas le même canal, le même code par conséquent, le message n'est pas transmis.

Dans le milieu hospitalier, l'activité de la consultation est centrée sur l'écoute active entre deux protagonistes, le personnel santé et le patient. Le thérapeute se centre sur l'écoute de la souffrance de son patient pour l'aider à en percevoir les causes, et à comprendre son fonctionnement psychique, physiologique, etc. Le patient peut parler de son histoire, de ses sentiments, et de son

mode de relation aux autres pour tenter de comprendre l'origine de ses troubles. Le thérapeute crée un climat qui va permettre au patient de se confier davantage. Tout ceci se fait au moyen d'une communication partagée qui passe par un langage. Bien plus, la communication ne repose sur un ensemble d'éléments verbaux et non verbaux passant par différents canaux. Le premier canal est l'audition qui inclut la communication verbale centrée sur la parole codée selon le langage.

Dans ce canal, le langage para verbal désigne tout élément en rapport avec ce qui s'ajoute au langage verbal oral ou écrit, et qui constitue l'élément expressif. En d'autres termes, l'intonation vue sous l'angle du débit et de l'intensité modulant la voix. Le deuxième canal est visuel, il renvoie à la posture, aux attitudes adoptées pendant la communication. Ce canal inclut, la cinétique qui renvoie à la mimogestualité. Il s'agit de la communication sans l'usage de la parole. De manière générale, la communication implique un émetteur, un récepteur tous deux reliés par un canal qui fournit un support aux signaux qui véhiculent le message (Jakobson, 1970).

Amoros *et al.* (2014) abordent la question d'un dispositif favorisant l'accès aux soins des patients non entendants. Ils montrent que la médecine est un domaine complexe où se mêle une multitude de concepts et de connaissances qui sont flagrants aux personnes en situation de handicap auditif. De même, pour Dagron (2008), l'échange communicationnel entre patient non entendant et médecin entendant est partielle. Il présente ainsi les difficultés communicationnelles entre les patients non entendants et le médecin généraliste. Pour eux, la consultation entre médecin et patient non entendant est impactée par des difficultés d'échange de parole. Comprendre ce que l'autre veut dire, de façon réciproque et par l'intermédiaire d'outils de communication partagés et adaptés aux deux est fondamental dans la communication.

Ce schéma communicationnel ne semble pas toujours être respecté avec les sujets non entendant quand ils sont en milieu hospitalier. On peut le situer du point de vue linguistique, il est donc possible qu'il y ait des échecs dues à une manipulation maladroite de ce mode de communication car il importe que le médecin soit attentif aux discours mais personne n'a jamais penché sur cet échec lorsqu'on sait qu'il n'y a pas d'interprétation de fond tant qu'il n'y a pas de résistance à interpréter. Dans le contexte médical aujourd'hui, on recherche le bon malade qui est celui dont l'expression verbale est visiblement compréhensible par le thérapeute. D'après Virole (2000) les patients non entendants rencontrent réellement des problèmes quand ils sont devant un thérapeute. Se faire comprendre au moyen des signes de la main, exprimer son problème de santé est une difficulté majeure que les non entendants rencontrent quand ils sont devant un thérapeute ne maîtrisant pas la langue des signes.

La relation médecin-patient non entendant est biaisée par des échanges de parole, (Dagron, 1995). En effet, l'écoute thérapeutique consiste à utiliser les éléments de non vécu du patient pour

ajuster le traitement. Ces éléments de vie racontés par le patient favorisent l'alliance thérapeutique et augmentent l'efficacité thérapeutique. Face au non entendant, le transfert et le contre transfert sont partiels. Or, la satisfaction du patient dépend de ceux-ci. L'inaccessibilité à la communication gestuelle (langue des signes) dans le milieu hospitalier peut compromettre l'efficacité de la thérapie (Dagon, 2008). Le thérapeute décode le langage du patient pour l'aider à relier le fil conducteur qui joint ses différentes expériences de vie. Ce fil aide le patient à cerner la notion du sens dans sa situation actuelle. Ainsi, l'utilisation des éléments de l'histoire racontée par le patient contribue fortement à la cure. Dès lors, la question récurrente soulevée par le patient non entendant est ainsi formulée.

La résistance s'observe dans l'échange entre le thérapeute et son patient non entendant. La résistance est un processus de refoulement dans la cure qui empêche l'interruption de contenus de l'inconscient. Le patient a souvent un transfert négatif sur la personne du thérapeute peut-être parce qu'il paraît courtois et bien disponible envers les exigences de la cure (Freud, 1919). En situation de consultation, quelle que soit la variante clinique, (Psychoanalyse, thérapie psychanalytique, thérapie brève psychodynamique, thérapie interpersonnelle psychodynamique etc) l'approche s'appuie sur la théorie psychanalytique incluant le transfert. L'objectif est de susciter des changements profonds et durables dans la structure psychique du patient par l'usage du langage. Ces thérapies, dites verbales, sont utilisées comme outil de reconstruction de la personne.

Cela signifie que le thérapeute ressent avec justesse les sentiments et les significations de ce dont le patient est en train de faire l'expérience. La personne en situation de handicap auditif (non entendante) est étrangère dans le monde médical, (Dagon, 2008). Il est en inadéquation avec elle, organisé sans elle, il ne lui réserve qu'un accueil mitigé et s'érige donc en étrangère, ce qu'elle ne tarde pas de ressentir ; souvent à son corps déferant. L'expérience de la déficience est celle de « l'exterritorialité » (Kracause, 1994 ; 2006). La déficience entraîne la peur ou la terreur. (Sausse 1996), considère la déficience auditive comme un postulat anthropologique transcendant les cultures et les expériences historiques et s'imposant dans les consciences individuelles.

Bien plus, la consultation médicale est un ensemble de pratiques, d'écoutes basée sur des grilles de repérage de ce qui est dit et de techniques de relances (questions, reformulations, silences). Ces éléments visent à aider, à accompagner le patient. Le patient reformule dans son propre langage le contenu, la structure de ses actions et sa pensée privée et le thérapeute s'appuie sur ces propos pour orienter le diagnostic. En effet, la consultation médicale est basée sur la confiance qui dans une relation médicale semble être essentielle pour que le patient se sente complètement à l'aise et dévoile tous ses sentiments et ses émotions. Cette confiance permet de revivre des frustrations, des désirs ou des colères, accumulés dans l'inconscient et qui influencent le comportement actuel du patient.

Il s'agit là d'une projection des émotions et des sentiments du patient sur son thérapeute: on parle du transfert.

Il constitue l'ensemble des réactions verbales et non verbales qu'exprime le patient face à son thérapeute. La consultation médicale aide le patient à prendre du recul sur ces réactions afin de les comprendre et de les analyser pour mieux se connaître. La relation thérapeute patient est existentielle, c'est-à-dire qu'elle reflète la capacité d'accueil de ses propres émotions et de ses besoins. Une situation d'échange clinique induit des réactions qu'il faut analyser, afin de les empêcher de nuire à la cure, les vaincre avant de faire les interprétations de fond.

Suivant le modèle biomédical de Wood, (1975), le non entendant porte une déficience qui peut être réparé. Selon lui, la déficience est une maladie. La gravité de la de déficience dépend de la capacité de la société à la réduire, à l'aider ou à soulager. On peut comprendre que la déficience entraîne le handicap. Suivant cette idée, Fougeyrollas (1998, 2010) parle du handicap de situation, il montre que l'environnement des non entendants est constitué des obstacles (pensée négative sur la déficience auditive, le non-respect de la culture de ceux-ci, etc.). On peut donc comprendre avec Fougeyrollas que le cadre thérapeutique c'est à dire l'environnement médical peut être amélioré pour récompenser la déficience.

Selon (Mottez (1978) et Dagon (1995), la résolution des problèmes de communication que rencontrent les non entendant repose sur l'amélioration de l'environnement médicale en technique de communication (Visio-gestuelle). Cette amélioration consiste également à sensibiliser le personnel médical sur la culture des non entendants, sur le fait qu'ils entendent avec les yeux et parlent avec les mains. Une utilisation des images à la place des écrits crée un climat favorable entre le thérapeute et son patient. Suivant la même idéologie, Fougerollas (1998,2010) montre que le handicap est situationnel et affecte les habitudes de vie de celui qui est en situation de handicap. Une amélioration des obstacles qui sont à l'origine du handicap favorise la participation active de celui-ci dans les activités quotidiennes de la vie.

En effet, l'amélioration de l'environnement passe par la formation du personnel sur les processus d'intervention à l'égard des patients non entendants. Ceux-ci contribuent à la qualité de la prise en charge du patient non entendant et réduit le stress pendant la consultation médicale.

Le système de santé a prévu l'intervention d'un interprète, cette tierce personne (interprète) qui s'invite dans la relation médicale thérapeutique a pour objectif de retranscrire les dires du patient non entendant ainsi que ceux du médecin. Il est probable que la présence de ce dernier compromette l'intimité de la relation thérapeutique et même la fiabilité des informations. (Dagon, 2008). Car, le patient étant motivé par un désir et une volonté de donner du sens à son expérience, va préférer dire rien que ce qui ne semble pas trop lié à son intimité. Or, d'après Jacob (2013) l'échange de parole

pendant la consultation entraîne la confiance, favorise l'adhésion aux soins, la bienveillance l'écoute. Mais en présence d'une tierce personne, on observe l'inverse.

0.2.2. Position du problème

Au regard du paradoxe existant entre les faits empiriques, le quotidien des non entendants est bien souvent méconnu par le corps médical (Dagron, 2008).

Hesbeen (2011), considère que le premier objet de la prise en soin qui tient avec les non entendants est de réussir à créer des liens de confiance avec le patient par une approche relationnelle judicieuse et subtile. L'absence de l'audition crée un manque d'information qui provoque un certain nombre de désagrément ou de réaction, notamment anxiété et/ou angoisse pendant l'entretien médical. Selon Bourgon (1997) cité par Bruss (2006), « la principale conséquence est une argumentation de l'angoisse existentielle, inhérente à la condition humaine » (p. 22). Les non entendants présentent un mal-être singulièrement élevé. (Sitbon & richard 2013), les personnes non entendants sont régulièrement en détresse psychologique. Le personnel médical fonde leur attention sur le déficit neurosensoriel et le handicap de communication orale plutôt que sur la considération du non entendant étant qu'être humain comme les autres. L'information concernant les processus d'interventions (communication verbale, Visio gestuelle et iconique) à l'égard de ceux-ci est occultée par une méconnaissance du personnel soignant. Cette méconnaissance induit un manque de confiance des patients non entendants, augmente le stress et les entraîne dans la situation de handicap, (virole, 2000 & Fainzang, 2006).

Or, la confiance dans une relation médicale est essentielle pour que le patient se sente complètement à l'aise et aborde tous ses sentiments et ses émotions. Cette confiance permet de revivre des frustrations, des désirs ou des colères, accumulés dans l'inconscient et qui influencent le comportement actuel du patient. Il s'agit là d'une projection des émotions et des sentiments du patient sur son thérapeute. Les difficultés communicationnelles selon Meynard (1998,2002) et Dalle-Nazébi (2008), éloignent les patients non entendants du milieu médical. L'accès au langage est plus difficile. Le sentiment d'incompréhension, la crainte du regard des autres et le fait de se voir reprocher son incompréhension sont des obstacles à l'efficacité de la prise en charge des patients non entendants.

Les patients non entendants éprouvent de véritables difficultés dans toutes les étapes du processus thérapeutique (accueil, consultation, réalisations, examens, hospitalisation, l'interprétation des ordonnances médicales et la réalisation des soins). Il se pourrait que ces difficultés soient dues aux décalages culturels. Car, les non entendant ont leur propre culture. Selon Mottez (2011) le personnel médical ignore la culture des non entendants et ce

decalage culturel entraine des consequences sur le plan communicationnel. C'est ainsi que ce problème de communication nous amène à la question de recherche.

0.3. QUESTION DE RECHERCHE

0.3.1 Question principale de recherche

La question : « Comment les processus d'interventions à l'égard des patients non entendants rendent-ils l'efficacité thérapeutique ? ».

0.3.2. Questions spécifiques de recherche

En lien avec nos objectifs et la question principale de recherche qui est élaborée de la manière suivante : « Comment les processus d'interventions à l'égard des patients non entendants rendent-ils compte de l'efficacité thérapeutique ? ». Cette question nous amène à formuler les questions spécifiques :

Question spécifique 1 : Comment la communication verbale rend-elle compte de l'efficacité thérapeutique ?

Question spécifique 2 : Comment la communication non verbale, visuo gestuelle rend-elle compte de l'efficacité thérapeutique ?

Question Spécifique 3 : Comment la communication iconique rend-elle compte de l'efficacité thérapeutique ?

0.3.3. Objectifs de l'étude

0.3.4. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de ce travail de recherche vise à examiner comment les processus d'interventions tels que, la communication verbale, la communication non verbale, la communication iconique à l'égard des sujets non entendant rendent compte de l'efficacité thérapeutique.

0.3.5. Objectif spécifique de l'étude

Plus spécifiquement cette étude vise à :

Objectif spécifique 1 : appréhender comment la communication verbale rend compte de l'efficacité thérapeutique.

Objectif spécifique 2 : comprendre comment la communication gestuelle rend compte de l'efficacité thérapeutique.

Objectif spécifique 3 : saisir comment la communication iconique rend compte de l'efficacité thérapeutique.

0.4. ORIGINALITE ET PERTINENCE DE L'ETUDE

0.4.1. Originalité de l'étude

L'éducation spécialisée est un domaine du travail social qui place la relation éducative au centre de son action. Elle comprend de multiples champs d'intervention comme le handicap, l'aide sociale à l'enfance et à la lutte contre l'exclusion sur tous les formes. Au détour des conversations avec plusieurs de nos confrères, personnel de santé, amis et famille au sujet de la consultation en milieu hospitalier. Il se trouve que les sujets non entendants dans se millieu rencontre les difficultés communicationnelles quand ils sont devant un personnel sanitaire ne maitrisant par la langue des signes. Cela nous a permis de relever deux choses majeures : la langue française est pleine d'expressions péjoratives sur la surdité et aussi bien le corps médical que la société a une vision déformée de la surdité. Ainsi, à cause de la barrière communicationnelles, les non entendants ne semble pas participer de manière active pendant la consultation.

La revue de la littérature de cette recherche présente la communication comme un ensemble de schémas et de valeurs communément admis qui construit une représentation sociale. Une pléthore d'écrits existe sur le handicap auditive et même sur l'éducation des personnes en situation de handicap en général à l'instar de ceux Banindjel (2020) ; Banindjel (2021), Mengue et monique (2021), etc. Les études particulièrement réservées au handicap sensoriel en milieu hospitalier au Cameroun sont peu nombreux. Olive et ol. (2021) ont travaillent sur l'aspect épidémiologique d'un groupe d'enfant sourd au Cameroun, pour eux, le retard de langage est une pathologie socialement invalidante altérant de manier considérable la communication avec autrui. Mossus et ol (2021) décrivent le profil clinique des enfants déficients auditifs. Andjock et ol. (2022) ont plutôt présenté l'aspect épidémiologique des troubles de l'audition. Nous sommes donc partir des travaux de ces auteurs pour relever les difficultés que les patients non entendant rencontre en milieu hospitalier. Difficultés communicationnels entre thérapeute et patients non entendant. Or ces difficultés ne semblent pas être abordées par ces auteurs.

Pourtant, l'accessibilité aux services de santé renvoie de façon générale à l'accès aux soins de santé, à la promotion de l'offre de service de santé qui permet à l'individu de mieux maitriser les déterminants de la santé et d'améliorer son  tat. Ces écrits présentent pour la plus part vise à recenser le nombre de personne qui vivent avec la déficience auditive au Cameroun et qui arrive à l'hôpital. Il semble s'appuier sur ce qui est déficient chez le patient sourds. Ce travail de recherche traite l'aspect communicationnel et psychologique des patients non entendant dans le milieu hospitalier et médical et propose une nouvelle appellation de la surdité dans le milieu médicale. On parlera désormais de non entendants. Cet aspect que cette étude traite s'appuie sur les processus d'intervention qui tentent de pallier cette difficulté commençant par la nouvelle appellation (non

entendant ou personne en situation d'handicap auditif). Ces processus permettent de mettre le point d'honneur sur la problématique de l'accès participative aux soins de santé des patients non entendants passant par le respect de la langue de ceux-ci.

L'absence de formation uniformisée pour exercer cette profession ne permet pas de garantir la qualité des interprétations. Celle-ci peut aussi être compromise par le manque de connaissances du vocabulaire médical. La difficulté à maintenir un rôle neutre lorsque les formulations, les capacités linguistiques et les aspects culturels interfèrent avec le message lui-même. Face aux inconscients collectifs qui font persister des préjugés, des idées reçues, des représentations sur la personne non entendant en milieu hospitalier. Ce travail de recherche met en exergue une médecine inclusive à travers une consultation silencieuse passant par les processus de communication partagé entre le thérapeute et le patient.

Au-delà de la pratique des soins, elle propose d'adapter la communication gestuelle qui fait partir des modalités langagières des non entendants. Elle propose d'inscrire les processus d'intervention (communication verbale, gestuelle, et iconique) dans le programme scolaire des élèves médecin, infirmière bref de tout le personnel de santé pour aboutir à une médecine inclusive. Sur le plan de la prise en charge proprement dite, les processus d'intervention vont aider le thérapeute à se prêter au discours du patient. Les patients non entendants ont droit à la santé et doivent cependant être libres, dire ce qu'ils ressentent pendant la consultation. Pour garantir un droit égal à la santé pour tous, dans le respect de la différence de chacun, cette étude met en exergue les nouvelles pistes. Accueillir et soigner en la langue du patient doit être privilégié pour favoriser l'efficacité thérapeutique.

0.4.2. Pertinence de l' étude

La pertinence de ce sujet de recherche se révèle au niveau scientifique, social et professionnel. Ce sujet a un intérêt dans l'éducation spécialisée (EDS). L'EDS est un programme dédié aux professionnels de santé, aux agents sociaux, aux enseignants, etc., ils ont besoin des outils pour la prise en charge des personnes à besoin spécifique. Ce sujet de recherche relève les variables qui favoriseraient l'exclusion des personnes en situation de handicap cas des « patients non entendants », variable qui pousserait le sujet non entendant à des comportements négatifs issus de la barrière communicationnelle. Il intervient dans la réinsertion sociale en accompagnant les non entendants en milieu médical et hospitalier.

Cette étude permettra de fournir à la littérature scientifique les informations sur les processus d'interventions à l'égard des patients non entendants afin de favoriser leur accessibilité et leur prise en charge dans le milieu hospitalier et médical. Elle s'inscrit dans le champ scientifique de la

psychologie de la perception, du langage et celle des processus cognitifs qui sont tour à tour appelés à rendre compte des phénomènes découlant de la surdité et de ses conséquences sur le sujet. Ces difficultés suscitent toutefois quelques réflexions :

La première concerne les manières de dire la santé en langue des signes visuelles. Elle peut donner à voir ce dont on parle, mettant mal à l'aise les professionnelles de santé paradoxalement peu habitués à ce manque de distance. Le deuxième type de réflexion porte sur la formation du personnel de santé au processus d'intervention à l'égard des patients en situation de handicap auditif en milieu hospitalier. Cette formation favorise l'autonomie des personnes accompagnées en les aidants à s'autonomiser dans le milieu médical. La mise en évidence des processus d'interventions (communication verbale, gestuelle et iconique) accompagne l'émergence de la différence culturelle dans le dialogue entre personnel de santé et patient non entendant. Barry et al (2001), dans une approche alliance linguistique, psychologie et anthropologie, analysent des consultations médicales. Ils reprennent le concept de « voix » aux sociolinguistes Silverman et Torode (1980). Selon la formule de Mishler, la voix est la réalisation par le langage d'un ordre normatif implicite. En d'autres termes, la voix est une « structure de sens » transmise par le langage.

Dans le cadre d'une consultation médicale, entre personnel de santé et patient en situation d'handicap auditif, deux voix entrent (ou non) en dialogue : les voix de la biomédecine (ou de la culture biomédicale) et du monde vécu. La voix du monde vécu est l'expression de l'expérience telle que la vit le patient. La voix biomédicale à travers les processus d'intervention vise à mieux connaître la malade et mieux poser un diagnostic guérir ou prévenir la maladie. En biomédecine le thérapeute va expliquer au patient malade et va pouvoir la classer dans la liste des maladies connues. Ce travail de recherche permet au patient en situation de handicap auditif en plus du cadre médical, de s'arrimer à des pratiques quotidiennes, comme les campagnes de santé publique, les soins de santé primaires et communautaires.

Elle va favoriser leur intégration psycho-sociale leur permettant de réaliser leur potentiel. Elle vise également à réduire le stress, la stigmatisation que rencontrent ceux-ci. En outre, cette recherche en insistant sur les processus de communication, vient déconstruire les préjugés sociaux sur la déficience auditive car le handicap auditif n'entache pas les fonctions intellectuelles (Lacan, 1973). La prise en charge des patients non entendants à travers la langue du patient a été évoquée pour la première fois par Dagrón (1995), montrant que la création des unités d'accueils en langue permet aux patients non entendants d'exprimer leur ressenti. Bien plus, les processus d'intervention doivent constituer une image de la pensée pour faciliter l'échange communicationnelle entre le patient non entendants et son consultant. L'amélioration des soins, de la qualité de soins et de prise

en charge des non entendant favorise une meilleure efficacité thérapeutique. L'utilisation de la communication verbale, gestuelle, et iconique influence l'efficacité thérapeutique.

Les processus d'interventions à l'égard des sujets non entendant pourront avoir une porte dans les hospitalisations d'urgence car ceux-ci ne seront plus totalement à risque. La consultation silencieuse entre thérapeute et patient non entendant va permettre à chaque interlocuteur de s'épanouir. Le constat des difficultés de communication pratique et l'impression de moins bien prendre en charge cette population à cause de la barrière de la langue nous a fait prendre conscience de la problématique sourde. De là, sont nées des préoccupations et des questionnements sur la santé de cette population et l'idée d'en faire un sujet de mémoire a émergé.

Face aux difficultés d'accès et de continuité des soins courants pour toutes les personnes en situation de handicap auditive, l'offre de soins, aux pratiques professionnelles, à l'appréhension des soins par les personnes ou leur entourage, les processus d'intervention tentent de réduire le retard aux soins. Des retards et des besoins de soins alourdis du fait d'un état de santé altérée, due à une réelle dégradation de la qualité du parcours de soins et de vie. En effet, le manque d'informations adaptées à la déficience auditive et l'incapacité d'accéder au savoir spécifique qui en découle, notamment dans les domaines de la physiologie humaine, la sexualité, les pratiques préventives ou favorables à la santé et les pathologies, sont à l'origine de multiples erreurs dans la compréhension et donc leurs capacités à appliquer ce qui est bien pour eux en matière de santé.

0.5. DELIMITATION CONCEPTUELLE ET EMPIRIQUE DE L'ETUDE

0.5.1. Délimitation conceptuelle de l'étude

Quatre concepts forment le socle de ce travail de recherche : Déficience auditive, efficacité thérapeutique, communication personnel médical.

0.5.1.1. Déficience auditive

Selon l'OMS (2021), une déficience auditive implique une insuffisance ou un problème de fonctionnement des organes de l'audition, qui peut aller de la simple gêne à la perception de son jusqu'à une absence totale de l'audition. Il peut donc s'agir d'une perte complète ou partielle de l'audition. Du point de vue médical, la déficience auditive est une caractéristique de la personne non entendante ou sourde c'est-à-dire une personne qui a perdu la totalité de ses capacités auditives. L'OMS parle de déficience auditive lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 20 dB ou mieux dans les deux oreilles. La déficience auditive peut être légère, moyenne, sévère ou profonde. Elle peut toucher une oreille ou les deux et entraîner des difficultés pour suivre une conversation ou entendre les sons forts. Les personnes non entendantes souffrent généralement d'une perte d'audition profonde, ce qui veut dire

qu'elles n'entendent plus ou pratiquement pas. Elles communiquent généralement par la langue des signes.

D'après Dagrón (1995) un non entendant est une personne qui manque d'organe d'audition (l'ouïe). Ils sont appelés déficients auditif ou sourds. La déficience auditive selon lui, indique une atteinte de la capacité à percevoir les sons pouvant toucher une oreille ou les deux. Elle peut être partielle (malentendante), totale (surdité) bilatérale ou unilatérale. Dagrón distingue différents types de déficiences auditives selon la localisation de l'atteinte, le degré de la perte auditive et l'âge d'apparition de la déficience (de la naissance ou tardive). Les termes déficience auditive, surdité indiquent une atteinte de la capacité à percevoir les sons. Cette atteinte peut toucher une oreille ou les deux. Selon Dagrón (2008), ces déficiences auditives s'accompagnent souvent d'acouphènes ou d'hypersensibilité au bruit, peu connues, dont le manque de traitement efficace entraîne des conséquences importantes en matière de retentissement physique et moral, d'autant que cela aggrave le déficit auditif concomitant.

La déficience auditive est définie comme un trouble de l'audition, plus ou moins sévère, d'après Sebant-lefebvre et Toffin (2008). Pour eux, elle n'est pas toujours curable médicalement ou chirurgicalement, elle n'est pas considérée comme une maladie mais représente un handicap (Dumont, 2008; Seban-lefebvre et Toffin, 2008). Nous pouvons donc définir la déficience auditive comme étant une atteinte à l'audition d'une personne c'est-à-dire, lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale. Ces personnes peuvent utiliser l'oralité, l'écrit ou la langue des signes selon leur volonté et leurs possibilités pour se faire entendre. Elles ne s'entendent pas parler mais perçoivent la voix par des vibrations. Elles compensent leur handicap par l'oralité de façon majoritaire mais insistent pour dire que le mode de communication utilisé reste un choix personnel qui peut être multiple et doit pouvoir s'imposer à autrui. On peut donc retenir que la déficience auditive peut être une atteinte de la capacité à percevoir les sons pouvant toucher une oreille ou les deux. Elle peut être partielle (malentendante) ou totale (surdité), elle peut être de transmission ou de perception, innée ou acquise.

0.5.1.2. Efficacité Thérapeutique

L'efficacité Thérapeutique est un concept utilisé en médecine elle est centrée sur les modes somatiques d'attention particuliers constitués culturellement. Il apparaît possible de définir l'efficacité en termes de réduction de symptômes ou même d'amélioration de l'état psychologique. Selon Strupp (1980), l'Efficacité thérapeutique est une amélioration de l'état du patient. Selon lui (1980). L'efficacité thérapeutique dépend de l'existence des standards, lesquels sont jugés et mesurés. Ces standards englobent toute la conception de la santé qui prévaut dans une société. D'après l'OMS (2020), l'efficacité thérapeutique se caractérise par les changements positifs par

rapport aux symptômes et à l'amélioration du niveau de bien-être, présenté par le patient depuis le début du traitement. Pour (Kazdin, 1994), une thérapie est efficace lorsqu'elle permet d'observer une amélioration dans le fonctionnement social et une diminution de l'ensemble ou de plusieurs symptômes présents au départ par un patient.

Il se pourrait donc que l'efficacité thérapeutique est une amélioration mesurable, immédiate ou retardée, transitoire ou définitive, de l'état de santé ou du bien-être d'un sujet en rapport avec l'utilisation d'un médicament et, à priori, explicable par une ou plusieurs de ses propriétés pharmacologiques. Selon Moreau et *al.* (2016), l'efficacité thérapeutique repose sur l'effet médecin, elle est caractérisée par le changement de comportement du patient. Pour eux, l'efficacité thérapeutique se caractérise par la modification des conduite de vie afin d'éliminer ou atténuer les symptômes perturbateurs. Elle désigne la capacité d'une thérapie à produire des résultats projetés. En fait, une thérapie est dite efficace lorsqu'elle permet à un patient de retrouver sa santé et/ou le rapprochant à un bien-être physique, mental et social. Ainsi compris dans le sens d'un processus thérapeutique.

D'après Balin (1970), l'efficacité thérapeutique est la capacité pour le médecin de créer une relation avec le malade et lui apporter des nouvelle idées sur les perceptions qu'a le patient. L'efficacité thérapeutique est attribuée à la qualité de cette relation médecin malade par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la conviction etc.

0.5.1.3. La Communication

Les termes « communiquer » et « communication » sont des termes plus anciens « communier » et « communion » du verbe latin *communcare* qui signifie selon la définition qu'en donne le Gaffiot : « mettre ou avoir en commun ». Étymologie : du latin *communicare*, mettre en commun, faire partage, dérivé de *communis*, commun. Ainsi, la communication est l'action de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un ou, s'il y a échange, de les mettre en commun (ex : le dialogue). Le mot communication désigne aussi le contenu de ce qui est communiqué (ex : avoir une communication urgente à faire) ou le fait d'être en relation avec quelqu'un (ex : couper une communication) selon Joliot (2001).

Selon Jakobson (1969), l'activité de la parole engage un locuteur (qui envoie le message), un message (le discours à transmettre), un destinataire (qui reçoit le message) , un code (la langue), le contact (la liaison physique et psychologique entre l'émetteur et le récepteur) et le contexte, qui désigne les conditions sociales. À travers ce modèle de communication, le corps se présente comme une entité vécue de soi où apparaissent trois aspects étroitement liés. Pour lui ; la communication englobe les différents facteurs intervenant à chaque situation Jakobson, associé à

une fonction bien particulière de la communication expressive, rattachée à celui qui parle. Il s'agira des sentiments ou des mimiques par exemple. Conative : liée à l'influence, et qui permet à l'émetteur d'agir sur le récepteur. Phatique : par laquelle le contact est maintenu. Métalinguistique : associée au code.

Elle intervient notamment lorsque deux interlocuteurs utilisent un langage pour expliquer un autre langage référentiel : qui permet de dénoter le monde qui nous entoure. Poétique : qui se rapporte à la forme du message quelle qu'il soit. Il existe plusieurs formes de communications : La communication verbale, communication non verbale et la communication iconique. Il apparaît donc que la communication est l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (ton de la voix, gestuelle, regard, image...)

D'après Watzlawick (1984), la communication repose sur des interlocuteurs qui réagissent les uns sur les autres. Elle distingue deux types de communication : La communication digitale (analytique, logique, et précise), elle est utilisée pour expliquer et interpréter les avis elle utilise les codes verbaux, la communication analogique c'est-à-dire affective, plus floue, utilise des symboles, c'est une communication comprise de tous. Cette communication-là est essentiellement non verbale. Il apparaît ainsi évident que la différence principale entre les formes de communications est l'utilisation du langage pour se faire comprendre. Il s'agit ici de la communication co-verbale, c'est le geste qui accompagne la parole (Collignon, 2014).

La communication verbale est basée sur la langue (dans toutes ses formes), le langage corporel, l'écriture, le geste et le code. Au contraire, la communication non-verbale correspond à tous les signaux visibles émis par une personne, consciemment ou non, le langage corporel, les gestes, les mimiques, la posture et les mouvements. Et quant à la communication para verbale, elle inclut le ton de la voix, le débit de parole. On peut donc comprendre que la communication verbale et non verbale sont étroitement liées. Même lorsque nous voyons notre interlocuteur, le ton de sa voix ou son débit de parole nous permettent de nous faire une idée de sa personne et de son humeur.

0.5.1.4. Personnel Soignant

L'hôpital est constitué du personnel de santé, on parle du personnel médical pour désigner de façon particulière le médecin mais dans ce mémoire on parle de tous ceux qui interviennent dans le domaine de la santé. Ces professionnels ont en commun la prise en charge de la santé et du bien-être corporel et psychique du patient. De ce fait, l'expression personnelle médicale regroupe les médecins proprement dit, mais aussi les biologistes, les orthodontistes et les pharmaciens, tous docteurs. Selon l'encyclopédie médicale (2020), on a deux catégories de

personnel de santé, ceux s'occupant directement des patients : le personnel médical et le personnel soignant.

Personnel médical : c'est un ensemble des médecins travaillant dans un établissement de soins. De ce fait, l'expression personnelle médicale regroupe les médecins proprement dit et tout le corps de cette profession. **Personnel soignant :** C'est, l'ensemble du personnel salarié non médical qui soigne les patients, autrement dit avant tout les infirmières (IDE) et les aides-soignantes (AS). Dans les services de soins, comme les psychologues, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, les auxiliaires de puériculture en pédiatrie, et dans les services dits médicotéchniques, comme l'imagerie médicale, qui emploie des manipulateurs radio, ce personnel est très régulièrement avec le patient. Selon le Dictionnaire médical (2021). Soignant ou médical et le personnel son un nombre de professionnels qui travaillent à améliorer l'état de santé des patients. Selon l'OMS (2013), un personnel soignant est un diplômé ayant été autorisé l'également (agrégé, diplôme d'État) à exercer après examen par un comité national d'examineur et ayant fait une formation de 3 ans et plus dans une école possédant toutes les compétences requises pour former.

0.6. DELIMITATION EMPIRIQUE

0.6.1. Point de vue spatial

Sur le plan géographique, cette étude s'est faite dans la ville de Yaoundé capitale politique du Cameroun et elle s'est déroulée dans deux centres : Le CNRPH qui est un élément clé du dispositif institutionnel de mise en œuvre de la politique de lutte contre l'exclusion sociale et de solidarité nationale du président de la République. Cette structure est sous la direction de M. Manga Alexandre, Directeur Général du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger (CNRPH) nommé début le 18 juin 2018 par le décret présidentiel. Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER(CNRPH) est un établissement Public Administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle technique du Ministère chargé des Affaires Sociales et sous la tutelle financière du Ministère chargé des Finances.

Le CNRPH est situé dans la Région du Centre, précisément à la périphérie Ouest de la ville de Yaoundé (Capitale politique du Cameroun), Département du Mfoundi, Arrondissement de Yaoundé VI, Quartier Etoug-Ebe, dans un domaine qui s'étend sur une superficie de neuf (09) hectares environ. Il est constitué de plusieurs bâtiments, une piscine, un terrain de basket-ball, des aires de jeux et des espaces verts. Toutes les activités menées au CNRPH concourent à la réhabilitation et à la reconversion des personnes handicapées. Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées a été créé en 1971 par un prélat de nationalité canadienne, le Cardinal Paul Emile LEGER. Il a été inauguré le 15 janvier 1972 par le Président de la République Fédérale

du Cameroun, Son Excellence EL HADJ HAMADOU AHIDJO comme Œuvre Sociale Privée dénommée « Centre de Rééducation de Yaoundé » (CRY).

D'autre centre dans lequel s'est déroulée cette étude est l'hôpital de district de Biyem-Assi, qui est situé dans l'arrondissement de Yaoundé 6, il s'inscrit parmi les structures sanitaires de la capitale camerounaise où il fait bon de se rendre. L'hôpital de district de Biyem-Assi créé en 1992, est situé au quartier Biyem-assi, Yaoundé 6. C'est en 1989, que l'hôpital de district de Biyem-Assi voit le jour, avec pour principal objectif de rapprocher les structures sanitaires des populations des quartiers Biyem-assi, Etoug-Ebe, Melen, Mendong... entre autres. À ce jour et grâce à l'amélioration du plateau technique mais aussi du service, l'hôpital a déjà reçu près d'un million de patients venant même de quartiers plus éloignés et compte 17 spécialistes. L'hôpital de district de Biyem-Assi est un hôpital qui compte près de 250 personnes toutes catégories confondues, avec une douzaine de spécialistes, une quinzaine de médecins généralistes.

Le reste constitué du personnel d'appui. Cette structure est sous la direction du Dr Daniel Ekoua cardiologue Directeur. Grace aux nombreuses prestations faites, cette structure qui a sa place au deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Cameroun. Cette structure sanitaire prône la médecine inclusive depuis l'année dernière.

0.6.2. Point de vue temporel

La recherche s'adresse aux patients non entendants en milieu hospitalier. D'après l'OMS l'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu. C'est aussi un centre d'enseignement. De manière générale, l'hôpital est un établissement de soins où un personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victimes de traumatismes. Cette structure intervient au moyen de l'échange communicationnel et reçoit aussi les patients non entendants.

Amoros, et al, (2014) abordent la question d'un dispositif favorisant l'accès aux soins des patients non entendants. Pour eux, les postes clés de la société (santé, justice, administration) sont gérés par des entendants. Les progrès scientifiques centrés sur la réparation (audioprothèses, implantations) et sur la rééducation orthophonique, mais aussi l'hétérogénéité territoriale des dispositifs éducatifs (éducation oraliste contre le bilingue) et le type de surdité (Sourd issus de familles Sourdes, Sourds post-linguaux) sont des clivages, parfois stigmatisants. Tous ces éléments scindent la communauté en catégories plus ou moins nettes au tour du biculturalisme, du bilinguisme, de l'implantation, de l'oralisme, de la LSF.

Mottez (2006), décrit exhaustivement les difficultés d'accès aux soins des Sourds, et déplore leur retard d'intégration des messages d'informations à caractère sanitaire du fait de l'utilisation exclusive du français. Il part d'un point de vue sociologique et s'appuie sur la lettre majuscule pour définir les sourds. « Sourds » avec un « S » majuscule, désignera pour lui les populations, l'identité culturelle de la communauté Sourde. Il doute de l'efficacité diagnostique et thérapeutique des soins qui leur sont dispensés. Il s'appuie sur la loi Européenne et Française de 1888 à 1991 accordant aux parents d'enfants non entendants le choix d'une éducation bilingue. Il milite pour la reconnaissance de la langue des signes (LS). Pour lui, La personne non entendante devient forte de sa propre langue qu'elle a acquise comme la base des processus d'apprentissage ; il pense qu'à travers cette langue la personne sourde appartient à une communauté et à une identité culturelle. Pour lui, la majorité d'actes dans le milieu médical obligent les patients en situation de handicap auditif à communiquer et à négocier dans la culture dominante.

Pour Dagon (2008), le monde de la surdité est structuré par un conflit de valeurs entre médecins et patients. Il part du fait que les patients en situation de handicap auditif n'ont pas accès aux soins de santé primaire. Il met en évidence l'inquiétante carence de soins subis par cette population par la non maîtrise de la langue des signes. Il milite pour la création des unités d'accueils des soins pour les sourds. En montrant la nécessité des unités d'accueil hospitalier pour cette communauté, il pense que la création d'une unité des soins, constituée de médecins généralistes maîtrisant la langue des signes pallie aux les difficultés que rencontrent les sourds en milieu hospitalier.

Cole et Cantero (2015) abordent la question de l'autonomie des patients non entendants pendant les soins. Ils partent du fait que les patients sourds souffrant d'une maladie mentale font face à un double stigmatisation, celle de la maladie et celle de la surdité.

Pour eux, les patients non entendants représentent une population fragilisée quant à l'accès aux soins. L'intervention médicale au sein de cette population fait face aux préjugés qui imprègnent le professionnel de la santé au sujet de la surdité. Leur objectif est de rendre autonome et réduire la stigmatisation des patients en situation de handicap auditif pendant la consultation médicale.

On comprend donc que la surdité influence les perceptions de la santé ainsi que les rencontres entre patients et médecins. Ce contour provoque des sentiments d'insatisfaction au sein de la communauté sourde vis-à-vis du système de soins qui pose encore des problèmes. En effet, si bon nombre d'interprètes sont excellents, qu'en est-il du secret professionnel ? Les échanges collectifs constituent ici un agent stressant beaucoup plus qu'un moyen de résolution de problèmes. La négation sociale des aspects culturels liés à la surdité et la construction des Sourds comme des êtres

handicapés conduisent à leur marginalisation. Ainsi l'existence d'une rupture de communication entre Sourds et entendants, et les parcours de vie que cela dessine, contribuent à fragiliser des sourds.

0.7. PLAN DE PRÉSENTATION DU MÉMOIRE

Au terme de l'introduction générale de ce mémoire faisant office de problématique, il convient de préciser qu'une organisation en cinq chapitres permettra d'explicitier cette recherche. Le chapitre 1 permet de comprendre la déficience auditive et l'efficacité thérapeutique. La fin de ce chapitre sera consacrée à la théorie de Fougerollas (2010) expliquant la situation de handicap. Le chapitre 2 traite de la problématique des processus d'intervention à l'égard des patients non entendants. Dans ce chapitre nous présenterons les différents processus d'intervention en milieu médical et plus précisément chez les patients non entendants, les différents modes de communications avec les patients non entendant pendant les soins, la théorie expliquant l'efficacité thérapeutique.

Le chapitre 3 est consacré à la méthodologie de l'étude. Dans ce chapitre, il sera question de rappeler la question de recherche, de définir les variables de l'étude, de formuler les hypothèses de recherche, de définir le type de recherche, la population de l'étude, le mode de recrutement des participants, la technique et l'instrument de collecte des données auprès des participants de l'étude. Au chapitre 4 les résultats issus du terrain seront présentés sous forme de récit de vie et analysés à l'aide de la technique d'analyse de contenu thématique. Le chapitre 5 permettra d'interpréter ces résultats à la lumière du cadre théorique convoqué dans cette étude. Ces interprétations déboucheront sur des perspectives théoriques.

**CHAPITRE 1 : DÉFICIENCE AUDITIVE ET
EFFICACITE THERAPEUTIQUE**

La façon dont les êtres humains perçoivent le monde qui les entoure passe par des expériences sensorielles. Parmi tous les sens, c'est essentiellement l'ouïe qui facilite la communication et qui favorise les interactions sociales, permettant aux gens d'entrer en relation, de prendre part aux activités du quotidien, d'être avertis du danger et de faire l'expérience des événements de la vie. Dans le présent chapitre nous allons présenter la déficience auditive, les bases anatomiques de l'oreille ; la bio physiopathologie de l'oreille d'une part et d'autre part nous allons présenter la déficience et handicap auditif. Nous parlerons par la suite de la prise en charge sanitaire personnes non entendants, de leur efficacité thérapeutique suivi de la théorie explicative.

1.1. DEFICIENCE AUDITIVE

Qu'est-ce qu'être non entendant ou déficient auditif ? Chaque personne déficiente auditive a sa propre identité, sa propre histoire et sa propre conscientisation de la déficience. En effet, la déficience auditive prend de nombreuses formes différentes, qui conditionneront chacune par un moyen de communication. La déficience auditive se manifeste par différentes formes allant de la gêne (acouphènes) à la surdité complète. La perte d'audition est avérée lorsque le seuil d'audition (niveau à partir duquel une personne commence à percevoir un son) qui est de 20 dB (seuil normal compris entre -10 et 20 dB) est touché. Cette perte d'audition peut être légère, moyenne, sévère ou profonde et peut toucher une seule ou les deux oreilles (recommandation BIAP, 1996).

Le BIAP définit une nouvelle classification audiométrique (recommandation BIAP 02, 1996). La perte auditive moyenne est calculée, en audiométrie tonale, sur les fréquences conversationnelles classiques, adoptées par l'OMS (2014), à savoir : 500, 1.000, 2.000 et 4.000 Hz. La somme étant divisée par quatre. Toute fréquence non perçue est comptée à 120 dB de perte. On distingue différents types de déficiences auditives selon la localisation de l'atteinte, le degré de la perte auditive et l'âge d'apparition de la déficience (de la naissance ou tardive).

Le calcul se fait pour chaque oreille séparément et la déficience auditive est définie à partir du chiffre obtenu pour la meilleure oreille, (OMS, 2014). L'audition est dite normale ou sub-normale lorsque la perte auditive moyenne est inférieure 20 dB. Cette perte n'entraîne pas de problème de perception de la parole et n'a pas d'incidence sociale. La déficience auditive est dite légère lorsque la perte auditive moyenne se situe entre 21 et 40 dB. La parole d'intensité normale est perçue mais certains éléments phonétiques peuvent échapper à l'enfant. Les bruits familiers sont perçus. La déficience auditive est dite moyenne lorsque la perte auditive moyenne est comprise entre 41 et 70 dB. Deux groupes sont différenciés :

- 1er degré : perte tonale moyenne entre 41 et 55 dB.
- 2e degré : perte tonale moyenne entre 56 et 70 dB.

La perception de la parole d'intensité normale est difficile. La parole est perçue à voix forte ; près de l'oreille. En l'absence d'appareillage, des difficultés sont observées. Quelques bruits familiers, plus ou moins forts, sont encore perçus. L'appareillage, ainsi que le traitement orthophonique, sont nécessaires. La déficience auditive est dite sévère lorsque la perte auditive moyenne est de 71 à 90 dB. La parole n'est perçue qu'à très forte intensité, et de nombreux éléments acoustiques ne sont pas perceptibles. Les bruits puissants sont encore perçus. L'appareillage et le traitement orthophonique sont indispensables. Deux groupes sont différenciés :

- 1er degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 71 et 80 dB.
- 2e degré : la perte tonale moyenne est comprise entre 81 et 90 dB. La présence de restes auditifs permet un certain contrôle de la voix. Dans la déficience auditive dite profonde, trois groupes sont différenciés :
 - premier groupe : la perte moyenne est comprise entre 91 et 100 dB.
 - deuxième groupe : elle est comprise entre 101 et 110 dB.
 - troisième groupe : elle est comprise entre 111 et 119 dB.

1.2. CARACTERISTIQUE DE LA DEFICIENCE AUDITIVE

Les déficiences auditives profondes peuvent entraîner, si l'on n'y prend garde une mutité secondaire chez les personnes qui en sont atteints. La maîtrise de la lecture labiale leur est indispensable lorsqu'il s'agit de percevoir et comprendre avec quelque aisance les messages parlés. Vinter (1994) avait montré les limites des anciennes classifications du BIAP dans l'émergence du babillage chez l'enfant non entendant. Les progrès, en matière d'appareillage et d'adaptation des méthodes d'entraînement auditif, transforment l'image traditionnelle des capacités perceptives des sujets appartenant au groupe des surdités profondes.

Dans les surdités profondes, une différence de 5 dB en plus ou en moins change de façon spectaculaire le comportement de celui-ci ainsi que sa relation à l'acoustique et au langage verbal. Bien évidemment, les difficultés de réception et de production de la parole sont d'autant plus prononcées que la perte auditive moyenne est élevée, et le traitement doit être ajusté en conséquence. Dans le cas des déficiences auditives profondes du troisième groupe, l'apport d'information assuré par les prothèses est faible. Rappelons, enfin, la rareté des surdités dites totales ou cophoses (entre 2 et 4%) ; pour l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces surdités se définissent par l'absence de restes auditifs. Elle peut être de transmission ou de perception.

La surdité est dite de transmission quand elle résulte d'une atteinte de l'oreille moyenne et/ou externe. Ces surdités sont les plus fréquentes mais sont curables (Busquet & Allaire, 2005). La surdité est dite de perception quand elle résulte d'une atteinte de l'oreille interne ou du nerf auditif. Cette surdité, moins fréquente, est irréversible car les cellules ciliées sont détruites.

La déficience auditive peut survenir à la naissance ou se manifester au cours de l'existence. De ce fait, deux classifications existent. La déficience auditive est classées sur deux axes. Déficience auditive de transmission : le trajet du son est stoppé au niveau de l'oreille externe ou moyenne (pavillon de l'oreille, tympan ou chaîne des osselets). La cochlée (organe de l'audition en forme d'escargot) n'est pas touchée ; de ce fait, les déformations acoustiques ne sont pas très importantes et la perte auditive ne dépasse généralement pas 60 dB. Déficience auditive de perception : la plus fréquente, elle est due à une atteinte de l'oreille interne au niveau des cellules ciliées de la cochlée. Cela entraîne une perte de perception de la force du signal sonore et une déformation du message reçu, ayant pour conséquences des difficultés de discrimination du propos. La déficience auditive de perception implique souvent une surdité profonde entravant le développement ordinaire du langage oral.

Selon la date d'apparition de la déficience auditive. Elle peut être pré-linguistique ou pré-linguale, post-linguistique ou post-linguale. En effet, la déficience auditive pré-linguistique ou pré-linguale : la période pré-linguistique recouvre la première année de vie et permet à l'enfant de prendre connaissance de tous les sons qui l'entourent. Selon que la déficience auditive apparaisse avant ou après le stade de structuration du langage, elle aura une influence sur le développement de l'activité langagière orale. Quant à la déficience auditive post-linguistique ou post-linguale, la deuxième phase d'acquisition du langage permet l'élaboration du système langagier oral de l'enfant, à partir de l'écoute et de la reproduction des sons qu'il perçoit. L'audition et l'articulation étant intimement liées, l'enfant reproduit l'expression verbale qui l'entoure (Vygotsky, 1934). Cette période de « bain langagier » se déroule jusqu'à l'âge de 7 ans et est critique pour l'enfant non entendant.

1.3. DE LA SURDITE AU HANDICAP

LeBlanc (2006, 2008), dans son ouvrage intitulé « *le handicap ou le désordre des apparences* », explore les aspects importants de la vie sociale de manière à faire évoluer la prise en charge du handicap. De ce fait, la surdité est un problème de santé qui touche une grande partie de la population et pas uniquement les personnes âgées. Une baisse auditive est réellement gênante au quotidien et empêche de vivre normalement. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014), La surdité, qu'elle soit partielle ou totale, peut constituer un handicap. Parfois, malgré le port d'aides auditives, il reste difficile de vivre comme les autres. Mais tant que la surdité n'est pas constatée et reconnue de manière officielle, le handicap n'est pas confirmé. Elle n'est pas toujours curable médicalement ou chirurgicalement. D'après (Dumont, 2008) ; Seban-Lefebvre et Toffin, (2008), elle n'est pas considérée comme une maladie mais représente un handicap.

Pour Rannou (2021), la surdité en terme organique est un manque et par l'opposition à l'audition, sa portée anthropologique est aujourd'hui de plus en plus perceptible. Dagneaux (2016), faut-il réfuter la présence d'un handicap voire d'une d ficiance ou les deux réalités possible peuvent-elles se conjuguer ? Les non entendants appartiennent à une communauté minoritaire et ils ont une langue propre à eux il n'est pas donc possible de les considérer comme les handicapés. Pour Leblanc (2006), en plus des déficiences, le handicap est un fait social. Mais il pense que la situation est inappropriée car cela aurait été, par l'autorité légitime, un point de vue idéologique imposé de l'extérieur à la réalité un fait social s'étant naturellement construit.

La d ficiance est une expérience si particulière. Le sujet en situation d'handicap est dans une situation d'entre deux, (Arnold, 1981). Cette situation d'entre deux est adaptée par des anthropologues américains sous l'intitulé de la liminalité. En effet, les personnes déficiences sont placées en situation liminale. Cependant, le corps constitue un support des échanges. Dès qu'il est malmené, ces derniers sont perturbés, parfois réduits à leur plus simple expression, voire l'impossibilité. Le corps déficient ébranle les relations sociales, les biaise, les distorde. En conséquence, les personnes déficiences ne peuvent attendre que de menus bénéfices collectifs car elles repensent une atteinte à l'ordre social. Il se pourrait d'après Leblanc (2006), que la déficience auditive est un rappel de la nature qui heurte la culture. Comprise comme traumatisme, elle implique une modification des personnes qui en sont atteintes et des relations sociale qu'elles initient. Les personnes déficiences occupent une position inconfortable, puisqu'elles ne sont jamais totalement exclues, (Leblanc 2006 ; Goffman, 1963).

En effet, « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant », selon la loi du 11 février 2005, citée par Goasmat (2008). La surdité correspond au même handicap d'une personne à l'autre. Il n'existe pas une surdité mais bien des surdités. « Toute surdité est encore plus que pour toute autre pathologie un cas particulier tant s'imbriquent des paramètres divers » (Aimard et Morgon, 1996, p.5).

De même, de nombreux facteurs sont à prendre en considération quand nous parlons de surdité. Parmi ceux-ci, des facteurs intrinsèques et des facteurs extrinsèques qui sont analysables. Ces facteurs vont influencer le devenir de la personne handicapée, notamment concernant la maîtrise de son langage, de sa communication et son autonomie. Ainsi, l'influence du milieu influence le développement de la personnalité. L'attitude des entendants envers le non entendant peut donc influencer sa capacité à créer des liens avec eux ainsi que sa propre acceptation de son handicap.

Poirier(2005) dans son article « *La surdité entre culture, identité et altérité* » fait la distinction entre deux approches de la surdité : l'approche biomédicale et l'approche culturaliste.

Pour lui, la première approche est base sur le handicap et les limitations fonctionnelles de l'individu, sur son dysfonctionnement physiologique et son inadaptation au milieu des entendants. Cette façon d'aborder la surdité est proche du « principe d'intégration à la majorité entendante, ainsi qu'à l'idéologie de normalisation qui favorise l'insertion sociale des personnes diminuées physiquement. » (Poirier, 2005, p.60). Cette approche considère donc la langue des signes non pas comme une langue, mais comme un moyen de surmonter leur déficit. Le monde qui les entoure doit nécessairement être confronté dans la vie quotidienne se rendre au supermarché, à la banque ou encore pour trouver un travail. De plus, la famille du non entendant est, dans la grande majorité des cas entendante, ainsi que le seront peut-être ses enfants.

Quoi qu'il en soit, les personnes non entendantes se voient donc dans la nécessité de faire face au monde entendant et donc au regard que celui-ci porte sur la surdité. Pour Fougeyrollas (2010), le handicap est situationnel c'est l'environnement qui crée le handicap, cet environnement est constitué des facteurs sociaux et les facteurs physiques. Selon fougerollas l'organisme à un grang role dans la production du handicap. Ainsi,un système organique est défini comme un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. La nomenclature des systèmes organiques identifie les composantes de tout le corps humain. Une d fici nce correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un organe, par exemple, une d fici nce auditive, une lésion cérébrale, une anomalie chromosomique, une d fici nce neurologique ou des fonctions cardiorespiratoires. Cette conception exclut de cette dimension conceptuelle toute limitation fonctionnelle extériorisée, par exemple les fonctions psychologiques et intellectuelles.

Fougeyrollas (2010), montre la nécessité d'une analyse systémique de l'interaction personne/environnement pour comprendre et intervenir sur le phénomène de production des situations de handicap. Cette analyse dois contribuer au mouvement de changement social militant pour l'égalité des chances et la participation sociale maximale des « corps différents ».Le corps diff rent ici est la personne handicapée. Pour lui, Vivre des différences fonctionnelles fait partie du quotidien d'une partie croissante de la population. Mais leur conséquence sociale montre que le handicap est relatif. Surtout, on ne peut pas déduire la sévérité des d fici nces et incapacités. Il pense que le handicap n'existe pas en soi et il ne peut y avoir de statut de personne handicapée.

En 1980, lorsque l'Organisation Mondiale de la santé donnait sa première définition du handicap en s'appuyant sur les travaux de Wood. Une distinction était apportée entre les notions de d fici nce, d'incapacité et le désavantage. Les d fici nces sont « des écarts de fonctionnement d'un organe ou d'un sens par rapport au fonctionnement normal de cet organe Wood (. Elles peuvent être

sensorielles, mentales ou motrices et peuvent conduire à des incapacités ». Les incapacités concernent le fonctionnement, et sont « des impossibilités pour la personne déficiente de faire certaines actions ». Le handicap correspond « à la perte ou la restriction pour un individu de participer à la vie de la collectivité à égalité avec les autres ». L'Organisation Mondiale de la santé a revu sa définition, en 2001, et emploie le terme « handicap » pour désigner « les déficiences, les limitations de l'activité et les restrictions à la participation ». La déficience auditive entraîne chez le sujet un « handicap » lorsque celui-ci est confronté à des restrictions de participation ou d'activité, dans son environnement. En effet, Il faut être au moins deux pour qu'on puisse commencer à parler de surdité. La surdité est un rapport. C'est une expérience nécessairement partagée, disait Bernard Mottez (2008).

1.4. SURDITE ET DESAVANTAGE

Une baisse auditive est réellement gênante au quotidien et empêche de vivre normalement. La surdité, qu'elle soit partielle ou totale, peut constituer un handicap. Malgré le port d'aides auditives, il reste difficile de vivre comme les autres. Mais tant que la surdité n'est pas constatée et reconnue de manière officielle, le handicap n'est pas confirmé. D'après l'Organisation Mondiale de la santé (2010), le handicap est un concept qui renvoie à l'infériorité. Pour Fougeyrollas (2001), les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société influence les activités personnelles. Les facteurs environnementaux peuvent aller du statut de facilitateur à celui d'obstacle. Un facilitateur est un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les facteurs environnementaux. Un obstacle quant à lui est un facteur environnemental qui compromet la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les facteurs personnels. Au mode de communication : du fait de la différence de mode de communication, les capacités d'adaptation d'un groupe social à l'intérieur d'un autre peuvent être altérées (nous pouvons observer le même effet dans l'intégration des communautés étrangères).

Selon Mercklé (2004), la sociabilité peut se définir par le recensement de ses manifestations extérieures les plus facilement mesurables comme des réceptions à domicile, sorties, fréquentations des bals, des cafés, pratique du sport, promenades, jeux, téléphone, sms, mails, courrier, visites. La représentation qu'a une personne de la situation va influencer son comportement. A l'inverse, « une représentation peut être modifiée sous l'action d'une pratique sociale » (Flament, 1994). Fougerollas (2010), il est essentiel de tenir compte de la qualité du contexte de vie, le soutien du réseau social, accès au transport adapté, accès aux ressources de soutien à la participation au marché du travail ou aux loisirs, respect des choix et décisions de la personne non entendant, respect des différences, exercice des droits de la personne et non des personnes en situation d' handicap.

Ce désavantage se traduit premièrement par le regard de l'entendant sur le non entendant. Pour mieux comprendre comment se construit le regard qu'ont les entendants sur les personnes non entendants, il est nécessaire de prendre tout d'abord en compte deux éléments. D'une part, il faut souligner l'invisibilité de la surdité : « En comparaison à une amputation du bras ou une défiguration faciale, la surdité est beaucoup moins apparente. Les personnes sourdes paraissent 'normales'. Pour reprendre les termes de Goffman, ils sont « discréditables » et ne sont pas encore discrédités. Nous verrons plus tard que cette invisibilité de la surdité mène à de nombreuses incompréhensions en termes de communication entre non entendant et entendants.

D'autre part, il faut également souligner la faible visibilité du monde des non entendant et de sa culture. En effet, peu de personnes entendants ont déjà eu à communiquer avec une personne non entendant et moins encore sont conscientes de l'existence de la culture sourde. De cet écart entre monde entendant et monde des non entendants découlent un manque de connaissance de l'autre. En effet, du point de vue des entendants, « La surdité renvoie à une ou à des incapacités que l'institution de la réadaptation cherche à compenser ce qui est perçu comme un manque. » (Gaucher, 2005, p.151)

1.5. SURDITE ET INCAPACITE

L'Organisation Mondiale de la santé définit l'incapacité comme la réduction temporaire, prolongée ou permanente ou l'absence de la capacité d'accomplir certaines activités ou de remplir certains rôles ordinaires, présentés parfois comme les occupations de la vie courante. Cette incapacité s'observe au niveau des différences, physique et fonctionnelle. La majorité des personnes entendants considèrent la surdité comme un handicap, un déficit. Pour répondre à l'idéologie de normalisation et en vue d'une insertion au sein de la société, Selon eux, ce handicap doit à tout prix être comblé au maximum, cela grâce aux avancés technologiques et à l'apprentissage du français signé et de la lecture labiale. L'interprétation culturelle de la surdité est donc absente du discours que tiennent les entendants. Dans les représentations des entendants, « les personnes handicapées sont appréhendées comme un tout, elles possèderaient les mêmes caractéristiques : pareilles entre elles et radicalement différentes des autres, les valides ou les entendants. » (Joris, 2012, p.8). La communauté sourde est donc vue comme un groupe totalement homogène et déviant.

Les caractéristiques individuelles sont négligées, tandis que le défaut est amplifié. Non seulement le monde social extérieur met l'accent sur le défaut. l'incapacité résulte d'une déficience partielle ou totale, pour Joris, cette incapacité est objectivée de la maladie, de l'accident ou des malformations. Elle se incapacités se caractérise par les difficultés de poser certains actes comme prendre une décision, exprimer son sentiment.

Au terme de cette partie il se dégage que la surdité entraîne une incapacité qui provoque le désavantage donc c'est un état, une situation qui empêche une personne à remplir ses obligations, elle entraîne la situation de handicap. L'incapacité et le désavantage affectent la qualité de vie des patients en situation de handicap auditif. On peut donc introduire l'anatomie fonctionnelle, la physiopathologie pour tenter de comprendre ce qui est à l'origine la déficience auditive. Cette l'oreille semble être l'organe de l'équilibre chez l'homme. Il apparaît que, les oreilles ont deux fonctions essentielles : l'audition et l'équilibre.

2. ANATOMIE FONCTIONNELLE DE L'OREILLE ET TRANSDUCTION DU SON.

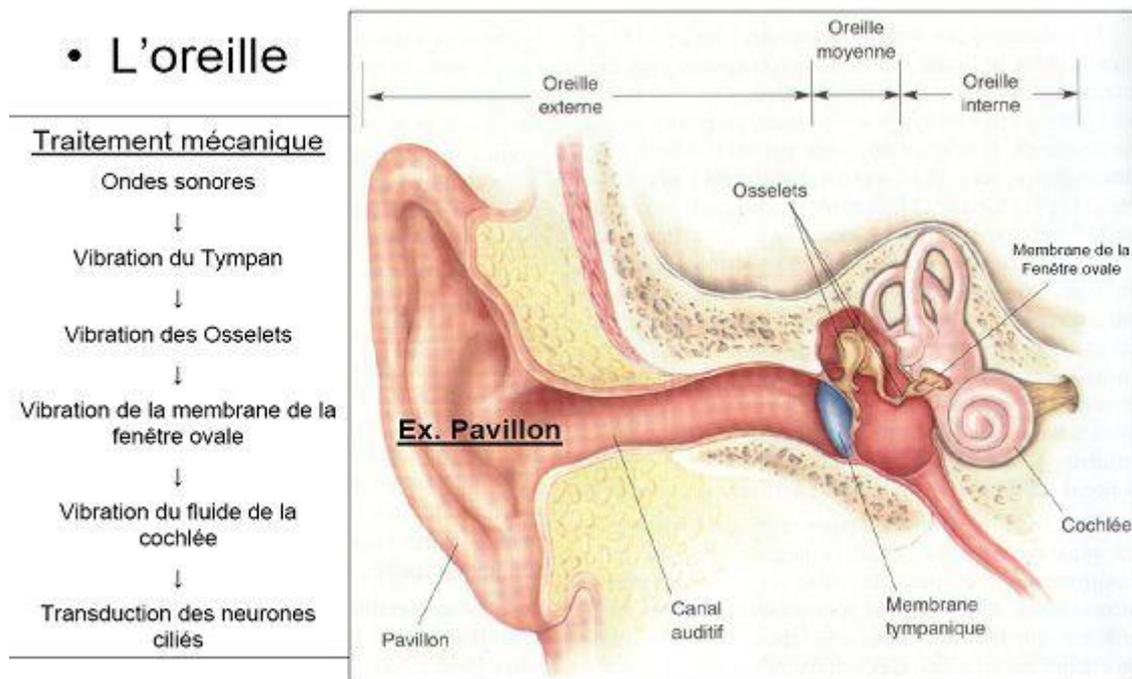
L'anatomie est la science qui décrit la forme et les structure des organismes vivant et les rapports des organes et tissus qui les constituent. Il s'agit de l'anatomie de l'oreille, (Micheal Schulte et al Anatomie humaine, 2020).

L'oreille est un organe complexe important du corps humain. C'est un organe pair du corps humain qui reçoit les informations sonores et les transmettent au cerveau pour les analyses. Elle nous permet de communiquer avec l'environnement. Elle est constituée : L'oreille externe, moyenne et interne. Constitué du Pavillon et canal auditif, il amplifie les sons et canalise l'énergie vers l'oreille moyenne. Elle comprend le pavillon, la conque et le conduit auditif. L'oreille recueille l'énergie sonore et la focalise sur le tympan.

Le conduit auditif externe (ou canal auditif) est fermé par le tympan. La membrane tympanique est sensible à l'énergie mécanique (variations de pression de l'air). L'oreille interne est la partie la plus profonde du système auditif, situé en bout de chaîne. Elle renferme la cochlée et ses cellules sensorielles chargées de percevoir les sons, le vestibule responsable de l'équilibre et le départ du nerf auditif qui transmet le son au cerveau sous forme d'impulsions électriques. L'Oreille moyenne constitué du tympan à la membrane de la fenêtre ovale, entre l'oreille externe et l'oreille interne. Contient les osselets et le tympan.

L'équilibre est un phénomène complexe impliquant l'oreille et des récepteurs proprioceptifs répartis en différents points du corps. Les organes de la vision participent aussi à l'équilibre. Chaque canal semi-circulaire dispose d'une zone réceptrice sensible aux mouvements de la tête. C'est aussi le cas des vestibules dont la région de la macule détecte les mouvements de rotation de la tête.

Figure 1 : Anatomie descriptive de l'oreille



Source : Jean-Luc (2020) Anatomie de l'oreille, alumfort.Com.br ; journal des femmes santé

2.1. L'OREILLE EXTERNE

L'oreille externe est la partie visible de l'oreille. Elle comprend le pavillon de l'oreille, le conduit auditif et le tympan qui se trouve à l'intérieur de l'oreille. Très exposée, l'oreille externe peut être sujette à différentes pathologies et infections qui peuvent engendrer un dysfonctionnement de l'appareil auditif. Son rôle est triple, il s'agit de :

- la transmission du son à l'oreille moyenne sous forme de vibrations, aider le cerveau à localiser les sons et assurer l'équilibre binaural, protéger le tympan grâce à la production de cérumen et son pH élevé. Pour assurer son rôle de transmission des sons, l'oreille externe récolte, amplifie et transmet les vibrations aériennes à destination du tympan via la conduit auditif externe. Le pavillon de l'oreille adopte une structure complexe et cartilagineuse, assurant protection et résonance du son.

- il sert à capter et concentrer les ondes sonores pour les envoyer, sans perte, au tympan (en atténuant la différence de pression entre l'intérieur de l'oreille et l'extérieur). Il joue un rôle d'antenne acoustique et de résonateur. En raison de sa fonction sécrétoire de cérumen (glandes cérumineuses), variable selon les individus, le conduit auditif externe est sujet à l'accumulation de cérumen. Expulsé naturellement du conduit, il arrive parfois que la sécrétion soit importante, créant l'apparition d'un bouchon de cérumen ayant pour conséquence une perte d'audition de type transmission. Attention, le cérumen n'est pas la seule cause possible de bouchon.

2.1.1. L'oreille moyenne, la continuité de l'oreille externe

Le tympan est une fine membrane qui sépare l'oreille externe de l'oreille moyenne. Ce dernier transmet les vibrations sonores à la chaîne des osselets qui va les amplifier. Le tympan est très fragile et peut être percé suite à un choc, un traumatisme sonore ou bien à la suite d'otites moyennes. Lorsque la membrane tympanique est percée, il y a un risque accru d'infection et une perte d'audition peut également être observée. Cette perforation peut occasionner une douleur ou être indolore, d'où la nécessité de consulter un médecin pour une otoscopie au moindre doute. La perforation tympanique se résorbe d'elle-même mais elle peut nécessiter une intervention chirurgicale si celle-ci est béante ou qu'elle devient chronique. Malard (2005)

Le tympan peut également être sujet à des infections virales ou bactériennes, le congestionnant et donnant une sensation d'oreille bouchée au patient ainsi qu'une perte d'audition dans certains cas. C'est le cas notamment de l'otite moyenne séreuse (ou séro-muqueuse), avec écoulement de liquide derrière le tympan. La chaîne ossiculaire de l'oreille moyenne, composée de l'enclume, du marteau et de l'étrier, permet de transformer les vibrations aériennes captées par l'oreille externe en vibrations solidiennes. Elle permet de limiter la perte d'énergie inhérente à la transmission de vibrations d'un milieu gazeux vers un milieu liquide. Ici, entre l'air de la caisse tympanique et les liquides labyrinthiques de l'oreille interne (Krief, 2015). L'oreille moyenne joue un rôle essentiel dans l'audition, elle assure la transmission des vibrations sonores à l'oreille interne grâce au système tympano-ossiculaire (STO). Lorsqu'il atteint le tympan, le son est transformé en énergie mécanique.

La trompe d'Eustache permet avant tout d'équilibrer la pression d'air dans l'oreille moyenne, appelée souvent fonction tubaire. Elle sert aussi à l'évacuation des sécrétions produites dans l'oreille moyenne et à protéger l'oreille des infections provenant de l'arrière-nez. La fonction d'équilibre de pression est assurée par un mécanisme particulièrement complexe faisant intervenir, en plus de la trompe d'Eustache, toutes les cavités de l'oreille. La muqueuse de la caisse du tympan diffuse constamment des gaz en les produisant mais aussi en les absorbant. Le système cellulaire de la mastoïde joue un rôle tampon et participe aussi aux échanges gazeux dans l'oreille.

2.1.2. Oreille interne

L'oreille interne est la partie la plus profonde du système auditif, situé en bout de chaîne. Elle renferme la cochlée et ses cellules sensorielles chargées de percevoir les sons, le vestibule responsable de l'équilibre et le départ du nerf auditif qui transmet le son au cerveau sous forme d'impulsions électriques. L'oreille interne, aussi appelé labyrinthe ou conduit auditif interne, est située dans le rocher, partie massive de l'os temporal. Celle-ci est composée de deux éléments structurels (Krief, 2015).

L'oreille interne est reliée au cerveau par le 8ème nerf crânien (vestibulocochléaire). Une branche de ce nerf (nerf auditif) transmet au cerveau le son sous forme d'impulsions électriques et une autre les signaux relatifs à l'équilibre (nerf vestibulaire). Les stéréocils des cellules sensorielles sont le siège de la transduction mécano électrique, c'est-à-dire de la transformation de la vibration sonore en message nerveux interprétable par le cerveau. Le mécanisme de cette transduction est similaire pour les deux types de cellules sensorielles. Les vibrations de la membrane basilaire issues de la différence de pression hydraulique entre les rampes tympanique et vestibulaire induisent un cisaillement de la membrane tectoriale.

3. PRINCIPE DE CONDUCTION DU SON DE L'OREILLE MOYENNE AU NERF AUDITIF

Les vibrations sonores (vibrations solidiennes) sont amplifiées par la chaîne des osselets de l'oreille moyenne et véhiculées à l'oreille interne au travers de la fenêtre ovale. Ces vibrations vont ensuite faire vibrer le liquide présent dans le labyrinthe membraneux et par ricochet, les cellules ciliées situées dans la cochlée, elles-mêmes noyées dans une membrane gélatineuse (membrane basilaire). Cette sollicitation des cellules ciliées permet de générer, via un processus chimique, des impulsions électriques qui sont ensuite acheminées au cerveau via le nerf auditif. La cochlée est un conduit enroulé en forme d'escargot, cette forme particulière permet un codage fréquentielle en fonction de la zone de stimulation, les aigus étant à la base et les graves à l'apex. Il est rempli de périlymphe dont les mouvements activent les cellules sensorielles situées dans l'organe de Corti. Ce dernier est tapissé de cellules ciliées internes et externes qui répondent aux mouvements du liquide dans la cochlée (périlymphe). Il est séparé du liquide par une fine membrane, la membrane basilaire. Les cellules sensorielles sont réparties en rangées et il en existe de différentes tailles, correspondant aux différentes fréquences audibles.

Le vestibule a pour fonction d'enregistrer les mouvements du corps et de la tête pour assurer l'équilibre. Pour ce faire, les canaux du vestibule sont eux aussi garnis de cellules sensorielles qui réagissent aux mouvements de liquides et transmettent ces informations sous forme d'impulsion électrique au cerveau, via le nerf vestibulaire, pour qu'il les décode et aide l'organisme à garder son équilibre. Le nerf auditif est constitué de deux branches : l'une cochléaire et l'autre vestibulaire. Ces deux branches sont constituées de fibres nerveuses qui acheminent les signaux électriques produits par les cellules sensorielles de l'oreille interne vers le tronc cérébral. Le cerveau les interprète ensuite pour que nous puissions entendre et garder l'équilibre.

3.1. TRAITEMENT DES SONS

Les premiers neurones qui traitent le son, sont dans la cochlée. Le traitement mécanique du son passe par les ondes sonores captées par les pavillons en suite les vibrations du tympan et la vibration des osselets (oreilles moyenne), vibration de la membrane de la fenêtre ovale, vibration du fluide de la cochlée et transduction des neurones ciliés. Le pavillon permet d'amplifier le son que l'on reçoit. La cochlée a une partie liquide, le reste c'est aérien. Les cellules ciliées (des cellules réceptrices), permettent la transduction du signal mécanique (sonore) en signal nerveux. La pression de l'eau pousse sur le tympan, la trompe d'Eustache est en liaison avec la cloison nasale. L'air qui est soufflé par le nez bouché permet de réguler la pression sur le tympan. Les vibrations de l'air sont captées par le pavillon.

La trompe d'Eustache contient 3 osselets, appelés marteau, enclume et étrier. Reliés les uns aux autres, retenus aux parois de l'oreille moyenne par des petits muscles. Entre le tympan et la fenêtre ovale. Ils sont là pour transmettre la vibration produite au niveau du tympan. Il favorise le mécanisme de levier. Quand le tympan vibre de gauche à droite, le marteau va de droite à gauche entraînant l'enclume dans son sens, et l'étrier va de gauche à droite. Sa surface est moins importante que celle du tympan donc la pression qui sera exercée dessus sera plus importante en comparaison à celle produite sur le tympan par les ondes sonores.

3.2. NEUROBIOLOGIE DE L'AUDITION

Le cortex auditif est la partie du cerveau qui analyse les informations auditives, c'est-à-dire les informations extraites des sons par l'ouïe. Les aires cérébrales impliquées dans l'audition sont localisées dans le lobe temporal de chaque hémisphère et celles impliquées dans les émotions correspondent à des régions cérébrales appelées les amygdales. On identifie généralement l'aire de Broca comme chevauchant les aires 44 et 45 de Brodmann situés à l'avant de l'aire prémotrice dans la région inféro-postérieur du lobe frontal. Bien que ces régions contribuent toutes deux à notre fluidité verbale, il semble que chacune ait une fonction particulière et que l'aire de Broca puisse être ainsi séparée en deux unités fonctionnelles. Les personnes ayant une lésion à cet endroit possèdent un déficit de compréhension du langage, oral comme écrit. Elles possèdent pourtant un débit de parole fluide, mais incompréhensible.

Cette aire est aussi un centre de stockage possible de la représentation auditive des mots. Cette aire appartient donc au cortex associatif spécifique auditif. Le langage étant une fonction latéralisée du cerveau, elle est retrouvée dans l'hémisphère gauche chez environ 99 % des droitiers et 70 % des gauchers. La proximité du cortex moteur permet d'associer des fonctions motrices au langage. Les aires du langage sont distinctes des circuits de la perception auditive des mots entendus

ou de la perception visuelle des mots lus. Le cortex auditif permet la reconnaissance des sons, préalable essentiel à la compréhension du langage. Le cortex visuel, responsable pour sa part de la vision consciente du monde, est aussi crucial pour le langage en permettant la lecture des mots et la reconnaissance d'objets comme première étape de leur identification par un nom.

L'aire auditive primaire est située, dans le tiers postérieur du gyrus temporal supérieur (aire 41 de Brodmant), à côté de l'aire de Wernicke. Cette aire d'audition impliquée dans les émotions. L'audition est la faculté de percevoir, reconnaître et comprendre le monde sonore, dont le langage et la parole font parties. Il est nécessaire de localiser les sons, les reconnaître et de leur donner sens. Ce travail nécessite le traitement des informations sonores donc l'oreille va analyser les caractères physiques.

3.3. PERCEPTION AUDITIVE CHEZ L'HOMME

L'oreille humaine n'entend que les sons dont la fréquence oscille entre 20 Hz et 20 000 Hz. Les sons dont la fréquence est inférieure à 20 Hz sont appelés les infra-sons et ceux supérieurs à 20 000 Hz sont les ultra-sons. Notre oreille est sensible à une gamme spécifique de fréquences (sons graves et aigus) et d'intensités (sons faibles et forts) définissant le champ auditif humain. Toutes les vibrations acoustiques qui sortent de ces limites ne sont plus considérées comme "sons" pour notre oreille. L'oreille humaine entend des fréquences comprises entre 20 Hz (fréquence la plus grave) et 20 000 Hz (fréquence la plus aiguë).

Les variations de pression acoustique donnent lieu à des perceptions variées qualifiées d'« auditives » dans notre cerveau. Ces perceptions sont traditionnellement caractérisées par cinq attributs ou dimensions déterminés par la structure spectro-temporelle du signal sonore (pour une présentation détaillée des notions psychoacoustiques, (Moore, 2003 & Plack, 2005)). Les perceptions auditives peuvent ainsi être caractérisées par leur volume sonore ou sonie, attribut permettant de positionner les sons sur une échelle subjective allant du faible au fort. La sonie est principalement déterminée par le niveau de pression acoustique, généralement exprimé en décibels SPL (dB SPL). Toutefois, la sonie dépend également d'autres paramètres acoustiques, comme la structure spectrale, et de la durée du signal.

Nous pouvons retenir de cette partie que l'hélicotreme, étroit orifice de l'apex, au bout de la cochlée, fait communiquer les rampes vestibulaire, tympanique et la périlymphe. Membrane basilaire, membrane entre les rampes vestibulaire et tympanique qui entoure le canal cochléaire qui contient l'organe de Corti. Le canal cochléaire est un liquide dans la membrane basilaire, contient l'organe de Corti. Est écrasé par les vagues de périlymphe. La vague qui passe dans les deux rampes écrase le canal cochléaire. La base de la cochlée est plus grande qu'au niveau de l'apex. La

membrane basilaire est étroite et rigide à la base de la cochlée, et plus large et plus souple à l'apex. Il se peut que les pathologies de l'audition soient nombreuses et de différentes causes.

4. BIO PHYSIOPATHOLOGIE DE L'AUDITION

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (2014), La surdité de l'enfant diffère de celle de l'adulte pour deux raisons principales : la surdité survient chez un enfant qui a besoin de son audition pour développer son langage oral d'une part et d'autre part les étiologies des surdités de l'enfant sont différentes de celles de l'adulte. Selon le mécanisme, il existe deux types de surdité : les surdités de transmission et les surdités de perception. Les surdités mixtes associent les deux mécanismes. Les surdités ont des manifestations très variables chez l'enfant selon leur caractère uni-ou bilatéral, l'âge de leur survenue et leur degré. La surdité a de nombreuses causes comme la méningite, les otites et d'autres maladies.

4.1. TROUBLE DE L'AUDIBILITE

Il est difficile de reconnaître les causes de la surdité, il est important d'effectuer un test auditif professionnel. Le test auditif peut aider à déterminer quelle solution auditive conviendrait. Les bébés entendants devraient réagir aux sons, reconnaître les voix et sons familiales, commencer à faire leur propre sons. Les enfants de deux ans et plus entendant devraient suivre des instructions simple, utiliser les mots, comprendre le langage parlé. Les pertes auditives sont généralement diagnostiquées à partir de l'audiogramme, à savoir la courbe représentant l'évolution des seuils auditifs absolus (normalisés en décibels HL) en fonction de la fréquence audiométrique

L'élévation des seuils absolus indique ici une perte d'audibilité (les sons sont perçus comme moins forts) en fonction de la fréquence, aboutissant à une réduction de la bande passante audible (un rétrécissement de la fenêtre d'audibilité). La destruction de CCE (c'est-à-dire de l'amplificateur non linéaire cochléaire) dans le cas de pertes légères à modérées, puis de CCI lorsque la perte est plus sévère, est à l'origine de cette perte d'audibilité et de cette réduction de la bande passante audible. Cette perte engendre des troubles de la perception de la parole dans le silence et dans le bruit (tout particulièrement en limitant la perception des éléments les moins énergétiques du signal de parole, à savoir les consonnes).

4.2. EFFETS DES LÉSIONS COCHLÉAIRES ET LES ANNEXES

L'Organisation Mondiale de la Santé OMS (2017), l'étiologie des pertes auditives neurosensorielles (c'est-à-dire d'origine cochléaire) est variée (génétique, virale, pharmacologique, traumatique). La perte auditive est également causée par le vieillissement (presbycusie). Entre 8 et 15 % de la population des pays européens présentent des signes de perte auditive d'origine neurosensorielle. Cette proportion ne peut que croître en raison du

vieillesse de la population de ces pays, et constitue donc un véritable enjeu de santé publique.

Les pertes auditives sont caractérisées par :

- des troubles de détection et de discrimination des sons ;
- un inconfort auditif à l'écoute de certains sons. Toutefois, la manifestation majeure des pertes auditives correspond à une dégradation de la capacité à analyser des scènes auditives complexes, comme par exemple suivre une conversation dans un brouhaha, (Moore 1995 ; 2007). L'âge de l'apparition des symptômes. Les premières années de la vie sont la période la plus propice au développement de la parole et du langage. Les effets de la déficience auditive sont plus graves chez les personnes qui naissent avec cette affection ou qui développent une perte d'audition peu après la naissance. La déficience auditive a de nombreuses causes, notamment des causes congénitales, ce qui signifie que ces causes sont présentes à la naissance ou apparaissent peu après, et des causes acquises, qui se manifestent lorsqu'un enfant grandit. La combinaison de plusieurs de ces facteurs peut entraîner une perte d'audition. Néanmoins, il n'est pas toujours possible de déterminer la cause exacte. Parmi les causes de la déficience auditive chez l'enfant, on peut citer :

- causes congénitales de la déficience auditive. D'après (Juarez & Monfort, 2003), les facteurs génétiques : Ces facteurs sont responsables de 40 % des cas de déficience auditive. Il a été prouvé que les déficiences auditives sont bien plus fréquentes chez les enfants nés de mariages consanguins ou d'unions de personnes étroitement apparentées. Des malformations congénitales de l'oreille et du nerf auditif, qui peuvent découler de facteurs génétiques ou être influencées par le milieu, peuvent entraîner la perte d'audition. Les affections périnatales, il peut s'agir de la prématurité, d'un faible poids de naissance, d'un manque d'oxygène (ou « asphyxie périnatale ») et de l'ictère néonatal. Les infections congénitales, pendant la grossesse, la mère peut contracter certaines infections comme la rubéole et le cytomégalovirus, qui entraînent une perte d'audition chez l'enfant.

En outre, la méningite, les oreillons et la rougeole pendant l'enfance peuvent avoir les mêmes conséquences. Les infections de l'oreille sont assez communes chez les enfants des milieux défavorisés. Ces enfants présentent souvent un écoulement d'oreille connu sous le nom d'otite moyenne suppurée chronique. Outre la perte d'audition, les infections de l'oreille peuvent entraîner des complications mortelles. Les maladies de l'oreille, les problèmes communs de l'oreille peuvent entraîner une perte d'audition chez les enfants. Parmi ces problèmes, on peut citer l'excès de cire (bouchons de cérumen) et l'otite mucoïde (otite moyenne non suppurée), causée par l'accumulation de liquide dans l'oreille.

Des médicaments tels que ceux qui sont utilisés dans le traitement des infections néonatales, du paludisme, de la tuberculose pharmaco-résistante et des cancers peuvent entraîner une perte d'audition irréversible. Ces médicaments sont ototoxiques. Dans de nombreuses régions du monde,

en particulier lorsque leur utilisation n'est pas réglementée, les enfants reçoivent régulièrement des antibiotiques ototoxiques pour le traitement des infections communes. D'après l'OMS (2005) et Malard, (2005) les pathologies auditives peuvent acquises.

L'otite externe, c'est une infection du conduit auditif externe. Elle peut être d'origine bactérienne (90% des cas) ou mycosique. Les inflammations et démangeaisons de l'oreille externe il s'agit des Picotement, irritation de l'oreille, Psoriasis caractérisé par des réactions allergiques l'écoulement et humidité, dermatite séborrhéique. Le bruit, les bruits forts, y compris ceux qui sont émis par des dispositifs audio personnels comme des smartphones et des lecteurs MP3 utilisés à un volume important pendant de longues périodes, peuvent entraîner une perte d'audition. Même les sons courts et très intenses comme ceux des feux d'artifice peuvent entraîner une perte irréversible d'audition. Les machines bruyantes d'une unité de soins intensifs néonataux peuvent également contribuer à la perte d'audition.

Ces cas peuvent être évités par la vaccination et de bonnes pratiques d'hygiène. En outre, 17 % des cas de perte d'audition chez l'enfant sont dus à des complications au moment de la naissance, notamment la prématurité, un faible poids de naissance, l'asphyxie périnatale et l'ictère néonatal. L'amélioration des pratiques médicales à l'intention des mères et des enfants contribuerait à la prévention de ces complications. La consommation de médicaments ototoxiques par les femmes enceintes et les nouveau-nés, qui sont responsable de 4 % des pertes d'audition chez les enfants, pourrait potentiellement être évitée. Une intervention rapide et adaptées, peut limiter les retards de développement et faciliter la communication, l'éducation et le développement social.

4.3. DÉFICIENCE ET SURDITÉ

La notion de surdité dans le temps et dans l'espace a fait l'objet de nombreux travaux de recherche qui tentent d'expliquer ou donner une compréhension explicite des facteurs explicatif du dit phénomène. À cet effet, dans un premier temps, nous allons présenter les différentes conceptions de la notion de surdité. Seban-Lefebvre & Toffin (2008), la surdité est un trouble de l'audition plus ou moins sévère. Certaines surdités peuvent engendrer des conséquences sur le langage oral, le langage écrit, l'épanouissement personnel, les apprentissages scolaires et l'insertion sociale et professionnelle (ACFOS, 2006). La déficience auditive indique une atteinte de la capacité à percevoir les sons pouvant toucher une oreille ou les deux (OMS, 2020). Elle peut être partielle (malentendante) ou totale (surdité).

On peut donc comprendre que, le handicap sensoriel regroupe les difficultés liées aux organes sensoriels, et plus particulièrement la déficience auditive. Le corps humain est constitué de cinq sens : la vue, le touché, l'odorat, le gout et l'ouïe. D'après Géraldine Hertz, (2015), la place de l'ouïe au sein des cinq sens et ses finalités est prioritaire. Selon elle, l'ouïe joue un rôle tout aussi essentiel

dans l'apprentissage du langage chez l'enfant ; Il a pour organe l'oreille. L'oreille est un organe complexe important du corps humain. (Malarde, 2005). De plus, l'oreille contribue à l'équilibre du corps.

4.4. LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS DE LA SURDITÉ

Les courants de pensées sont multiples et s'opposent généralement. Dans certain cas, nous pouvons observer une vision dite oraliste et une vision dite bilingue de la surdité. Mais parce que voir la surdité seulement d'un point de vue ou d'un autre serait réducteur, nous percevons les représentations sociales de la surdité sur un continuum dont ses pôles seraient les représentations sociales les plus extrêmes de l'oralisme d'un côté et les représentations sociales les plus extrêmes du bilinguisme de l'autre côté. Ainsi, les représentations sociales s'échelonnent, se modifieraient pour tendre vers l'un ou l'autre de ces pôles (Dagron, 1994, p.15). Pour Dumont, (2008) ; Seban-Lefebvre & Toffin (2008), la surdité n'est pas toujours curable médicalement ou chirurgicalement, elle n'est pas considérée comme une maladie mais représente un handicap.

4.4.1. La Représentation oraliste de la surdité

La représentation oraliste s'inscrit dans une vision déficitaire où la déficience auditive définit la personne sourde. Elle est considérée comme une personne déficiente qu'il faut soigner pour qu'elle devienne une personne ayant toutes ses facultés, dans notre cas, auditives. La personne non entendante est vue comme un être à rééduquer afin de développer sa parole vocale et dans certains cas un être à opérer afin de retrouver l'audition. Le médecin se centre sur le manque (d'audition). Le but est l'homme complet, en pleine possession de tous ces moyens. Il considère la surdité comme une horreur invivable et tout doit être tenté pour la réparer en urgence. L'espoir réside dans les progrès technologiques. Dans cette vision, vivre sans entendre n'est pas concevable mais grâce aux progrès de la médecine et de la technologie, la personne non entendante pourra, grâce à des prothèses ou un implant, devenir un être à part entière, une personne complète sans défaut ni manque auditif.

Ainsi, la déficience auditive est une pathologie caractérisée par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Pour Poirier, (2005), ce terme renvoie à une abolition complète de l'audition et à une recherche culturelle. Dans le langage médical, surdité est synonyme d'hypoacousie, il s'agit de l'anacousie ou de cophose, d'après Kévin et *al.* (2020). Selon le guide de l'audition de Franchet & Vormes (2009), la surdité peut être de transmission, de perception, mixte et/ou centrale. Elle affecte plusieurs aspects de la vie de la personne atteinte par ce qu'il est en équilibre avec son environnement. Dans la vision oraliste, ces notions ne sont pas présentes, la personne non entendante est définie comme une personne handicapée qui doit faire des efforts pour s'intégrer et être dans la norme.

4.4.2. La Représentation bilingue de la surdité

La représentation bilingue s'inscrit dans une vision anthropologique où la différence auditive définit la personne non entendante. Elle est considérée comme une personne différente qu'il faut envisager dans sa globalité et non seulement en fonction de sa surdité. Dans ce cas, le non entendant est vue comme un être appartenant à une communauté spécifique ayant une culture et une langue propre, la langue des signes : « L'autre médecin préfère, face au handicap, considérer la personne dans sa globalité et s'appuyer sur ce qui fonctionne bien et même mieux que la moyenne. Les gains auditifs éventuels sont intégrés à la manière spécifique d'être au monde. L'urgence est l'acquisition de la langue des signes qui seule, permet le développement au même rythme et au même âge que n'importe quel enfant. » Dagon, (2008, p.5). Dans cette vision, la langue des signes est au centre de l'apprentissage et des acquisitions de la personne non entendant.

Le focus est fait sur le développement linguistique gestuel et non vocal ainsi, la perte auditive n'est que secondaire car elle n'est pas traitée. La surdité n'est pas considérée comme un manque mais davantage comme une caractéristique de la personne non entendantes (Mottez, 1975). Nous adhérons globalement aux représentations sociales bilingues de la surdité car cette vision ne définit pas la personne sourde qu'en fonction de sa perte d'audition. Elles conçoivent la personne non entendante comme une personne ayant une culture et une langue qui lui sont propres. Grâce à ces deux points, nous pouvons parler de communauté sourde.

Certains, partageant cette vision, considèrent la langue des signes non pas comme une langue mais comme un langage freinant l'abstraction de la pensée due à sa modalité gestuelle. De plus son apprentissage ne serait pas avantageux. Car il ne permettrait pas à la personne non entendant de devenir autonome : « la communication en langue des signes constitue un désavantage dans un milieu oraliste justifiant éventuellement la présence d'un interprète. » (Dagon, 1995), il continue en disant nous ne pouvons nier ni l'essence de cette langue ni même son rôle et son apport dans la vie quotidienne de la population non entendant. Elle est le ciment de cette communauté car née dans la population sourde. Aucune différence qu'elle soit physique, mentale ou sensorielle n'a eu pareilles répercussions.

Par contre, une opération chirurgicale augmentant le gain auditif, comme le suggère la vision oraliste, pourrait le faire. Mais tout comme Virole (2006 ; p.247), nous nous interrogeons sur la nécessité de ce gain auditif : « Où est l'intérêt primordial des non entendants : avoir des sensations sonores supplémentaires au moyen de stimuli électriques, dont on ne peut prédire jusqu'où il pourra les transformer en informations utiles ou bien développer son potentiel linguistique par sa langue visuo gestuelle? ». Il y a les partisans de la parole d'un côté, ceux du geste de l'autre et d'autres encore utilisant une méthode mélangeant geste et parole. Les moines bénédictins, tels que león (1584) qui

éduquera deux riches garçons sourds de la famille de Velasco afin qu'ils puissent garder leurs titres de Connétable de Castille.

5. REPRESENTATIONS MEDICAL DE LA SURDITE

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS (2010), l'ouïe est un sens essentiel dans les processus de communication que les personnes entretiennent avec les autres et leur environnement. La perception des sons ambiants et du langage apparaît indispensable au déroulement équilibré de la vie. L'image de la surdité est marquée par de nombreux amalgames. Elle est, par exemple, associée pratiquement toujours à la mutité ou à l'idiotie. C'est l'ouïe qui rend les plus grands services à la pensée, puisque c'est le langage qui est cause que l'homme s'instruit et que le langage est perçu par l'ouïe. L'aspect pathologique de l'oreille a été abordé par, Malard et *al.* (2005), ce que affirme Cathérine et *al.*, (2017), les principales lésions de l'oreille sont les infections, les allergiques, les pathologies desquamatives, les traumatismes, les tumeurs, etc. ont des conséquences sur la personne qui en souffre. Ce sont des pertes de la fonction organique qui affectent l'organe de sens.

Le statut des personnes non entendants reste à définir dans la prise en charge médicale. Des médecins tels que le docteur Paul Zacchias (1621-1635), dans son ouvrage *question médico-légales* ne considère pas le non entendant comme mentalement dérangé mais ce n'est pas pour autant qu'il les considère comme des personnes responsables : « Il semble que les muets et non entendant sont considés comme des déments et des fous ; mais il ne peut être affirmé, avec certitude, qu'ils soient d'un esprit saint. Suivant cette idéologie, on peut questionner la prise en charge médicale des non entendant.

Dagron (1995) articule ses travaux dans la prise en charge hospitalier des patients déficients auditifs. Pour lui, la volonté de faire parler les patients non entendant aujourd'hui est à l'origine de leur stigmatisation. De même, Il pense que le changement des mentalités contribuera fortement à la prise en charge des patients non entendant. Cette communauté minoritaire a pourtant son mode communication qui est gestuelle. La langue des signes est l'emblème de la communauté et de la culture sourde. Elle est la langue première des non entendants. Ses modalités gestuo-visuelles permettent un accès précoce, direct et complet à la communication. Elle est donc l'un des modes de communication des personnes non entendants bien qu'est soit constitué des différents moyens de communication.

5.1. NON ENTENDANT ET SANTE PUBLIQUE

La consultation médicale chez la personne non entendante interroge les attentes, problèmes ou préoccupations en matière de santé ainsi que les leviers et obstacles à la santé identifiés par ces

personnes. D'après Mauffrey et *al.* (2016), la consultation des non entendants en médecine générale est impactée par des difficultés d'échange de parole entre médecin-patient non entendant. Comprendre ce que l'autre veut dire, de façon réciproque et par l'intermédiaire d'outils de communication partagés et adaptés aux deux est fondamental dans la communication. La relation médecin-patient non entendant est ternie par des échanges de parole. Cet échange communicationnel est souvent préjudiciable et impactée par des difficultés de communication entre les deux.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé OMS (2020), La santé est un état complet du bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle considère la santé comme un droit fondamental de tous les êtres humains quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions, sa condition économique ou sociale. Elle montre que la santé est un sujet à la fois individuel (état de santé d'un individu) et collectif (état de santé d'une population). Cette compréhension globale de santé dépasse le modèle médical qui se définit uniquement en opposition à la maladie c'est-à-dire un problème organique, diagnostiqué et traité par les médecins. Selon Leriche (1936), la santé se comprenait alors uniquement comme « la vie dans le silence des organes »

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS (2014), l'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement. L'hôpital a pour ambition de prendre en charge les patients et de contribuer à leur état de santé et ainsi de répondre à toutes les détresses de tous les citoyens, quels que soient leur âge et leurs revenus. Il a également un rôle important dans la formation des médecins et des paramédicaux et dans la recherche. L'hôpital se doit d'accueillir tous les malades qu'ils soient payants ou non.

D'après Virole (2000), Les conditions de séjour des patients non entendantes sont clairement difficiles car le non entendant est isolée. Le seul moyen de communication avec l'extérieur est le téléphone et le seul média à leur disposition est la télévision généralement sans télétexte, Keskes, (2008, p.114). Pourtant l'article 35 du code de déontologie est extrêmement clair quant à la prise en charge d'un patient :

le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qui lui sont proposés. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Selon virole (2000), la personne non entendant sera toujours mal accueillie et devra toujours compter sur une tierce personne entendante (parent, ami...) pour que la consultation et la prise en charge se passent dans les "meilleures" conditions. Ces conditions seront certes meilleures mais perfectibles car les conditions sinequanone à savoir le secret médical et la confidentialité des propos tenus pendant un examen ou une consultation ne seront jamais respectés. Il faudra attendre 1995 pour que le service du professeur et médecin Herson ouvre la première consultation en langue des signes. Composée d'une laborantine sourde, du docteur Dagon, d'une assistante sociale ainsi que d'un interprète, tous signants, une équipe est enfin apte à accueillir les personnes non entendantes.

Clavel (2011), indique que la population non entendante est plus assujettie aux risques cardiovasculaires que la population entendante. Par exemple plus de la moitié des patients sourds (51,2%), contre 17% des patients entendants, souffriraient d'hypercholestérolémie. Et cela se vérifierait pour « tout type de pathologie » : les patients non entendant seraient davantage touchés que les patients entendants. Dans ce climat où la prévention ne les atteignent quasiment pas, les personnes sourdes se sentent tels des étrangers dans un pays où ils sont pourtant nés et ont toujours vécu, (Clavel, 2011, p.1) .

Pour traiter le problème de la stigmatisation des patients non entendant pendant les soins, Virole (2000), pense qu'il faut comprendre la personne dans sa dimension culturelle. Virole centre ses travaux sur la psychologie de la personne non entendante. Selon lui, l'approche culturaliste basée sur la familiarisation avec une culture et une langue différentes de la langue française. Virole (2000) montre que les non entendants pensent sans les mots, ils utilisent des images gestuelles. Leur perception subjective de tout ce qui vit est une expérience de silence. Ainsi, cette singularité biologique entraîner une création culturelle, à savoir la culture sourde.

À la suite de cette partie, on peut comprendre la surdité est un phénomène social, linguistique, culturel dépassant le cadre strictement médical. La surdité tourne autour du langage et de son acquisition, de l'identité ou de la culture, sous des angles à la fois distincts et complémentaires. L'intérêt indéniable de cette partie de travail est de cerner l'ensemble des dimensions en jeu dans le développement de l'individu non entendant (cognitive, linguistique, sociale, identitaire, culturelle, médicale). La présence de diverses pratiques médicales ne signifie pas pour autant qu'elles soient toutes situées sur un plan d'égalité et utilisées, ou plus exactement utilisables, par chacun des pratiquants. L'observation d'itinéraires thérapeutiques révèle l'existence de choix, d'orientations préférentielles différentes selon les individus, mais le plus souvent communes aux membres d'un même groupe ethnique. Certaines pratiques médicales sont valorisées au détriment d'autres.

6- GÉNÉRALITÉ SUR L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE

La notion de l'efficacité thérapeutique chez les patients repose sur la diminution ou la disparition des symptômes. Chez les médecins, l'efficacité thérapeutique vise à soulager ou à améliorer un tant soit peu l'état de santé des malades, en un mot si elle est inefficace. D'après Benoist (2008), l'efficacité thérapeutique repose sur la notion de preuve de l'efficacité.

Pour Igoui (2018, p.93), L'efficacité thérapeutique est signalée et affirmée en fonction du nombre élevé des patients qui retrouvent rapidement l'équilibre des symptômes perdus en si peu de temps et en dépensant moins. Suivant cette idée, l'efficacité thérapeutique interpelle une action équationnelle entre l'obligation des moyens et celle des résultats dans le cadre de l'exportation de différentes structures qui entrent dans les jeux thérapeutiques et engendre la réaction thérapeutique facteur principal et essentiel de l'efficacité thérapeutique. Pour lui, Il y a d'abord l'efficacité telle que la juge le patient et la preuve par sa parole. Il s'agit ici de toute satisfaction apportée au malade : « Être efficace c'est obtenir un résultat conforme à une intention ». C'est finalement le sens commun de l'efficacité thérapeutique qui repose sur le principe, (après cela donc à cause de cela). Je me sens mieux après avoir pris un médicament ou après ton conseil, c'est donc ce médicament qui m'a soulagé. L'individu fait l'expérience subjective qu'il se passe « quelque chose » après avoir pris le remède et en conclut à son efficacité. Igoui (2018) s'appuie ainsi sur la notion de l'efficacité symbolique

6.1. EFFICACITE SYMBOLIQUE

L'efficacité symbolique en thérapie d'après Lévi-strauss est la cuire magique dans les tribus. Mayi (2010, p.14), utilise cet expression de l'efficacité symbolique pour expliquer comment un rituel de geste et de paroles peut produire un effet physique tel que le rétablissement de la santé chez un malade. L'efficacité symbolique est pour nous le fait que le thérapeute par exemple au lieu de soigner directement la personne souffrant d'une pathologie décide de le soigner par le substitut d'un animal, d'une chose susceptible d'avoir la correspondance homologue et le malade finit par obtenir sa santé au moyen du traitement du symbole. Selon Mayi (2010), la notion d'efficacité symbolique ne vise pas tant à reconnaître la magie qu'à situer sa possibilité dans le cadre de la raison constituée de l'époque. Il s'agit d'un concept de comprendre les faits dits magique.

Cet effet magique qui apporte la guérison au sujet malade se fait au moyen de la parole que le guérisseur emploie et demande au malade de répondre ou prononcer certains mots à sa suite. Il se peut que face au patient non entendant on peut penser à une efficacité symbolique. Le symbole est le signifiant ou la représentation construite d'un fait, d'un animal ou d'une chose qui est le signifié. Lorsqu'on parle du symbolique, on se réfère à ce qui aurait dû être réellement et dont on

ne peut avoir accès pour en faire usage comme on aurait voulu. Ainsi, il se peut que, l'efficacité est la capacité d'obtenir des bons résultats dans un moindre temps. Jung (1983), présente l'efficacité des symboles religieux en guise de réponse tout en faisant remarquer que la compréhension n'est pas un phénomène purement intellectuel. Pour lui, le symbole est aussi instincts personnels/personnalisables, et ou collectif susceptible de condamner ou non le sujet à la pathologie et/ou à la délivrer.

L'efficacité thérapeutique étant le phénomène de cet étude, l'objectif est de voir comment les processus d'interventions à l'égard des patients non entendants peuvent potentialiser l'efficacité thérapeutique. Il se peut que l'efficacité thérapeutique soit une variable très déterminant en milieu hospitalier. Il est centré sur trois éléments : le patient, le personnel soignant et la relation qui les lient. A la place du symbole qu'utilise le guérisseur, le thérapeute va interagir avec la parole pour agir sur la pensée du patient.

6.2. SURDITE ET EFFICACITÉ THERAPEUTIQUE

L'efficacité d'après le dictionnaire français Larousse, est la capacité de produire le maximum de résultat avec le minimum d'effort, de moyen et d'efficience. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2014), l'efficacité découle d'une thérapie ainsi, pour comprendre la notion de l'efficacité thérapeutique, il convient de comprendre ce qu'une thérapie. La thérapie est un ensemble de mesure appliquée par un thérapeute à une personne souffrante d'un problème de santé, on peut donc joindre la thérapie à l'efficacité thérapeutique. D'après Larouche, (2006), l'efficacité thérapeutique prend en considération plusieurs variables. Les changements de l'état psychologique des patients et, par la suite, examiner les relations entre des variables associées au comportement du thérapeute (le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client), une variable propre à la relation thérapeutique (l'alliance thérapeutique) et la variable « efficacité thérapeutique ».

L'efficacité thérapeutique de manière générale est une amélioration mesurable, immédiate ou retardée, transitoire ou définitive, de l'état de santé ou du bien-être d'un sujet en rapport avec l'utilisation d'un médicament et, a priori, explicable par une ou plusieurs de ses propriétés pharmacologiques. Un non entendant peut avoir des difficultés pour suivre une conversation. Pour parler la notion d'efficacité thérapeutique, il faut voir la relation entre l'efficacité thérapeutique et des variables relationnelles, notamment le comportement interpersonnel du thérapeute (le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation du client), et l'alliance thérapeutique.

Le terme « efficacité thérapeutique » renvoie à l'efficacité d'une thérapie psychologique et /ou médicale . La psychothérapie est définie comme : un traitement psychologique qui agit sur un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant

une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le patient des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien (Ordre des Psychologues du Québec, 2013).

Une question se pose à savoir qui est la personne la mieux placée pour en juger l'efficacité thérapeutique : le patient, les proches, le thérapeute, le réseau social ? Parfois, la famille du patient relève certaines améliorations dans le fonctionnement à la maison que le clinicien n'est pas en mesure d'observer. Dans d'autres circonstances, le clinicien peut évaluer les changements manifestes comme étant positifs alors que la famille peut les percevoir comme une détérioration. C'est le cas avec les patients non entendants, présentant des symptômes dépressifs du fait qu'il n'est pas compris par son environnement, exprime soudainement de la colère envers ses proches. Chacun peut sans doute observer des changements chez cette personne, sans pour autant être en mesure de se prononcer sur le niveau d'efficacité de la thérapie après une cure.

6.3. L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE

De prime abord, il apparaît difficile de parler de l'efficacité thérapeutique sans soulever toute la complexité que cette notion représente. Il faut d'abord savoir en quoi une thérapie est efficace, quels sont les critères qui permettent de porter un jugement positif ou négatif sur son efficacité. Si l'on considère qu'un patient souffrant d'un problème précis et présente certains symptômes, à ce moment on peut définir l'efficacité thérapeutique en termes de réduction de symptômes physiologique, (tension artérielle, la température corporelle, disparition de la fièvre, etc.) ou même d'amélioration de l'état psychologique, (émotion, l'adaptation, la pensée, etc.)

D'après Hill & Lambert, (2004), définissent l'efficacité thérapeutique comme les changements du patient à court et à long terme en tant que résultats de la thérapie. On peut dire l'efficacité thérapeutique est complexe, il est possible de l'étudier sous différents angles, par exemple en évaluant la diminution des symptômes psychopathologiques ou l'amélioration du bien-être au cours de la thérapie, en étudiant les processus thérapeutiques sous-jacents, etc. Pour estimer l'efficacité thérapeutique, une mesure objective peut s'avérer des plus utiles.

Il est possible de juger de l'efficacité d'un traitement selon les deux angles proposés par Labelle et *al.* (2000) : l'angle de la psychopathologie ou celui de la qualité de vie, les deux écoles associées à la notion de santé mentale. Pour l'école de la psychopathologie, la santé mentale consiste en l'absence de symptômes relatifs à la psychopathologie, alors que pour l'école de la qualité de vie, la présence d'indices de bien-être psychologique et les aspects positifs de la santé sont

considérés. L'efficacité thérapeutique peut être ainsi associée à une amélioration de l'état du bien-être physique, mental et social du patient.

Celle-ci se caractérise par des changements positifs par rapport aux symptômes et une amélioration du niveau de bien-être physique, mental, présentés par le patient depuis le début du traitement, (OMS, 2014). Tenant compte de la pathologie, les symptômes peuvent être au départ, plus ou moins nombreux, plus ou moins apparents, selon le cas, mais ils influencent le niveau de confort, de bien-être et d'adaptation du patient, de même que son fonctionnement dans les différentes sphères de sa vie.

Une thérapie efficace permettra d'observer une amélioration dans le fonctionnement social, mental et une diminution de l'ensemble ou de plusieurs des symptômes présents au départ (Kazdin, 1994). Conséquemment, le confort subjectif du patient, son niveau de fonctionnement et d'adaptation s'en trouvent améliorés. L'efficacité thérapeutique, dépend des processus thérapeutiques. Selon Hill et Lambert (2004), le processus réfère à ce qui se produit pendant les sessions de thérapie, Par exemple, l'utilisation d'un type d'intervention (orale, gestuelle, iconique, etc.) par le thérapeute. Les résultats des processus thérapeutiques renvoient plutôt aux changements immédiats, ou à long terme, engendrés par la thérapie. Il pourrait s'agir, par exemple, de la diminution des symptômes biologique, psychologique préalablement observés chez le patient, suggérant alors l'efficacité du processus.

D'une part, l'efficacité thérapeutique, évaluée à partir des changements observés chez le patient après un suivi psychologique, se veut une variable de résultats. D'autre part, les comportements interpersonnels du thérapeute et l'alliance thérapeutique sont des variables associées au processus. La première d'entre elles cible les interventions effectuées par le thérapeute pendant la séance, alors que la seconde vise la relation thérapeute-patient qui se construit au fil des rencontres.

6.4. CARACTERISTIQUES DE L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE

Certaines études confirment que l'efficacité thérapeutique est associée à certaines caractéristiques du thérapeute (Castonguay et Beutler, 2006 ; Cris-Christoph et Mintz, 1991). Les caractéristiques du thérapeute les plus fortement liées à l'efficacité thérapeutique touchent les comportements interpersonnels du thérapeute (Beutler et *al.* 2004 ; Martin et *al.* 2000). Les critères d'efficacité porte sur la pathologie et peuvent être subjectif pour le patient et objectif pour le thérapeute dans les essais portant sur les pathologies somatiques. Parmi les critères on a : les variables biologiques objectives et les critères subjectifs. La subjectivité concerne le sujet en tant être conscient et l'objectivité est relative au sujet pensé par le patient et le thérapeute.

L'importance de l'alliance thérapeutique a été reconnue il y a plus d'un siècle, par Freud qui distinguait deux formes d'attachement (Freud, 1958). L'une favorisant la coopération et l'autre concernant les sentiments positifs du client vis-à-vis de son thérapeute. Freud considérait l'alliance thérapeutique comme un facteur de guérison, l'analyste faisant alliance avec le « Moi affaibli » du client pour se liguer contre la maladie. Il soulignait que l'intérêt et la compréhension empathique que le thérapeute manifeste au client permettent un lien d'attachement solide entre la partie saine de celui-ci et la personne de l'analyste. Toutefois, c'est Zetzel (1956) qui a été la première à présenter le terme « d'alliance thérapeutique » qu'elle considérait comme le résultat d'un attachement et d'une identification du client à son thérapeute

6.4.1. Conditions pour parler de l'efficacité

Il s'avère que l'efficacité thérapeutique ne dépend pas seulement du médicament mais du thérapeute, du patient et des techniques employés. Que peut être donc l'apport du thérapeute et du patient dans l'efficacité thérapeutique ? Encore plus cet efficacité peut-il s'observer auprès des patients non entendant ? Pour comprendre la notion de l'efficacité thérapeutique chez les malades et chez les médecins donc le but est de soulager, d'améliorer un tant soit peu l'état de santé des malades, en un mot si elle est inefficace, (Benoist, 2008). Il est nécessaire de s'arrêter sur la notion de preuve de l'efficacité et de l'efficacité symbolique. Il y a d'abord l'efficacité telle que la juge le malade et la preuve par sa parole. Il s'agit ici de toute satisfaction apportée au malade : « Être efficace c'est obtenir un résultat conforme à une intention ».

L'efficacité thérapeutique dépendant des attitudes et habilité médicales (être empathique, conseiller, expliquer positivement, rassurer, encourager à des changements de comportement, prendre en compte attentes et représentation, etc.), on montre. Nous sommes bien entendu dans la situation où le patient présente une efficacité sur des critères clinique objectifs (Moreau, 2004). La qualité de la relation médecin malade constitue des « preuves » de l'efficacité thérapeutique de cette relation.

6.4.2 Variables Associées a l'efficacité Thérapeutique

L'efficacité thérapeutique selon Greenberg & Pinsof (1986); Lambert, (1992); Lambert & Asay (1999); Shapiro, (1982, 1983); Wampold, (2001). Mettent en lumière les variables associées à l'efficacité des thérapies. Lambert & Asay estiment que 40 % de l'efficacité thérapeutique est attribuable à des facteurs associés au patient. La relation thérapeutique offre une contribution évaluée à 30 % alors que les attentes du patient et l'approche utilisée contribuent pour 15 % chacune à l'efficacité thérapeutique (Lambert & Asay, 1992). Lambert & Bergin (1994), pour leur part, classifient les variables en trois grandes catégories : les variables du patient, les variables issues de l'approche utilisée par le thérapeute et les variables du thérapeute.

Parmi les variables du patient, la motivation est un facteur important, de même que l'implication du patient dans la thérapie, sa contribution à l'alliance thérapeutique ainsi que le motif de consultation. Les variables reliées aux approches comprennent la durée de la thérapie, le contrat concernant les buts à atteindre, les protocoles de traitement et la technique utilisée en fonction de la problématique du patient. Parmi les variables du thérapeute, il y a, par exemple, la capacité du thérapeute à utiliser les habiletés propres à la psychothérapie, ses aptitudes à entrer en relation, etc. Rogers (1957), dit : «si je pensais que je savais ce qu'il y a de mieux pour le patient, je le lui dirais». De plus, si je pensais que je savais qu'une technique particulière était meilleure pour le patient, je l'utiliserais. Il est contre l'utilisation de techniques en counseling et en psychothérapie. On peut comprendre avec lui que l'efficacité thérapeutique est dépendant de l'approche utilisé pas le patient.

Efficacité thérapeutique, équivalence ou supériorité des approches. Encore aujourd'hui, il existe des divergences à savoir laquelle des approches est la plus efficace. Un survol des études sur le sujet permet de les classer en deux sous-groupes : l'une en faveur de l'équivalence des approches, l'autre en faveur de la supériorité d'une approche par rapport aux autres. Équivalence des approches. Certaines recherches ont mis en évidence une certaine équivalence des approches en ce qui a trait aux résultats thérapeutiques. Luborsky et *al.* (1975) avaient énoncé en conclusion de leur étude que toutes obtiennent des résultats et qu'il existe peu de différences entre les résultats d'un type de thérapie par rapport à un autre et que toutes les approches obtiennent des résultats thérapeutiques.

Ils avaient comparé leurs conclusions au verdict du « Dodo Bird » dans Alice au pays des merveilles. En effet, ce personnage, à la fin d'une course à laquelle différentes espèces animales participaient, avait décrété : « Tout le monde a gagné et tous méritent un prix ! ». Cela a aussi été confirmé par d'autres recherches (Bergin et Lambert, (1994) ; Beutler, (1979) ; Lambert & Ogles, (2004) ; Rackman & Wilson, (1980) et aussi dans une méta-analyse (Wampold, 2001). Supériorité de certaines approches. Toutefois, l'équivalence des approches est remise en question par d'autres recherches qui ont identifié des différences entre les approches sur le plan de l'efficacité thérapeutique (Hunsley & Di Giulio, (2002) ; Shapiro & Shapiro, (1983); Smith et *al.* (1980). En effet, dans les premières méta-analyses effectuées, un avantage léger, quoique significatif, a été reconnu à la méthode cognitive comportementale comparativement à la méthode expressive traditionnelle.

Selon Hunsley et Di Giulio, la méta-analyse de Smith et ses collaborateurs qui établissaient l'évidence de différences significatives entre les approches. La thérapie cognitive et cognitive comportementale démontrait les meilleurs résultats, suivie par l'approche comportementale et psychodynamique, l'approche humaniste est finalement le traitement de type counseling

6.4.3. Efficacité thérapeutique et durée des processus

Certaines auteurs, exposées ci-dessous, ont étudié les liens entre le nombre de séances et l'efficacité de la thérapie. Entre autres, Howard et *al.* (1986) ont étudié la relation dose-effet. Ils ont comparé la psychothérapie à une dose de médicaments en médecine. Une séance de psychothérapie étant comparée à un milligramme de médicament et dix séances à dix milligrammes. Howard et *al.* ont démontré que l'état du patient s'améliore avec l'augmentation de la dose, mais qu'à hautes doses, les bénéfices des séances additionnelles tendent à diminuer.

En effet, la probabilité d'atteindre des changements significatifs n'est pas reliée au nombre de séances (Barkham et *al.*, 2006; Gullo et *al.*, 2012; Jacobson & Truax, 1991; Stiles et *al.* 2008). La dose ou nombre de séances n'est pas un prédicateur de la réponse au traitement, elle est un marqueur de la vitesse de réponse au traitement (Barkham et *al.* 2006). La vitesse de changement varie en fonction du nombre total de séances offertes aux patients. Les clients qui savent dès le départ qu'ils recevront de petites doses (moins de séances) changent plus rapidement, alors que ceux qui savent qu'ils auront droit à de plus grandes doses (plus de séances) changent plus lentement.

L'évaluation cognitive du patient est un facteur qui modifie l'efficacité thérapeutique. Elle s'intéresse aux effets du contexte social sur le degré d'autodétermination de la motivation des individus. Le contexte social peut influencer l'intégration de la motivation au concept de soi, en soutenant l'autodétermination. Ce concept suggère que la compétence et l'autonomie sont deux facteurs importants du degré d'autodétermination de la motivation. Le feed-back positif facilite la motivation intrinsèque en favorisant le développement d'un sentiment de compétence (Deci, 1971). Les personnes se sentent ainsi responsables de leur succès et de leurs performances (Fisher, 1978 ; Ryan, 1982). À l'inverse, le feed-back négatif diminue le sentiment de compétence et mine la motivation (Deci & Ryan, 1985).

Pour un thérapeute entendant, la rencontre avec un non entendant recouvre une très grande diversité de situations (Delaroche 2013, p. 143). Ainsi quel que soit l'état du patient, une efficacité thérapeutique est probable si les variables liés à l'efficacité thérapeutique sont réunies. Les non entendants sont « des êtres humains pour lesquels une des voies perceptives habituelles pour appréhender le monde, l'audition, ne va pas de soi ». Comme chez les autres êtres humains, en effet, appelés par certains non entendants les « Entendants », la construction du monde par l'audition, grâce à un accès facile et naturel à la langue orale, est implicite. On peut aussi comprendre que plusieurs variables peuvent provoquer l'efficacité thérapeutique. Des troubles de l'audition dans certaines conditions semblent mettre à mal la notion de l'efficacité thérapeutique. On note qu'une synergie d'effort peut produire une efficacité thérapeutique.

7. THEORIES EXPLICATIVES

La lecture de notre sujet se fait à travers deux modèles théoriques. Le modèle théorique interactionniste de Fougeyrollas (2010), présentant les déterminants des situations de handicap et de la participation sociale. Cette théorie se complète avec la théorie de Murphy (1990) centrée sur la liminalité. Et la théorie de Moreau (2016) qui explique l'efficacité thérapeutique.

Fougeyrollas (2010) appréhende le handicap non pas comme une caractéristique de la personne mais comme le résultat situationnel de l'interaction entre une personne différente sur le plan corporel ou fonctionnel et un environnement physique et social spécifique. Il place le non entendant dans une situation de handicap auditif et montre que ce handicap peut être corrigé à travers l'adaptation de l'environnement physique et/ou social. Il explore les aspects importants de la vie sociale de manière à faire évoluer la prise en charge des personnes en situation de handicap. Il part des débats et des pratiques sur les déficiences. Selon lui, la personne qui porte une déficience vit une stigmatisation sociale.

Cette stigmatisation est à l'origine des traits négatifs dégradant et entraînant la mise à l'écart d'une personne présentant un trouble ou une déficience. Ces troubles ou déficiences sont d'ordre physique et invisible. Il entraîne des différences au niveau des comportements (trouble de l'audition). La stigmatisation affecte la capacité d'une personne à trouver une stabilité sociale. Ce qui affecte sa santé, sa qualité de vie. En outre, cette stigmatisation peut retarder l'accès aux soins, impacte l'estime de soi, réduit l'accès à la participation sociale en brisant les relations de proximité. D'après Murphy (1990), la personne qui porte une déficience est dans la situation de liminalité. La liminalité, est le changement de statut ; elle est caractérisée par la situation des personnes handicapées, pour lui les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni mort, ni pleinement vivant, ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur. Donc les personnes handicapées sont à la limite des perspectives, ils n'ont aucune place dans la société.

On peut postuler avec Murphy que les non entendants qui sont accueillis en milieu hospitalier et médical ne sont pas pleinement compris. Ils n'en sont pas non plus définitivement écartés. Demandeurs des soins comme tout le monde mais du fait qu'ils ne sont pas compris, vivent dans une situation d'entre deux. Ces deux théories sont complémentaires pour expliquer ce sujet de recherche mais Fougeyrollas nous permet de comprendre la situation de handicap auditif. Plus précisément la notion de handicap que souffrent les personnes non entendant en milieu hospitalier. Avec Murphy (1990), le non entendant est handicapé à cause de l'absence de l'ouïe qui va exciter l'environnement à plus de regard sur cette personne qui a cette différence corporelle.

Suivant la conception de Fougeyrollas (2010), le handicap découle de l'interaction sociale. Pour lui, en plus de la déficience que porte un individu, la société crée la situation de handicap,

selon lui, le handicap est un processus cognitifs, voir constructif des savoir et des savoir-faire langagiers et de l'identité même de la personne. La théorie de la liminalité des personnes déficientes selon Murphy (1990) est le bon point de départ tant du point de vue historique que du point de vue de l'actualité pour rendre compte du rapport intime entre les affects individuels et les construits sociaux. Le terme stigmaté est d'ordre social, physique et/ou mental, il faut l'organisation des relations avec les autres pour mettre fin au stigmaté. Sur divers angles de vision ou dans diverses situations quotidiennes, les non entendants sont placés dans une situation intermédiaire entre deux statuts de validité, celui des autres et celui qu'on devrait retrouver, qui est soi-disant souhaité par les autres (Murphy, 1990).

Ainsi, elles ne sont ni rejetées, ni intégrées, ni jugées coupables, ni innocentes. Ils se sentent gênants et fautifs tout seuls de troubler la tranquillité de la société qui rêve des hommes et femmes avec zéro défaut : « *ils ne sont ni esclaves, ni citoyens à part entière, ni asservis, ni libres* ». La liminalité ne constitue pas une métaphore du statut social du handicap mais elle en rend compte en nous laissant voir certains aspects jusqu'ici inaperçus. Le concept de la liminalité nous permet de mieux cerner la notion de « bonne image ». C'est la représentation mentale qu'un individu se fait de lui-même. Ce concept renvoi à la notion de miroir brisé ; ce dernier a pour signification que l'image de l'infirmité devenait une image inversée, abîmée et par conséquent rejetée par nous-mêmes.

Les personnes qui vivent avec une déficience auditive effraient celles dites normales dans la mesure où ils représentent une menace potentielle inscrite en nous-mêmes et malgré nos similarités nous avons le plus grand mal à le reconnaître. Notre altérité réside dans le fait que cette similitude comme dissemblance n'appartient qu'à ceux qui la manifestent. L'altérité est toujours en nous on peut la laisser à distance mais pas la faire disparaître pour rendre compte de la liminalité comme décrite par Murphy. D'autre part, on le considère sur le plan individuel et social car cette exigence d'avoir son autre à côté de soi sans qu'il ne soit trop prêt relève d'une figure du double. Plusieurs arguments sont en faveur de ce point de vue notamment.

Le Modèle de développement humain-processus de production du handicap (MDH-PPH) de Fougerollas, (2010) permettant de mieux expliquer la notion de handicap. Le MDH-PPH (Fougerollas, 1995, 1997, 1998, 2010) permet de défendre les droits des personnes en situation de handicap en proposant les outils et techniques de compensation.

7.1. MODELE DE DEVELOPPEMENT HUMAIN-PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (MDH-PPH)

Le modèle de développement humain-processus de production du handicap est un modèle conceptuel interactionniste ou écosystémique facilitant l'identification, la description et

l'explication des causes ; des conséquences des maladies ; des traumatismes qui affecte l'intégrité et le développement de la personne. Fougeyrollas & Roy (1996), définissent le processus de production du handicap comme « *un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles* ». Ce modèle comprend un ensemble de variables individuelles et environnementales, ce processus met en lumière le mode de production d'obstacles ou de facilitateurs à la réalisation des habitudes de vie d'une personne. »

Selon ce modèle, le handicap est situationnel et peut être compensé. Ces outils dans le cas de ce sujet de recherche sont constitués de l'environnement physique (les aides de communication technologique comme les outils Visio gestuels, les unités d'accueil pour une prise en charge en langue des signes...), les hommes (maîtrisant la communication gestuelle, iconique dans un milieu où la vision est oraliste, la lecture labiale, le français signé...). Ces éléments vont améliorer la qualité de vie et les habitudes de vie de ceux-ci. Les situations de participation sociale et les situations de handicap (situation d'inégalité) sont vues comme les résultats de l'interaction des facteurs personnels et des facteurs environnementaux.

Il permet d'apprécier et de suivre les changements observés dans ces domaines conceptuels pour une période donnée. Ce modèle montre qu'une amélioration de l'environnement réduit le handicap. De même, pour Fougeyrollas (1998) : « *le handicap n'est plus donc seulement une question médicale, mais également une problématique environnementale, sociale et sociétale* ». Fougeyrollas s'inscrit dans la perspective où reprend à son compte l'idée de Wood (1989), Murphy (1987 ; 1990), qui ont centrés leurs travaux sur la déficience. Selon Wood (1989) & Murphy (1990), si la déficience appartient en propre à la personne, le handicap provient par la suite de l'inadaptation de l'environnement. Le handicap dépend bel et bien de nous ; notre responsabilité individuelle et collective est engagée.

Wood, (1989) & Fougeyrollas, (1997), ont permis de décrire des relations de cause à effet entre des profils successifs d'atteintes sur les plans des organes et fonctions (les déficiences), des activités fonctionnelles (les incapacités) et des désavantages sociaux liés aux rôles de survie de la personne (les handicaps). Dans l'approche systémique, il est essentiel de tenir compte de la qualité du contexte. Ceci à entrainer le Processus de production du handicap. Il établit une distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle de ce qu'il appelle en anglais « *disability* » qui correspond aux conséquences sur le plan de l'intégration sociale. Ceci faisait référence aux inégalités sociales vécues par les personnes ayant des attributs personnels de limitations fonctionnelles.

Pour Fougeyrollas et *al.* (1998), la situation de handicap se crée dans l'interaction entre les facteurs personnels et ceux environnementaux. Les facteurs personnels ici sont (l'âge, le sexe, le

statut social...) il s'agit également des facteurs de risques. Il faut entendre par ces facteurs de risque les causes. Partant des fondements du handicap, Le MDH-PPH de Fougeyrollas (2010) centrée sur les habitudes de vie influence les capacités ou la récompensations des incapacités ou la compensation des impacts ou encore la réadaptation et des aides techniques de communication. Par exemple, les préjugés, les manques d'aides (...) les facteurs de risque, personnels et les facteurs environnementaux sont inclus dans la production du handicap. On peut comprendre avec Fougeyrollas que le handicap est multifactorielle (facteur causales, facteur personnel, facteur environnemental et habitude de vie) sont considérés.

7.1.1. Les facteurs de risque ou causal

Il s'agit de l'élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Les facteurs personnels sont des caractéristiques propre à une personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes... (Fougeyrollas, 2001). Ce modèle va surtout insister sur les deux dernières caractéristiques à savoir : les systèmes organiques et les aptitudes. Le système organique est un ensemble de composantes corporelles qui assurent une fonction commune. Il peut être jugé à partir d'une grille allant de « l'intégrité » à la « déficience ». Les aptitudes désignent la capacité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Elles s'évaluent sur une échelle allant des « capacités sans limites » à « une incapacité incomplète ». Les facteurs identitaires sont des caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles propre à un individu et à son histoire de vie. Ils prennent en compte les valeurs et les préférences du sujet. En dehors des facteurs personnels, le MDH-PPH repose sur les facteurs environnementaux.

7.1.2. Les facteurs environnementaux

Il s'agit ici des dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société Fougeyrollas (2001). Les facteurs environnementaux peuvent aller du statut de facilitateur à celui d'obstacle. Un facilitateur est un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les facteurs environnementaux. Un obstacle quant à lui est un facteur environnemental qui compromet la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les facteurs personnels. Pour le modèle de production du handicap, les facteurs environnementaux se regroupent en deux catégories : les facteurs sociaux et les facteurs physiques Fougeyrollas (2010). Si les facteurs personnels interagissent avec les facteurs environnementaux, c'est dans les habitudes de vie que se révèle la situation de handicap.

7.1.3. Une habitude de vie

C'est une activité de la vie quotidienne ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques. Elle favorise le bien-être et la survie d'une personne dans sa société. Les habitudes de vie comme nous avons précédemment présenté s'évaluent sur une échelle allant de la situation de participation sociale à la situation de handicap. Une situation de participation désigne l'entière réalisation des habitudes de vie c'est-à-dire des activités de la vie quotidienne résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Contrairement, à la situation de participation sociale, la situation de handicap désigne le déficit d'accomplissement des habitudes de vie du à l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, Rochat (2008).

Les habitudes de vie sont constituées de deux catégories : les activités courantes et les rôles sociaux. Dans les activités courantes on retrouve entre autres la communication, la nutrition, les soins personnels et de santé. Les rôles sociaux sont composés des responsabilités, relations interpersonnelles la vie associative et spirituelle... La clarification conceptuelle des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie permet de redéfinir le handicap.

Le MDH-PPH appréhende donc la situation de handicap comme une variation du développement humain. C'est dire que le handicap s'apprécie à partir des réalisations des habitudes de vie. Pour le modèle PPH, la situation de handicap n'existe pas en soi tout comme elle n'est pas une situation permanente et statique pour l'ensemble des personnes Rochat (2008). Tout est fonction ici du milieu dans lequel l'individu évolue et interagit avec ce dernier. La situation de handicap n'existe pas en soi se crée plutôt dans l'interaction entre les caractéristiques de l'individu et son environnement, Fougeyrollas (2010). Pour ce modèle conceptuel, les facteurs environnementaux présents dans le milieu de la personne (non entendent) ou d'une personne peuvent se révéler être des facilitateurs ou des obstacles.

De ce fait, le fait de vivre les situations de handicap ou de participation sociale résulte soit de l'inadéquation ou de l'adéquation entre l'environnement et les caractéristiques d'une personne. Le MDH-PPH soutient l'idée selon laquelle la réalisation des habitudes de vie d'une personne serait déterminée par le résultat de l'interaction entre ses facteurs personnels et les facteurs environnementaux présents dans son milieu de vie à un moment donné dans le temps.

Les situations de participation sociale ou de handicap évoluent en fonction des changements observés aux facteurs environnementaux. C'est donc un modèle qui s'applique aux personnes ayant des incapacités, quelque soient leurs causes, la nature et la sévérité de leurs déficiences. Les situations de participation sociale se présentent lorsque le milieu de vie d'une personne lui permet de réaliser les habitudes de vie au même titre que les autres. Le MDH-PPH est pertinent pour notre

recherche qui porte sur le processus d'intervention à l'égard des patients non entendants et efficacité thérapeutique pour deux raisons : sa capacité à expliquer la situation de handicap dont vivent les non entendants en milieu hospitalier et la place de choix accordée au processus d'intervention dans l'adaptation des personnes en situation de handicap pendant l'entretien médical.

Premièrement, le MDH-PPH2 a été convoquée parce qu'il nous permet de rendre compte des tissages qui s'opèrent entre la déficience auditive, les spécificités de l'environnement médicale. Aussi il permet d'expliquer l'inadaptation du milieu médical au non entendant. Selon Dagrón (2008), la langue des signes constitue une variable environnementale. Le modèle théorique de fougeyrollas (2010), montre qu'une adaptation de l'environnement en langue des signes réduire le désavantage les difficultés communicationnelles qu'ont les non entendants en milieu hospitalier. De même, le personnel soignant constitue un obstacle dans la production du handicap dans la mesure où l'interaction communicationnelle entre les protagonistes n'est pas partagée. L'organe déficient ici est l'ouïe qui permet à l'individu d'échanger les paroles avec son interlocuteur. On observe chez le non entendant une déficience au niveau de la boucle audio-vocal.

D'après ce modèle le handicap auditif se révèle dans l'incapacité à réaliser les habitudes de vie résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement. Sur la même idée Mottez, (2006), décrit exhaustivement les difficultés d'accès aux soins des non entendant, et déplore leur retard d'intégration des messages d'informations à caractère sanitaire du fait de l'utilisation exclusive du français parler et écrite. Donc, l'écriture, les paroles sont des obstacles qui empêchent la réalisation des habitudes de vie du patient non entendant. Ceux sont contraints à parler, ou à lire alors que la syntaxe de la langue française et celle de la langue des signes est différentes.

Deuxièmement, le MDH-PPH2 montre que si l'environnement est adapter on ne parlera plus de situation d'handicap. Ce modelé a pour avantage d'adapter l'environnement médical pour favoriser la communication entre le thérapeute et le patient non entendant. Il préconise l'usage de la communication visuelle, écrite, mimique corporel et gestuelle, la lecture labiale...

L'adaptions de l'environnement passe pas les moyens de communication suivant le type de déficience. La déficience peut être acquise ou innée, elle peut être de transmission, de perception ou mixte, elle peut être bilatérale ou non. Cette connaissance de la déficience permet au thérapeute de savoir qu'elle processus entreprendre pendant l'échange.

- **la parole** pour les non entendants qui ont des restes auditifs et pouvant oraliser : ici le thérapeute s'appuie sur ce que dire le non entendant pour lui mettre en confiance afin de proposer une thérapie ;

- **la langue des signes** pour les authentiques non entendant (sourds) : il s'agit de la propre langue du non entendant, le personnel soignant devrait s'appuyer sur cette langue qui permet au patient de se faire entendre pour lui donner exploit ;
- **les gestes et la Langue des signes** pour ceux qui n'ont acquis ni la parole ni une autre langue : le thérapeute devrait pouvoir faire les gestes orientés ;
- l'écriture pour ceux ayant acquis le mécanisme de la lecture : pour les non entendants scolariser ;
- **la lecture labiale (l/l)** pour les non entendants ayant été démutisés : l'environnement doit être approprié, (éclairé, fixer l'interlocuteur, se rapprocher...)
- **le français signé** pour les non entendants fréquentant le milieu ordinaire ;
- les dessins, les images, les mimées ;
- les appareils auditifs (prothèses auditifs, contours d'oreille boîtier).

Pour Fougeyrollas (1989), l'adaptation du milieu médical par un des moyens de communication permet la compensation de la déficience auditive et peut se substituer à l'organe déficient, la compensation de l'incapacité augmente la capacité fonctionnelle, ou encore la compensation du handicap conférant davantage d'autonomie et l'amélioration des habitudes de la vie dans les activités de la vie quotidienne. Pour Amoros et *al.* (2014) l'adaptation du milieu hospitalier, la création des services d'accueil équipés des hommes maîtrisant soit la communication totale ou la communication gestuelle et de soins pour les non entendants favorise la satisfaction du patient sur le plan social, et psychosocial.

On peut donc comprendre que les médecins ayant une connaissance en langue de signe, en lecture labiale réduisent la stigmatisation des patients et favorise l'efficacité thérapeutique ce qui leur permet d'agir sur les signes et symptômes de la maladie. D'après Fougeyrollas (1989), l'usage de la langue des signes contribue donc à la mise en place d'environnements facilitants susceptibles notamment de participer à l'accessibilité des apprentissages. On peut donc comprendre que les non entendants sont des handicapés du fait que l'organe d'audition (l'ouïe) est altéré. Érigé en alternative au réductionnisme du modèle médical, Fougeyrollas étale le modèle social dans sa version extrême dissociant complétant la question du handicap de celle des limitations fonctionnelles. En ceci il néglige, dans une compréhension globale du handicap, la place du jugement porté par la personne sur sa déficience, ses restrictions d'activité et le rôle de l'environnement, c'est à dire l'évaluation subjective de la situation de handicap.

On peut retenir dans ce chapitre qu'il faut une forte sensibilisation du personnel médical de ce que c'est que la surdité. Accès à l'information, cet accès renvoie à introduire les facilitateurs en communication totale pendant les campagnes de santé, accès aux ressources de soutien à la

participation en milieu hospitalier (il faut rendre la consultation médicale accessible et pratique à travers la langue du patient. Suivant cette idéologie, la notion de handicap fait référence aux valeurs d'un milieu, à la pensée que le thérapeute a de son patient (Fougeyrollas, 1998). Le modèle social du handicap permet de voir plus loin que les barrières aux personnes handicapées, et alors il peut changer les idées qu'on a sur les capacités des personnes handicapées.

Ce chapitre laisse entendre que les personnes en situation d'handicapé non entendant peuvent avoir des opportunités et des niveaux de vie égaux. On ne peut jamais dire qu'il existe un statut de personne handicapée puisque ce résultat est toujours situationnel, relatif et varie autant avec l'évolution des caractéristiques individuelles qu'avec l'environnement et ses dimension physiques et sociale, (Fougeyrollas, 2004). Donc, le handicap résulte de la stigmatisation cependant, pour réduire la stigmatisation, il faut reconnaître les faits, être conscient des attitudes et des comportements de celui qui porte le trouble, bien sensibiliser autrui de se concentré sur les aspects positif de la personne, soutenir et accepter celui-ci dans le groupe.

**CHAPITRE 2 : PROCESSUS D'INTERVENTION
CHEZ LES PATIENTS NON ENTENDANT**

Après avoir identifié le problème de recherche au chapitre précédant, il convient maintenant dans le présent chapitre d'envisager la construction de la grille de lecture théorique. Cette démarche va nous permettre de clarifier les grands concepts opératoires, mais aussi de préciser les différents processus d'intervention. Le bilan des connaissances dans le domaine concerné porte sur la présentation des processus d'intervention, encore plus, la construction de la revue de la littérature et la justification de la théorie. .

2.1. L'INTERVENTION ET SES PROCESSUS

Le processus d'intervention constitue une démarche rigoureuse permettant d'adapter ses actions à une multitude de clientèles et de contextes, afin d'aider une personne à cheminer vers une solution souhaitable. La maîtrise de ce processus contribue à rehausser le professionnalisme de l'intervenant et son efficacité dans tous les types de situations et de problématiques d'adaptation. Sans doute, les processus d'intervention en milieu hospitalier sont classiques. L'évaluation d'un patient peut être définie par une multitude de compétences complexes qui ont pour but d'identifier les problématiques prioritaires, d'avancer des hypothèses de diagnostics sur les perturbations présentes chez un patient. Elle facilite et oriente vers une stratégie pertinente, des actions efficaces et enfin un transport adapté pour tous les types d'interventions. Nous trouverons ci-dessous les étapes d'un processus d'intervention (Lionel chudzik, 2014).

2.2. INTERVENTION

D'après Vilmer (2012), on intervient pour mettre fin à ce qui choque la conscience humaine. L'intervention commence par une analyse et vise à améliorer la situation sociale des patients en soins de santé primaires. C'est ainsi qu'elle peut mener à des améliorations de leur santé. L'intervention en outre vise à sensibiliser les professionnels de la santé sur leur responsabilité à s'attaquer aux conditions sociales nuisibles. Tout professionnel de la santé en soins de santé primaires peut se mobiliser d'une manière ou d'une autre en faveur de l'intervention sociale. L'ampleur et le succès de ces interventions dépend de la volonté de les prioriser, des ressources qui leur sont attribuées et de la participation des partenaires des intervenants et des soutiens multidisciplinaires. Pour intervenir, il faut commencer par être certain de l'objectif visé et à en comprendre le sens. Il faut Identifier les problèmes posés, formuler le plan d'intervention.

2.2.1. Processus d'intervention

Selon le dictionnaire Larousse (2018), un processus est une suite continue d'opérations visant un résultat. Pour l'intervenant, cette suite d'opérations cible un changement chez la personne aidée. Les opérations commencent dès qu'une personne requiert des services (première étape, « Réception et clarification du mandat ») et se poursuivent jusqu'à la « Réévaluation », étape finale

du processus. (Nancy & Lavertu 2013), Le processus d'intervention constitue une démarche rigoureuse permettant d'adapter ses actions à une multitude de clientèles et de contextes, afin d'aider une personne à cheminer vers une solution souhaitable. La maîtrise de ce processus contribue à rehausser le professionnalisme de l'intervenant et son efficacité dans tous les types de situations et de problématiques d'adaptation.

D'après la Commission Romande de Formation Ambulancière (2018), le processus d'intervention implique tous les sens avec l'observation, le toucher, le goûter et l'écoute. Passant par une phase de recueil clinique et para clinique, l'intervention demande un esprit objectif, curieux, critique et capable de synthèse. Il est de première nécessité que l'intervenant ait la maîtrise pour pouvoir gérer l'ensemble de la prise en charge de façon optimale.

Le processus d'intervention s'inscrit dans une vision systémique, c'est-à-dire que le cas de la personne aidée est examiné dans le milieu de vie de cet individu, dans ses interactions, dans son contexte et dans son environnement. Ce processus permet d'objectiver la démarche d'intervention en tenant compte d'une multitude de paramètres et en se préoccupant des besoins prioritaires de la personne aidée. Il s'agit d'un ensemble ordonné de manière logique de principes, de règles, d'étapes, qui constituent un moyen pour parvenir à un résultat, (Dictionnaire Larousse 2018). Suivant les processus d'intervention de (Nancy & Lavertu 2013, p.431), les étapes d'un processus sont :

Étape 1 : la réception et la clarification de la tâche : Selon (Nancy & Lavertu 2013, P.431) cette étape consiste à vérifier les conditions d'admissibilité, de voir si la demande d'aide est en concordance avec la mission de l'organisme et des lois régissant cette mission.

Étape 2 : la démarche d'observation : D'après, (Nancy & Sylvain 2013), Il s'agit d'effectuer des observations pour mieux connaître la personne, de valider les hypothèses émises et de chercher des leviers de changement.

Étape 3 : l'analyse et l'évaluation de la situation : Il s'agit de faire une synthèse de la situation et une évaluation de la situation de la personne aidée. L'intervenant rédige un rapport comportant ces deux aspects : synthèse et analyse.

Étape 4 : la planification de l'intervention : Cette étape, consiste à cibler les besoins prioritaires, à définir les objectifs à atteindre, les moyens et les stratégies à déployer. Les intervenants rédigent un plan ; ce sera un plan d'intervention.

Étape 5 : Le premier temps de l'intervention : Ici, il s'agit de mettre en place les moyens et stratégies définis au plan d'intervention. La particularité ici est que l'intervenant est très présent auprès de la personne pour l'aider à amorcer un changement.

Étape 6 : Le deuxième temps de l'intervention : Elle consiste à appliquer les moyens et stratégies définis au plan d'intervention. Ici, l'intervenant se détache progressivement de la personne pour l'aider à gagner de l'autonomie. Il fait de l'estompage et l'invite à généraliser et à transférer ses apprentissages.

Étape 7 : La réévaluation : À cette dernière étape du processus, il s'agit de mesurer l'atteinte des objectifs du plan d'action formel ou informel. L'intervenant vérifie si les besoins de la personne aidée ont été comblés, si les moyens et les stratégies proposés lui ont permis de consolider les changements souhaitables, et enfin, à quel point la situation s'est améliorée par rapport aux attentes exprimées lors de la planification. Elle met en lumière les éléments favorables et défavorables en lien avec les changements souhaités.

À la suite de ces étapes, une décision est prise, à savoir si l'intervention doit se poursuivre ou non. L'intervenant portera aussi un regard critique sur ses gestes cliniques à chacune des étapes du processus. Il tentera d'identifier ses forces et ses lacunes dans l'application de ce processus. Ainsi, si l'intervention se poursuit, il est possible qu'elle s'oriente vers d'autres objectifs. Et si les objectifs n'ont pas encore été atteints, on doit réévaluer l'efficacité des moyens et des stratégies mis en place, ou le temps consenti pour permettre aux changements de s'effectuer. Toute cette réflexion entraînera un nouveau rapport d'analyse, prenant la forme d'un plan d'intervention révisé, d'un plan de transition, d'un bilan de suivi ou d'un rapport de fermeture, ou encore, tout simplement, d'un échange verbal, gestuel ou iconique avec la personne (Nancy & Sylvain, 2013, P.431).

Le processus d'intervention amène à avoir un raisonnement clinique face au patient non entendant. Et le raisonnement clinique « processus cognitif de pensée et de prise de décision » permet aux intervenants de proposer une prise en charge dans un contexte spécifique de résolution du problème de santé » (De Alencastro & al. 2017). Il s'agit de recueillir, puis d'analyser les informations concernant le patient dans le but de générer des hypothèses (diagnostics différentiels). Une fois ces hypothèses formulées et les probabilités d'occurrence estimées, le processus amène à la prise de décision clinique avec les actions s'y référant. Enfin la démarche implique une (ré) évaluation de l'état du patient avec les résultats des actions menées.

2.2.2. Processus classique d'intervention médical

suivant le concept de trajectoire de (Strauss, 1997) dans les variabilité de la prise en charge médicale, chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter d'en maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle.

Si chaque trajectoire est étroitement déterminée par les caractéristiques physiques, biologiques et psychiques du patient et la façon dont il va se soumettre au traitement, elle est également fortement conditionnée par la disponibilité et l'affectation des ressources humaines et matérielles qui permettent de réaliser la prise en charge. À défaut de pouvoir affecter à chaque patient une équipe de soin qui lui serait entièrement et exclusivement dédiée, l'hôpital fonctionne par souci d'efficacité et d'efficacité selon un système de ressources partagées.

Certes, le fonctionnement du système hospitalier prend la forme d'un jeu à somme nulle dans lequel toute allocation de ressources à l'un se fait nécessairement aux dépens de l'autre. Une concurrence effective ou potentielle s'instaure ainsi entre les patients sur les ressources rares que sont les soignants et en particulier les médecins. La disponibilité des ressources à un instant 'T' bouleverse l'ordre des facteurs de la prise en charge, au risque d'en modifier la direction voire le résultat. Nous observons cela avec le patient non entendant.

2.2.3. Trajectoire des patients

L'accueil du patient constitue le premier étape de son diagnostic, (Strauss, 1997). Cette étape commence par la prise des informations du patient. À travers un échange de parole entre le patient et son thérapeute il y'a ouverture du dossier médical. Dans ce dossier, on retrouve les informations du patient et les marques de son thérapeute :(identité, protection sociale...). L'interrogatoire du patient (motif de consultation, allergies, recueil des antécédents personnels et familiaux, activités professionnelles et quotidiennes). Examen général (poids, taille, aspect cutané...) l'examen par organes, appareils et systèmes.

Il faut noter que ce parcours se fait entre le thérapeute et le patient. Les informations s'obtiennent au moyen d'un entretien verbal, gestuelle. Le personnel soignant peut aller jusqu'à utiliser les images pour mieux poser son diagnostic. Mais c'est le contraire avec le patient non entendant. Virole (2000) & col (2015), les patients non entendants ne sont pas autonomes quand ils sont en milieu hospitalier, ils ont une double stigmatisation : celle de la maladie et celle de la surdité. La trajectoire des patients non entendant en milieu hospitalier et médicale pose ainsi un double défi au gestionnaire désireux de dégager des leviers d'action pour tenter de maîtriser le système :

- un défi de compréhension, qui vise à cerner puis à décrire par approximations successives, l'ensemble des facteurs non médicaux qui exercent une influence sur le déroulement de la trajectoire ;
- un défi de rationalisation, reposant à la fois sur la formalisation et la stabilisation des processus de prise en charge et sur l'affectation optimale des ressources nécessaires à ces processus pour un niveau de résultats donné.

Lorsque qu'on se rend chez un médecin pour faire un bilan de santé, ou pour un problème de santé, la première étape pour le thérapeute consiste à recueillir des informations sur les antécédents médicaux du patient. Cette étape, appelée l'anamnèse, est primordiale pour établir un bon diagnostic mais surtout pour écarter rapidement certaines pathologies. Cet « interrogatoire » va permettre au personnel soignant d'établir une liste des facteurs de prédisposition ainsi que d'éventuels comportements à risque tels que la consommation excessive d'alcool, l'usage de drogues, le tabagisme, l'absence d'activité physique, des rapports sexuels non protégés, ceci à travers l'échange de la parole...

Sans doute, cet échange verbal permet aux deux protagonistes de faire la relance pendant l'entretien. Or le non entendant s'exprime par la gestuelle d'ailleurs Jacob (2013), pense que l'échange des paroles pendant la consultation entraîne la confiance, favorise l'adhésion aux soins, la bienveillance et l'écoute. Le médecin va ensuite poser des questions plus précises sur les symptômes ressentis, les traitements médicamenteux actuels ou passés, les opérations chirurgicales passées, le motif de la consultation. Il est important de rappeler que cet échange tourne autour de la communication verbale. Déborah, (2020) dit que : l'examen médical classique comprend 4 phases :

- **inspection** : le médecin observe son patient en commençant au vêtement de la tête jusqu'au pied en suite il va explorer le corps humain ;
- **palpation** : Grâce à la palpation, le médecin va vérifier l'état des organes tels que la thyroïde, l'abdomen, le foie, la rate, et s'assurer ainsi qu'il n'y a pas une augmentation de volume ; elle va permettre également au médecin de dépister des masses anormales d'adénopathies, des points douloureux et le patient sera questionné sur le début d'apparition, ceci permet au médecin d'avoir plus d'information afin d'orienter le diagnostic. Aussi, le médecin va pouvoir prendre le pouls de son patient dans le but de mesurer le rythme cardiaque et de dépister une éventuelle anomalie. Toutes ces informations se font à travers un échange de parole.
- **la percussion** : Cette technique ancestrale consiste à frapper avec les doigts une partie du corps afin de déceler par le son émis l'état d'un organe. Pour le faire il faut expliquer au patient ce que vous recherchez.
- **L'auscultation** : c'est une technique de recherche qui permet au médecin d'écouter les sons internes du corps au moyen d'un stéthoscope. Cet instrument médical va transmettre et amplifier les bruits par résonance. Avec un stéthoscope le médecin peut effectuer une auscultation pulmonaire, cardiaque, abdominale et vasculaire. Selon son diagnostic, le médecin pourra prescrire des examens complémentaires (examen biologique, électrocardiogramme...).

Ce schéma classique de consultation est centré sur un échange verbal, les relances de parole, l'empathie, l'écoute active. S'il s'avère que le patient non entendant ne bénéficie pas toujours de ce schéma quand il est en consultation, alors il subit la pression en milieu hospitalier et semble ne pas bénéficier de l'efficacité thérapeutique. Hesbeen (2011), considère que le premier objet de la prise en soin est de réussir à créer des liens de confiance avec le patient par une approche relationnelle judicieuse et subtile. Pour ce fait il convient d'introduire et d'associer huit éléments à la relation, qui est : la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, l'humour... et l'empathie. En reprenant cet auteur, nouer une relation empathique semble donc contribuer à instaurer une relation de confiance. Suivant cette logique il se peut que les patients non entendant vivent le contraire quand ils sont en milieu médical, (Meynard, 2017).

la prise en charge trouve sa traduction dans le concept de trajectoire (Strauss, 1997), chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter d'en maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle. Si chaque trajectoire est étroitement déterminée par les caractéristiques physiques, biologiques et psychiques du patient et la façon dont il va se soumettre au traitement, elle est également fortement conditionnée par la disponibilité et l'affection des ressources humaines et matérielles qui permettent de réaliser la prise en charge. À défaut de pouvoir affecter à chaque patient une équipe de soin qui lui serait entièrement et exclusivement dédiée, l'hôpital fonctionne par souci d'efficience et d'efficacité selon un système de ressources partagées.

D'après Cole et *al.* (2015), Mauffrey et *al.* (2016), la surdité est un handicap de communication, ce qui entraîne souvent un gêne et l'inconfort chez les entendants et de même chez les personnes non entendants. Il paraît que les soignants optent pour une approche médicale de la surdité alors que les personnes non entendant ont une perception historico-socioculturelle de la surdité et de la santé. D'après Meynard (2017), les médecins privilégient l'efficacité de la parole orale en détriment de la langue gestuelle, et des icônes. Ils font appel à des interprètes qui ne maîtrisent pas le vocabulaire médical. Ils font recours à l'écrit ou à la présence de la famille qui parfois fausse le diagnostic alors que les non entendants parlent.

2.3. LE MILIEU HOSPITALIER ET LE NON ENTENDANT

Selon l'article 41 de la loi du 11 février 2005 en faveur des personnes handicapées, répertorie l'offre de soins de santé mentale accessible aux personnes non entendants. met l'accent sur la langue du patient. Cette langue permet à ces usagers de bénéficier des soins, de prises en charges adaptées à leurs modes de communications. Selon cette loi, il faut s'occuper et prendre en soin des patients non entendant en milieu hospitalier sans discrimination. Autrement dire cette loi est centrée

sur la légalité de droit et chance et à la participation et la citoyenneté des personnes handicapé. D'après Ciosi, (2013), l'offre de soins est extrêmement réduite à l'heure actuelle, la majorité des patients non entendant ne bénéficient d'aucune prise en charge spécialisée proche de leur lieu de vie.

Cette situation provoque non seulement le désarroi des patients mais également celui des équipes soignantes non formées à cet accueil spécifique des patients non entendants. Cole et al (2015), Mottez (2011), les non entendants doivent avoir accès à l'information sanitaire à travers leurs langue naturelle. Suivant cet auteur, on peut se questionner sur les modes de communication des patients non entendants.

3.1. MODE DE COMMUNICATION DES PATIENTS NON ENTENDANTS

L'échange de parole permet d'appréhender l'état émotionnel de l'émetteur mais aussi son attitude par rapport au récepteur et à la situation. La communication peut être verbale, non verbale ou iconique. Elle donne des informations sur le vécu affectif de l'émetteur communicant et sur le degré de congruence entre son corps et ses dires. Elle offre au récepteur les éléments constitutifs de la représentation ; la posture de l'émetteur (de l'orateur) permet ainsi au récepteur de se créer une première impression et d'imaginer le type de relation qu'il est prêt à engager.

Nous n'aborderons ici que quelques notions, soulignant l'importance que joue la communication dans une relation patiente non entendant et médecin consultant. Suivant Dolto (1958), « Elle souligne que notre discours passe par des gestes pour mieux communiquer ensemble » selon lui, les non entendants ne parlent pas et sont considérés comme des idiots à cause de l'absence de l'ouïe, il affirme qu'il y'a un lien entre le corps et le langage. Donc il faut juste une attention pour mieux écouter les non entendants. Pour Freud (1936), la communication se fait par une énonciation qui passe par une désignation des mains et de la face pour passer le message. De même, la méconnaissance de ce type de communication peut parfois laisser penser que nous avons affaire à « du signe à comprendre » par des aspects de mimésis.

C'est une chaîne signifiante porteuse d'effets sujets qui cherche à être entendue. Freud montre que le mouvement de la main a un sens par conséquent, le corps communique. L'absence de la parole, de la voix ou de l'audition n'est pas un frein à la communication. Cependant, la communication gestuelle désigne tous les éléments d'un échange qui n'ont pas un lien direct avec la parole. Partant du fait que notre corps fait parfois passer des messages plus forts que nos mots. Chaque sujet a des désirs, des besoins et des capacités qui doivent être exprimés par son corps. Pour Freud, si ces désirs ne sont pas exprimés alors le sujet sera isolé ce qui pourra provoquer une situation d'angoisse.

De plus, Par le langage on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mots mais aussi le langage des gestes et toutes formes d'expression de l'activité psychique. On ne saurait mieux définir la place du corps et de ses langages dans la communication avec soi et avec l'environnement.

Dans le domaine médical, la communication est un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci. Elle a essentiellement deux fonctions : l'échange d'informations et le développement d'une relation. Centré sur trois axes, la communication informative est réduite au message dans son aspect technique. L'émetteur est le pôle actif, le récepteur, le pôle passif. Le problème de la signification apparaît comme secondaire. On comprend ici que ce transfert d'information ne tient compte ni de la communication non verbale, ni de l'interprétation différente des mots qui pourrait être faite.

La communication expressive, elle, prend autant en compte le contexte dans lequel se situe la communication que le contenu de celle-ci. On ressent ici toute l'importance que peut avoir la communication non verbale. La communication interprétative nécessite l'usage d'un code commun pour que l'émetteur et le récepteur se comprennent, ici toute la problématique du sens des mots, des représentations et des reprises de parole est mis en exergue lorsque le non entendant est devant le thérapeute.

D'après Watzlawick, on ne peut pas ne pas communiquer car tout est communication, bien au-delà des mots. Ainsi ce que dit le médecin à un non entendant a donc de l'importance, mais sa manière de le dire, les gestes, le regard, le ton, sont également des signaux que le patient va recevoir et interpréter. Le médecin croit tout dire, mais il s'avère que le patient non entendant a besoins de lui demander de répéter ces propos.

3.2. COMMUNICATION TOTALE

C'est une philosophie de l'éducation des cours dans laquelle tous les moyens de communication sont activement encouragés. Ces moyens sont :

- la parole pour ceux des non entendants qui ont des restes auditifs et pouvant oraliser ;
- la langue des signes pour les authentiques non entendant ;
- les gestes pour ceux qui n'ont acquis ni la parole ni la langue des signes (LS)
- l'écriture pour ceux ayant acquis le mécanisme de la lecture ;
- la lecture labiale (l/l) pour les non entendant ayant été démutisées ;
- les appareils auditifs (prothèses auditifs, contours d'oreille boitier) pour ceux présentant une surdité légère ;
- les dessins, les images, les mimes.

3.3. COMMUNICATION VERBALE : LANGAGE PARA VERBAL DANS LES ECHANGES VERBAUX

Le langage est un moyen d'interaction entre des individus engagés dans un processus communicatif dans lequel s'exercent des influences mutuelles. Parmi les moyens d'interaction, apparaît de prime abord la parole, terme que Cathérine Kerbrat (2001, p.1) situe par les propos suivants : « Les paroles sont aussi des actions : dire c'est sans doute transmettre à autrui certaines informations sur l'objet dont on parle, mais c'est aussi faire, c'est-à-dire tenter d'agir sur son interlocuteur, voire sur le monde environnement. » Ainsi, cette parole est dotée d'un pouvoir agissant et peut se présenter sous la forme explicite ou littérale et la forme implicite ou indirecte. Cicourel parle de la communication contrariée mettant en évidence l'immense difficulté des médecins comme des patients à communiquer.

Le langage adopté d'un côté comme de l'autre sont révélateurs non seulement des différences de statut qui caractérisent telle ou telle stratification sociale, mais également des codes (ou registre linguistique) qui différencient les connaissances, des croyances liées à la maladie et à ses causes.

Le langage para verbal, selon Cosnier (1997), désigne tout élément en rapport avec ce qui s'ajoute au langage verbal oral ou écrit, et qui constitue un élément expressif. En d'autres termes, il s'agit de l'intonation vue sous l'angle du débit et de l'intensité modulant la voix lors de la production des propos des acteurs. Selon cet aspect, il est question de ressortir les situations qui explicitent le ton avec lequel le locuteur accompagne ses propos et de déduire le type de lien qui s'établit entre les interlocuteurs du fait de l'usage de ce ton. Les échanges para verbaux aux côtés des échanges verbaux, et même non verbaux retiendront l'attention des interlocuteurs. Ce qui permettra de mieux appréhender les discours virtuels et actualisés des intervenants.

Les silences éloquents, affirme Kamdem (2006, P.198), sont « des vides narratifs, qui fonctionnent comme des trous révélateurs d'un discours elliptique que l'interlocuteur utilise comme stratégie de signification ». En effet, la plupart des communications en milieu hospitalier entre les intervenants se font à travers le canal verbal. Or il n'est pas le seul moyen d'interaction, peut-être il est le plus indépendant, précisément en milieu hospitalier où l'essentiel de la communication repose sur le socle de l'oralité.

En effet, du fait de leur contact permanent avec la nature et leur philosophie et surtout leur désir de sécuriser la communication, les médecins n'optent pas assez souvent pour des moyens de communication autres ou alors complémentaires à la parole et qui, parce qu'ils véhiculent des messages tout aussi fidèlement que s'il s'était agi de la parole, demeurent des paroles en puissance. Ces types de communication apparaissent ainsi comme des éléments obligés au sein du milieu

médical en général et surtout ceux des patients non entendants en particulier, qui de ce fait méritent qu'on leur accorde une attention particulière.

En d'autres termes, l'importance de la communication dans le milieu médical, sa présence dans les programmes sanitaire, l'essor de son étude dans la science interactionniste met une voie d'accès peu explorée dans la prise en charge médicale des non entendants. Mais on ne saurait parler de communication sans en avoir une idée nette. Ainsi, d'après Monique (1997,p.91), la communication est un phénomène interactionnel dans lequel l'unité de base est moins l'individu que la relation qui se noue entre les individus. La communication est un processus circulaire dans lequel chaque message provoque un feed back (un retour) de l'interlocuteur. C'est-à-dire si un message entraîne une réponse, c'est qu'il stimule l'autre qui va réagir et ainsi de suite, Monique. Pour Virole (2000), la langue des signes est verbale, elle utilise simplement d'autres canaux que le langage oral donc elle peut stimuler une réaction à un interlocuteur.

2.3.4. Intervention médicale par la communication non verbale

La section précédente a présenté la parole et les débits qui l'accompagnent comme moyen principal par lequel s'expriment les interlocuteurs. Pour plus d'efficacité ce type de communication a souvent besoin d'être couplé à d'autres éléments relevant en général de la communication verbale, mais surtout de la communication non verbale qui va à présent faire l'objet de la présente section. À cet effet (Corraze 2001 p.16), affirme qu'on applique le terme communication non verbale à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports, à des distances entre les individus grâce auxquels une information est émise. S'agissant de cette conception, la présente analyse s'intéresse aux éléments qui ne sont directement ni verbaux ni para verbaux, mais qui sont sujets à des interactions. Il s'agit alors de la communication visuelle, culturo-traditionnelle.

2.3.5. Intervention médicale par la communication visuelle

Se réunissent sous l'aile de la communication visuelle, toutes interactions qui utilisent la vue comme support de communication, à l'instar de la mimogestualité, de la stature physique et du contact oculaire. En rapport avec la mimogestualité, elle fait référence à la mimique, au jeu de regard et aux gestes. Ces éléments se regroupent aussi sous le terme kinésique, concept créé par Birdwhistell pour désigner selon (Jakobson 1963 p.42) « une méthodologie qui traite des aspects communicatifs du comportement appris et structuré du corps en mouvement. » Ce type de communication est présent tout au long de la communication avec les non entendant.

Tournant lentement la tête de gauche à droite, la lèvre tremblante et les yeux baignant dans un mélange lisible de colère et d'incrédulité, balaie du regard la pièce, le patient non entendant en fait le tour. D'après mottez (2011) les non entendants ont une grande habilité à former rapidement

des images mentales et développent une meilleure reconnaissance des caractéristiques faciales. Donc les non entendants sont prêts à interagir avec la société à travers leur langue visuelle.

2.3.6. Intervention médicale par la communication orale associée à la lecture labiale

Pour se faire comprendre, les personnes non entendantes peuvent faire recours à l'oralisation. La majorité des personnes déficientes auditives utilisent le français oral. Le fait que 88 % des déficients auditifs soient de l'ordre de l'acquis suggère que ces personnes ont eu accès au bain langagier dans leur jeune âge et ont appris à intégrer et à reproduire les phonèmes de la langue française. L'articulation est donc établie et la personne peut être comprise par son entourage.

Dans le cas d'une surdité profonde ou innée, il est tout de même possible d'apprendre à oraliser à l'aide d'un suivi orthophonique. L'articulation sera parfois moins claire que pour une personne devenue non entendante mais la parole restera néanmoins intelligible. Étant donné qu'une personne non entendante ne s'entend pas parler, le niveau sonore de la parole pourra être régulé pendant ces séances. Cette régulation requiert de la concentration tout au long du discours, ce qui peut entraîner de la fatigue et occasionner parfois des déraillements de voix (intensité plus forte, cris aigus, etc.).

La lecture labiale, quant à elle, permet de comprendre environ 40 % de ce qui est dit par l'interlocuteur et s'acquiert avec de la pratique. La forme des lèvres, la position de la langue sur les dents ou le palais sont autant d'indices pour décrypter une syllabe. Cependant, certaines syllabes peuvent avoir la même articulation extérieure et se différencier uniquement par la position de la langue non visible par la personne non entendante : ce sont les sosies labiaux. Par Exemple : elle a mis son manteau pour sortir : manteau – menton). La suppléance mentale permettra alors d'opter pour un mot ou l'autre en fonction du contexte (on voit la personne enfiler un manteau), (Ange Cathiard 2020)

2.3.7. Intervention médicale par le langage parlé complet (LPC)

D'après Cornett (1967), la communication est une aide à la réception du message oral en langue française ou anglais pour les non entendants. Selon Cornett, pour construire le langage oral chez l'enfant, il faut d'abord qu'il le perçoive vite, puis qu'il le comprenne pour enfin le réemployer. La LPC aide à apercevoir la langue française, cela implique que l'enfant la comprend, et finira par l'employer.

La LPC est un code manuel autour du visage complété de la lecture labiale. Le code se compose de huit configurations de main pour représenter les consonnes ainsi que de cinq emplacements sur le visage pour représenter les voyelles. La combinaison de l'image visuelle de la

syllabe prononcée permet à l'interlocuteur de différencier, par exemple, le bain, le pain, la main qui sont trois mots parfaitement identiques sur les lèvres. Ce sont des sosies labiaux de l'image visuelle.

L'image des mots sur les lèvres n'est pas toujours complète ; en effet, de nombreux phonèmes sont invisibles parce que leur articulation se fait avec un mouvement de langue derrière les dents ou au fond de la bouche sans mouvement des lèvres, par exemple les sons [r, k, g, s, d, n]. De ce fait, de nombreux mots ont la même image labiale et il n'est pas possible de les distinguer uniquement par la lecture labiale. Dans certains cas, la mauvaise interprétation d'un son peut changer totalement le sens d'une phrase et peut entraîner des malentendus. Par ailleurs, les images labiales ne sont pas toujours stables. Il s'agit d'un code manuel positionné près du visage et qui complète la lecture labiale. Le LPC permet d'utiliser le langage parler et complété sans ambiguïté et de recevoir la langue orale, dans son intégralité, de façon visuelle. D'après Cornett (1967), Le LPC se décompose en deux parties :

Les clés : il s'agit de configurations de la main correspondant à des phonèmes de consonnes la zone du visage : chaque zone correspond aux phonèmes de différentes voyelles. Couplé à la lecture labiale, le LPC permet de déduire quel sosie labial est énoncé par l'interlocuteur et de reconstruire ainsi le discours dans sa totalité. Ce moyen de communication est très utilisé par les enfants nés sourds et est un tremplin à l'acquisition du français oral et écrit. Il s'avère très utile mais nécessite que les deux interlocuteurs la maîtrisent.

3.8. INTERVENTION MEDICALE PAR LA COMMUNICATION ECRITE

Le traitement du langage est décomposable en sous-systèmes, l'un sémantique, pour les mots pleins, appartenant à des classes ouvertes, et l'autre grammatical, pour les mots-outils, appartenant à la classe fermée. En écriture tout comme en lecture, les non entendant font plus d'erreurs sur les mots-outils que sur les mots pleins. L'écrit peut être utilisé dans de nombreux cas par les personnes déficientes auditives, surtout par les personnes devenues non entendant ou malentendantes. Pour les non entendant signant, il s'agit cependant d'une langue étrangère : ceux n'ayant pas appris le français écrit lors de leur scolarité ou n'ayant pas suivi un enseignement bilingue (LSF/français) peuvent rencontrer quelques difficultés pour des phrases complexes. Néanmoins, la majorité de la population déficiente auditive (même innée) comprend le français écrit et peut l'utiliser pour communiquer.

2.3.9. Intervention médicale par la communication gestuelle : la langue des signes

La langue des signes est une marque de l'histoire de la France une figure culturelle de choix pour les philosophes, son statut et celui la société ont subi de nombreux renversements. Virole explique que "ces êtres privés de langage verbal" ont été exclus "à l'extérieur des limites de l'humanité",

d'après des documents datant de l'Antiquité et du Moyen-Age. Par contre, on trouve des témoignages de l'existence de langues gestuelles chez Platon (le Cratyle : Socrate décrit les sourds-muets d'Athènes qui parlent entre eux par gestes) comme par la suite chez Saint Augustin ou Montaigne. Si le sourd reste sujet de railleries dans les farces et les fabliaux du Moyen-Age, ses "gestes" sont reconnus comme son moyen d'expression naturelle. C'est en 1760 que l'Abbe de l'Epee fonde la première école de la langue des signes.

Selon le sociologue Mottez (2008), la surdité ne serait pas un handicap à proprement parler. Il s'agirait plutôt d'un problème de communication qui naît à partir du moment où un non entendant essaie d'échanger avec un entendant en langue des signes, ou inversement un entendant à l'oral avec un non entendant. A l'inverse, entre deux non entendants le handicap n'existe pas, de même qu'entre deux entendants, en raison de la langue commune utilisée. En ce sens, les difficultés rencontrées par les non entendants seront-elle simplement un problème de langue ?

D'après Mottez (2008), le premier mode de communication des non entendants dépend de l'origine de la surdité et de l'éducation qu'ils reçoivent. La langue des signes, ou plutôt les langues des signes, sont les langues humaines qui utilisent les signes en les organisant [...] selon une syntaxe qui leur est propre, (Tarter, 1998). Cela signifie que les langues des signes ont bien un statut linguistique qui le diagnostic complètement, non seulement les unes des autres, mais aussi des langues parlées. Concrètement, tout comme il est impossible de parler simultanément deux langues vocales différentes (par exemple le français et l'anglais...), il est aussi, a fortiori, tout aussi impossible de s'exprimer simultanément dans une langue signée et dans une langue vocale. (Par exemple LSF et le français ou ASL et l'anglais).

Lors d'un premier contact avec une langue signée, le locuteur entendant peut parfois s'étonner de constater un décalage de temps au niveau de l'interprétation. Il peut alors se demander s'il vient du non entendant ou de l'interprète. En fait, les interprètes ont besoin d'un petit temps pour passer de la syntaxe LS à celle du français ou d'anglais, et inversement. La langue des signes est donc une langue visuelle non vocal, (Tarter 1998). Elle est constituée de 8 paramètres : 4 paramètres manuels (configuration des doigts, direction de la main, mouvement, emplacement) et 4 paramètres non manuels (expression du visage, regard, labialisation, mouvement du corps). Elle comporte également une syntaxe qui met en lien le lieu, les personnages, les entités, les actions. Virole (1989), compare la langue des signes aux idéogrammes chinois qui eux aussi figurent la chose signifiée.

2.3.10. Intervention médicale par le français signe ou anglais signe

Le français signé est la traduction mot à mot du français oral grâce aux signes de la LS. Il s'agit donc d'une utilisation simultanée de la parole et des signes de la LS placés dans l'ordre syntaxique

de la langue française. Dans le français signé ou anglais signé, le locuteur s'exprime en français ou en anglais vocal ; tout en accompagnant son discours de signes. Deux types de français signé ou d'anglais signé peuvent être utilisés : Soit le locuteur accompagne chaque mot prononcé par un signe qui lui est sémantiquement relié, soit il ponctue son message parlé de quelques signes, souvent dans l'intention de soutenir le sens du message par des indices signés.

Le français signé ou anglais signé est ordonné selon la syntaxe linéaire de Tarter de la langue camerounaise. Ce sont souvent les entendants ou les devenus non entendants, qui ont une bonne connaissance des signes, mais ne maîtrisant pas la syntaxe de la langue des signes, qui utilisent cette méthode. Ce mode de communication est limité comme pourrait l'être l'utilisation du vocabulaire anglais avec une syntaxe française. L'alphabet manuel : c'est une importante partie du système de communication des personnes non entendant. C'est simplement vingt-six positions des mains dans lesquels certaines représentent exactement les lettres imprimées en bloc. L'alphabet est utilisé dans la combinaison de la langue des signes pour les noms propres, les noms et les adresses ainsi que pour les mots qui n'ont pas de signe

Il se pourrait donc que les possibilités de communication avec les non entendants en milieu hospitalier soient nombreuses : langage oral, Langue des Signes Française (LSF), ou anglais (ASL) Langage Parlé Complété (LPC), bilinguisme, français signé... Cependant, la loi Camerounaise de 1991 donne le libre choix du mode de communication pour les personnes non entendant. Mais ce choix (souvent duel entre l'oral et la LS) engage l'avenir des non entendants (Seban-Lefebvre et Toffin, 2008).

L'utilisation orale semble être la plus favorable pour le non entendant dans une démarche d'autonomie et d'intégration, en plus d'être la plus aisée pour les parents, étant donné que 90% des non entendants naissent de parents entendants. Ajouter des informations visuelles (notamment avec le LPC, le français signé...) aide ceux-ci à mieux visualiser la parole et leur éviter d'être « noyés » dans un continuum sonore (Lenel, 2009).

2.3.11. Intervention médicale par les iconiques

D'un point de vue psychologique et selon le collectif sous la direction de Virole (2006), la surdité, traitée ou non chirurgicalement, induit les spécificités suivantes chez un sujet qui en est atteint : l'utilisation d'une cognition iconique, extrayant des caractéristiques essentielles des formes, et des dynamiques d'objet. Elle détermine des processus d'organisation des connaissances qui sont très éloignés des processus conditionnés par le langage verbal.

La surdité induit également un rapport particulier au monde perceptif, un développement génératif naturel de la langue des signes chez beaucoup d'enfants implantés, ainsi qu'une relation à une forme particulière de socialisation et de culture.

Le concept iconicité renvoie au visuel, aux images créées dans l'intention de communication, depuis la photographie et la peinture, jusqu'aux schémas du langage scientifique. Dans le journalisme, l'information a de même une codification iconique de type diagramme, tableau, graphique et, le plus souvent, de type photographique et dessin. Le signe iconique est seulement visuel et l'étude du langage iconique a supposé l'apparition de la sémiotique de l'image qui s'est préoccupée, essentiellement, de l'image visuelle qui est devenue synonyme de la "représentation visuelle".

La différence majeure entre le message iconique et le message verbal consiste dans le fait que, dans le langage verbal, les signes sont organisés linéairement, ce qui permet l'analyse de la place et de la fonction de chaque signe de l'énoncé, tandis que les éléments du message iconique sont décodés simultanément. On constate que presque toutes les figures du message verbal (métaphore, métonymie, comparaison, analogie, accumulation, personnification, allégorie, ironie) sont de même présentes dans la communication iconique, spécialement, dans les langages publicitaires.

Dans le message iconique, assez souvent, ces figures sont difficiles à déceler mais elles actionnent puissamment, en stimulant l'interprétation des images, qui sont des représentations synthétiques d'une multitude d'éléments, souvent hétérogènes. La théorie de l'iconicité et des images de Bordron (2011) montre que l'iconicité est un processus de conversion de l'être en signifiant, elle renvoie à la formation d'un plan d'expression à partir de la matière entendue comme ce qui est visé et ce qui est donné. Pour Stéphane Rauzy, (2008), l'icône dans la communication apporte une nouvelle méthode de complétion de phrases basée sur la transformation d'un message iconique en un message orthographique. Il s'agit d'augmenter une interface de communication multimodale.

Ces icônes ont pour but de mettre en exergue l'importance de pictogrammes, comme moyen de communication, en particulier les pictogrammes de sécurité, Exemple : ne bois plus telle eau, prends ce médicament tous les matins, confère annexes 12. Les pictogrammes sont indispensables dans les consignes de sécurité permettant une facilité de reconnaissance et de compréhension des dangers ou des consignes indiquées sur les étiquettes de produits ou pour passer un message.

Virole (2000), les non entendants pensent sans les mots, ils utilisent des images gestuelles dont leur perception subjective de tout ce qui vit est une expérience de silence. Tout au long de son travail, il montre en quoi le patient non entendant est bien loin d'être un « entendant qui n'entend pas ». Pour lui, l'élément scientifique le plus important de la surdité est le fait qu'elle fasse émerger l'indépendance de la fonction langagière des modalités organiques qui la supportent. La surdité

bouscule les questions/réflexions sur le langage, son acquisition mais aussi son lien avec la pensée. Virole expose les deux voies d'entrée dans le langage de la personne non entendante.

D'une part la voie « audiophonologique » qui repose sur une « stratégie de réhabilitation » autour de la langue environnante, et qui est largement associée à un éventail de modalités et de techniques : lecture labiale, Langue française Parlée Complétée, développement du langage oral, écrit. D'autre part, la voie « visuo-gestuelle » présentée comme un processus linguistique naturel venant en substitution chez les non entendant et reposant sur la langue des signes (LS) ; celle-ci étant clairement posée comme une réponse linguistique à la surdité. Qu'il s'agisse de la description de la LS ou du développement cognitif de l'individu non entendant, Virole construit son raisonnement avec à son centre, la théorie de l'iconicité.

Par son biais, il aborde les liens étroits entre perception et représentation, dont la nature des signes gestuels permettrait de dévoiler les structures profondes, apportant ainsi des éléments nouveaux concernant le problème du premier signe de perception, problème central en psychanalyse. Il postule l'existence d'une Grammaire universelle et avance l'idée d'une proximité entre les LS et cette grammaire : « leur structure (iconique et dynamique) leur confère une position particulière dans le spectre des langues. »

2.4. THEORIE DE L'EFFET MEDECIN DE MOREAU ET AL (2016).

Cette théorie place l'efficacité thérapeutique sur « l'effet médecin ». Elle montre que l'efficacité thérapeutique dépend de la relation médecin-patient et des processus entrepris pour atteindre l'objectif. La théorie tire ses sources sur des données empiriques et subjectives des travaux de Philippe Lemoigne (2008), Laplante et al (2016). Elle est basée sur le modèle des Essais Contrôlés Randomisés (ECR) de Philippe Lemoigne.

Ce modèle fait écho à une doctrine particulière de l'expérimentalisme, aujourd'hui dominante en médecine. Elle se propose d'évaluer les processus thérapeutiques et d'étudier les relations entre celle-ci et des variables associées ainsi que l'alliance thérapeutique qui vont déterminer l'efficacité thérapeutique. Cette théorie dégage les bases conceptuelles de la dimension psychothérapique de « effet médecin » dans le cadre de l'approche globale biopsychosociale centrée sur le patient. Ces bases conceptuelles empruntent à la fois au noyau commun à toute psychothérapie mais doivent s'adapter aux spécificités d'une médecine de soins ayant des contraintes de temps et d'hétérogénéité de situations en premier recours.

Les caractéristiques de base de cette approche s'articulent autour d'une écoute active empathique et d'une compréhension globale et partagée de la problématique du patient, de ses attentes et représentations. Il se pourrait que l'efficacité thérapeutique nécessite l'acquisition de

compétence en communication et de capacité à promouvoir des changements chez le patient (motiver, conseiller, expliquer, réassurer, modifier les perceptions...).

Selon Laplante et *al.* (2016), l'efficacité thérapeutique s'intéresse aux diverses pratiques de guérison. Cette conceptualisation s'appuie à la fois sur une pratique évaluable pour en mesurer l'efficacité thérapeutique par des ECR mais aussi sur une réflexion autour de cette pratique. Selon Henri Atlan Atlan (2001, p.90 ; p.92) : « la disparition de douleurs, d'angoisses ou d'autres symptômes, et même la guérison d'une maladie, n'est la preuve de rien du tout. Car n'importe quoi peut guérir sans que l'on sache comment cela se produit. » (...). La meilleure illustration en est évidemment l'efficacité de l'effet placebo où, en toute connaissance de cause, on utilise un n'importe quoi dont on sait a priori qu'il n'a aucune raison d'être efficace. » Ainsi, avec la reconnaissance de l'évolution spontanée de certains symptômes ou certaines maladies et avec la reconnaissance de l'effet placebo, l'efficacité d'une thérapie ne peut être prouvée par l'expérience individuelle d'un malade ou d'un médecin.

Le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, l'« effet médecin », est connu depuis l'antiquité (Hippocrate) en faite, « Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. » Cet « effet médecin », dans le cadre de la relation médecin malade, apporte une efficacité thérapeutique. L'effet thérapeutique est alors attribué à la qualité de cette relation médecin malade par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la conviction dans l'efficacité du traitement etc.

Pour mieux comprendre l'efficacité thérapeutique, il convient de définir le mot thérapie. Selon le Dictionnaire robert, (2018), la thérapie est un ensemble de procédés concernant un traitement déterminé. Le but de la thérapie est que le patient modifie la conduite de sa vie afin d'éliminer ou atténuer les symptômes perturbateurs. Moreau (1999), l'efficacité thérapeutique désigne la capacité d'une thérapie à produire des résultats projetés. Selon lui, une thérapie adaptée à un moment et à une situation de trouble donnés sera dite efficace si elle permet à un patient de retrouver sa santé et/ou le rapproche d'un bien-être physique, mental et social. Ainsi compris dans le sens d'un processus thérapeutique, l'efficacité thérapeutique d'un traitement se mesure à son action.

L'efficacité thérapeutique dépend des attitudes et habiletés médicales (être empathique, conseiller, expliquer positivement, rassurer, encourager à des changements de comportement, prendre en compte attentes et représentation, etc.). telles sont les variables de l'efficacité thérapeutique liés au médecin. Nous sommes bien entendu dans la situation où le patient présente

une efficacité sur des critères cliniques objectifs Moreau (2004). Dans le cadre de ce travail la qualité de la relation médecin malade constitue des « preuves » de l'efficacité thérapeutique de cette relation.

La possibilité de cet « effet médecin » est une des justifications des procédures de double aveugle en recherche clinique car le fait de connaître le traitement que prend le patient influence (consciemment ou inconsciemment) la relation avec le patient et l'effet thérapeutique. Le double aveugle sert à neutraliser tous les facteurs autres que le facteur pharmacologique. La théorie de l'efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » s'appuie aussi sur l'évolution « naturelle » de la maladie, le phénomène de régression à la moyenne, l'effet des thérapeutiques annexes (règles hygiéno-diététiques, etc.). Les essais cliniques randomisés et études expérimentales contrôlées d'intervention portant sur la variable « amélioration de l'état de santé » (disparition de symptômes, amélioration de paramètres physiologiques...) ont prouvé l'efficacité thérapeutique.

Cette théorie distingue deux types de soins et d'interventions selon l'aspect « cognitif » ou « émotionnel ». Le soin « cognitif » est centré sur l'explication écrite ou orale (savoir « knowledge ») et le soin « émotionnel » fait intervenir les attitudes médicales et les capacités relationnelles (empathie, intérêt porté au patient, écoute active, expression des affects, suggestion, réassurance) qui font partie du savoir-faire et du savoir être (« skills, attitude »). Suivant cette idée il se pourrait que l'efficacité thérapeutique soit fonction des types d'intervention.

Les interventions par « le soin cognitif », l'explication du médecin qu'elle soit orale ou écrite représente l'intervention cognitive par excellence (Di Blasi *et al.* 2021). Par exemple, l'influence positive de l'explication lors de la visite préopératoire d'anesthésiologie sur la douleur post-opératoire et le rôle de l'information orale et écrite sur la réduction d'utilisation des antibiotiques dans la bronchite aiguë constitue des variables de l'efficacité thérapeutique. On peut comprendre que la parole a une très grande importance pendant l'entretien médical. L'Effet d'une intervention « soin émotionnel », l'effet d'un « soin empathique ». Sont centrés sur le verbe.

Une « consultation positive » rassurante avec un diagnostic clair expliqué et l'affirmation d'un bon pronostic comparée à une « consultation neutre ou peu rassurante » entraîne une amélioration à deux semaines de symptômes « banaux » sans diagnostic de maladie grave (toux, mal de gorge, céphalée, ...). Bovin *et al.* (2003), en concluait une « preuve de l'efficacité » de l'effet médecin rassurant avec ou sans placebo sur l'amélioration des symptômes « mineurs », Suggérer une augmentation ou une diminution des chiffres de pression artérielle (PA) systolique et diastolique influence l'évaluation réelle de la PA. Une suggestion verbale sur l'efficacité antalgique d'un placebo a eu une efficacité en antalgie post-opératoire en influençant attentes et représentations croyances des patients.

Une attention portée au patient associée à une explication sur le diagnostic, contribue à une amélioration subjective des symptômes de l'angine. Ainsi, les démarches explicatives, attitudes et capacités relationnelles se rapprochent davantage des conditions réelles de l'exercice médical favorisent l'efficacité thérapeutique des non entendants. De plus, le thérapeute doit s'appuyer sur les techniques de communication des patients leur permettant une meilleure participation aux soins. En les encourageant à poser des questions pendant les consultations, à obtenir les informations qu'ils désiraient, à exprimer leurs émotions, et à dépasser l'embarras, la timidité ou l'inquiétude afin de mieux communiquer avec leurs médecins.

Les facteurs cognitifs, attitudes médicales, capacités de communication contribuent à l'efficacité thérapeutique du médecin. L'approche globale centrée sur la personne, intégrant la dimension biomédicale dans ses aspects organiques, fonctionnels et psychosociaux, est une caractéristique de la discipline en médecine générale. Cette approche permet de prendre l'individu dans tout son ensemble.

Cette théorie est complémentaire à celle de Fougerollas dans la mesure où une adaptation de l'environnement médical passe par l'adaptation des « soins cognitifs » et « soins émotionnel ». Sans doute ces deux notions rendront compte de l'efficacité thérapeutique. Cette adaptation de passera par une adaptation de l'écriture à l'image. Une adaptation des attitudes corporelles c'est-à-dire les soins émotionnels facilite la communication entre les interlocuteurs (patient et thérapeute). Bien que Moreau centre l'efficacité thérapeutique sur plusieurs variables à savoir : les variables liées au patient, au thérapeute et la technique utilisée par le thérapeute. Les variables du patients sont les plus importantes dans la relation médicale.

En effet, c'est le patient qui est au centre des soins et le thérapeute s'appuie sur son savoir pour susciter le patient à donner les raisons il consulte le thérapeute. Le thérapeute s'appuie utilise son savoir émotionnel et cognitif pour créer une situation de confiance entre lui et le patient. Le changement durable du comportement est donc le critère majeur de réussite de la thérapie. Le savoir émotionnel va aider le thérapeute transformer les pensées, le comportement et les émotions de celui-ci. Une thérapie est efficace selon Moreau si on observe les éléments suivants :

- une amélioration sur les problèmes qui ont amenés le patient à consulter un thérapeute par exemple : diminution ou disparition des douleurs;
- un changement sur un autre aspect de la vie du patient due à la confiance que le patient a de son thérapeute par exemple lui dire ce qui l'a entraîné dans cette situation
- pas d'amélioration mais vous sentez que cette voie peut vous améliorer par exemple après cet entretien vous pouvez vous intégrer davantage dans votre milieu de vie.

La relation intense, émotionnelle et confidentielle entre un client et une personne aidant induisent la confiance. Les attitudes du thérapeute et ceux du patient pourront favoriser l'efficacité

thérapeutique Ceci dépendant des techniques utilisés par le thérapeute. Une formation des soignants à la dimension relationnelle a une influence sur leurs comportements. L'efficacité thérapeutique dépend des variables associées (Moreau, 2016). Il s'agit des facteurs associés au patient, ceux associés au thérapeute et ceux associés aux outils employés tel que les moyens de communications. Lambert et Asay (1999) estiment que 40 % de l'efficacité thérapeutique est attribuable à des facteurs associés au patient. La relation thérapeutique offre une contribution évaluée à 30 % alors que les attentes du patient et l'approche utilisée contribuent pour 15 % chacune à l'efficacité thérapeutique. Cependant les variables du patient, les variables issues de l'approche utilisée par le thérapeute et les variables du thérapeute sont suffisant pour parler de l'efficacité thérapeutique.

Quelles que soient les variables communicationnelle, on ne peut pas se passé pas un langage car par le langage l'on peut pouvoir transmettre ses émotions. La capacité du thérapeute à exprimer ses émotions est corrélée positivement à la satisfaction du malade. Cette communication affective non verbale peut transmettre de manière efficace, attentes et espoir de guérison qui interviennent dans l'effet thérapeutique. En effet, il existe un lien entre les représentations mentales de la maladie et les capacités thérapeutiques du soignant.

On retient de ce chapitre que, le processus d'intervention constitue une démarche rigoureuse permettant d'adapter ses actions à une multitude de clientèles et de contextes, afin d'aider une personne à cheminer vers une solution souhaitable. Même si elle paraît relativement aisée en théorie, la transposition de l'approche « processus », au champ hospitalier se heurte néanmoins aux spécificités du processus de prise en charge hospitalier des non entendants , qui en font l' objet de cette recherche du faite des difficultés communicationnelles mise en valeur d'un éléments : variété des modes de communication. La notion de processus est essentielle pour décrire le fonctionnement des systèmes multiprogrammés aussi appelés multitâches ou plus simplement multiprocessus car les processus d'intervention telle que la communication verbale, gestuelle et iconique pourra être importante dans la prise en charge des patients non entendants en milieu hospitalier. L'évaluation d'un patient non entendant peut être définie par une multitude de processus.



**CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE LA
RECHERCHE**

Après la présentation du cadre théorique conceptuel de l'étude, il convient dans le présent chapitre de présenter la méthodologie de recherche. Elle s'articule autour des éléments suivants : la question de recherche, les hypothèses, les instruments de recherche, la population et le contexte de l'étude, le problème scientifique de la recherche, le type de recherche, la population de l'étude, les instruments d'analyse des données ainsi que les conditions de passation de ces derniers.

3.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Cette étude explore la question des processus d'intervention à l'égard des patients non entendants et l'efficacité thérapeutique. En tant qu'individus, agissant, parlant et insérés dans une situation, les patients en situation de handicap auditif vivent et évoluent dans un espace, le milieu médical et hospitalier. Ce dernier est tenu de fonder le sentiment de participation pendant les soins. Le cadre et le mode opératoire de l'accompagnement des patients non entendants semble être inadapté. Le non entendant présentant une surdité qu'elle soit moyenne, ou profonde, avec son mode de communication rencontre des difficultés communicationnelles quand il se trouve milieu en hospitalier. On comprend que la surdité est un handicap de communication ce qui entraîne une gêne et l'inconfort chez les personnels entendants et même chez les patients non entendants.

En effet, la médecine étant un domaine complexe où se mêle une multitude de concepts et de connaissances qui sont étrangers aux patients en situation de handicap auditive, et n'y ayant pas accès, ils sont infantilisés et stigmatisés. En fait, ils ont besoin de comprendre et le médecin a besoin de les écouter à fin de leur proposer une solution. Les difficultés communicationnelles des patients non entendants sont dues à la non maîtrise de la culture sourde qui doit être impératives pendant la consultation. Ces problèmes rencontrés par les non entendants entraînent une incapacité de communiquer avec le personnel médical et leur empêche d'exprimer leurs opinions. Ces éléments rendent le patient en situation de handicap auditif isolé du monde médical et crée des complications soit du côté physique comme la fatigue, les maux de tête, la perte d'équilibre soit du côté des psychologique avec la dépression et la perte de confiance en soi.

La consultation est centrée sur un décalage culturel. Il semble que les stratégies de communication avec ces patients ne sont pas encore bien connues par le personnel soignant. Or une adaptation de l'environnement médical pallie à ces difficultés. Les patients en situation de handicap auditif sont étrangers dans le monde médical, parce qu'il est en inadéquation avec eux, organisé sans tenir compte d'eux, il ne leur réserve qu'un accueil mitigé et s'érige donc en étrangère, ce que les patients ne tardent pas à ressentir ; souvent sur l'organe déférant. Le problème que nous traitons dans cette étude se conçoit mieux à travers la théorie de Fougerollas et de Moreau. Selon Fougerollas, la transformation de l'environnement améliore la situation de handicap. Ainsi, l'environnement des personnes ayant des incapacités auditives peut être modifié pour favoriser leur

participation à l'habitude de vie. Cette amélioration de l'environnement vise à récompenser l'organe défectueux ou altéré.

Le sentiment d'incompréhension fait naître la crainte du regard des autres et de se voir reprocher son incompréhension entraîne une situation de handicap auditif chez le patient non entendant et met le doute sur l'efficacité thérapeutique de ceux-ci. Or, l'efficacité thérapeutique passe par une démarche explicative "cognitive" positive sur le diagnostic, le pronostic, le traitement, et des conseils adaptés. Elle s'inscrit dans une approche globale centrée sur le patient, puisque le patient a son mot à dire. La communication entre patient non entendant et thérapeute nécessite une formation à la dimension relationnelle de l'efficacité thérapeutique. Bien plus, le personnel soignant oublie l'aspect culturel de la surdité. Son accompagnement peut passer par des processus d'intervention.

De ce problème découle la question principale de recherche suivante : Comment les processus d'intervention à l'égard des patients non entendant rendent compte de l'efficacité thérapeutique ? En d'autres termes, comment la communication verbale, gestuelle et iconique rend compte de l'efficacité thérapeutique chez les patients en situation de handicap auditif ? De cette question de recherche découle une réponse provisoire principale : les processus d'intervention à l'égard des patients non entendants rendent compte de l'efficacité thérapeutique. Autrement dit, les processus d'intervention à l'égard des patients non entendants rendent compte de l'efficacité thérapeutique à travers la communication verbale, gestuelle et iconique

3.1.1. Hypothèses de l'étude

Une hypothèse générale se construit à partir d'une inbrication des concepts opératoires, C'est dans ce sens que cette partie du mémoire se propose de présenter l'aspect conceptuel de la recherche retenant ainsi les aspects concrets jugés pertinents. À ce propos, une sélection des dimensions et significations des concepts de processus d'intervention à l'égard des patients non entendants et d'efficacité thérapeutique a été opérée. Ceci nous permet de ne plus juxtaposer les informations mais de les intégrer dans deux cadres théoriques complémentaires guidant cette recherche à savoir : la théorie interactionniste de Fougerollas (2010) et l'effet médecin de Moreau (2016). Ces théories ont constitué l'ensemble des indicateurs susceptibles de réduire les difficultés communicationnelles que rencontrent les patients non entendants. L'hypothèse générale est la suivante : « *à travers la communication verbale, non verbale et iconique, les processus d'intervention à l'égard des patients non entendant rendent compte de l'efficacité thérapeutique.* »

3.1.2. Operationalisation des variables de recherche

Pour décrire notre hypothèse générale, nous avons adopté le devis qualitatif.

L'hypothèse générale permet de distinguer d'un côté : une variable indépendante et de l'autre, une variable dépendante

3.1.2.a. La variable indépendante : les processus d'interventions à l'égard des patients

Modalité 1 : Communication verbale

- Indicateur 1 : **Orale**
 - Intonation de la voix
 - Le regard
- Indicateur 2 : **Visuelle**
 - Images
 - Graphismes
- Indicateur 3 : **Écrite**
 - E-mail
 - Feuille (noir sur blanc)
- **Modalité 2 : Communication non verbale**
- Indicateur 1 : **Gestuelle**
 - langue des signes
 - langage corporel
- **Indicateur 2 : Lecture labiale**
 - mouvement des lèvres
 - langue parlée complétée
- **Indicateur 3 : Mimique corporel et postural**
 - lever des sourcils
 - hochement des épaules
- **Modalité 3 : Communication iconique**
- Indicateur 1 **Pictogramme**
 - photos
 - idéogramme écriture
- Indicateur 1 **Émoticône**
 - boulique
 - déontique

3.1.2.b. la variable dépendante : l'efficacité thérapeutique

Les indicateurs de la variable dépendante,

Indicateur 1 : Réductions des symptômes biologiques

- baisse de la tension artérielle
- disparition des symptômes physiologiques

Indicateur 2 : Guérison

- réduction des symptômes psychologiques
- éradication de la maladie

Indicateur 3 : Croyances

- pensée (l'acceptation, l'attention et l'estime)
- attributs associés à l'Object

Indicateur 4 : Comportements

- confiance et affirmation de soi
- amélioration de la pensée (la peur et les angoisses)

Indicateur 5 : adaptations Sociale

- s'intégrer dans la communauté (adopter un comportement social)
- autonomisation (modifier ses rapports de force et évoluer vers une plus grande maîtrise des sources de pouvoir)

Indicateur 6 : équilibre Psychosocial

- équilibre émotionnel et social (gérer ses émotions, accepter l'échec ...)
- Contact relationnel : interaction avec les autres

3.1.3. Description d'hypothèses

L'hypothèse générale correspond à la structuration logique suivante :

À travers la communication verbale, non verbale et iconique, les processus d'intervention à l'égard des patients non entendant rendent compte de l'efficacité thérapeutique.

3.1.4. Hypothèses de recherche spécifique

HR1 : en articulant le couple situation-schème, la communication verbale rend compte de de l'efficacité thérapeutique

HR 2 : en se servant des attitudes corporelles, la communication non verbale rend compte de de l'efficacité thérapeutique.

HR3 : En s'appuyant sur de la communication iconique, les images rendent compte l'efficacité thérapeutique.

3.1.5. Tableau synoptique de l'hypothèse, des variables, des indicateurs et indices

Tableau II : Synthèse des hypothèses et variables de recherche

Variable Indépendante (VI)	VI	MODALITES	INDICATEURS	INDICES
Processus d'intervention	VI1	<ul style="list-style-type: none"> • Communication verbale 	1- Orale	<ul style="list-style-type: none"> • intonations
			2- Visuelle	<ul style="list-style-type: none"> • les regards ou encore les images
			3- écrite	<ul style="list-style-type: none"> • Graphismes • E-mail
	VI2	<ul style="list-style-type: none"> • Communication non verbale : visuo gestuelle 	1- Gestuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Feuille (noire sur blanc) • langage corporel
			2- Lecture labiale	<ul style="list-style-type: none"> • Langue des signes • Mouvement des lèvres
			3- Mimique corporele et posturale	<ul style="list-style-type: none"> • langue parlée complétée (LPC)
				<ul style="list-style-type: none"> • lever des sourcils • hochement
	VI3	<ul style="list-style-type: none"> • Communication • Iconique 	1- Pictogramme	<ul style="list-style-type: none"> • Photos • Idéogramme écriture
			2- Émoticône	<ul style="list-style-type: none"> • Boulique • Déontique

VARIABLE dépendant (VD)	VD	MODALITES	INDICATEURS	INDICES		
efficacité thérapeutique	VD1	amélioration de paramètres vitaux	1- réductions des symptômes biologiques	tension artérielle, température corporelle, glycémie... Disparition des symptômes physiologiques		
			2- Guérison	réductions des symptômes psychologiques		
				Éradication de la maladie		
			VD2	attitudes	1- croyances	pensées (l'acceptation, l'attention, l'estime) attributs associés à l'objet
	2- comportements	. confiance et affirmation estime de soi améliorer la pensée (La peur et les angoisses)				
		VD3			réhabilitation	1- sociale
	2- psychosociale					

3.2. TYPE DE RECHERCHE

Le paradigme choisi pour cette recherche est de type compréhensif. En effet, cette recherche vise à comprendre comment les processus d'intervention à l'égard des patients non entendants peuvent rendre compte de l'efficacité thérapeutique. Selon Dépelteau (2010), la démarche compréhensive porte sur des phénomènes connus, déjà décrits, pour lesquels on veut comprendre pourquoi les choses sont comme elles sont. Il s'agit de déterminer quelle explication parmi plusieurs est la meilleure, c'est-à-dire partir d'une recherche qualitative comme le veut la méthodologie, pour décrire, expliquer et prédire des phénomènes par le biais de concepts opérationnalisés sous forme de variables à analyser. En effet, dans cette étude, il est question de rendre compte de l'émergence du sentiment du patient non entendant à partir des processus d'intervention.

L'acte de l'analyse qualitative comme le disent Paillé et Mucchielli (2003), est de décrire, d'expliquer et de comprendre. Ce type d'étude permet au chercheur d'adopter une posture qui tient lieu, en quelque sorte, de toile de fond de l'interprétation, ouvrant de ce fait dans l'évaluation scientifique, la fusion des instruments théoriques et les méthodes d'analyse qualitatives. Ici, « le chercheur transpose les opérations immédiates et intuitives de l'esprit en techniques » (Paillé, 1997).

3.2.1. Méthode de recherche : étude de cas

Yin (1984) présente l'étude de cas comme « une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre les phénomènes ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'informations multiples sont utilisées ». Stake (1984) pensent qu'il s'agit d'un mode d'investigation particulièrement ouvert aux caractéristiques du monde réel.

Huberman & Miles (1991), de même que Yin (1984), traitent l'étude de cas comme une catégorie spécifique. Mucchielli (1991) pour sa part l'insère parmi les techniques d'analyse situationnel comme l'explique Stake (1994), « *le cas est d'un intérêt secondaire ; il joue un rôle de support, facilitant notre compréhension de quelque chose d'autre* ». Le cas sous étude fournit en fait un site d'observation permettant de découvrir et de suivre à la trace des processus particuliers, mais il est lui-même accessoire. C'est un prétexte, ou plutôt une occasion pour observer, analyser des dynamiques et en extraire des conclusions susceptibles d'enrichir l'univers des connaissances.

L'étude de cas constitue alors principalement une stratégie de cueillette et d'organisation des données brutes. L'analyse devant porter principalement sur les données agrégées. C'est sans doute dans la pratique de la recherche qualitative que l'on peut le mieux tirer profit des propriétés

de l'étude de cas. Van de Ven et Rogers (1988), se référant à Eisenberg (1986), disent que « *la question centrale dans la recherche qualitative est la signification* ».

3.2.2 Justification du choix de l'étude de cas

L'étude de cas a été choisie comme méthode de recherche dans cette étude pour comprendre en profondeur et de façon holistique comment les processus d'intervention à l'égard des patients non entendants rendent compte de l'efficacité thérapeutique. En prenant en compte la singularité de chaque processus, la recherche escompte identification des facteurs biographiques et situationnels qui rendent compte de l'efficacité thérapeutique.

4. PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION DU SITE DE L'ÉTUDE

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). En d'autres termes, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le lieu où se fait la collecte des données. Cette étude a été menée au Cameroun, dans la région du Centre, département du Mfoundi, Arrondissement de Yaoundé 6. Le choix de cette ville se justifie par la présence de plusieurs structures hospitalières publiques et privées en son sein.

4.1. PRESENTATION DES SITES DE L'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans deux centres : Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger (CNRPH) et L'hôpital de district de Biyem-Assi. Le CNRPH est un élément clé du dispositif institutionnel de mise en œuvre de la politique de lutte contre l'exclusion sociale et de solidarité nationale du Président de la République. Cette structure est sous la direction de M. Manga Alexandre depuis le 18 juin 2018 nommé par le décret présidentiel. Le CNRPH est un établissement Public Administratif doté de la personnalité juridique et d'une l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle technique du Ministère chargé des Affaires Sociales et sous la tutelle financière du Ministère chargé des Finances. Sur le plan géographique, le CNRPH est situé dans la Région du Centre, précisément à la périphérie Ouest de la ville de Yaoundé (Capitale politique du Cameroun), Département du Mfoundi, Arrondissement de Yaoundé VI, quartier Etoug-Ebe, dans un domaine qui s'étend sur une superficie de neuf (09) hectares environ

Il est constitué de plusieurs bâtiments, une piscine, un terrain de basket-ball, des aires de jeux et des espaces verts. Toutes les activités menées au CNRPH concourent à la réhabilitation et à la reconversion des personnes handicapées. Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées a été créé en 1971 par un prélat de nationalité canadienne, le Cardinal Paul Émile LEGER. Il a été inauguré le 15 janvier 1972 par le Président de la République Fédérale du

Cameroun, Son Excellence EL HADJ HAMADOU AHIDJO comme Œuvre Sociale Privée dénommée « Centre de Rééducation de Yaoundé » (CRY). La mission initiale du Centre était la rééducation des enfants atteints de poliomyélite, de méningite et de malformation congénitale. Par la suite, cette mission s'est étendue à la prise en charge des personnes handicapées physiques et moteurs. Depuis 2009, le décret N°2009/096 du 16 mars précité lui assigne de nouvelles missions étendues à la prise en charge globale de tous les types de handicaps. Les dites missions sont les suivantes :

- la prise en charge psychosociale des personnes handicapées et de leurs familles ; la prise en charge médico-sanitaire des personnes handicapées ;
- l'apprentissage de la formation et de la reconversion socio-professionnelle des personnes handicapées ;
- la promotion de la recherche en vue de l'amélioration de l'intervention en matière de réhabilitation ;
- la coopération technique avec d'autres centres nationaux ou étrangers de réhabilitation des personnes handicapées, ainsi que des organisations ou associations à but humanitaire ;
- la participation à toute activité ou opération en rapport avec ses missions et susceptible d'assurer leur développement.
- Les cibles du CNRPH sont toutes les personnes handicapées et leurs familles :
- Les personnes handicapés physiques et moteurs (déficience du système locomoteur)Exemple : Absence des membres, malformations congénitales ou acquises des membres, amputation des membres, allongement ou raccourcissement congénitaux ou acquis des membres, paralysie flasque ou spastique d'un ou plusieurs membres (monoplégie, quadriplégie, hémiplegie...),
- Les handicapés sensoriels (déficiences des organes de sens telles que : déficience auditive et visuelle).
- Les handicapés mentaux (troubles de comportement...),
- Les déficiences intellectuelles (imbécilité, idiotie, débilité légère, moyenne ou profond, trisomie 21 ou mongolisme. cette structure regroupe en son sein tout type d'handicap.

4.2. JUSTIFICATION DU SITE DE L'ETUDE

Nous avons choisi cette structure pour mener cette recherche parce qu'elle a une grande polyvalence dans l'approche sociale du handicap. Notre population cible est bien présente dans sa cible et son plateau technique et ses ressources humaines capables de fournir les informations nécessaires pour notre recherche. Avec un personnel pluridisciplinaire constitué des psychologues, psychocliniciens, des instituteurs spécialisés, professeurs d'éducation physique, des médecins

généralistes et spécialistes qui font des consultations externes et soins appropriés, soins en maternels et infantiles (PMI), des médecins généralistes permanents, des infirmiers tous grades confondus, Orthophonie, rééducation des malades ayant perdu le langage, Audiophonologie (correction des déficiences auditives), etc.

L'hôpital de district de Biyem-Assi, est situé dans l'arrondissement de Yaoundé 6, s'inscrit parmi les structures sanitaires de la capitale camerounaise où il fait bon de se rendre. L'hôpital de district de Biyem-Assi créé en 1992, est situé au quartier Biyem-assi, Yaoundé 6. C'est en 1989, que l'hôpital de district de Biyem-Assi voit le jour, avec pour principal objectif de rapprocher les structures sanitaires des populations des quartiers Biyem-assi, Etoug-Ebe, Melen, Mendong... entre autres. À ce jour et grâce à l'amélioration du plateau technique mais aussi du service, l'hôpital a déjà reçu près d'un million de patients venant même de quartiers plus éloignés. L'hôpital de district de Biyem-Assi est un hôpital qui compte près de 250 personnes toutes catégories confondues, avec une douzaine de spécialistes, une quinzaine de médecins généralistes, le reste constituant le personnel d'appui. Cette structure est sous la direction du Dr Daniel Ekoua, cardiologue.

De par les nombreuses prestations de cette structure qui a sa place au deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Cameroun, cette structure sanitaire prône la médecine inclusive depuis l'année dernière. Elle applique la loi 2010 en rapport aux personnes en situation de handicap à travers son service social très dynamique dans l'accompagnement des personnes en situation du handicap au Cameroun. Cet aspect de l'inclusion et son plateau technique nous a amené à motiver la recherche puisqu'elle est ouverte à tout le public. Ces multiples prestations tel que l'hospitalisation, la cardiologie, la grande chirurgie, l'ophtalmologie et autre nous amène à mener les recherches dans ces différents services.

4.2.1. Population de l'étude

Depelteau, (2002), P.213) la population est l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude. Selon Rongère (1979), la population d'étude est définie comme un ensemble d'individus qui peut entrer dans le champ de l'enquête et parmi lesquels est choisi l'échantillon. Aktouf (1987), dira que la population désigne l'ensemble différencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations. La population d'étude est aussi appelée population mère, car elle est celle dans laquelle la recherche va extraire le nombre d'individus précis qui répondront à un certain nombre de questions qui leur seront adressées.

Dans le cadre de cette recherche, la population d'étude est la population des patients non entendants (malade non entendant), et la population des thérapeutes dont ils ont été enregistrés sur la base des règles méthodologique. Mais en plus de ces critères il fallait être non entendants :

De ce type de population nous définissons avec (Guéguem), la population accessible de recherche comme celle qui a rempli tous les critères, exigés par la recherche. Dans le cadre de ce travail, le non entendant est une personne qui a les problèmes d'audition (l'ouïe est defectueux). Et le thérapeute (médecin ou infirmière) celui qui est appelé à apporter de l'aide, le soutien à une autre qui en demande.

4.2.2. Critères d'inclusion

Pour être sélectionnés, nos participants doivent être soumis aux critères d'inclusion et aux critères d'exclusion. La population retenue pour cette étude devait :

- être âgée de 20 ans et plus ;
- résidé à Yaoundé ;
- présenter une déficience auditive justifiée par la carte d'invalidité, que celle-ci soit innée ou acquise ;
- maîtrisant le français ou pas ;
- être disponible pour les entretiens ;
- avoir accepté les enregistrements audios au moment des entretiens ;
- consulter le médecin pour tout problème de santé en dehors du handicap ;
- s'exprimer en langue des signes ou tout autre mode de communication.

Le niveau d'expression en français n'a pas été évalué, les participant n'étaient ni appareillés ni implantés. Leur bon niveau de la langue des signes permettait des échanges de qualité.

4.2.3. Critères de non inclusion

- ne pas être malentendant ;
- ne pas être volontaire ;
- ne pas consulter le médecin pour un problème de handicap.

Ce critère se justifie par le fait que l'étude porte sur des personnes en situation de handicap. Sur la base de ces conditions de recherche nous avons obtenu cinq déficients comme population globale (cible) qui ont rempli les critères sus mentionnés.

La population des thérapeutes encore appelée « médecins ou personnel médical », Pour l'avoir comme échantillon, nous avons au préalable défini les critères de sélection des individus, on peut citer :

- Être médecin ou personnel soignant des structures sanitaires du Cameroun et de la ville de Yaoundé en particulier.
- Avoir une connaissance en langue des signes ou pas,
- Avoir déjà reçu ou non un patient non entendant en consultation ou en urgence pour un soin quelconque.
- Être en exercice pour les thérapeutes et accepter de participer à l'étude.
- avoir accepté les enregistrements audio au moment des entretiens ;

4.2.4. Caractéristiques des participants

Le tableau ci-dessous présente différentes caractéristiques des cinq non entendant interviewés : leur âge, leur profession ainsi que leurs années d'exercice (depuis l'obtention de leur diplôme). On trouve également dans ce tableau leur ordre chronologique de passage (du premier au 5e entretien). Une présentation individuelle de chaque participant sera fait dans le prochain chapitre.

Tableau III : Caractéristiques des non entendants

Code	Âge	Profession	Statut matrimonial
D1	23ans	Agent d'entretien	Célibataire
J2	33ans	Enseignante	3 enfants et vit avec un homme
A3	23 ans	Élève	Vit avec son tuteur
I4	35ans	Couturière	3 enfant, Vie en famille
L5	28 ans	Enseignant	Vit en famille

Cette population est caractérisée par la culture des non entendants, elle s'exprime soit en langue des signes, soit en français signé...Elle est constituée de 5 individus non entendant fréquentant le milieu hospitalier ou le CNRPH au moment de l'enquête. L'ensemble des sujets, après accord préalable et nécessaire a bénéficié d'une information claire et argumentée des objectifs de la recherche, leur participation « libre et éclairée » est vérifiée par écrit.

Tableau IV : Caractéristiques des soignant(e)s

Code	Âge	Profession	Années d'exercice
F1	36 ans	Médecin généraliste	7ans
M2	33 ans	Infirmier	10ans
M	29 ans	Pharmacienne	12ans
F4	45ans	Médecin	8ans

5. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

5.1. INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES : LE GUIDE D'ENTRETIEN THEMATIQUE

Le processus lié à la collecte des données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien. Le guide d'entretien est défini comme un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewé (Blanchet & Gotman, 1992). Le guide d'entretien a été choisi comme instrument de collecte de données dans cette étude.

5.1.1. Construction du guide d'entretien

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est vue imposée en premier lieu. Les trois premiers thèmes sont issus de l'opérationnalisation de la variable indépendante de cette étude (processus d'intervention à l'égard des patients non entendants). Cette opérationnalisation s'est faite à partir du cadre théorique. Par la suite, chaque thème (modalité) a permis de formuler les sous thèmes (indicateurs). Le quatrième thème est la variable dépendante de cette étude (efficacité Thérapeutique). Chaque indicateur de cette variable a servi de sous-thème dans la construction du guide d'entretien thématique.

L'enjeu de la transmission porté par la méthode du cas clinique ne se limite pas à énoncer des règles que l'on pourrait comprendre comme autant d'interdits ou d'autorisations, mais tend à introduire une réflexion sur le comment du fonctionnement psychique (De Luca, 2020). C'est sur la base de ce guide que nos entretiens se sont déroulés.

Tableau V : Guide d'entretien

Thème I Communication verbal
Sous thème1 : communication orale
Sous thème2 : communication écrite
Sous thème 3 : communication visuelle
Thème II Communication non verbale : visuo gestuelle
Sous Thème 1 communication Gestuelle
Sous thème 2 : communication par la lecture labiale
Sous thème 3 : communication par la mimique corporelle et posturale
Thème III communication iconique
Sous thème1 : communication par les pictogrammes

Sous thème2 : communication par les émoticônes
Thème IV Efficacité thérapeutique
Sous thème 1 : amélioration de paramètres vitaux
Sous thème 2 : Attitudes
Sous thème 3 : Réhabilitation

5.1.2. Le déroulement des entretiens

Dans cette étude, les entretiens se sont déroulés en deux phases, à savoir la phase préparatoire et la phase d'entretien proprement dit (phase systématique).

5.1.3. La phase préparatoire

Durant cette phase une rencontre s'est tenue avec les participants, des rendez-vous ont été pris avec ces derniers afin d'éviter toute rencontre improvisée. Cette phase a permis d'obtenir l'accord des participants pour mener les entretiens semi-directifs. Il était question de leur faire part des objectifs de la recherche, de leur présenter le formulaire consentement éclairé et de les rassurer de la confidentialité des informations à recueillir auprès d'eux. Cette phase a également permis d'identifier les participants qui répondaient aux critères de la recherche, notamment les critères d'inclusion. Cette phase nous a également permis de recueillir les modes de communication de chaque patient. Nous avons eu ceux qui s'expriment en LS uniquement, par écrit ou tout autre moyen de communication surtout du côté des non entendants.

5.1.4. Le déroulement des entretiens

Avec chaque participant, nous avons mené des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien thématique. Pendant les entretiens, nous nous référions aux thèmes figurant sur le guide d'entretien thématique. Les questions en rapport avec les thèmes du guide et l'objectif général de la recherche étaient posées aux participants. Ils étaient libres de s'exprimer en profondeur sur leur vécu en milieu médicale et hospitalier. Nous nous servions des relances, reformulations et recentrage lorsque les candidats se montraient très dispersés sur les réponses attendues.

Nous nous assurons également que tous les thèmes avaient été abordés au terme de chaque entretien. Les entretiens débutaient toujours par l'accord sur rendez-vous préalablement fixé avec chaque participant en fonction de sa disponibilité. Avec les participants, nous avons mené les entretiens sur deux sites, à savoir une salle de consultation du campus de l'hôpital de District. Nous nous sommes assuré que la salle était inoccupée par les patients ou les personnels soignant, c'est-

à-dire libre, vide, calme et propice à l'entretien. Le deuxième lieu où les entretiens ont été menés avec nos participants était la salle de consultation.

Deux entretiens ont été fait dans la salle de consultation. Pendant la consultation entre le thérapeute et le patient non entendant nous observions les deux protagonistes et c'est après la consultation que nous nous entretenions avec le patient sur les processus d'intervention passé avec le thérapeute. Puis nous entretenons avec le médecin sur la communication avec le patient. Le téléphone de chaque participant était en mode silencieux afin de nous permettre d'avoir toute leur attention. Une attention a été mise sur l'assurance particulière était accordée à les rassurer quant à la confidentialité de leurs propos tant pour les patients non entendant que pour les thérapeutes. Cet échange a permis aux participants de poser toutes les questions possibles par rapport à leur prise en charge. Ensuite, à la lumière des précisions apportées, nous nous assurons qu'ils étaient toujours consentants à participer à l'étude, en leur rappelant qu'ils étaient libre de se retirer en tout temps.

Pendant toutes les rencontres qui se sont tenues, nous disposions d'un environnement d'écoute calme, discret, agréable et bien lumineux pour les médecins et surtout pour les non entendants. Par ailleurs, au cours des entretiens hors consultation, nous avons utilisé un bloc note et un stylo, auxquels nous avons associé un enregistrement audio et vidéo pour les non entendants et l'entretien s'est déroulé en langue des signes, en français signé, langue parlée et complété, nous avons également fait recours à l'écriture et au schéma. Les participants ont été mis au courant de leur utilisation au moment même de la consigne. Certaines données factuelles pertinentes ont été retenues au cours des entretiens. L'ensemble des données, tant verbales, non verbales que factuelles, ont été transcrites sous forme de verbatim à la fin de chaque rencontre avant l'analyse des données. Il a fallu établir un climat de confiance pour que les participants interviewés ne se sentent ni frustrés, ni gênés dans mes discours et les réponses qu'ils devaient fournir.

6. TECHNIQUE DE DEPOUILLEMENT

Après la phase de collecte (entretiens individuels), nous avons procédé à la transcription des données. Avant de le faire, nous avons d'abord fait une lecture flottante en réécoutant les entretiens pour nous approprier les contenus et comprendre les logiques des discours et des différents échanges. Après cette phase d'écoute, nous avons procédé à un retour au corpus en laissant flotter notre imagination, notre intuition tout en restant attentif aux flashes qui, à chaque fois traversaient notre esprit. Aussi, nous avons ordonné les matériaux et avons retenu ceux que nous avons jugés plus utiles.

En effet, selon Auerbach & Silverstein (2003), avant de commencer l'analyse, la première étape ;il faut faire l'inventaire des informations recueillies et les mettre par écrit. Ce texte, appelé

verbatim, représente pour eux les données brutes de l'enquête. La transcription a permis de dégager les conclusions et de les illustrer grâce aux données récoltées pour bâtir notre analyse. Cette phase nous a permis de regrouper par sujet les commentaires ainsi que les observations.

6.1. CODAGE DES DONNEES

Pour mieux appréhender le phénomène de l'étude, nous avons procédé après la phase de collecte de données à une phase de codage de ces données. En effet, il s'agit ici des données verbales et gestuelles que nous avons transcrites, et auxquelles nous avons attribué un sens. Le codage ici a consisté en une démarche heuristique où il était question pour nous de relier les données aux idées.

6.1.1. Grille d'analyse

Tableau VI : Grille d'analyse

Thèmes	Codes	Sous-thèmes	Code	Observations			
				(0)	+	-	±
Communication verbal	A	<ul style="list-style-type: none"> • communication orale • communication écrite • communication visuelle 	A b c				
Communication non verbal	B	<ul style="list-style-type: none"> • communication Gestuelle • communication par la lecture labiale • communication par la mimique corporelle et posturale 	A b c				
Communication iconique	C	<ul style="list-style-type: none"> • communication par les pictogrammes • communication par les émoticônes • communication par les images 	A b b				
Efficacité thérapeutique	D	<ul style="list-style-type: none"> • amélioration de paramètres vitaux • Changement d'attitudes • Réhabilitation 	A c b				

Légende :

(0) : Absent ;

(+) : Présence dans les discours ;

(-) : Présent dans le discours mais en sens contraire ;

(±) : Doute (incertitude).

Le tableau ci-dessous présente les indices d'appréciation des énoncés issus du terrain sous forme de code. Ces énoncés intégrés dans le tableau en couplage modalités/indicateurs ont permis d'observer la présence ou l'absence de ces éléments recherchés dans le discours des participants. Codes et significations diffèrent en fonction des indicateurs.

6.1.2. Technique d'analyse des données

L'analyse des données qualitatives dont la plus connue est l'analyse de contenus est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives (Krippendorff, 2003). Elle consiste à retranscrire les données qualitatives, à se donner une grille d'analyse, à coder les informations recueillies et à les traiter. L'analyse décrit le matériel d'enquête et en étudie la signification. L'analyse de contenu est la méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Berelson (1952), son fondateur, la définit comme « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication* ».

L'analyse de contenu est également un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de discours, d'images et de communications. Elle vise une relecture d'un message pour substituer à l'interprétation intuitive et instinctive, une interprétation construite (Bardin, 1989). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. Cette technique est destinée à établir la signification et à permettre une compréhension éclairée des documents analysés. Elle nous aidera à saisir le sens exact du message des interviewés à travers leurs discours, dans toute sa subjectivité. Les opérations de relecture et d'écriture lors de l'analyse du discours favoriseront l'émergence du sens.

Chacun développe un « jeu » stratégique différent autour d'une même contrainte en fonction de l'identification d'une contrainte à une potentialité si la situation est révolue. Une première phase de préparation et d'ordonnancement des données repose sur une analyse de contenu au travers d'une analyse thématique transversale de l'ensemble des données collectées. Le traitement des données qualitatives a été mené d'un point de vue sémantique (Andreani & Conchon, 2001). Le traitement sémantique des données qualitatives consiste à étudier les idées des sujets interrogés (analyse empirique), les mots qu'ils utilisent (analyse lexicale) et le sens qu'il leur donne (analyse de l'énonciation). Dans le cas de ce traitement dit « sémantique » l'analyse a été conduite à la main, selon la démarche de l'analyse de contenu thématique.

Ce chapitre consacré à la méthodologie de la recherche a permis d'identifier les participants et d'élaborer une stratégie de collecte des données auprès de ces derniers. La recherche a présenté

des stratégies d'encadrement dans un guide d'entretien tout en proposant un formulaire de consentement libre et éclairé aux participants afin que ceux-ci comprennent les objectifs poursuivis et qu'ils nous permettent d'obtenir d'eux les meilleurs résultats. Après cette étape, va suivre la présentation et l'analyse des résultats.

CHAPITRE 4 :
PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Dans le chapitre précédent, nous avons défini la méthodologie de cette étude. Le présent chapitre est consacré à la présentation et l'analyse des résultats à l'aide de l'analyse de contenu thématique. Les thèmes abordés sont ceux qui figurent dans le guide d'entretien. Ces résultats seront présentés à l'aide des récits de vécu. Le récit de vécu permet de situer le sujet dans son contexte historique. Il rend bien compte de la complexité de l'individu. Par ailleurs, il importe de savoir lire au-delà des mots employés par le sujet, et d'entreprendre l'ensemble des valeurs pratiques portées par son discours (Grell, 1986).

4.1. RECITS DE VIE DES CAS DE L'ETUDE

4.1.1- Cas J2

Le cas J2 est âgé de 33 ans né en 1988 à Yaoundé, enseignante spécialisée et non entendante depuis l'âge de 6 ans. Nous l'avons sélectionné à l'hôpital de District de Byem-assi à l'occasion d'une visite médicale. Elle vit dans la ville de Yaoundé en concubinage avec un homme avec qui elle a 3 enfants. Deux de sexe masculin et un de sexe Féminin. Elle occupe le troisième rang dans une fratrie de 6 enfants. Elle est titulaire d'un CAPIEM obtenu à L'ENIET spécialisé. Elle s'exprime plus en langue des signes, en français signé et se fait entendre aussi par la lecture labiale, elle oralise et utilise l'écriture pour communiquer quand son interlocuteur demande. De toutes les méthodes de communication elle préfère sa langue maternelle qui est la langue des signes. « *Quand je suis devant une personne qui signe je suis très contente mais parfois on écrit et on essaie aussi d'oraliser* », dit le cas J2.

Elle enseigne les enfants de deuxième niveau c'est-à-dire du coup préparatoire (CP). La langue de l'enseignement c'est le français signé et/ou la langue des signes, elle écrit aussi bien, et utilise les gestes pour communiquer avec les apprenants. Elle est devenue non entendante après une longue maladie de l'oreille qu'on appelle otorrhée, c'est à dire l'écoulement des oreilles. Le cas J2 rencontre des difficultés communicationnelles en famille et dans le milieu ordinaire c'est-à-dire hors de l'établissement et en particulier en milieu hospitalier. Elle a de la peine à communiquer avec son entourage. Mais dans son milieu professionnel elle se confie plus à ses collègues ce qui n'est pas toujours évident.

Elle communique plus avec les gestes, les images pour essayer de se faire comprendre mais elle comprend un peu ses parents quand ils souhaitent qu'elle rende un service ceci grâce à la lecture labiale. Plus elle passe du temps avec une personne plus elle s'adapte aux gestes et position de la personne. Parfois pour passer un message elle devient agressive envers tout le monde quand elle a employé tout le moyen possible pour se faire entendre. Le cas J2 dit :

« Je suis un fruit de Dieu aujourd'hui. Je ne suis pas née non entendante, s'était difficile le premier moment au point où j'ai pensé me donner la mort, c'est grâce à ma mère que je suis aujourd'hui un modèle pour mes amies et les filles de mon âge ». Il continue en disant « J'étais l'enfant abandonné par ce que je ne pouvais pas sourire ou jouer avec quelqu'un, mes parents ne voulait plus m'inscrire à l'école puisque j'avais déjà faire la SIL (section, d'initiations à la lecture) et ce après que je suis devenue déficiente auditif ». Sa déficience est évaluée à 75%, on parle d'une perte d'audition de plus de 90 dB. Cette déficience est bilatérale (des deux oreilles) et est de transmission et de perception. C'est-à-dire qu'elle ne perçoit aucun son des deux oreilles, par conséquent l'oreille interne ne peut pas analyser le son. Quand elle veut se faire bien comprendre en famille elle prend un objet ou elle dessine ce qui ressemble à ce qu'elle veut ou elle vient avec son livre pour montrer l'image à son interlocuteur. C'est par cette méthode qu'elle s'adapte aux autres.

Le cas J2 dit : « le milieu hospitalier compliqué en termes de communication, on ne se comprend pas facilement », elle estime que ce milieu doit être adapté à son handicap. « La communication est plus difficile dans ce milieu parce que le médecin s'exprime en langue française » dit-elle. Mais si c'est une personne qu'on voit régulièrement on a déjà les marques de communication là les difficultés deviens moindres. Le cas J est toujours accompagné par son parent quand elle se rend à hôpital. Elle sait écrire et lire mais l'écriture du médecin est mystifié en plus le médecin ne prend pas trop de temps pour écrire, le médecin dit : « j'ai beaucoup de patient qui m'attendent » donc c'est le parent qui écoute et répond à ma place comme-ci je suis une personne invisible. Quelque fois elle regarde les gestes et le mouvement des deux et veut intervenir mais elle ne sait pas comment faire .C'est après chaque entretien qu'elle essaie d'écouter sa mère lui donné les recommandations du médecin.

Si le médecin parle doucement elle peut lire sur les lèvres mais en retour le médecin ne comprend pas ses gestes. Puisque, plus elle passe le temps avec une personne elle finit par faire la lecture labiale. C'est à la troisième consultation prénatale (CPN) qu'elle commence à comprendre les recommandations du médecin puis qu'elle s'était déjà familiarisé avec le médecin. Le cas J a une préférence des structures hospitaliers elle dit : « les hôpitaux privés sont biens elles prennent le temps pour écouter, le Docteur écrit et essaie de faire des gestes pour expliquer les choses ». Quand elle est dans sa structure de préférence elle participe à la consultation. Elle dit : « dans cette structure je suis très content ; Souvent mon parent n'intervient pas ». Elle apprécie cette structure juste du fait que le personnel fait l'effort de créer un climat de confiance.

Mon hôpital est bien, ils prennent le temps pour t'écouter, il parle

doucement pour te permettre de lire sur les lèvres, il te respecte, il

écrit pour t'expliquer. Quand il me voie arrivé il s'intéresse à moi ;
 Mais dans les hôpitaux publics ils n'ont pas le temps, ils font trop
 des erreurs, il gronde, ils ne font pas d'effort, normalement on doit
 avoir les interprètes en langues des signes à l'hôpital.

Elle n'aime pas les hôpitaux publics mais son parent l'amène toujours et émet la raison selon laquelle les hôpitaux publics ne sont pas chers. Le cas J : « accuse l'hôpital d'être à l'origine de sa déficience ». Écoutons-le :

Mes oreilles sont comme ça à cause des infirmiers. Tu vois que dans les hôpitaux public le médecin ne prend pas bien en charge les personnes qui ne sont pas déficient combien de fois nous qui sommes non entendants ; Je préfère partir ou on peut bien me recevoir, ils sont soucieux et explique doucement. Avant, j'écoutais bien et je parlais aussi bien, mais quand j'étais malade le médecin et l'infirmier m'injectaient chaque jour la quinine, on a toujours dire que beaucoup de quinine dans le corps entrain le bourdonnement de l'oreille.

Ce trop difficile le milieu hospitalier. Au service du planning familiale (PF) elle a besoin des conseils pour se protéger, espacer les naissances et même pour éviter les maladies, il y'a personne pour répondre de manière plus précis à la préoccupation. Pour résoudre mon problème dit-elle : « *Un infirmier m'a donné un livre pour lire et remettre le même jour* ». C'est ainsi que le cas J2 s'est encore sentir plus frustré puisqu'elle a besoin d'une interaction avec le personnel soignant. Il s'avère que l'écrire des thérapeutes pose un problème à ceux-ci, elle éprouve aussi des difficultés dans la lecture puisque elle a besoins des explications pour mieux comprendre ce qu'elle a lu.

4.1.2- le cas D1

Le cas D1 est âgé de 24 ans né à Yaoundé de sexe masculin sélectionné au centre national de réhabilitation des personnes handicapés (CNRPH) à la suite d'une causerie éducative. Il est agent d'entretien dans cette structure et non entendant depuis l'âge de 7 ans, troisième d'une fratrie de 6 ans. Il a une surdité de perception évalué à 75% ; cette surdité est Bilatérale. Sa surdité est acquise et confirmée à l'âge de 8ans. Il oralise, le cas D sait écrire et maîtrise toute la communication totale. Le cas D a repris l'école après qu'on ait confirmé sa surdité. C'est à la deuxième année que son

père l'inscrit dans une école spécialisée où il apprend la langue des signes français et plus tard la langue des signes anglaise au quartier. Il est membre de la communauté des non entendants et est capable de communiquer avec son entourage. Il est titulaire d'un brevet d'étude du premier cycle (BEPC).

Le cas D1 part à l'hôpital tout seul et se bat pour exposer son problème au soignant, pour lui c'est le soignant qui a de la peine à l'écouter. Il oralise mais le thérapeute ne comprend pas il fait les signes que le thérapeute ne comprend non plus. Il écrit ou utilise le dessin pour se faire mieux comprendre, il sait bien écrire et lire le français, écoutons ces propos : « J'ai fréquenté, Je suis devenue sourd quand mon petit frère était né, avant c'était un peu difficile de parler avec les gens et j'avais peur d'aller à l'hôpital ». J'ai appris à signer à Douala et c'est ce qui fait de moi membre de la communauté sourde. Quand je suis au service d'accueil de l'hôpital, je parle ce qu'on ne comprend pas j'écris et il écrit aussi pour me montrer mais leur écriture est difficile. Quand il est suis devant le médecin il n'a pas trop de temps pour qu'ont échangé avec les écrits. Écoutons le cas D:

Je suis partir dans un hôpital où il y'avait une personne qui signait (interprète) au départ j'étais content après un temps je me suis rendu compte qu'il ne donnait pas toutes les informations au médecin, du coup j'ai arrêté d'aller dans cet hôpital, je préfère me battre seul à me faire comprendre si le médecin prend le temps pour m'écouter.

L'hôpital est un milieu frustrant pour nous, ajoute-il, la consultation se fait en français orale, les médecins écrivent mal et la syntaxe est difficile, les infirmes administrent les soins sans prendre notre avis. Le cas D oralise et ne se fait pas toujours comprendre, pour lui la difficulté est au niveau des soignants qui ne ménagent aucun effort pour eux. Dans son lieu de service il aide le non entendant qui ne savent ni écrire, ni oralise mais maîtrise soit la langue des signes ou encore le français signé. Pour la lecture labiale et les mimes, le milieu hospitalier n'est pas adapté puisque c'est un milieu où il y'a toujours les urgences. J'ai préféré ne plus parler quand je suis dans ce milieu cas quand je parle, les gens se moquent de moi.

Il aime parler mais sa voix à une autre forme et attire trop de regard vers lui c'est pourquoi il préfère ne plus essayer quand il est devant le soignant. En réalité le personnel soignant les mettent en difficultés, au niveau de l'écriture ils n'écrivent pas lisiblement, la syntaxe de la langue française est différente de la langue des signes, il n'utilise ni les signes ni les gestes. Ils comprennent mieux avec les images parlant par exemple une personne qui lave les mains pour manger et on voit un plat

de nourriture juste à côté, ils comprennent qu'il faut laver les mains avant de manger. À l'entrée de l'hôpital on voit une photo d'une personne avec le cache nez on comprend qu'il faut porter le cache par ce qu'il y'a un danger, à côté de ces exemples qui donne des explications partielles, le cas D1 dit : « l'utilisation des images réduisent nos difficultés cas au moment où l'œil à vue alors, on peut produire une réponse ». Pour lui :

La santé est de l'or pour chaque individu, la maladie survint quand l'individu ne respecte pas les conditions hygiéniques dans la majorité des cas. C'est difficile avec nous par exemple, s'il faut présenter le diabète à un non entendant comme une maladie métabolique, comment le soignant qui ne maîtrise pas le langage du patient va signer l'insuline, le glucose, le glucagon... ? Il y'a des signes et symptômes qu'il faut expliquer et à partir de là le soignant oriente le diagnostic, comment il va présenter la prévention de cette maladie quand il ne me comprend pas ? c'est mieux de former les le personnel de santé en langue des signes et rendre la communication concrète à travers les images parlent.

Ainsi, il continue : « Vous voyez, pour que le médecin explique la notion de prévention des maladies transmissible ce n'est pas évident exemple du SIDA», le virus du VIH/SIDA (virus-Immuno- Déficience/ Syndrome déficience acquise) à la forme du soleil, « quand nous voyons cet image on comprend que ce tenir au soleil donne le Sida » au-delà de cela, si le docteur présente le préservatif comme un outil pour prévenir les maladies sexuellement transmissible, nous comprendrons que il faut éviter le préservatif car il donne la maladie. Donc ces incompréhensions ne nous permettent pas de savourer le gout de la santé en cas de pathologie. La présence d'un interprète professionnel vise un peu à résoudre le problème, mais la santé est un état subjectif donc chacun peut expliquer fidèlement son ressenti « Je ne peux pas me confier à un interprète encore que on n'est vraiment pas sure s'il dit exactement ce que nous lui avons demandé de transmettre » dit le cas D.

Pour lui, « *la langue du patient est importante dans le traitement, c'est n'est pas le non entendant qui est en difficulté mais le soignant qui le met* ». Le cas D pense que le médecin doit choisir le moyen de communication en fonction de celui qu'il a en face. En milieu hospitalier il préfère communiquer avec les écrits les icones mais quand c'est une urgence il utilise sa voix. « Je

pas trop de problème dans ce milieu mais mes amies qui ne connaissent pas écrire ou interpréter une image surtout ceux qui ne sont pas parti à l'école, ils ont plus de problème». Donc il faut le personnel soignant qui signe par ce que le français est aussi difficile.

4.1.3. Le cas A3

Le cas A3, est non entendant depuis la naissance, donc il a une surdité innée, il est né nkonssamba, et est deuxième d'une fratrie de dix enfants. Il a 20 ans et fait la classe de 1^{er} année, il vit à Yaoundé et fréquente dans une école ordinaire. Le cas A a une déficience auditive évaluée à de 80%. Il a une surdité mixte c'est-à-dire surdité de transmission et de perception, elle est congénitale. Il s'identifie à travers la culture sourde. Le Cas A pratique la langue des signes française (LSF), qui est sa langue maternelle, avec les images il se bat un peu à comprendre ce que dire son interlocuteur. Il utilise aussi les gestes à la maison pour se fait comprendre et rarement en français signé. Il a été sélectionné à l'Hôpital de District de Biyem-Assi, pendant une visite médicale. Le cas A n'oralise pas. Il dit : « je suis toujours accompagné par mon père, c'est lui qui décide pour moi». Notre accueil en milieu hospitalier ne nous inspire pas confiance. Le cas A3 dit :

Nous sommes frustrés dans ce milieu cas aucun personnel ne s'exprime en notre langue. Le milieu hospitalier est un ce milieu où on grande explore de vie car le personnel soignant à travers sa parole il te soulage mais nous autre c'est le contraire.

Pendant la prise des paramètres par exemple, nous exécutons toutes les mouvements que nous avons vu les autres faire ou que notre parent nous demande, rarement le soignant fait un geste précis pour nous. Écoutons ses propos :

Pour la première fois, j'avais des douleurs au niveau de mon ombilic qui irradiait vers mon flanc gauche et droit je voulais bien savoir ce qui peut être à l'origine, après lui avoir montré du doigt comment la douleur irradie il s'est tourné pour continuer à parler avec mon parent. Il revient vers moi quand il a déjà parlé à mon père pour faire un geste sur le ventre pour dire qu'ont vas m'opérer. Aucune explication ne m'a été donnée.

Pour le cas A3, la majorité des échanges tournent autour de la parole entre le thérapeute et son accompagnateur, c'est le patient qui est la tierce personne à ce moment. Le cas A3

s'exprime plus en sa langue maternelle, en famille il a des difficultés pour se faire comprendre puis que personne ne le comprend. C'est à l'âge de 10 ans qu'il a commencé l'école, c'est pourquoi, il ne sait pas lire et ne comprend aucun bruit fine sauf les bruits de très fortes intensités qui entraîne même les douleurs dans ses oreilles. C'est qui justifie le fait qu'il ne sait pas écrire ni lire. Il commença l'école au coup préparatoire (CP), pour se faire comprendre il utilise la brutalité et la force et s'est adapté aux gestes familiaux, il lit sur les lèvres et interprète les mimes et les postures de ses parents et amis. Écoutons-le : *« je suis différent de mes amis et quand je suis souffrant ce mon père qui m'amené à l'hôpital, je veux bien parler pour dire ce que je ressens mais ce difficile, certains se moquent de moi »*. Pour lui, l'hôpital donne juste les ordres. Il continue ainsi : *« vous imaginer que à la maison depuis longtemps j'ai un problème que j'explique personne ne m'écoute, ils grondent seulement, mes parents ne s'impatientes même pas et dans ce milieu ce c'est encore plus difficile »*. Ce trop difficile ce difficile ce milieu.

Il dit qu'il est arrivé à l'hôpital au lieu de lui demander ce qu'il avait, on lui demande de monter sur la balance alors qu'il a un problème dans son ventre après on lui fait attendre mais il y'a personne pour lui expliquer ce qui se passe cas tout le monde parle et personne ne sais signer. Le cas A n'oralise pas. Suivant ces propos :

Je suis arrivé aujourd'hui parce que depuis 05 jours je suis fatigué, je dors seulement, je vomis et mon ventre me fait très mal, je ne mange pas et j'ai froid tous les soirs. Quand j'explique au médecin il a de la peine à comprendre ce que je dis. Il ne comprend vraiment pas ce que je dis il écoute plus mon père comme si c'était lui le malade alors que mon père quand je l'explique il me menace du regard.

Le cas A3 a un mauvais souvenir de l'hôpital et des hommes en blouse Blanche, il accuse la lenteur et l'absence de l'interprète en langue des signes française. Il n'a jamais rencontré quelqu'un à l'hôpital qui puisse mieux lui expliquer ces donc il souffre mais on lui donne juste les remèdes pour boire alors qu'ils ne m'ont pas bien écouté. d'avantage Il dit :

Je préfère encore rentrer au village rester avec mes frères et boire les herbes quand je malade qui peuvent me soigner, ici c'est difficile et trop compliqué, J'ai commencé chez le médecin et finir chez lui. C'était difficile avec toutes les personnes que j'ai rencontré depuis 8h que je suis ici, personne ne sait signer, ils écrivent et je ne sais pas encore lire.

J'explique tous mes problèmes avec les gestes que je connais, et quand le médecin veut parler, il est trop rapide, la salle est un peu sombre le médecin parle vite. Le cas A3 dit que quand il touche la partie de son ventre qui fait mal plus mal le médecin dit simplement qu'il a compris avec les gestes de la tête et du corps. *« J'ai tout expliqué mais c'est comme s'ils ne me comprennent pas, il me fait attendre comme si je suis venu ici jouer » dit-il.* Vraiment ce n'est pas facile, tout ce que j'ai dit au médecin il secourt la tête et il écrit dans mon cahier et il ne me demande rien. Puis il fait le geste de la main pour dire que j'attende dehors, j'étais beaucoup embarrassé.

À l'absence de son parent une fois il a rencontré plus de difficulté quand il était à l'hôpital de Byem-assi de Yaoundé pour retirer ces examens médicaux. Pour lui, les écrits du thérapeute dans son carnet de soins est un signe de moquerie. *« Tu vois que ce n'est pas facile de rester sur un banc et tout le monde te laisse même les gens qui sont arrivées après toi parce qu'on lire mon nom je ne comprends pas ».* dit-il. On demande des choses que je ne comprends toujours pas. J'ai même fait des gestes de main pour dire que je ne comprends rien ils se sont mis à ris sur moi. Mais certains sont très gentil, il essaie de te dire ce qu'on veut que tu fasses : *« on va te prélever le sang et tu dois atteindre jusqu'à 12h pour prendre les résultats ».* J'ai beaucoup attendu et quand je retourne là-bas à l'heure exacte. À 12h ils m'ont donné les résultats dans un pli fermé ce où l'autre me montre du doigt le bureau du médecin. Je suis plutôt rentrée à la maison et mon père est arrivé le lendemain pour acheter les remèdes. Il dit *« j'ai qu'a même apprécier le temps que l'infirmier a pris pour m'expliquer qu'il faut attendre... »*

4.1.4- le cas L5

Le patient L âgée de 28 ans née en 1992 à Yaoundé vit à la Cité verte. Elle devient non entendante à l'âge de 6 ans. Elle vit en famille avec ses parents et est 1^{ère} d'une fratrie de 8 enfants. Elle a une déficience auditive caractérisée par un défaut de transmission liée à l'atteinte des structures de l'oreille externe et moyenne issu d'une maladie bactérienne (méningite). Elle s'identifie à travers la culture sourde, et s'exprime en langue des signes, en français signé, lecture labiale, elle sait lire et écrire le français. Le patient L à une surdité bilatérale évalué à 75%. Elle devient non entendant confirmé au CM2 (cour moins deux). Elle utilise la communication totale pour s'exprimer en famille et dans la communauté des non entendants elle s'exprime en langue des signes. Le cas L5 maîtrise la syntaxe de la langue française. Elle est mère de 3 enfants entendants.

L'installation de sa surdité a été progressive, au départ la famille à penser à une sorcellerie elle s'est attelée à courir au village pour faire recours au marabout et aux crânes c'est après trois ans sans suite qu'elle revient et se donne à l'église pour plusieurs années sans résultat favorable. Elle était la sorcière de la famille, plusieurs examens médicaux ont été faits et sont restés sans une

suite favorable. Ces spécialités ont proposé des opérations chirurgicales mais la famille n'avait pas des moyens financiers.

Sur le plan de la communication avec les autres, le cas L rencontre des difficultés dans la transmission des informations, elle oralise à peine. « *Je peux biens écrire le français signé mais le médecin n'a pas le temps pour m'écouter* » dit-elle. Pendant les consultations prénatales elle est toujours accompagner pas son parent qui écoute et essayi de lui transmettre à travers les gestes. Tous les conseils c'est son parent qui transmettre après la rencontre avec un personnel de santé. Suivons ces propos :

Je me rappel du jour ou on m'a donné un petit livre à ma troisième consultation prénatal (CPN),j'ai pris le temps de lire, mais il fallait toujours une personne pour m'expliquer certains mots, les images m'ont permis de savoir comment allaiter et ce que une femme enceinte ne doit pas prendre ou doit beaucoup éviter, c'est le seul jour que je suis rentrée étant comptant ma mère était toujours présent parce qu'il y'a des conseils que les infirmiers donnent et c'est elle qui peut connaitre comment faire.

Bien que les moyens de communication soient nombreux chez les non entendants, les images restent un moyen de communication important. Tout seul, elle interprète les images et elle trouve le sens. Pour le cas L5, la communication à travers la langue des signes ou le français signé est un atout pour elle, une occasion de s'épanouie. La langue des signes française. La LSF est une langue en soi avec sa propre grammaire et sa propre syntaxe. Si le soignant ne peut pas utiliser qu'il apprenne à faire la lecture labiale, elle consiste à lire sur les lèvres. « *Le langage parlé complété, Les pictogrammes, Le français signé sont autant de moyen de communication que le soignant peut utiliser pour nous comprendre* ».Cas L

J'ai passé tout une journée devant le bureau d'un médecin qui prononçait mon nom plusieurs fois sans toutefois se rapprocher de moi pour demander ce que je fais là depuis le matin. Toutes les fois qu'elle sortait elle me voyait assise devant son bureau ma mère m'avait demandé de m'avancer à l'hôpital. Elle est arrivée trop tard, je ne savais pas comment faire, tout le monde est partie et je suis restée toute seule, elle ne pouvant pas s'exprimer va continuer à attendre ma mère. C'est vers 13h qu'elle écrit sur un papier pour montrer au médecin pour dire qu'elle est non entendant. Le médecin s'arrête et ne répond pas c'est après 1h qu'il l'appelle dans la salle pour la consulter et c'est vers la fin

de la consultation que le médecin se rend compte que c'est son malade qu'elle suit depuis. C'est juste qu'à chaque fois le médecin s'adresse plus à sa mère il ne la considère pas pendant la consultation. Pendant l'échange avec le médecin, il a juste écrit le nom du médicament que je vais prendre, j'avais beaucoup de chose à lui demander mais il ne m'avait pas permis.

Tel est notre parcours en milieu hospitalier et médical. Pour le deuxième (accouchement) elle ne voulait pas que sa maman soit au courant par ce qu'elle avait dite qu'elle ne veut plus qu'elle enfante. La mère me voyait toujours fatiguée et le premier bébé avait à peine 1 an d'âge. Le cas L'avait déjà les retards de trois mois mais elle ne voulait pas que sa maman soit au courant de sa nouvelle grossesse mais elle ne savait pas comment dire au médecin que sa maman ne doit pas être informée de cette nouvelle grossesse.

J'attendais que le Docteur me pose les questions sur le comment et le pourquoi de mon état ; Ils m'ont juste demandé de faire le test de grossesse personne ne m'a donnée une information de plus. J'avais beaucoup de chose à expliquer au Docteur et j'avais peur de mon parent.

Dans le milieu hospitalier la vision oraliste est prédominante, les non entendants ne sont pas représentés. Pour le cas L5, la représentation oraliste s'inscrit dans une vision déficitaire où la déficience auditive définit la personne non entendante. Elle est considérée comme une personne déficiente qu'il faut soigner pour qu'elle devienne une personne ayant toutes ses facultés, ou encore une personne qui ne connaît rien et qu'on doit réfléchir et prendre les décisions à sa place. Le Cas L5 est vue comme un être à rééduquer afin de développer sa parole vocale, de plus dans ce milieu le non entendant est un être à opérer afin de retrouver l'audition.

Le médecin centre son diagnostic sur le manque (d'audition) et fait confiance sur la personne qui accompagne le non entendant en milieu hospitalier. Le but est l'homme complet, en pleine possession de tous ses moyens. Il considère la surdité comme une horreur invivable et tout doit être tenté pour la réparer en urgence. « Il préfère parler à mon parent qu'à moi comme si c'est lui qui demande les soins ; Je préfère parfois rester à la maison sans aller à l'hôpital et on a acheté le remède pour boire à la maison ». Cas L5. L'espoir réside dans les progrès technologiques dans cette vision, vivre sans entendre n'est pas concevable mais grâce aux progrès de la médecine et de la technologie, la personne non entendant pourra, se sentir mieux et considère en milieu hospitalier si l'hôpital crée les unités spécialisés d'écoute pour les non entendants (Virol 2000 et Dagron 2011). Les unités spécialisées de prise en charge doivent être dotées des spécialistes en langue des signes, en français signé et sur l'accompagnement et prise en charge des non entendants.

4.1.5 - le cas I

Le cas I âgé de 35 ans né à Yaoundé, 1^{er} d'une fratrie de 5 enfants. Sa déficience est confirmée à l'âge de 5 ans. Elle a 5 enfants et vit en famille dans une maison de plus de 13 personnes. Elle a fait la classe de la (SIL) section d'initiation à la lecture et a été abandonnée par ses parents. Sa maman est décédée plus tôt. Elle a fait plus de 5 ans dans un orphelinat où elle était ménagère c'est à 10 ans qu'elle commence à apprendre la couture. Le cas I a une surdité mixte et bilatérale, son antécédent montre qu'elle a souffert de la méningite et d'une otorrhée à l'âge de 2 ans. Elle communique par la ASL (américain sign language) et rarement le LSF (langue des signes française). Le cas I ne sait pas écrire ni lire le français. Quand elle est devant un interlocuteur elle préfère être accompagnée par son fils a n  qui lui apprend à écrire le français. Elle utilise plus les images pour se faire comprendre. Elle a été sélectionnée lors d'une visite médicale à l'hopital district de Bym-ASSI

Elle s'exprime plus en langue des signes et utilise les gestes, la lecture labiale pour passer le message quand toutes les conditions sont réunies. Les gestes pour elle sont utilisés en famille et rarement dans son milieu de travail et la lecture labiale, elle l'utilise quand les conditions sont réunies c'est-à-dire la proximité entre l'émetteur et le récepteur, la lenteur dans la prononciation des mots en plus de ces éléments il faut que le milieu soit aéré et l'émetteur doit se placer en face de la personne non entendante.

Moi, je n'aimais pas faire des visites dans les hôpitaux, Je ne voulais pas y aller, mais mes parents m'obligeaient ; Je restais assise à côté de mon père et regardais les deux parler ; Je demandais souvent à mon père de quoi elle parle avec le médecin. Il me répondait toujours la même chose reste tranquille, je vais t'expliquer après Mais finalement, il ne m'expliquait jamais rien.

Je manque toujours la discussion, ce n'était pas facile mais  a arrivait souvent qu'elle force pour passer le message. Dans cette situation, le I se pose la question suivante : « comment on peut parler de satisfaction dans un milieu où la vision est pratiquement centrée sur la parole ? ». Pour elle, la langue des signes est un moyen de communication, bien qu'il soit difficile pour les parents. Pourtant, c'est encourageant pour ceux qui ont une déficience cette langue leur permet de communiquer avec tout le personnel. C'est important pour nous de pouvoir dialoguer comme n'importe quel être humain qui vient à l'hôpital.

En salle d'accouchement, les infirmiers m'ont tapé, ils disaient des choses que je ne comprenais pas, ils étaient tous fâchés contre moi mais personne n'a puis m'expliquer ce que j'ai fait de mal pendant l'expulsion de l'enfant, quand je suis dans la salle de la maternité les infirmiers ne me disent rien, elle ne me parle pas, pour la première fois j'avais des douleurs et j'ai vu un geste de main pour dire pousse or depuis je savais qu'il fallait faire les selles.

Selon le cas I4, l'hôpital les considère comme des personnes différentes dont-il faut soigner la surdité, certains soignants nous conseillent de rencontrer l'orthophoniste comme si nous ne pouvons pas souffrir des maladies parasitaire, bactérienne virale, etc. Pour lui, ce milieu est organisé sans, nous avons souvent besoins d'être cajolé, on nous donne les produire et on explique la posologie à nos parents. Nous sommes vues comme des êtres appartenant à une communauté spécifique ayant une culture et une langue propre, il faut donc les personnes qui maîtrisent la langue des signes pour nous aider à comprendre le soignant.

Le médecin préfère nous considérez comme les inexistants, il s'appuie sur ce qui fonctionne bien plutôt que ce qui ne fonctionne pas. Dans ce milieu où la parole à plus la valeur, l'urgence est l'acquisition de la langue des signes qui seule, permet le développement au même rythme et au même âge de n'importe quelle personne. Dans cette vision, la langue des signes doit être au centre de la formation du personnel soignant. Pour le cas I, le développement linguistique gestuel et non vocal doit être enseigné dans ce milieu médical qui accueille une diversité linguistique.

La perte auditive n'est pas un problème, j'ai déjà accepté cette situation mais le personnel soignant doit au moins maîtriser une technique de communication à notre égard, La surdité n'est pas considérée comme un manque mais davantage comme une caractéristique de la personne non entendante.

Une adaptation du milieu hospitalier en langue des signes, français signé et/ou les images ou icône pourront leur permettre de s'exprimer sans la présence de mon parent. Affirme le cas I adhère à la représentation sociale bilingue de la surdité, cette vision ne définit pas le non entendant en fonction de sa perte d'audition. Elles conçoivent la personne non entendante comme une personne ayant une culture et une langue qui lui sont propres. Certains soignants essaient de les considérer en pratiquant des gestes et des petits signes. le cas I réaffirme: « certains personnels

sont patients, écrivent et manifeste le sentiment de volonté ». Le cas I parle des efforts qu'elle fait pour s'intégrer dans ce milieu, il apprécie les efforts de certains personnels.

Les sonnes recenser auprès des cas semble être identique mais chacun à une déficience différente de l'autre. Ces données nous amènent à faire des analyses des résultats

4.2. ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse thématique fait intervenir des procédés de réduction des données thématique. Elle fait en effet appel, pour résumer et traiter son corpus, à des dénominations que l'on appelle les « thèmes » (ou expressions synonymes, les « thématisations » ; on parle aussi parfois de « sous-thèmes » pour se référer à la décomposition de certains thèmes). Il s'agit, en somme, à l'aide des thèmes, de répondre un temps soit peu à la question générique type, rencontrée dans divers projets d'analyse : Qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on ? (Colin, 2013, p.231).

4.2.1- Intervention par la communication verbale

La communication est un rapport avec autrui. Elle se fait au moyen du langage verbal ou non verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont ils sollicitent une réponse. En effet, l'activité de la parole engage un locuteur (qui envoie le message), un message (le discours à transmettre), un destinataire (qui reçoit le message), un code (la langue), le contact (la liaison physique et psychologique entre l'émetteur et le récepteur) et le contexte qui désigne les conditions sociales Jakopson (1969). Le corps se présente ici comme une entité vécue de soi où apparaissent trois aspects étroitement liés : la motricité corporelle, le processus de développement, l'interaction sociale et émotionnelle. Le déficient auditif quel que soit son état mental ou physique, s'approprie cette entité au fur et à mesure qu'il est en contact avec le monde environnant. Il se peut que, la déficience auditive entraîne les conséquences sur le plan de la communication. C'est ce que dit le cas L : « nous manquons la parole et les sons, c'est pourquoi certain nous appelle sourd-muette »

En fait, quand la déficience auditive est innée ou acquise, la technique de communication diffère, le non entendant à de la peine à prononcer les mots. Il essaye mais la voix reste inaudible or lorsqu'elle est acquise le non entendant peut oraliser et son interlocuteur a de la peine à l'écouter. Quel que soit la déficience, le corps fait passer le message aussi efficace que les mots que l'on prononce. De plus, les interlocuteurs réagissent inconsciemment aux messages non verbaux mutuels. Ils ne se rendent pas compte qu'ils communiquent de nombreuses informations à leur insu. Un désaccord entre deux interlocuteurs peut survenir alors que le message verbal (orale et écrit) est pourtant positif. (Aa±, Ba0), écoutons le cas L :

Quand je parle, les gens se moquent de ma voix. Ils disent que ma voix fait rire... moi-même je ne m'entends pas parler et souvent je laisse mon parent répondre à toutes les questions me concernant, ce trop compliqué avec les infirmiers, il ne savent pas que tout ce qu'ont dit avec la parole, on peut aussi dire avec le corps. Aa (0)

En effet, le premier trouble supraliminaire auditif identifié porte sur la dimension fréquentielle et correspond à une perte de la sélectivité fréquentielle auditive. Les mesures psychoacoustiques de masquage permettant de déterminer la forme et la bande passante des filtres cochléaires révélant que la bande passante de ces filtres est élargie par un facteur dans le cas des pertes modérées et par un facteur dans le cas des pertes modérées ou sévères. Un élargissement des filtres auditifs d'environ 20 % a été observé dans le cas des pertes légères, mais un grand nombre de données suggèrent que la sélectivité fréquentielle cochléaire n'est pas affectée tant que les seuils absolus sont inférieurs à 30 dB.

Cet élargissement des filtres auditifs résulte de la destruction partielle ou totale des CCE sur la membrane basilaire. Les conséquences perceptives de cette perte de sélectivité fréquentielle sont multiples. La première correspond à une susceptibilité accrue aux phénomènes de masquage dit énergétique. Ceci est conforme à la plainte récurrente des patients non entendant qui déclarent pouvoir généralement suivre une conversation dans un environnement silencieux, mais ne plus rien comprendre en milieu bruyant. Ceci se confirme par les propos du cas I :

Quand on parle près de moi un peu fort je comprends juste un peu le début et parfois la fin des mots, mais s'il y'a trop de bruit je ne peux pas comprendre et j'ai mal quand les bruits sont trop fort.

La dégradation de la résolubilité des composantes fréquentielles des sons découlant de la perte de sélectivité fréquentielle qui aboutit à un véritable lissage ou brouillage des patterns d'excitation évoqués par les sons au niveau périphérique et affecte la perception de la hauteur (tonale comme fondamentale) et du timbre des sons. Le trouble supraliminaire auditif porte sur la dimension de l'intensité. Il se manifeste principalement par une intolérance aux sons forts (« Ça me casse les oreilles » cas I). Ainsi, on observe les répercussions du manque de l'audition chez le sujet quand il est en consultation avec un soignant qui ne sait pas signer (Virole, 2000)

La consultation médicale est basée sur l'alliance thérapeutique qui est la construction d'une relation dynamique entre le thérapeute et le patient. Cette alliance repose sur un ensemble de conditions, de respect, d'engagement, de solidarité, de réciprocité et le sentiment d'avoir été entendu par l'autre. La disponibilité des ressources à un instant t bouleverse l'ordre des facteurs de la prise en charge, au risque d'en modifier la direction voire le résultat des patients. L'accueil du patient constitue la première étape de son diagnostic. Cet accueil repose sur trois éléments de la communication : la communication orale, écrite et visuelle.

Avec la communication orale, le thérapeute écoute la voix de son interlocuteur, cette voix peut exprimer la confiance, la peur le doute ou encore le sentiment d'angoisse. Pendant l'échange de parole entre les deux, l'intonation de la voix amène le thérapeute à confirmer ou à rechercher d'avantage ce qui a entraîné le patient dans cette situation. Le patient peut choisir écrire à travers un outil, pour exprimer ses besoins, il peut voir une photo, une image et pointe du doigt pour confirmer sa souffrance, pour exprimer ses désirs. Bien que ces éléments soient attendus du côté du patient, le thérapeute à travers sa voi, sa main d'écriture, peut passer une fausse information ou peut créer un climat de confiance. C'est à la base de cette idée que le Cas A dit :

Il écrit mal, le français est dure à comprendre, ils utilisent rarement les images, ils se moquent de ma voix, quand je parle les gens rient alors qu'ils ne peuvent pas parler ma langue ils font comme si je ne réfléchit pas. Quand j'écris il lit mais quand c'est lui je ne vois pas son écriture.

Ab (+), Ac (-)

La communication repose sur un ensemble d'éléments verbaux et non verbaux passant par différents canaux. Le premier canal est l'audition qui inclut la communication verbale centrée sur la parole, codée selon le langage (cosnier,1997). À travers un échange de parole, entre le patient et son thérapeute il y'à ouverture du dossier médical. Le soignant recueille les informations du patient à travers l'écoute et la parole : il s'agit de la communication verbale.

Dans le canal verbal, le langage para verbal désigne tout élément en rapport avec ce qui s'ajoute au langage verbal oral ou écrit, et qui constitue l'élément expressif. En d'autres termes, l'intonation vue sous l'angle du débit et de l'intensité modulant la voix. Le deuxième canal est visuel, il renvoie à la posture, à l'attitude adoptée pendant la communication. Ce canal inclut, la cinétique qui renvoie à la mimogestualité. Il s'agit de la communication sans l'usage de la parole. La communication implique un émetteur, un récepteur tous deux reliés par un canal qui fournit un

support aux signaux qui véhicule le message (Jacobson, 1997). L'échange communicationnel pendant la consultation en plus d'être oral, elle peut être écrite, ou visuelle.

Le soignant peut intervenir, par l'écriture, pour poser des questions plus précises sur les signes symptômes ressentis, les traitements médicamenteux actuels ou passés, le passées, le motif de la consultation. Le patient peut donc présenter l'histoire de sa maladie à travers les écrits. Il se peut que le patient non entendant ne lire pas les écrits du soignant et le soignant dit n'avoir pas le temps pour écrire tout les mots, Ab (-). Le cas M dit :

Quand je suis avec les infirmiers certains veulent que j'écrive et d'autres sont toujours pressés ; quand j'oralise ils ne comprennent pas, j'écris ils comprennent et quand ils écrivent je ne lis pas, il dit que je perds trop du temps, et il m'abandonne pour écouter mon accompagnateur alors que je peux me défendre tout seul, vraiment c'est trop difficile le milieu médical Aa (\pm), Ab(+)

Quant à la communication visuelle, les patients non entendants interprètent les mouvements des soignants, leur exclamation, leur posture renseigne les patients sur ce que le soignant pense de son patient mais cette façon de comprendre que développe les non entendants est à double sens, soit c'est une interprétation positif de ce que dire le soignant ou de négative. Cette façon de penser met mal à l'aise celui-ci et peut fausser le diagnostic du soignant parce que le patient n'est pas impliqué dans l'échange, il exécute tout ce que son accompagnateur lui transmet.

Les non entendants pour se faire comprendre, ils peut oraliseer, il utilise la communication écrite et visuelle. Or tous ces indicateurs de la communication verbale semblent avoir des limites lorsque les non entendant est en face du thérapeute qui n'accepte pas celui-ci comme membre d'une communauté qui à sa langue, Le cas M dit : « notre culture est ce qui nous reste, les médecins ne nous respecte pas ». La communication verbale avec le non entendant doit certainement dépendre du degré de déficience et du mode de communication (orale, écrite, visuelle). En plus de ces éléments, La communication para verbale sera importante. Elle renvoie à l'intensité de la voix, au ton, à la posture des interlocuteurs utilisent pour passer le message. En situation de consultation, avec le non entendant, le soignant devrait se montré compréhensif envers la situation du patient puis que le patient viens vers lui pour être soulagé. La parole peut influencer l'efficacité thérapeutique dans la relation médicale patiente non entendant et médecin. Les non entendants veulent se faire comprendre par leur langue, ils implorent le respect de leur culture et une attention à leur manière de communiquer (Virole, 2000).

4.2.2- Intervention par la communication non verbale

D'après Albert Mehrabian (1967), la communication repose sur une grille de pourcentage, 7%- 38% - 55%. Il montre que dans la transmission d'un message verbal, le sens des mots ne compterait que pour 7 %, alors que le ton et la voix compte pour 38 %, et surtout, l'impression gestuelle compterait pour 55 % dans l'interprétation de ce qui est dit. Bien plus, Fry et Paul Watzlawick (2014), la communication repose sur des interlocuteurs qui réagissent les uns sur les autres. Elle distingue deux types de communication, la première est la Communication digitale (analytique, logique, et précise). Elle explique et interprète, elle utilise les codes verbaux. La deuxième est la communication analogique c'est-à-dire affective, elle est plus floue, utilise des symboles : c'est une communication comprise de tous. Cette communication-là est essentiellement non verbale.

Ainsi, la communication non verbales inclut les mimique, gestuelle, corporel... .Les actes de la communication sont majoritairement inconscients : l'émetteur/ou la cible est l'auteur d'actions ou de réactions échappant au contrôle conscient. (ex. : réactions à un danger ou à une situation inconfortable, il peut y avoir une mobilisation des processus de type phénoménal ou hormonal ; Les actes de communication impliquant ou non le contact physique avec l'autre (des caresses au cou); Les messages discrets (éventuellement qu'a si subliminaux) ou ostentatoires; La communication comprise instantanément par les personnes présentes. Très rapide et instinctive, elle ne nécessite pas la connaissance d'un code désignes commun, ou d'une culture partagée (inné ou acquis). (ex. : un hochement de tête de gauche à droite n'a pas la même signification, c'est ainsi que le cas M dit : *« l'hôpital est un monde où chacun part pour exprimer son problème par la parole, mais nous qui avons les mains pour parler et les yeux pour écouter ne sont pas toujours compris dans ce monde »*),(Aa+, Ab+, A±)

Les actes de communication agissant sur le territoire personnel. (ex: se rapprocher très près de son interlocuteur et réduire a zone de sécurité permet à une personne d'imposer une pression à sa cible par seulement a présence, sans de voir utiliser les mots. Son système de perception réagit instantanément, provoquant des actes involontaires de communication). Les panneaux de signalisation routiers, les tatouages, piercings, le maquillage, les vêtements, etc. peuvent également faire partie de la communication non verbale, pour autant qu'ils respectent le principe de base : l'abstraction totale de signes verbaux

Chez le non entendant, la communication non verbale passe surtout pas des manifestations du corps (plus ou moins discrètes ou ostentatoires): attitudes corporelles, regards, sourire, clin d'œil, hochement ou signe de tête ou de la main, haussement d'épaule, tremblement, contraction, rougeur,

larmes, pleurs ou rires, hoquets, gestes emblématiques (ayant une signification particulière dans une culture), etc. Le cas I affirme : « *tous les mouvements du corps ont un sens pour nous les non entendants, ce milieu est très frustrant pour nous surtout pour nos camarades qui ne savent pas lire* »

Le verbe semble être l'élément le plus considérable dans l'échange. Or ce qui est important dans l'échange communicationnel entre les deux protagonistes c'est le message. L'intonation de la voix est un élément phare de communication entre deux interlocuteurs. La communication non verbale peut également faire passer le message. La Communication verbale désigne l'ensemble des éléments d'information transmis par la voix lors d'une situation de communication or la communication non verbale correspond à tous les signaux visibles émis pendant un échange, le thérapeute écoute le patient en sa langue et lui propose un protocole pour réduire sa souffrance. La communication non verbale à pour indicateur les gestes, les mimes etc. Il se peut que le non entendants utilise plus cette communication non verbale pour se faire comprendre, (Ba+,Bb±,Bc±) écoutons le cas A

Je préfère encore rentrer au village rester avec mes frères avec qui on se comprend déjà. Au village, je bois les herbes qui peuvent me soigner, ici c'est difficile et trop compliqué. J'ai commencé chez le médecin et fini chez lui. C'était difficile avec toutes les personnes que j'ai rencontré depuis 8h que je suis ici, personne ne sais signer, ils écrivent et je ne sais pas encore lire, seul mon père communique avec les soignants. (Aa+,Bc+)

Les processus d'interventions à l'égard patients non entendants sont multiples. La communication totale nous amène à avoir un raisonnement clinique face à ces patients. Le raisonnement clinique est un processus cognitif de penser et de prise de décision permettant aux intervenants de proposer une prise en charge dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé. Pour le faire, il faut recueillir les informations, les analyser puis former les hypothèses. Le thérapeute est souvent troublé quand il est devant un patient non entendant qui a pour mode de communication les signes pour la plus part des patients. Or, La communication n'est pas toujours verbale mais elle est aussi gestuelle.

Dans l'échange communicationnel, les interlocuteurs discutent ouvertement d'éventuels problèmes de santé. Le but du thérapeute est de réduire la souffrance du patient donc cet échange vise l'efficacité thérapeutique. L'efficacité de la thérapie dépend de l'entendement des

interlocuteurs. Mais en ce qui concerne les patients non entendants la communication non verbale est privilégiée il s'agit de la langue des signes, des mimes, de la lecture labiale. Le cas A dit : *« je préfère être écouté en ma langue maternelle, la langue des signes c'est mieux pour moi ou à défaut recruter un interprète pour nous aider à comprendre ce que dit le soignant »* (Aa+,Aa-).

L'absence de la parole chez les non entendants rend l'échange moins dynamique. C'est ainsi que le cas A et L continue en ses propos :

Avant j'avais des problèmes très sérieux avec la communication parce que les gens ne comprenaient pas les signes. Je me rappelle ma deuxième fois à l'hôpital, j'avais tellement peur que je suis allé avec un cahier ou j'ai dessiné les choses pour montrer. Je ne voulais pas que mon père sache ce que j'avais parce que j'avais des douleurs à la miction (douleur en urinant). Il y avait les boutons sur mon organe, ils m'ont posé des questions je ne pouvais pas répondre, j'ai commencé à signer avec mes mains pour leur dire que c'est depuis 3 mois que nous sommes allés avec les filles chez mon ami, (Cb+, Ca+).

Le cas L dit réplique ainsi : Je vous dis qu'en plus de la langue des signes je connais lire sur la lèvre si toutes les conditions sont réunies, c'est vrai que la lecture labiale est limitée par exemple quand j'ai une douleur, ma concentration faiblit et la capacité de lire sur les lèvres disparaît ; la langue des signes est préférable car je me sens à l'aise quand je signe. c'est dans cette logique que le cas A dit : *« quand je suis à l'hôpital je cherche à comprendre ce que mon père dit au médecin et toutes les fois je regarde les deux leurs signes et leurs lèvres quand ils parlent c'est difficile ils font les signes qui me troublent et les gestes qui se confondent à la langue des signes »* (Aa±,Ba+).

Les non entendants peuvent s'exprimer quand ils sont devant un thérapeute si toutes les conditions sont réunies. Ces conditions reposent sur le respect de l'espace du signeur, de la ligne du signeur et des configurations. Le non entendant lit sur les lèvres, interprète les gestes du corps, utilise le français signé pour se faire entendre. Pour lire sur les lèvres son interlocuteur doit être proche et lui parler en face. Il s'avère donc que les langues des signes c'est pour les authentiques non entendants. Les gestes peuvent être utilisés par ceux-ci pour ceux qui n'ont jamais acquis ni la parole ni la langue des signes (L.S) ; L'écriture pour ceux ayant acquis le mécanisme de la lecture ; La lecture labiale (L/L) pour les non entend ayant été démutisée ; Les appareils auditifs (prothèses auditifs, contours d'oreille boîtier) pour ceux présentant une surdité légère. Quel que soit la

déficience auditive, le degré de perte d'audibilité, les non entendant peuvent communiquer avec un interlocuteur avec qui il partage le même code, le même canal de communication et la même langue de communication.

Dans un premier temps l'émetteur est le soignant qui reçoit le patient et doit créer un climat de confiance avant de poser des questions sur ce qui l'a amené à l'hôpital. Le récepteur est le non entendant qui reçoit le message dans un contexte qui désigne les conditions sociales. Le message est le discours à transmettre. Ce message se fait à travers un contact qui est la liaison physique et psychologique entre les deux. Ce circuit réussit si et seulement si les deux partagent le même code. Le code renvoie à la langue notamment associée à une fonction bien particulière de la communication.

En salle d'accouchement, les infirmiers ne m'ont pas dit comment je dois faire quand je vais sentir la douleur mais c'est grâce au geste à ma mère que je comprends qu'il fallait pousser et non faire les selles, ils disaient des choses que je ne comprenais pas, ils étaient tous fâchés contre moi mais personne n'a pu m'expliquer ce que je vais faire pendant l'expulsion de l'enfant, en fait nous ne sommes pas respectés dans ce milieu. Ba (+), b (±)

La communication n'est possible que lorsque toutes les conditions sont réunies. La perte de l'organe interne de l'audition (cochléaire) entraîne des fluctuations d'amplitude en sortie des filtres cochléaires (par comparaison avec une cochlée normale) susceptible de conduire à une meilleure sensibilité aux modulations d'amplitude des signaux acoustiques. Toutefois, des données neurophysiologiques et psychoacoustiques récentes ne confortent pas ces deux hypothèses et suggèrent que les facteurs principaux limitant le traitement des indices d'enveloppe sont neuronaux et centraux (c'est-à-dire post-cochléaires). Ainsi, la personne non entendante n'a aucune conséquence au niveau de sa matrice cérébrale par conséquent elle a la capacité d'analyser avec les dessins, les images, les mimes. On peut comprendre que les non entendants en plus de la langue des signes pour écouter et parler ils utilisent la posture, les regards, la lecture labiale pour se faire entendre.

Par défaut de l'ouïe, les représentations oralistes les inscrivent dans une vision déficitaire où la déficience auditive définit la personne non entendante. Elle est considérée comme une personne déficiente qu'il faut soigner pour qu'elle devienne une personne ayant toutes ses facultés orales l'absence de l'ouïe n'a aucun impact sur le processus cognitif de celui-ci comme, (Da+, Db+, Db+). le dit le **cas J :**

Si je vois, je peux reconnaître mais le problème c'est que nous faisons les efforts et les soignant ne font confiance qu'à nos accompagnateurs, ils nous excluent de la communication, ils disent que nous avons une communauté, je souhaite qu'ils mettent une personne de notre communauté à l'hôpital pour réduire nos problèmes ainsi nous nous sentirons à l'aise.

La personne non entendante est vue dans ce milieu comme un être à rééduquer afin de développer sa parole vocale et dans certains cas comme un être à opérer afin de retrouver l'audition. Le cas J dit : « *il font comme si j'ai trouble mental or je suis normal, c'est juste je suis malade comme les autres* » Le médecin se centre sur le manque (d'audition) or, il souffre d'une pathologie comme tout individu. Le non entendant est un homme complet, en pleine possession de tous ces moyens. Il considère la surdité comme une horreur invivable et tout doit être tenté pour la réparer en urgence. Suivant cette idée, un focus est fait sur le développement linguistique gestuel et non vocal ainsi, la perte auditive n'est que "secondaire" car elle ne pas être traitée. La surdité n'est pas considérée comme un manque mais davantage comme une caractéristique de la personne non entendante.

Nous adhérons globalement aux représentations sociales bilingues de la surdité car cette vision ne définit la personne non entendante qu'en fonction de sa perte d'audition. Elles conçoivent la personne non entendante comme une personne ayant une culture et une langue qui lui est propre. Grâce à ces deux points, nous pouvons parler de communauté des non entendants. Tandis que dans la vision oraliste, ces notions ne sont pas présentes, la personne non entendante est définie comme une personne handicapée qui doit faire des efforts pour s'intégrer et être dans la norme. Les personnes non entendants ne sont pas des déficients et qu'une intercommunication est possible à travers les outils partagés.

La communication non verbale désigne tous les éléments d'un échange qui ne sont pas un lien direct avec la parole. Pour reprendre Albert Mehrabian (1967), seule 7% d'une communication est verbale (le sens des mots) et 38% de cette communication est vocale (l'intonation et le son de la voix), 55% est visuelle (expression du visage et langage corporelle). C'est donc 93% d'une communication qui serait non-verbale. Cette communication non verbale repose sur le langage corporel dans son ensemble : gestes, postures, expressions du corps, mais aussi du visage, ou manifestations physiologiques. Mais la communication non verbale ne s'arrête pas seulement au corps en lui-même. Cette dernière peut bien souvent permettre, après analyse, d'établir des vérités,

de trouver chez son interlocuteur des traits comportementaux, qui ne sont pas exprimés par la parole.

4.2.3. Intervention par la communication iconique

Une icône est un signe qui ressemble à ce qu'il désigne. C'est une petite image de marque qui est facilement identifiable. *Le* non entendant appréhende l'image selon les dimensions d'analyse des formes de contenu (« Iconocité, Prégnance, Complexité, Polysémie, Esthétique, Connotation, Historicité ») afin de la segmenter, en laissant provisoirement de côté le contenu signifiant. Cette approche qui traite des aspects morphologiques de l'image et qui permet d'accéder simultanément au contenu et au contenant, s'inscrit dans une démarche phénoménologique

Les icônes recouvrent les images fixées en deux dimensions et sur support mobile tel que les dessins, les affiches, les photographies etc. ils sont des signes des formes de peinture, de photo quelques soient leur support que celle-ci soit du cinéma ou de la télévision, etc. les signes et les images sont saillant au son, et peuvent donner naissance à l'audiovisuel. La photo iconique fait référence à toute forme de représentation visuelle, signe, symbole, plus précisément à une icône. Il y'a les icônes, les indices, les symboles qui véhiculent les messages. Les signes raccourcissent la compréhension des phénomènes, il montre une expression directe de quelque chose manifestée donc les icones peuvent être adaptées à un message visuel. Selon (Emmanuel et al 2006), les icones traduisent la phrase en langue des naturels. Ainsi les cas A affirme: Ca (+), Cb (+)

Si le soignant pouvait me montrer les images, les vidéos où on fait un appareil qui peut aider le médecin à comprendre les signes ou encore on fait les livres qui expliquent les maladies, je serai un peu content, parce que quand je vois les images sur le mur de l'hôpital, si par exemple l'eau, je vais comprendre qu'on parle de l'eau propre ou sale et s'il y'a quelqu'un qu'un à côté je saurais que cette personne a bu l'eau sale ou tout autre chose.

L'icône est un signe détaché de l'objet mais qui le représente de manière figurée, qui ressemble (on dit que le signe est motivé) et l'indice est un signe attaché à l'objet. Le symbole est un signe détaché de l'objet et qui ne partage avec lui aucun point commun (on parle de signe arbitraire). Ainsi l'association icône signe et symbole peut faciliter la compréhension d'un message.

La majorité des personnes entendantes considèrent la surdité comme un handicap, un déficit. Pour répondre à l'idée de normalisation et en vue d'une insertion au sein de la société, ce handicap doit à tout prix être comblé au maximum, cela grâce aux avancées technologiques et à

l'apprentissage du français signé et de la lecture labiale. Selon Emmanuel et al (2006), certains icones composent les messages en langue naturelle syntaxiquement et sémantiquement correcte. Suivant les propos du cas J (Ca+, Cb+, Cc+) :

Quand je vois les images j'analyse, je comprends, je considère que les écrits qui sont en bas veulent dire ce que je vois, il y'avait une photo à l'entrée de l'hôpital ou une personne serait son ventre en présentant une souffrance profonde, pendant la consultation je voulais expliquer avec des signes au soignant que j'ai eu ce problème il y'a une semaine.

Le soignant doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qui lui sont proposés. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. La personne non entendante sera toujours mal accueillie et devra toujours compter sur une tierce personne entendante (parent, ami...) pour que la consultation et la prise en charge se passent dans les "meilleures" conditions. Ces conditions seront certes meilleures mais perfectibles car les conditions sinequane à savoir le secret médical et la confidentialité des propos tenus pendant un examen ou une consultation ne seront jamais respectés. C'est ce qui dit le cas A : Cc (+), Ca (+) :

Si le médecin pouvait me montrer les images avec les parties du corps cela me permettrait de choisir ce qui me dérange à travers les images, dans ce milieu je ne suis pas content

Il montre ainsi qu'il comprend aussi à travers les images, les icones, les émoticônes. Pour traiter le problème de la stigmatisation des patients non entendants pendant les soins, la communication iconique stimule l'aspect cognitif de celui-ci. Donc les images ont un impact sur la psychologie de la personne non entendante. L'approche culturaliste basée sur la familiarisation avec une culture et une langue différente de la langue française ne met pas de côté la notion de l'image pendant la communication. Les non entendants pensent sans les mots, ils utilisent des images gestuelles (Mottez, 2011).

Leur perception subjective de tout ce qui vit est une expérience de silence. Ainsi, cette singularité biologique entraîne une création culturelle, à savoir la culture des non entendants. Vérifier la bonne compréhension de toutes les informations en utilisant la reformulation ou d'autres moyens (dessins, photo etc.), se fait généralement par la parole, les relances de parole peuvent aussi se faire par les images pour faciliter la communication entre le non entendant et les soignants.

4.2.4- Amélioration de paramètres vitaux

Les signes vitaux sont un groupe de quatre à six paramètres médicaux les plus cruciaux qui indiquent l'état des fonctions vitales du corps Tension artérielle, T°C, pouls... Ces mesures sont prises pour aider à évaluer la santé physique d'une personne et donner les indices sur d'éventuelles maladies et montrer les progrès vers la guérison. Ces paramètres sont constitués de la température, la pulsation, pression artérielle, rythme cardiaque, la respiration, le volume de la diurèse, le poids et l'indice de masse corporelle, les menstruations, etc. Ces données cliniques permettent au thérapeute de se faire une idée de l'état vital d'un patient (Nabarette, 2002, p. 249 à 288).

Le soignant surveille les paramètres vitaux pour évaluer l'état de santé du patient, recueil, identification, analyse les informations du patient. Au cœur du système de soins de santé, l'hôpital public est confronté au défi de soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût. Pour Dagron (2011), Les liens entre hôpital et handicap sont complexes, car la prise en charge de la perte d'autonomie n'entre pas directement dans ses missions. Ils sont le plus souvent envisagés sous l'aspect de l'accessibilité et non celui de la prévention ou de la satisfaction du patient. Le temps mis à l'hôpital et la sortie de l'hôpital pour certains patients est d'autant plus difficile à mettre en œuvre que la perte d'autonomie prévisible est importante et leur environnement social défaillant.

L'optimisation de cette étape cruciale du retour à la vie communautaire non entendante confronte les professionnels à la question de l'amélioration du paramètre vital et de l'efficacité thérapeutique. Afin que les personnes en situation de handicap puissent bénéficier d'une meilleure des meilleurs soins, d'intégration des soins conciliant qualité des prestations et gestion optimale de ressources rares. La maîtrise la communication non verbale semble cruciale. L'efficacité confirme l'amélioration des paramètres vitaux (Moreau, 2016).

Il apparaît difficile de parler de l'amélioration des paramètres vitaux avec l'efficacité thérapeutique sans soulever toute la complexité que cette notion représente. Il faut d'abord savoir en quoi une thérapie est efficace, quels sont les critères qui permettent de porter un jugement positif ou négatif sur son efficacité. Si l'on considère qu'un patient souffrant d'un problème précis peut présenter certains symptômes, il apparaît possible de définir l'efficacité en termes de réduction de symptômes physiologique, (tension artérielle, la température corporelle, disparition de la fièvre, etc.) ou même l'amélioration de l'état psychologique (émotion, l'adaptation, l'autonomie, etc.) à fin de rendre le patient autonome. L'efficacité thérapeutique a pour but de soulager les souffrances des patients. Elle dépend du patient et du soignant. Pour Lambert (1999) l'objectif est de réduire ou améliorer un tant soit peu l'état de santé du malade. Pour avoir une efficacité thérapeutique il faut se fier au variable du patient, à ceux du thérapeute mais celle-ci dépend des techniques. L'efficacité thérapeutique renvoie à la satisfaction apportée au malade. C'est ainsi que le cas J dit, (Ba0,

Cb0) : « *Je ne sais pas comment demander au soignant comment prendre le médicament ; on dit tout à ma mère, c'est elle qui sait comment je vais boire les remèdes, comme si c'est elle qui a une température élevée* ».

Pour améliorer les paramètres vitaux du patient non entendant, le thérapeute doit avoir une bonne maîtrise de la langue de patient, en d'autre sens être lui-même efficace. Être efficace c'est obtenir un résultat conforme à une intention. C'est le sens commun de l'efficacité thérapeutique qui repose sur le principe, (après cela donc à cause de cela). Je me sens mieux après avoir pris un médicament, c'est donc ce médicament qui m'a soulagé. D'après Freud (1958), L'individu fait l'expérience subjective qu'il se passe « quelque chose » après avoir pris le remède et en conclut à son efficacité. La notion d'efficacité reste complexe avec le patient non entendant puisque le médecin ne pouvant lui expliquer ou l'écouter va faire recours à une tierce personne qui intervient à la place du patient. Une question se pose à savoir qui est la personne la mieux placée pour en juger l'efficacité thérapeutique : le patient, les proches, le thérapeute ? C'est ainsi que le Cas M dit, Ba (+), C (+):

Grâce à aux gestes de l'infirmier, j'ai compris que je peux prendre un comprimé le matin et l'autre le soir après le repas, mais à la maison j'ai eu des difficultés les 1^{er} jours parce que croyais avoir compris le médecin alors ce n'est pas vraiment ça, c'est ma mère qui m'oriente de nouveau.

Dans d'autres circonstances, le thérapeute peut évaluer les changements manifestés comme étant positifs alors que la famille ou le patient peut les percevoir comme une détérioration. Ça pourrait être le cas si une personne, ayant toujours présenté des symptômes dépressifs, exprime soudainement de la colère envers ses proches. Chacun peut sans doute observer des changements chez cette personne, sans pour autant être en mesure de se prononcer sur le niveau d'efficacité de la thérapie. Il s'avère que l'efficacité thérapeutique est un phénomène très complexe et, bien qu'il existe de nombreuses définitions à ce sujet, pourra définir l'efficacité thérapeutique comme les changements du patient à court et à long terme en tant que résultats de la thérapie. Pour traiter par exemple la fièvre chez un patient non entendant, le thérapeute a besoin de certaines informations venant du patient (Gastonguay & beuther 2006). Il peut lui poser les questions de savoir ce qu'il a pris depuis qu'il a une température de plus de 40°C et ce qu'il a pris depuis le début des signes et symptômes de la maladie.

La réduction des paramètres vitaux dépend de la relation médicale des aides. La réduction du paramètre vital dépend de la compétence du soignant de sa disponibilité d'écouter le patient.

Comprendre la complexité et la richesse de ses processus psychiques, devrait se rencontrer dans tous les entretiens. C'est une aptitude difficile à acquérir ; elle demande, de façon continue, un travail d'observation de soi-même, d'auto-analyse et de contrôle de soi. L'amélioration des paramètres vitaux dépend aussi du temps que la thérapie va durer, de la capacité du thérapeute et du patient.

4.2.5. Attitudes

Du point de vue médical, l'attitude est une manière de se tenir, c'est un comportement qui correspond à une disposition psychologique, dans ce contexte il s'agit de changer les manifestations, certains sentiments, comportements. L'attitude peut être l'attention, l'autonomisation, l'intégration, etc. L'attitude peut être tridimensionnel : cognitive (croyance, pensées et attributs associée l'objet), l'affective (sentiments, émotions liée à l'Object), conative ou comportementale (comportement passée et futur associées à l'objet) (Delaporte, 1999).

La pensée est une activité, consciente dans son ensemble il recouvre les processus par lesquels sont élaborées des perceptions vue des sens psychique. La pensée permet à l'être humain d'être en contact de la réalité matérielle et social, elle permet d'élaborer des concepts, les relie entre eux et acquiert de nouvelles connaissances. Dans cette situation le thérapeute s'appuie sur le dialogue pour exister la pensée du patient non entendant pour le changement de comportement.

Du point de vue psychologique, la vie après la maladie, que l'on appelle habituellement guérison, est en fait une nouvelle étape de cette expérience singulière. Si on considère comme guéri un malade après des traitements réussis, il ne s'agit là que de l'aspect biologique de la situation. En réalité, la guérison n'est pas seulement d'ordre biologique, elle concerne aussi toute la part de bouleversement et de transformation liée au fait de reprendre pied dans la vie ordinaire. C'est pourquoi le seul aspect médical ne rend pas compte de toute la complexité de la guérison ; celle-ci concerne aussi le monde intérieur, invisible de chacun, là où il se retrouve à devoir porter sa vie en étant délivré certes, mais pris aussi dans une fragilité particulier pour revivre.

Une attitude qu'exprime un individu peut montrer qu'il a confiance en soi ou pas. La notion d'attitude comprend deux sens : un sens positif et un sens négatif. Le sens positif renvoi au fait que chaque problème à une solution, c'est également avoir un état d'esprit positif. Une personne ayant un état d'esprit pessimiste remue les mauvais souvenirs du passé ou craint les événements à venir ainsi le cas J : « *je n'aime pas ce milieu je suis non entendant à cause d'eux* » donc une personne ayant une attitude positif voit le bien dans toute chose. L'efficacité thérapeutique dépend d'abord de l'attitude du patient et du cadre de l'entretien.

L'efficacité thérapeutique vise à changer les attitudes, les comportements, les croyances et les émotions du patient (Delaroche, 2013). Au niveau de ces croyances, le patient au sortir d'une consultation médicale doit avoir un comportement différent de ce qui était au départ, une pensée positive. Un non entendant qui consulte pour un problème de santé ou de trouble psychologique doit à la sortie de l'entretien éprouver une estime de soi. Écoutons le cas A (Ba+,Aa±) :

Si la consultation était en ma langue ou s'il y'avait une personne pour interpréter les propos du soignant je serai très content, ils pensent que seul le médicament soigne le malade, on ne part pas à l'hôpital parce qu'on est toujours malade, on part aussi pour parler des problèmes personnel ou de son intimité on y va pour des conseils aussi.

Ainsi, pour avoir une bonne attitude après la consultation, il faut rassembler plusieurs facteurs. L'efficacité thérapeutique dépendant des attitudes et habilité médicales (être empathique, conseiller, expliquer positivement, rassurer, encourager à des changements de comportement, prendre en compte attentes et représentation, etc.), on montre. On s'est bien entendu dans la situation où le patient présente une efficacité sur des critères cliniques objectifs. La qualité de la relation médecin malade constitue des « preuves » de l'efficacité thérapeutique de cette relation.

L'attitude du patient est fonction des types d'intervention. Effet d'une intervention : « *soin cognitif* ». L'explication du médecin qu'elle soit orale ou écrite représentait l'intervention cognitive par excellence. L'influence positive de l'explication lors de la visite préopératoire d'anesthésiologie sur la douleur post-opératoire et le rôle de l'information orale et écrite sur la réduction d'utilisation des antibiotiques dans la bronchite aiguë ont été observés par exemple. Effet d'une intervention « soin émotionnel » L'effet d'un « soin empathique » diminution d'un tiers du nombre de visites de retour dans un délai d'un mois. Effet d'une intervention « soins cognitive- émotionnels ». L'attitude n'est pas directement observable, toutefois, un individu peut exprimer verbalement son attitude. Cette attitude peut être l'assiduité, l'attention, l'autonomie la compréhension, la conciliation, la conscience professionnelle (Michelik, 2008).

4.2.6. Réhabilitation

La réhabilitation du patient vise son adaptation et son autonomisation. Le mot réhabilitation est utilisé, dans le domaine médical, pour qualifier le processus qui vise à amener un patient à l'état de santé le plus proche possible de celui qui était le sien avant de tomber malade. Cela concerne aussi bien les facultés intellectuelles que physiques (William et al. 1990). Suivant cette idée le cas D dit :

J'ai souvent besoin de quelqu'un qui peut juste m'écouter, parce que très souvent je ne connais pas les décisions qu'on prend à la maison, je vois seulement les gens faire, et me recommande de faire sans toutefois m'expliquer.

Il se pourrait que le non entendant qui arrive à l'hôpital avec une tension artérielle élevée dans un état dépressif ait juste besoin de se faire écouter puis les symptômes disparaissent. Il se trouve buter et continue à songer dans son état initial. La réhabilitation est un ensemble des actions mises en œuvre auprès de personnes souffrantes de troubles psychiques. C'est un processus visant à favoriser autonomie et l'indépendance dans la communauté d'un patient. La réhabilitation psychosociale vise à la réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicaux ; développement des compétences sociales, travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrants de troubles mentaux ; organisation des actions autour de la place centrale de l'utilisateur.

Ainsi, la réhabilitation du patient vise à l'adapter dans un nouveau milieu, il se fait via l'alliance thérapeutique. La réhabilitation psychosociale est donc pragmatique, s'intéressant à l'individu, à ses potentialités, mais aussi à son environnement, en d'autres termes à ses besoins primaires et au cadre de vie qui autorisera qu'ils soient ou non satisfaits. Cette réhabilitation propose des outils thérapeutiques susceptibles de favoriser le rétablissement à travers une meilleure appropriation de ses propres capacités et le renforcement. Un patient réhabilité retrouve sa sécurité et retrouve son équilibre émotionnel et sociale (gérer ses émotions, accepter l'échec ...). Autonomisation (modifier ses rapports de force et évoluer vers une plus grande maîtrise des sources de pouvoir)

La réhabilitation, c'est donc, conjointement, un ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse, et plus apte à l'accueillir. C'est une conception de la prise en charge et de la place de la personne avec une maladie mentale sévère dans notre société, un ensemble de pratique constituant l'approche de la réadaptation en psychiatrie et enfin un service parmi d'autres services dans un système de soutien communautaire. Au vu de cet éclairage, la réhabilitation s'adresse aussi aux patients non entendants qui connaissent des limitations fonctionnelles en raison de leur trouble.

Une bonne réadaptation entraîne une adaptation sociale et favorise l'autonomisation. Le concept d'adaptation sociale va de pair avec celui d'intégration sociale. L'adaptation décrit les mécanismes par lesquels un individu se rend apte à appartenir à un groupe. L'intégration, ceux par

lesquels le groupe admet un nouveau membre ainsi on va observer l'efficacité thérapeutique à travers l'adaptions du patient dans son milieu de vie. Cette forme particulière d'accompagnement vise à les encourager à acquérir une connaissance de leur maladie en leur fournissant les moyens de se prendre. Au-delà de la douleur physique, les personnes non entendante peuvent être aussi victimes de souffrances morales et sociales. La plupart du temps, il s'agit d'une souffrance latente qui n'est pas toujours évidente aux yeux de la famille et des amis. Lorsque nous parlons de changement, nous faisons référence à tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi on le retrouve dans chacune des sphères de notre vie ; il peut être conscient ou inconscient, rapide ou lent, interne ou externe.

la consultation est plus économique, plus pertinente et apporte une meilleur aide psychologique au patient (Fergusson Repport, 1999). Ce chapitre visait à analyser les résultats obtenus à partir des entretiens semi-directifs menés auprès des participants. Nous pouvons retenir de ce chapitre que les cinq participants ont des difficultés de communication avec le thérapeute ce qui entraîne une frustration et rend le milieu hospitalier hostile aux patients non entendant. Pour mieux comprendre leurs difficultés, les résultats obtenus après l'entretien seront interprétés dans le chapitre suivant à la lumière de l'approche théorique retenue.

CHAPITRE 5 :
INTERPRETATION DES RESULTATS ET
PERSPECTIVES

Après avoir analysé les résultats du chapitre précédent, il convient de les interpréter au Regard du cadre théorique convoqué. Selon Fernandez & Catteew (2001), interpréter les résultats consiste à traduire les résultats chiffrés quantitatifs ou qualitatifs en savoir psychologique utilisable en fonction de la problématique de recherche et en montrant comment ils contribuent à la compréhension du phénomène étudié. D'après Fortin (2006), le chercheur, dans cette partie du mémoire, dégage la signification des résultats, des conclusions, évalue les implications et formule des recommandations concernant la pratique et les recherches à venir. Ainsi, ce chapitre comprend trois grandes articulations : les rappels des données théoriques et empiriques, l'interprétation des résultats, et les perspectives théoriques.

5.1. RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES ET EMPIRIQUES

5.1.1. Rappel des données théoriques

Il est important de rappeler dans cette partie du travail les données théoriques utilisées dans l'analyse et la compréhension des vécues des patients non entendants en milieu hospitalier. La théorie de l'interaction de Fougerollas (2010) partant des travaux de Murphy et la théorie de l'effet médecin de Moreau (2016) nous a permis de comprendre que l'efficacité thérapeutique dépend de l'environnement hospitalier et médical.

À la lumière de toutes ces informations théoriques, il y'a lieu de retenir que les difficultés communicationnelles qui résident dans l'environnement médical et hospitalier relève de la responsabilité du personnel soignant. En effet ce sont eux qui crée la situation d'handicap. La défaillance de l'environnement médicale met mal à l'aise les patients non entendants, ceux-ci voient leurs secrets dévoilés, ils subissent des doubles stigmatisations. En effet les deux théories nous montrent que pour qu'il ait efficacité thérapeutique, le personnel soignant doit maîtriser le langage du patient, puis que l'efficacité thérapeutique dépendant des variables du patient, ceux du thérapeute et tous ces variables sont centrés sur la communication. Partant de l'idée selon laquelle avant tout entretient il faut s'enquérir auprès de chaque patient un mode de communication qu'elle privilégie, par exemple la lecture labiale, la communication écrite, les aides visuelles (image) ou la langue des signes, cette technique met le patient en confiance, par conséquent, l'efficacité thérapeutique sera rassurant (Dagron, 2011). Ceci confirme les propos du cas I « si le médecin connaissait signé, je serais très content car j'ai beaucoup de problème de santé ».

Selon Fougeyrollas (2010), l'adaptation du milieu de vie permet la compensation de la déficience et peut se substituer à l'organe déficient, la compensation de la surdité augmentant la capacité fonctionnelle, ou encore la compensation du handicap conférant davantage d'autonomie et l'amélioration des habitudes de la vie dans les activités de la vie quotidienne. Selon Amoros et *al.*

(2014), l'efficacité thérapeutique des patients non entendants dépend des processus d'intervention et de l'équipe de soins. Ainsi l'adaptation du milieu hospitalier passe par la création des services d'accueil équipé des hommes maîtrisant soit la communication totale ou la communication gestuelle pour favoriser la satisfaction du patient sur le plan social, et psychosocial.

La défaillance de l'environnement transitionnel rend ainsi compte de la précarité psychique ou précarité des liens dans laquelle se trouvent les participants de cette étude. L'analyse de contenu thématique des discours des participants laissent entrevoir que les processus d'intervention à l'égard des patients non entendant et efficacité thérapeutique et une pensée opératoire. Les cadres théoriques nous ont permis de faire une opérationnalisation.

Deux théories nous ont permis de comprendre que : *« les médecins ayant une connaissance en Langue signé, en lecture labiale réduisent de manière significatif la stigmatisation du patient alors, le médecin pourra agir sur signes et symptôme du patient »*. Selon Fougeyrollas, (2010), l'usage de la langue des signes contribue donc à la mise en place d'environnements facilitants l'accessibilité des patients non entendants. L'analyse théorique à révéler avec Mottez (2008) que, la communauté minoritaire des non entendant est caractérisée par la multiplicité des noms les désignant (« sourds-muets », « malentendants », « déficients auditifs », etc.). en effet, le fait que cette communauté soit minoritaire les stigmatise dans la société et en particulier en milieu hospitalier. Ces appellations ou « dénominations » sont souvent caractéristiques du déni de la surdité par le personnel médicale.

Pour Mottez (2008), cette communauté est très marginalisée du simple faite qu'elles ont une langue propre à elle. Bin plus, la surdité telle qu'elle est vécue, telle que chacun d'entre nous peut en avoir l'expérience dans un sens sociologique comme rapport est plus exactement comme rupture dans un rapport. Les écrits de Mottez nous parlent de cette rupture qui se nourrit du déni, de l'intolérance et du racisme vis-à-vis des non entendants, au point de remettre en cause leur existence. Cette pensée de mottez va avec celle de Goffman. Pour Goffman les non entendants sont handicapés à cause de la stigmatisation du milieu hospitalier ce qui confirme les propos du cas A : *« les médecins se moquent de nous quand on parle, ils sont impatient et ne ménagent aucun effort pour nous accompagner »*

En outre, la modification de l'environnement médical passe par les processus d'intervention telle que la communication verbale, gestuelle et iconique. Pour Mottez (2011) : *« Il ne s'agit pas de lutter contre cette réalité têtue et dérangeante la surdité mais de lui faire place entière, l'accueillir »*. Il s'agit aussi d'un combat dans lequel Mottez (2008) tient un rôle essentiel depuis 1975, pour que la langue des signes françaises et les non entendants soient enfin accueillis au cœur de la cité.

L'efficacité thérapeutique dépendant donc de l'environnement médical. L'échange de parole est l'élément essentiel dans la consultation. En effet, si le médecin maîtrise les approches pour aborder son patient non entendant, il est probable qu'on parle de l'efficacité thérapeutique. L'effet d'une intervention « soin cognitif » l'explication du médecin qu'elle soit orale ou écrite représentait l'intervention cognitive par excellence (Blasi et *al.* 2021). L'effet d'une intervention « soin émotionnel », l'effet d'un « soin empathique » diminution d'un tiers du nombre de visites de retour dans un délai d'un mois. Effet d'une intervention « soins cognitivo-émotionnels ».

5.1.2. Rappel des données empiriques

Durant le stage de collecte des données sanitaire dans une l'hôpital de District, nous avons observé que la consultation médicale est basée sur un échange de parole verbal entre le soignant et le soigné. Tout au long du stage, nous avons constaté que cette consultation médicale des patients commence dès le service d'accueil et que l'écoute partagée des deux protagonistes soutient le processus thérapeutique. L'activité de la consultation est essentiellement verbale entre le patient et le personnel soignant. Le patient peut parler de son histoire, de ses sentiments, et de son mode de relation au soignant pour tenter de comprendre l'origine de ces troubles. Le thérapeute va créer un climat thérapeutique qui va permettre au patient de se confier d'avantage. Écoutons le Cas J :

J'oralise quand je me rends compte que le soignant ne m'écoute pas, les gens n'aiment pas ma voix, les médecins grondent, ils ont toujours le visage froissé, d'ailleurs je n'aime pas ce milieu, ils disent que je parle trop fort, c'est ma mère qui écoute tout.

La consultation médicale est basée sur l'alliance thérapeutique qui est la construction d'une relation dynamique entre le thérapeute et le patient. Cette alliance repose sur un ensemble de conditions ; de respect ; d'engagement ; de solidarité ; de réciprocité et le sentiment d'avoir été entendu par l'autre. L'échange communicationnel pendant la consultation peut être perturbé entre le médecin et certain patient. Nous avons faire face à un patient non entendant qui consultait le médecin pour un problème de migraine et lombalgie (douleur lombaire) depuis 4 mois. Il fallait que nous prenions les paramètres vitaux et le conduise chez le médecin. les informations ont été obtenues grâce à son petit fils qui l'accompagnait. Il ne connaissait, ni lire, ni écrire le médecin et moi n'avons pas eu des informations fiables pour orienter le diagnostic or Le constat n'est pas le même avec les patients non entendant que nous avons rencontré pendant ce stage.

Accompagner les non entendants dans le milieu hospitalier a attiré notre attention. Leur parcours est jonché des obstacles. Aller aux urgences, prendre rendez-vous pour une consultation médicale, se faire hospitaliser, tant sont des situations pendant lesquelles l'échange entre les patients non entendants et le personnel médical est compromis, Virole (2000). Le schéma classique de la consultation ne s'observe pas toujours au cours de la consultation avec les non entendants. Car l'activité est basée sur la relance des paroles. Il s'agit d'une technique d'entretien entre le soigné et les soignant. C'est un ensemble de pratique, d'écoute basé sur des grilles de repérage de ce qui est dit et de techniques de relances (questions, reformulations, silences). Ces éléments visent à aider, à accompagner le patient. Le patient reformule dans son propre langage le contenu, la structure de ses actions et sa pensée privée et le thérapeute s'appuie sur ces propos pour orienter le diagnostic, écoutons le cas J

« J'oralise quand je me rends compte que le soignant ne m'écoute pas, les gens n'aiment pas ma voix, les médecins grondent, ils ont toujours le visage froissé, d'ailleurs je n'aime pas ce milieu, ils disent que je parle trop fort, c'est ma mère qui écoute tous » cas J

C'est dire que la consultation du patient non entendant reste encore un problème majeur dans nos hôpitaux actuel. Bien que le système de santé a prévu l'intervention d'un interprète, cette tierce personne qui s'invite dans la relation médicale thérapeutique a pour objectif de retranscrire les dires du patient non entendant. C'est un facilitateur. Toutefois, la présence de ce dernier compromet l'intimité de la relation thérapeutique et même la fiabilité des informations.

Il est toutefois constaté, à ce jour, que la société camerounaise, dont le corps médical joue un grand rôle, est déjà mal à l'aise face à la barrière linguistique, ignore encore trop souvent les particularités de la communication avec les personnes non entendants tout comme l'accompagnement qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour une bonne interprétation des besoins et des intérêts de chacun.

Ces difficultés nous ont amené à regarder le registre de consultation des malades interne et externe pendant nos différents stages. Le constat est alarmant on peut se demander où vont les malade non entendants, leur représentation est insignifiant dans différents service de l'hôpital. C'est dire qu'ils ne sont pas aussi, malade ? Écoutons le cas D

Je suis toujours accompagné par ma mère, j'ai beaucoup de chose à dire au soignant, mais il ne me comprend pas il fait des gestes qui ne sont pas orientés parfois je me perds, je veux regarder ses lèvres pour comprendre ce qu'il dit, mais il me tourne la tête, la salle n'est pas bien claire, je sais lire

sur les lèvres, je sais lire et écrire mais le médecin trouve ça lourd en terme de temps.

La peur, les angoisses et l'absence de la consultation silencieuse semble justifié leur absence considérable dans les hôpitaux. En effet cette perte auditive est compensé pas la vision, mais celle-ci ne permet pas de remédier entièrement à la fonction d'alerte. Le manque d'informations auditives crée chez les non entendants un défaut d'anticipation, qui gêne une angoisse et accentue les peurs.

5.2. INTERPRETATION DES RÉSULTATS

Cette section s'est consacrée à l'interprétation des résultats à travers les hypothèses spécifiques formulées au troisième chapitre de ce mémoire. Il est à rappeler que l'objectif de cette étude n'est pas de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses. Elles ont été formulées en vue d'avoir des orientations pour une meilleure compréhension du phénomène étudié.

5.2.1. De l'intervention par la communication verbale a l'efficacité thérapeutique

La lecture de ce sujet de recherche se fait à travers les modèles théoriques de Murphy (1990) sur la liminalité et le modèle théoriques interactionniste de Fougeyrollas (2010), présentant les déterminants des situations de handicap et de la participation sociale. Ces deux théoriciens sont complémentaires pour comprendre le vécu des patients non entendants en milieu hospitalier ou la vision oraliste domine. Ces théoriciens nous ont permis de comprendre la place de la communication verbale dans la consultation avec le patient non entendant. L'ouïe étant l'organe de sens et d'équilibre chez l'homme. L'ouïe déficiente chez les non entendants les écartent du monde médical sur deux plans :

Premièrement, leur motivation interne et personnelle faiblie parce qu'il se sent différent des autres. Deuxièmement, le regard du milieu médical le rend encore plus faible, ces éléments créent la différence entre et le non entendant et le personnel médical. C'est ce que Goffman appel stigmatisation. Selon, Goffman (1975), la stigmatisation est un trait négatif, dégradant entraînant la mise à l'écart d'une personne présentant un trouble, une déficience. Ces troubles ou déficiences peuvent être d'ordre physique ou des déformations externes, visibles (infirmité physique, cicatrice...) ou présentant des différences au niveau des comportements (trouble, mentaux, trouble de langage...).La stigmatisation affecte la capacité d'une personne à trouver une stabilité sociale. Ce qui affecte sa santé, sa qualité de vie. Selon lui, la stigmatisation entraîne la réaction des personnes selon leur degré d'honorabilité de la situation, d'hospitalisation. D'après Goffman, la stigmatisation retarde l'accès aux soins, impacte l'estime de soi, réduit l'accès à la participation sociale en retardant les relations de proximité. Ce qui confirme les dits du cas A dit (Aa±):

Je n'aime pas ce milieu car les gens se moquent de ma voix. J'aime souvent parler mais le médecin dit qu'il ne comprend pas ce que je dis. Les images sont absentes dans ce milieu, il y'a pas de secret dans ce milieu. En réalité nous n'avons par de secret dans ce milieu de vie. Je preferes parfois de rester à la maladie.

Suivant les propos du cas A, le handicap résulte de la stigmatisation cependant, pour réduire la stigmatisation. Goffman (1997), demande de reconnaître les faits existantes, être conscient des attitudes et des comportements de celui qui porte le handicap, bien sensibiliser autrui de se concentrer sur les aspects positifs de la personne en situation d'handicap, soutenir et accepter celui-ci dans le groupe. Il se peut que : « Le non entendant souffre d'une autostigmatisation parce qu'il croit aux opinions négatives que l'environnement à de lui ». Suivant Le modèle théorie interactionniste de (Fougeyrollas, 2010), le handicap est situationnel. Ce qui explique le cas A sur son vécu en milieu hospitalier. Ce modèle théorie présente les déterminants des situations de handicap et de la participation sociale des personnes en situation de handicap.

C'est un modèle de description et l'explication des causes ; des conséquences du handicap dans la participation sociale. Selon ce modèle, la situation de handicap comprend un ensemble de variables individuelles et environnementales, ce processus met en lumière le mode de production d'obstacles ou de facilitateurs à la réalisation des habitudes de vie d'une personne. » Fougeyrollas & Roy (1996, P.34). La parole est une variable entraînant le non entendant dans une situation de handicap. En effet, le médecin ne prend pas du temps pour écouter celui-ci. Selon fougerollas (2010), si la déficience appartient en propre à la personne, le handicap provient par la suite de l'inadaptation de l'environnement. Suivant l'idée de (Wood & Fougeyrollas, 1998), montre qu'une amélioration de l'environnement réduit le handicap.

On est arrivés aujourd'hui à mieux cerner le processus d'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Comme déterminants de la réalisation des activités et rôles sociaux des personnes. Les facteurs environnementaux qui doivent être amélioré ici sont des dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société Fougeyrollas (2001). Les facteurs environnementaux peuvent aller du statut de facilitateur à celui d'obstacle. Un facilitateur est un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les facteurs environnementaux. Un obstacle quant à lui est un facteur environnemental qui compromet la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les

facteurs personnels. Selon ce modèle de production du handicap, les facteurs environnementaux se regroupent en deux catégories : les facteurs sociaux et les facteurs physiques.

Chaque facteur est composé de neuf catégories. Dans les facteurs sociaux on retrouve : systèmes politiques et structures gouvernementales ; système juridique ; système économique ... Dans les facteurs physiques on retrouve : la géographie physique, le climat, le temps, les bruits, certains éléments culturelle... Si les facteurs personnels interagissent avec les facteurs environnementaux, c'est dans les habitudes de vie que se révèle la situation de handicap. À travers ce modèle, l'environnement médical peut être amélioré pour favoriser l'efficacité thérapeutique des non entendants. Le PPHH appréhende donc la situation de handicap comme une variation du développement humain. C'est dire que le handicap s'apprécie à partir de réalisation des habitudes de vie.

D'après Dagron (2008), la langue des signes constitue une variable environnementale de la personne dans le cadre conceptuel de processus de production du handicap. Il montre qu'une adaptation de l'environnement en langue des signes réduire le désavantage les difficultés communicationnelle qu'ont les non entendants en milieu hospitalier, de même, le personnel soignant constitue un obstacle dans la production du handicap dans la mesure où l'interaction communicationnelle entre les protagonistes n'est pas partagé L'organe déficient ici est l'ouïe qui permet à l'individu d'échanger les paroles avec son interlocuteur. Mais cet organe est changé pas la communication gestuelle. Ainsi, la situation de handicap n'existe pas en soi tout comme elle n'est pas une situation permanente et statique pour l'ensemble des personnes Rochat (2008). Il est intéressant de voir la place de la personne non entendant dans le domaine médicale.

Selon Mottez (2008), Il existe un certain inconscient collectif qui fait persister des préjugés, des idées reçues, des représentations sur la personne non entendante. Pour lui, l'environnement médical n'est pas adapté aux personnes non entendantes. Et pourtant cet environnement d'après le modèle de fourgerollas (2010), peut être amélioré à travers la communication verbale. Ces expressions participent à l'image qu'on se construit du non entendant. Voyons ensemble les idées reçues récurrentes que nous avons recueillies au cours de conversations avec le Cas **J**, (**Aa** (±), **Ba**(+) :

J'oralise quand je me rends compte que le soignant ne m'écoute pas, les gens n'aiment pas ma voix, les médecins grondent, ils ont toujours le visage froissé, d'ailleurs je n'aime pas ce milieu, ils disent que je parle trop fort, c'est ma mère qui écoute tous.

Ces propos confirment que ce sont les facteurs environnementaux qui influencent la personne en situation du handicap. Ainsi l'amélioration de l'environnement passe par la communication orale, la communication écrite, la communication para verbale qui inclure l'intonation, l'intensité de la voix et le corvéable. En fait, la sensibilisation du personnel soignant sur l'approche handicap, les préjugés, les manques d'aides pour accompagner les non entendants. En outre si le personnel soignant est sensibilisé sur les indices de la communication verbale, on pourra parler de l'efficacité. Les facteurs personnels et les facteurs environnementaux sont inclus dans la production du handicap. Donc le handicap est multifactorielle (facteur causales, facteur personnel, facteur environnemental et habitude de vie). Les facteurs personnels s'observent à travers le cas A qui affirme Ba(+), Bc(+): « *Je connais bien signé LS, quelques fois aussi j'utilise les images pour passer le message, mais si le médecin parle doucement je peux lire sur les lèvres (LL), mimes et gestualité* ».

Suivant le cas A on peut comprendre que l'efficacité thérapeutique des non entendants attire notre attention. Mauffrey et al. (2016), abordent la question de la consultation des non entendants en médecine générale. Il interroge le parcours des soins des patients non entendants et doute de l'efficacité thérapeutique à l'égard de ceux-ci. D'après Mauffrey et al la consultation des patients non entendants est impactée par des difficultés d'échange de parole entre médecin-patient. Comprendre ce que l'autre veut dire, de façon réciproque et par l'intermédiaire d'outils de communication partagés et adaptés aux deux est fondamental dans la communication.

S'appuyant sur les travaux de Dagon (2008) & Mottez (2011), Mauffrey et al, (2016), montre que la langue des signes est verbale elle utilise simplement d'autres canaux que le langage oral. Ainsi, la main est pour eux les non entendants la voix et les oreilles les yeux. Cette langue qui n'est pas connu par tous rend les non entendant sous-éduquer. De plus, l'usage de cette langue est fonction du degré, de l'âge et du mode d'apparition de la surdité, du mode de communication (oralisation, langue parlé compléter ...). En somme, certaines pratiques thérapeutiques apparaissent par ailleurs profondément étrangères aux yeux des non entendants qui n'imaginent alors même pas être concernés, (Virole 2000). Les thérapeutes orientent exclusivement les non entendant dans les centres d'orthophonie, vers les services spécialisés dans le traitement de l'audition or les patients souffrant par exemple d'une dyspnée respiratoire, de la fièvre ou tout autre problème biologique ou psychologique et ne demandent qu'à être accompagné.

C'est pourquoi Mauffrey et al. (2016) doute de l'efficacité thérapeutique des patients non entendants. L'efficacité thérapeutique selon la théorie de l'effet médecine Moura et al. (2016) dépend de plusieurs variables. D'abord des variables du médecin en suite ceux du patient et de la technique utilisée pas le patient. L'efficacité thérapeutique selon Wampold, et al. (2001), mettre

en lumière les variables associées à l'efficacité des thérapies. Lambert & Asay (1999) ; estiment que 40 % de l'efficacité thérapeutique est attribuable à des facteurs associés au patient. La relation thérapeutique offre une contribution évaluée à 30 % alors que les attentes du patient et l'approche utilisée contribuent pour 15 % chacune à l'efficacité thérapeutique.

On peut comprendre que les représentations oralistes de la surdité s'inscrivent dans une vision déficitaire où la déficience auditive définit la personne sourde. Elle est considérée comme une personne déficiente qu'il faut soigner pour qu'elle devienne une personne ayant toutes ses facultés. Le patient non entendant est vu comme un être à rééduquer afin de développer sa parole vocale et dans certains cas un être à opérer afin de retrouver l'audition : « L'un [le médecin] se centre sur le manque (d'audition). Le but est l'homme complet, en pleine possession de tous ces moyens. Il considère la surdité comme une horreur invivable et tout doit être tenté pour la réparer en urgence. L'espoir réside dans les progrès technologiques. Dans cette vision, vivre sans entendre n'est pas concevable mais si l'environnement est adaptable selon Fougerollas, les non entendants pourront mieux exprimer leurs difficultés.

D'après Dagon, (2007, p.5), les médecins doivent considérer le patient non entendant dans sa globalité et s'appuyer sur ce qui fonctionne bien et même mieux que la moyenne. On peut comprendre que le changement des mentalités contribuera fortement à la prise en charge des patients sourds. Écoutons ce que dit le cas L (Ba+) :

Je suis toujours accompagné par ma mère, j'ai beaucoup de choses à dire au soignant, mais il ne me comprend pas il fait des gestes qui ne sont pas orientés parfois je me perds, je veux regarder ses lèvres pour comprendre ce qu'il dit, mais il me tourne la tête, la salle n'est pas bien claire, je sais lire sur les lèvres, je sais lire et écrire mais le médecin trouve ça lourd en terme de temps.

Les personnes non entendantes sont partagées entre deux univers : individus isolés, dispersés, séparés les uns des autres, ils construisent un monde des non entendants dans lequel ils se reconnaissent comme êtres de langage, porteurs d'une dignité identique à celle des entendants. Leur existence sociale est gouvernée par les entendants, avec qui il se débrouille comme ils peuvent. Ils vivent immergés dans un monde entendant, plus immergés que ne l'a jamais été aucune minorité ethnique. La division de l' « être-sourd ». Ce paradoxe résume ce que peuvent ressentir les personnes non entendantes et plus concrètement il fait naître chez ces dernières différentes manières

d'être, de faire et de communiquer. En ne partageant ni la langue du pays qu'ils habitent, ni celle utilisée pour communiquer dans leur famille, les signeurs forment une minorité.

En outre, les travaux de Mottez (1975) montre que la consultation médicale des non entendants est impactée par les difficultés communicationnelles cet idée a été confirmée par et Dagrón (1995), le fait d'être sourd rend le rapport médecin patient difficile. Fougerollas montre que c'est l'environnement qui crée le handicap et si l'environnement est adapté on ne parlera plus du handicap. Ainsi la communication gestuelle est un mode de communication qui permet l'échange de parole entre le non entendant et son médecin. Par conséquent ce moyen de communication n'est pas employé dans le milieu hospitalier. Violaine et *al.* (2017), la consultation entre médecin et patient non entendant est efficace si et seulement s'il partage la même langue que les soignants évitent les préjugés.

5.2.2. De l'intervention par la communication non verbale a l'efficacité thérapeutique

Les situations de participation sociale ou de handicap évoluent en fonction des changements observés aux facteurs environnementaux. C'est donc un modèle qui s'applique aux personnes ayant des incapacités, quel que soient leurs causes, la nature et la sévérité de leurs déficiences. Les situations de participation sociale se présentent lorsque le milieu de vie d'une personne lui permet de réaliser les habitudes de vie au même titre que les autres.

Le MDH-PPH (Fougerollas, 1995, 1997, 1998, 2010) insiste sur l'amélioration de l'environnement des personnes en situation de handicap en proposant les outils et technique de compensation. Ces outils dans le cas de ce mémoire sont constitués de l'environnement physique (les aides de communication technologique comme les outils visio gestuel, les unités d'accueil et de prise en charge en langue des signes...), et les Hommes (maîtrisant la communication gestuelle, iconique etc). Ces éléments vont améliorer la qualité de vie et les habitudes de vie de ceux-ci. Les situations de participation sociale et les situations de handicap (situation d'inégalité) sont vues comme les résultats de l'interaction des facteurs personnels et des facteurs environnementaux.

Le modèle de développement humain-processus de production du handicap (MDH-PPH) permet d'identifier, d'apprécier et de suivre les changements observés dans ces domaines conceptuels pour une période donnée. Ce modèle montre qu'une amélioration de l'environnement réduit le handicap, Fougeyrollas (1998). Selon lui, le handicap n'est plus seulement une question médicale, mais également une problématique environnementale, sociale et sociétale. Il s'inscrit dans la perspective où reprend à son compte l'idée de Murphy (1987 ; 1990), qui a centrés ses travaux sur la déficience. Selon eux, si la déficience appartient en propre à la personne, le handicap provient par la suite de l'inadaptation de l'environnement. D'après C. Gardou, cité par (J.-F. Chossy

2011, p. 5), le handicap dépendent bel et bien de nous ; notre responsabilité individuelle et collective est engagée.

Aussi, on peut adhérer globalement aux représentations sociales bilingues de la surdité car cette vision ne définit pas la personne non entendant qu'en fonction de sa perte d'audition. Elles conçoivent la personne non entendante comme une personne ayant une culture et une langue qui lui sont propres. Grâce à ces deux points, nous pouvons parler de communauté sourde. Cependant, cette communauté s'identifie à travers son mode de communication, il savait que ce mode de communication lui permet de s'exprimer mais l'environnement médical n'est pas favorable or le patient a son mot à dire pendant la consultation ce qui confirme la théorie de l'effet médecin de Moreau et *al.* (2016), l'efficacité thérapeutique dépend à 40% des variable du patient. le cas I, Ba (+),Bb (+).

En salle d'accouchement, les infirmiers ne m'ont pas dit comment je dois faire quand je vais sentir la douleur c'est grâce au geste de ma mère qui me montre ce que je vais fais. Elle me disait que je dois pousser et non faire les sels, les infirmiers disaient des choses que je ne comprenais pas, ils étaient tous fâchés contre moi mais personne n'a puis m'expliquer. Chaque infirmier faisait un geste mais c'était difficile pour interpréter leur gestes ou faire la lecture labiale, mon enfants pouvais mourir par ce qu'on ne parlait pas la même langue. Je préfère être écouté en langue des signes.

Dans le milieu hospitalier la vision oraliste domine, la langue du patient n'est pas important, le non entendant est définie comme une personne handicapée qui doit faire des efforts pour s'intégrer et être dans la norme. Certains soignants partageant cette vision, considèrent la langue des signes non pas comme une langue mais comme un langage freinant l'abstraction de la pensée due à sa modalité gestuelle. Pour certains soignants, l'apprentissage n'est pas avantageux car il ne permettrait pas à la personne non entendantes de devenir autonome. La communication en langue des signes constitue un désavantage dans un milieu oraliste justifiant éventuellement la présence d'un interprète.

Tant de points qui nous interpellent et auxquels nous ne pouvons adhérer. Pour éviter tout amalgame il est important de rappeler que toute personne ayant un point de vue oraliste sur la question de la surdité peut ne pas partager toutes les représentations de ce courant et a fortiori celle

concernant la langue des signes et inversement toute personne ayant un point de vue bilingue sur la question de la surdité peut ne pas partager toutes les représentations de ce courant. Pour notre part, nous ne pouvons nier ni l'essence de cette langue ni même son rôle et son apport dans la vie des patient non entendants

D'après Violaine et *al.* (2017) les non entendants appartiennent à une communauté minoritaire leur prise en charge doit être adaptée en fonction à leur mode de communication. Ils pensent que pour réduire leurs difficultés communicationnelles, il faut renforcer l'information médicale par les campagnes de sensibilisation de santé publique en communication gestuelle. Cependant, la nécessité d'une réflexion critique demeure à soutenir. En interrogeant les visions instrumentalisantes du non entendant et de sa parole, en déconstruisant le mythe tenace d'un être de déficit, hors langage, Ils mettent en évidence l'idéalisation induite de la sensorielle sonore qui préside si souvent à l'accueil de ces sujets dans notre milieu sanitaire. la langue des signes est un moyen de communication propre à cette communauté.

Le MDH-PPH2 décrit l'environnement et montre que si l'environnement est adapter on ne parlera plus du handicap. Cette adaptation consiste à favoriser la communication entre le thérapeute et le patient non entendant. Il préconise l'usage de la communication visuelle, écrite, mimique corporelle et gestuelle, la lecture labiale

Dans le but d'accroître l'efficacité thérapeutique des patients non entendants. Dagron, (2008) dit : « avant tout entretient il faut s'enquérir auprès de chaque personne non entendant un mode de communication qu'elle privilégie, par exemple la lecture labiale, la communication écrite, les aides visuelles (image) ou la langue des signes », pour Dagron (2011) l'efficacité thérapeutique des patients non entendant dépend de la technique de communication utiliser pas le thérapeute. Ceci confirme les propos du cas I :

Si le médecin connaissait signer, je serais très content car j'ai beaucoup de problèmes de santé, mais il écrit les choses que je lis difficilement pour me donner, je ne sais pas pourquoi il ne me considère pas trop quand je pars en consultation, il est toujours rapide, je préfère même une personne qui peut signer et être attentif.

Selon Amoros et *al.* (2014), l'efficacité thérapeutique des patients non entendants dépend des processus d'intervention et de l'équipe de soins. Pour lui, l'adaptation du milieu hospitalier en outils de communication pour les non entendant, la création des services d'accueil équipé des

hommes maîtrisant soit la communication totale ou la communication gestuelle favorise la satisfaction du patient sur le plan social, et psychosocial. Les médecins ayant une connaissance en langue signée, en lecture labiale réduisent la double stigmatisation des patients non entendants et agissent sur leurs signes et symptômes de la maladie. Par exemple le cas L confirme Ba (+), Bb (+), Bc(+):

Je vous dis qu'en plus de la langue des signes je connais lire sur la lèvre si toutes les conditions sont réunies, C'est vrai que la lecture labiale est limitée par exemple lorsque je souffre des douleurs, ma concentration faiblit et du coup la capacité de lire sur les lèvres devient difficile ; la langue des signes est plus préférable pour moi, je me sens à l'aise quand je signe

D'après Fougeyrollas, (2010) l'usage de la langue des signes contribue donc à la mise en place d'environnements facilitants susceptibles notamment de participer à l'accessibilité des apprentissages. Ainsi, la théorie de l'effet médecin de Moreau et *al.* (2016), dégage les bases conceptuelles de la dimension psychothérapique de « effet médecin » dans le cadre de l'approche globale biopsychosociale centrée sur le patient. Ces bases conceptuelles empruntent à la fois au noyau commun à toute psychothérapie mais doivent s'adapter aux spécificités d'une médecine de soins ayant des contraintes de temps et d'hétérogénéité de situations en premier recours.

Selon Moreau et *al.* (2016) les caractéristiques de base de l'efficacité thérapeutique s'articulent autour d'une écoute active empathique et d'une compréhension globale et partagée de la problématique du patient, de ses attentes et représentations. Il se pourrait que l'efficacité thérapeutique nécessite donc l'acquisition des compétences en communication et de capacité à promouvoir des changements chez le patient (motiver, conseiller, expliquer, réassurer, modifier les perceptions...). Certes, le non entendant a un problème avec son organe (l'ouïe) mais il est capable de se faire entendre à travers plusieurs moyens de communication. Comme le souligne Lacan (1973-1974), chaque personne a un désir, il appelle à la structure du sujet qui se dit, dans et par une langue. Pour lui, les vecteurs gestuels, visuels et tactiles font partie intégrante du circuit langagier chez l'humain. Bien plus, le patient non entendant est un sujet qui a un désir qui doit être exprimé. Le cas A confirme Ab (\pm), Bb (-)Db (+):

Quand je suis à l'hôpital, je cherche à comprendre ce que mon père dit au médecin et toutes les fois je regarde les deux leurs gestes et leurs lèvres quand ils parlent c'est difficile ils font les signes qui me troublent et les gestes qui se confondent à la langue des signes, or je me suis déjà habitué au geste de mon père, mais à l'hôpital ça devient difficile du coup mon père décide à ma place, mais à chaque fois que le médecin touche une image je me sent concerné .

Autant dire le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, l'« effet médecin », montre que le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel, Moreau (2016). Cet « effet médecin », dans le cadre de la relation médecin malade, apporte une efficacité thérapeutique. L'effet thérapeutique est attribué à la qualité de cette relation médecin malade par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la conviction dans l'efficacité du traitement etc.

La communication gestuelle associée à la parole part de cette idée : l'enfant communique dès son plus jeune âge avec son corps, avant même le langage oral. Cette forme de communication dite non verbale est un moyen pour le non entendant d'exprimer un besoin, une émotion, et de se faire comprendre par son entourage. Si l'enfant naît avec une communication gestuelle et que cette communication peut être modifiée en fonction du milieu pour lui apprendre une langue, cette langue doit être respectée. En fait cette langue met l'accent sur ce qui demeure essentiel pour instaurer de véritables dispositifs de travail d'écoute et d'accompagnement. Ainsi, si la consultation se déroule dans la langue choisie par le patient, en langue des signes ou à l'oral à la volonté de celui-ci alors le personnel soignant pourra poser un bon diagnostic (Dagon, 2011).

5.2.3. De l'intervention par la communication iconique à l'efficacité thérapeutique

D'après Dolto cité par Meynard (2017), le langage mimique, la parole, la langue des signes et les mouvements des lèvres permettent aux non entendants de s'exprimer et fantasmer ses désirs, qu'ils soient réalisables ou non selon ce schéma corporel infirme. Bien plus, avec les images, les photos le non entendant perçoit vite l'information. Selon Meynard, la consultation des non entendants doit se faire à travers les images, le dessin et le modelage. Il ajoute que, la prise en charge des déficients auditifs nécessite une attention toute particulière pour le corps et pour la

langue des signes. Bref, les déficients auditifs parlent dit-il. Ils s'appuient sur le fait que, l'enfant a beaucoup de choses à dire et ce, avant même de pouvoir parler et il sait naturellement s'exprimer avec ses mains puisqu'il comprend et est capable de faire des gestes comme "bravo" ou "au revoir. Écoutons ce dit le cas A Da (+), Da (+)

Avant j'avais des problèmes très sérieux avec la communication parce que les gens ne comprennent pas mes signes, je me rappelle ma deuxième fois à l'hôpital, j'avais tellement peur que je suis allé avec un cahier ou j'ai dessiné les choses pour montrer. Je ne voulais pas que mon parent soit informé de mon mal. J'avais des douleurs à la miction (douleur en urinant), il y avait les boutons sur mon organe, ils m'ont posé des questions je ne pouvais pas répondre, j'ai commencé à signer avec mes mains pour leur dire que ce depuis 3 mois. Il à trouver les photos me dire que si je ne prends pas les remèdes mon organe serai comme l'image là.

On peut comprendre à la suite du cas A qu'une adaptation de la consultation avec les images et les icones peuvent favoriser l'efficacité thérapeutique. Selon Benoist (2008), l'efficacité thérapeutique nécessite une preuve. Pour lui : « Il y a d'abord l'efficacité telle que la juge le patient et la preuve par sa parole ». Il s'agit ici de toute satisfaction apportée au malade. Cependant, être efficace c'est obtenir un résultat conforme à une intention. C'est finalement le sens commun de l'efficacité thérapeutique qui repose sur le principe, (après cela donc à cause de cela). « Je me sens mieux après avoir pris un médicament ou après ton conseil, c'est donc ce médicament qui m'a soulagé » Benoist (2008). L'individu fait l'expérience subjective qu'il se passe « quelque chose » après avoir pris le remède et en conclut à son efficacité. Ainsi, Moreau (1999), l'efficacité thérapeutique désigne la capacité d'une thérapie à produire des résultats projetés.

Selon Moreau une thérapie adaptée à un moment et à une situation de trouble donné sera dite efficace si elle permet à un patient de retrouver sa santé et/ou lui rapprochant à un bien-être physique, mental et social. Ainsi compris dans le sens d'un processus thérapeutique, l'efficacité thérapeutique d'un traitement se mesure à son action. L'efficacité thérapeutique est également fonction de la qualité de la personne du thérapeute renvoyant à sa formation et à la structure de formation comme école d'un côté et à la dynamique de la relation thérapeutique existant entre les différents pôles de la thérapie. Pour Igou (2018, p.93), L'efficacité thérapeutique est signalée et affirmée en fonction du nombre élevé des patients qui retrouvent rapidement l'équilibre des

symptômes perdus en si peu de temps et en dépensant moins. On peut donc conclure avec Igouï (2008), que l'efficacité thérapeutique dépend de l'outil utilisé pendant l'échange.

Ainsi, Une adaptation de l'environnement médicale par les émoticônes (botulique et déontique), idéogramme écriture favorise l'efficacité thérapeutique qui interpelle une action équationnelle entre l'obligation des moyens et celle des résultats dans le cadre de l'exportation de différentes structures qui entrent dans les jeux thérapeutiques et engendre la réaction thérapeutique facteur principal et essentiel de l'efficacité thérapeutique. Quand le médecin met dans un Canet : « *bien laver manger avant de boire le remède et boire beaucoup d'après chaque prise* » cas A et L. Pour eux ce style d'écrire est lourd et embrouille la compréhension. Le patient non entendantS a besoin des dessins à la place de l'écriture. Écoutons le cas A à ces propos Ab (-),Ca (+),Cb (+),Ba:

Ils écrivent mal, le français est dur à comprendre, ils utilisent rarement les images, ils se moquent de ma voix. Quand je parle les gens rient alors qu'ils ne peuvent pas parler ma langue ils font comme si je ne réfléchis pas. Quand j'écris il lit mais quand c'est lui je ne vois pas son écriture, je préfère qu'il utilise les images ou les dessins.

Pour consulter le non entendant, Meynard propose l'utilisation des images, des dessins, ces dessins peuvent expliquer une ordonnance médicale. Ces éléments constituent un milieu favorable pour les patients non entendant. Cet idée est confirmée par le Cas J

Si je vois une image, je peux reconnaître mais le problème c'est que nous faisons les efforts et les soignants ne font confiance qu'à nos accompagnateurs, ils nous excluent de la communication, ils disent qu'ils n'ont pas de temps à perdre. Or, un petit dessin ou photo même dans le téléphone me permet de confirmer ce qu'il me dit, je souhaite qu'ils mettent une personne de notre communauté à l'hôpital pour réduire nos problèmes donc, il faut recruter un non entendant dans chaque hôpital pour nous accompagner et mettre beaucoup de photos au mur et les gens qui ne savent pas lire pourront un peu comprendre certains conseils.

Pour pallier ces difficultés communicationnelles, l'utilisation du matériel iconographique visuel, au lieu de l'écrite sont importantes. Cole & Cantero préconisent la maîtrise de la psychologie de la personne à travers les images. Pour eux les non entendants entendent avec les yeux donc si l'œil voit l'image ils vont l'analysés et produire une réponse. Pour cantero au lieu de faire appel à un interprète il faut crée les images parlantes. Puisque les dire de l'interprété ne sont pas toujours juste. En fait, si le médecin a le devoir d'information, le patient a alors droit à la compréhension de cette information.

Au vu de ce qui precedent nous pouvons classer les difficultés en trois grand points :

1- Difficultés liées à la consultation médicale :

Le temps de consultation était considéré trop court et le rythme soutenu de ces consultations paraissait peu propice à l'instauration d'une communication approfondie. Le caractère inhabituel d'une pathologie ou d'un traitement accentuait la difficulté de compréhension, autant plus si le motif de recours était jugé grave. Les consultations se limitaient à des motifs bénins car la prise en charges des pathologies plus complexes nécessitant des informations approfondies était largement souhaitée en LS. Les patients rapportaient des difficultés plus importantes à communiquer avec des nouveaux interlocuteurs médicaux ou des praticiens rencontrés ponctuellement, comme les médecins spécialités

2- Difficultés liées aux praticiens

Selon certains cas, le manque de sensibilisation des étudiants en médecine à ce handicap associé à une part minimes des sourds dans les patientels de la médecine générale expliquait une certaine méconnaissance des particularités de la prise en charge des patients non entendant. Ces cas plébiscitaient le recours aux interprètes professionnel en médecine.

3- Difficultés lies à l'accès aux soins

À cause de la barrière communicationnelle, certain cas disaient attendre plusieurs jours après l'apparition d'un symptôme avant de consulter un médecin. Le cas I « *lorsque mon médecin m'explique une ou deux fois, je ne comprends pas il se confie à mon parent* » certain cas confirme se décourager quant à la difficulté d'obtenir une explication claire.

Cependant, on comprend avec fougerollas (2010) que l'adaptation de l'environnement médicale en communication verbale pour les non entendants ayant le reste auditif, la communication gestuelle pour les authentique non entendants et la communication iconique favorise l'efficacité thérapeutique.

Ces résultats indiquent aussi quelques pistes de réflexion et d'amélioration de la qualité des soins. Les propositions venant des travaux des auteurs montrent que les difficultés que rencontrée

par les non entendants viennent d'abord du fait qu'ils appartiennent à une minorité linguistique et sociale exclue depuis des décennies. Ainsi pour une prise en charge médicale des patients non entendants, il faut discuter du niveau linguistique du patient, Permettre la prise de rendez-vous par SMS ou Mail, écrire les mots compliqués et complexes, utiliser toutes les images sur papier ou sur internet pour expliquer et illustrer (Dagron, 2011). Donner son avis favorable à la présence d'un interprète si le médecin ne maîtrise pas la langue des signes. Réduire le nombre de papier et remplacer les durées par les dates, faire reformuler ce que le patient à compris.

5.2.4 Discussion

Bien que les compétences du médecin généraliste ne soient pas remises en cause, la relation médecin-patient non entendant est ternie par les difficultés communicationnelles ressenties par les patients non entendant préjudiciables. Comme dans cette étude, plusieurs travaux mettent en exergue les difficultés communicationnelles entre le patient non entendant et son consultant, la méconnaissance de la langue de signes par le personnel de santé. Les participants mentionnent également le temps imparti à la consultation avec leur médecin. Malgré les difficultés de communication ressentie par ces patients, certains médecins estiment communiquer avec ces patients passant par leur accompagnateur et certains gestes qu'ils utilisent avec ceux-ci. Certain participant rapport une prescription « facile » d'examen complémentaire par le médecin. Probablement du fait des difficultés pour le praticien à recueillir l'anamnèse et poser un diagnostic. À notre connaissance, aucune étude n'a été effectuée à ce jour pour étayer ce constat.

Concernant l'accès aux soins, Dagron (2011) préconise depuis plusieurs années l'utilisation des SMS, fax et mails ce qui semble rarement être le cas. Toutefois le personnel soignant n'a aucune maîtrise sur les processus d'interventions des patients non entendants en milieu hospitalier, mais certains utilise les gestes, les écrits et rarement les images pour passer les informations. Cette étude confirme que les processus d'intervention tel que la communication verbale, la communication gestuelle et la communication iconique réduisent de façon significatif les difficultés communicationnelles entre le patient et son thérapeute. Ces processus d'interventions permettent un échange communicationnel satisfaisant sans obligé l'un des deux interlocuteurs à fournir d'effort supplémentaire pour communiquer. La confidentialité n'est cependant pas conservée quand un proche du patient est sollicité. Un des problèmes majeurs et actuels du recours aux interprètes est qu'ils sont en sous-effectif au niveau national et ne peuvent honorer à toutes les demandes, surtout si elles ne sont pas planifiées.

5.3. LES PERSPECTIVES

5.3.1. Perspective théoriques

La théorie de Fougeyrollas (2010) part du modèle individuel du handicap et du modèle social. En s'appuyant sur les travaux de Goffman 1997 qui montre que c'est la société qui crée le handicap. D'après Goffman le handicap résulte de la stigmatisation. La stigmatisation est un trait négatif, dégradant entraînant la mise à l'écart d'une personne présentant un trouble, une déficience. Ainsi, la déficience entraîne des différences au niveau des comportements (trouble, mentaux, trouble de langage...). La stigmatisation affecte la capacité d'une personne à trouver une stabilité sociale. Ce qui affecte sa santé, sa qualité de vie. On peut comprendre avec Goffman que la stigmatisation entraîne la réaction des personnes selon leur degré d'honorabilité de la situation, d'hospitalisation. Ainsi la stigmatisation entraîne un retard à l'accès aux soins, impacte l'estime de soi, réduire l'accès à la participation sociale en retardant les relations de proximité.

Cependant, le MDH-PPH repose sur les facteurs environnementaux. Il s'agit ici des dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société Fougeyrollas (2001). Les facteurs environnementaux peuvent aller du statut de facilitateur à celui d'obstacle. Un facilitateur est un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les facteurs environnementaux. Un obstacle quant à lui est un facteur environnemental qui compromet la réalisation des habitudes de vie quand il interagit avec les facteurs personnels. Pour le modèle de production du handicap, les facteurs environnementaux se regroupent en deux catégories : les facteurs sociaux et les facteurs physiques qui mettent à mal l'efficacité thérapeutique.

L'efficacité thérapeutique selon Wampold, et *al.* (2001), est centrée sur plusieurs variables. Les variables associées au patient, au médecin et au moyen utilisé. Il est estimé que 40 % de l'efficacité thérapeutique est attribuable à des facteurs associés au patient. La relation thérapeutique offre une contribution évaluée à 30 % alors que les attentes du patient et l'approche utilisée contribuent pour 15 % chacune à l'efficacité thérapeutique (Lambert & Asay). Lambert et Bergin (1994), pour leur part, classifient les variables en trois grandes catégories : les variables du patient, les variables issues de l'approche utilisée par le thérapeute et les variables du thérapeute. Pour eux, le patient seul peut évaluer l'efficacité thérapeutique.

On comprend donc avec ces deux théories que une adaptation de l'environnement médical aux variables semble produire l'efficacité thérapeutique. Ainsi l'environnement médical constitue un obstacle à l'atteinte de l'efficacité thérapeutique pour deux raisons :

- La première vient du fait que les personnels soignants ne sont pas sensibilisés sur les modes de communication des patients non entendants les quelles leur permet de réaliser leurs habitude de vie. Comme Mottez (2008) ;Virole, (2000), « *il faut consulter le patient en sa propre langue* ».
- La deuxième vient du fait que l'efficacité thérapeutique dépend surtout du patient. Ainsi, on peut confirmer l'hypothèse selon laquelle la communication verbale, gestuelle et iconique rend compte de l'efficacité thérapeutique.

Il convient que, les médecins ayant une connaissance en Langue signé, en lecture labiale... réduisent la stigmatisation des patients non entendant et agissent directement sur leurs signes et symptôme. l'usage de la communication gestuelle et iconique contribue donc à la mise en place d'un environnement facilitants susceptibles notamment de participer à l'accessibilité des apprentissages.

5.3.2. Perspectives professionnels

Cet étude portant sur les processus d'interventions à l'égard des patients non entendants apporte une plusvalu dans le chant professionnel d'abord pour les personnes non entendants, en suite pour le personnels soignant et une plus-value pour les psychologues professionnel en handicapologie physique, instrumentaux et conseils. Les résultats de cette étude nous ont amenés donc à réfléchir à quelques pistes d'amélioration de la qualité des soins.

Le défi de cette étude est de créer une médecine inclusive. La médecine inclusive fait partir du défi donc les États se donnent. Ce concept renvoie à l'ensemble des connaissances linguistiques et éthiques que déploie les soignants et tout intervenant du secteur sanitaire lors d'une consultation ou entretien avec un patient non entendant. Leur prise en compte ou leur prise en charge reste encore une problématique majeure dans le monde entier particulièrement dans le domaine sanitaire au Cameroun. Le principal défi reste celui de la langue de communication du patient. La communication Selon Aristote (1965) « repose sur une forte charge émotionnelle, l'auditoire doit être séduit ou charmé sinon il fermera la communication... » En tant que groupe marginal (autistes, mongoles, non-voyants, prostitués, les déportés de guerre, les homosexuels...) ; les non entendants restent les plus concernés à cause de la barrière linguistique.

la Médecine inclusive renvoie à toutes les attitudes de communication en communication gestuelle et iconique qui permettraient aux praticiens de mieux présenter son problème de santé au thérapeutes. De susciter et surtout au médecin de poser un diagnostic et surtout un vrai diagnostic à un patient non entendant en toute confidentialité sans l'intervention d'un interprète; ceci pour conserver la qualité secrète du bulletin médical qui ne doit en aucun cas être divulgué tant chez les

patients entendant que chez les déficients auditifs. Cette recherche vise à favoriser aussi l'inclusion sociale des personnes en situation d'handicap en particulier l'inclusion dans le milieu hospitalier et médical. Elle permet d'autre part de valoriser la communauté du non entendants puisqu'au-delà des mots ils ont un mode de communication. En effet, les difficultés communicationnelles des non entendants ne se soulèvent que lorsque le rapport à l'autre est engagé.

Pour le personnel soignant cette recherche lui donne les possibilités de communication avec un non entendant en utilisant: langage oral, Langue des Signes (LS), Langage Parlé Complété (LPC), bilinguisme, français signé... Le libre choix du mode de communication pour les non entendants leur permet d'exprimer leurs ressentis. Et permet au soignant d'explorer jusqu'au plus profond de son patient pour mieux orienter le diagnostic. Un thérapeute qui maîtrise la langue de son patient réussit à créer un climat de confiance et à la forte chance de résoudre son problème. (Virole, 2000). L'utilisation de l'oral semble être le plus favorable pour les soignants dans une démarche d'autonomie et d'intégration, en plus d'être le plus aisé pour les parents, étant donné que 90% des personnes non entendants naissent de parents entendants. Ajouter des informations visuelles (notamment avec le LPC, le français signé...) aide les non entendants à mieux visualiser la parole et leur éviter d'être « noyés » dans un continuum sonore.

En outre, les processus d'intervention expliqués dans ce travail permettent au thérapeute de prendre son patient dans son ensemble. Car, Plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans masque professionnel ni façade personnelle, plus il est probable que le patient changera et grandira de manière constructive. Cela signifie, que le thérapeute est ouvert aux sentiments et attitudes qui circulent en lui au moment présent. C'est le terme transparent qui fait le mieux saisir la saveur de cette condition : le thérapeute se fait transparent pour le patient à travers l'outil de communication partagé. Par la communication gestuelle, la communication visuelle, le patient peut complètement voir ce qu'est le thérapeute dans la relation ; il n'a en lui aucune réserve que le patient puisse ressentir. Par ailleurs le thérapeute prend conscience de l'expérience intérieure qu'il est en train de faire. Il peut la vivre dans la relation et la communication s'il le juge opportun. Il y'a une grande similarité, ou congruence, entre ce qui est ressenti au niveau viscéral, ce qui est présent à la conscience, et ce qui est manifesté au patient.

Le respect de l'identité du patient non entendant à travers sa langue ou ces modes de communication permet au soignant de créer un climat d'acceptation, l'attention, l'estime aussi appelé le regard inconditionnel du patient. Lorsque le thérapeute prouve une attitude positive et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment, peu importe ce qu'il est à ce moment-là, il est vraisemblable qu'un mouvement ou changement thérapeute se produira. Le thérapeute est

désireux que le client soit le sentiment immédiat, qu'il éprouve au moment même, quel que soit le sentiment : confusion, ressentiment, crainte, colère, amour ou orgueil. Cette attention de la part du thérapeute n'est pas possessive. L'estime qu'il a pour son client est plutôt totale que conditionnelle.

Sur ce titre on peut proposer quelques éléments qui nous semblent rattachés à ce sujet de recherche et à la pertinence de notre étude. Il s'agit de l'intérêt scientifique, la population cible.

C'est aussi dans l'intérêt de l'étude que se trouve sa pertinence.

Pour le personnel soignant et le soigné :

- adapter une consultation dite « *consultation silencieuse* » entre un médecin entendant face à un malade non entendant sans l'intervention d'une tierce personne ;
- la consultation médicale vise spécifiquement deux choses :
 - La consultation silencieuse (be to be/ face to face)
 - La morale, l'éthique en milieu hospitalier et l'accueil du patient déficient auditif dans une formation sanitaire.

Personnel en tant que psychologue professionnel en handicapologie inclusive instrumentaux et conseil

La présente recherche est d'intérêt professionnel, elle aidera avoir plus de connaissance sur la prise en charge psychologique des patients non entendants dans tous les services de l'hôpital et la création des unités de prise en charge des personnes non entendants dans ces structures. Elle vise à dire la santé en langue des signes. Elle propose des images dans le carnet des patients non entendant à utiliser par le consultant pendant la consultation. Et propose aussi un circuit d'accompagnement et d'explication de la posologie des médicaments. (Confère annexe) pour guide d'accompagnement des patients non entendants en milieu hospitalier. Elle propose également le système d'écriture proposé à travers l'alphabet dactylogique, (confère annexe). À l'instar de notre travail, Dagon (1995), à proposer la création des unités de prise en charge spécialisé pour déficient auditif. À la suite de Dagon nous avons proposé des processus d'intervention à l'égard des patients non entendant tel que : l'intervention par la communication verbale pour les non entendant oralisant, l'intervention par les signes pour les authentiques non entendant, et l'intervention par la communication iconique. Ces différents processus nous amène à :

- La création d'une consultation silencieuse (dire la santé en langue des signes) ;
- Créer un carnet médical spécial pour les patients non entendant (carnet constitué des images parlant ;
- Sensibiliser et former le personnel de santé au processus d'intervention et sur le handicap auditif ;

- Au début d'une consultation : discuter du niveau linguistique du patient ;
- Utiliser les mots les plus simples possible et écrire les mots compliqués ;
- Utiliser les images disponibles sur papier ou dans le carnet pour communiquer avec le patient ;
- Réduire le plus possible le nombre de document remis aux patients

Pour pallier ces difficultés, il faut une formation des étudiants (personnel de santé) en médecine, en soins infirmier... à la proche du handicap auditif pour leur permettre de mieux comprendre les difficultés d'accès aux soins. Cette formation leurs permettent de réduire les difficultés communication rencontrés par les patients non entendant et de mieux adapter leur prise en charge. Il faut inscrire au progrmme de médecine, soins infirmier,paramedicaux.... L'enseignement de la langue des signes.



CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire intitulé processus d'intervention à l'égard des patients non entendants et efficacité thérapeutique a pour objectif de comment comment les processus d'interventions rendent compte de l'efficacité thérapeutique à travers la communication verbale, non verbale et iconique chez les patients non entendants ?. Il a posé la problématique des difficultés communicationnelles entre le personnel de santé et les patients non entendants en milieu hospitalier et médical. Ces processus constituent autant de défis à relever. Ces défis visent d'une part, à réduire de manière significative les difficultés que rencontrent les non entendants quand ils sont devant un thérapeute ne maîtrisant pas leur système de communication, d'autre part, il vise à créer la médecine inclusive dans notre société actuelle c'est-à-dire l'inclusion participative des patients non entendants dans tous les secteurs sanitaires.

Pour atteindre ces objectifs, l'étude a été menée dans la ville de Yaoundé, Capitale politique du Cameroun plus précisément au CNRPH et à l'Hôpital de district de Biyem-Assi situé dans Yaoundé 6. Elle s'est faite auprès de huit personnes présentant une déficience auditive confirmée par une carte d'invalidité. Cinq personnes ont répondu aux critères d'inclusion et c'est avec elle que nous avons continué les études. Quatre personnels de santé ont contribué à l'étude, ils ont donné leur avis par rapport à la prise en charge du patient non entendant. Ils reconnaissent de ne pas toujours apporter une satisfaction au patient non entendant à cause de la difficulté communicationnelle. L'analyse faite sur le principe de la recherche compréhensive nous a permis de mettre en exergue la consultation du patient non entendant en communication gestuelle, iconique et plus précisément en langue des signes.

Le respect de la langue du patient non entendant dans son accompagnement en milieu hospitalier et médical est très important dans l'efficacité thérapeutique. Ces difficultés communicationnelles nous ont amené à formuler les questions de recherche suivantes : « *Comment les processus d'interventions à l'égard des patients non entendants rendent-ils compte de l'efficacité thérapeutique ?* » De cette question de recherche nous avons tiré l'hypothèse générale suivante : à travers la communication verbale, non verbale et iconique, les processus d'intervention à l'égard des patients non entendants rendent compte de l'efficacité thérapeutique. Son opérationnalisation suivant le modèle théorique de Fougerollas (2010) et de l'effet médecin de Moreau (2016) a donné lieu à trois hypothèses de recherche formulées autour des modalités de la variable indépendante.

Le guide d'entretien a été choisi comme instrument de collecte de données dans cette étude. Il s'agit de l'entretien semi-directif. Dans l'entretien semi-directif, le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs (sous-thèmes) qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire. Ce guide nous a permis de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions a varié au cours de l'entretien. Les hypothèses de recherche qui étaient élaborées comme suit :

HR1 : en articulant le couple situation-schème, la communication verbale rend compte de l'efficacité thérapeutique

HR 2 : en se servant des attitudes corporelles, la communication non verbale rend compte de l'efficacité thérapeutique.

HR3 : en s'appuyant sur la communication iconique, les images rendent compte de l'efficacité thérapeutique.

Nous sommes aux hypothèses formulées dès le départ, deux variables lourdes contribuent à mieux comprendre les mécanismes qui sont à l'œuvre dans le développement professionnel à partir du rapport au choix. Il s'agit de la communication gestuelle et iconique, ce qui permet au patient non entendant dans ce schéma d'être autonome et de participer activement à l'entretien médical. Écoutons le cas I :

Je préfère qu'on s'exprime en ma langue, la langue des signes, je peux tout dire avec les mains mais le personnel de santé ne peut pas m'écouter, vraiment ils ne comprennent rien et ne font aucun effort pour nous aider. ils préfèrent nos accompagnateurs comme si c'est sont eux qui sont malade.

Ces propos confirment qu'il y'a la barrière communicationnelle entre les deux protagonistes pendant l'échange. Elle confirme également le fait que les non entendants ont l'habitude de dire « oui », quand on leur demande s'ils ont compris. Or, le problème reste ignoré. En effet, le patient ne bénéficie pas des soins médicaux les plus simples, efficaces et adaptés (Dagron, 2011). On peut confirmer avec Dagron (2008, 2011) ; Mottez (2011) & Col (2016), les non entendants sont mal soignés et mal compris en particulier dans la prise de la décision et dans la situation qui requiert une information détaillée. Pour eux, le milieu médical est inadapté et ne profite pas à ceux-ci. Ce milieu leur met en situation handicap auditif. Car le personnel ne maîtrise pas le système de communication des non entendants. Le regard que le personnel de santé aura sur les patients non entendant plonge d'avantage ceux-ci dans la situation de handicap. Selon la théorie Fougerollas (2010), le handicap est situationnel, si la situation d'handicap disparaît, alors il serait possible de parler de l'efficacité thérapeutique. Nous avons pu noter avec Moreau (2016), l'efficacité thérapeutique dépend d'abord du patient, ensuite du médecin et du matériel employé.

Donc en fonction de l'adaptation de l'environnement médical et de l'état du médecin le parcours des patients non entendant peut être amélioré à travers les processus d'interventions. D'après Meynard (2017), le langage mimique, la langue des signes et les mouvements des lèvres permettent aux patients non entendants de s'exprimer et fantasmer leurs désirs, qu'ils soient réalisables ou non selon son schéma

corporel infirme. En retour, la théorie de l'image inconsciente du corps donc parle Dolto (1956), permet de penser le cas de chaque personne non entendant. Ce n'est pas la personne non entendante qui est infirme, c'est son schéma corporel (la représentation physique, physiologique, que l'individu a de lui-même). Si le schéma corporel concerne la neurobiologie et est associé aux besoins or l'image du corps est inconsciente et concerne la psychologie et associer au désir. C'est sur cette empreintes que Meynard (2017), Violaine et *al.* (2017) pensent que les non entendants ont un problème de sensation physiologique lié à leur schéma corporel de manque d'audition. Pour compenser ce manque, la communication gestuelle, iconique doit renforcer l'information médicale.

Selon les cadres théories, les moyens de communication utilisé pas le personnel médicale impact l'efficacité thérapeutique car la langue par laquelle le personnel soignant s'exprime ne permet pas au patient de lui donner les informations appropriés. Bien plus, le chemin du développement vers la maturation psychologique dans la relation thérapeutique et vers le fonctionnement optimal de la personnalité passe par la création de certaines conditions de relations interpersonnelles, dans lesquelles sera réalisée une communication authentique entre le patient et le thérapeute, permettant aux deux protagonistes d'être très proche à la fois de son expérience propre et de celles des autres.

Cependant, la théorie de Fougerollas (2010), offre une contribution méthodologique pour combler cette lacune par la proposition d'un ensemble de définitions et d'indicateurs de l'accès à l'environnement physique et social. Le développement d'outils permettant de mesurer la qualité de l'accès environnemental qui fournira des données essentielles démontrant comment les facteurs environnementaux jouent un rôle fondamental dans le processus de construction des situations de handicap. Ainsi, l'amélioration concrète des possibilités de participation sociale et d'exercice effectif des droits humains des personnes ayant des incapacités.

Ainsi, l'avantage d'une compréhension du handicap auditif en termes d'activités courantes et de rôles sociaux permet à l'ensemble des acteurs concernés de mieux saisir la nature de leurs responsabilités quant à l'atteinte d'une participation sociale optimale par les personnes ayant des incapacités. Les dimensions de la compensation des déficiences auditive et des incapacités sont ainsi invoquées. En outre, la réduction des obstacles et la mise en place de facilitateurs environnementaux, apparaissent donc complémentaires. Dans ce cas, comme dans bien d'autres, il est courant que l'information nécessaire pour prendre une décision libre et éclairée soit intégrés et comprise par un mode de communication : communication gestuelle et iconique. Dans la plus large mesures, les problèmes que rencontrent les non entendants sont résolues par la communication gestuelles (langue des signes, lecture labiale, mimogestualité, français ou anglais signé, etc.). La focalisation dans l'oreille défectueux laisse à l'ombre ces moyens de communication qui en plus d'être gestuels sont aussi iconique.

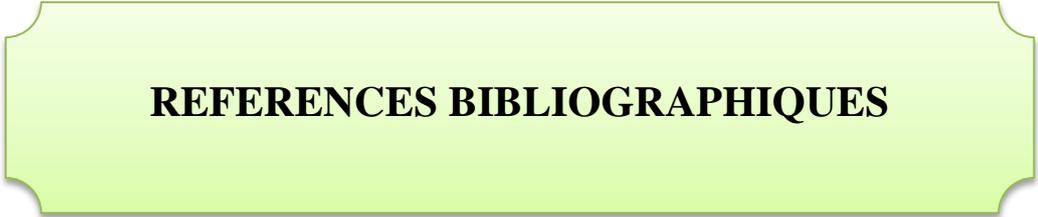
En effet, ils ont les yeux pour écouter et les mains pour parler (Meynard 2017). Donc une association des images aux gestes sans doute permet à ceux-ci de réduire leur stigmatisation et favorise l'efficacité thérapeutique. En terme de résultat, les participants de cette étude ont émis des souhaits d'être soignés purement dans leur langue en ayant recours à un interprète qui maîtrise la langue des signes. Ils attendent de leur médecin une très grande disponibilité et une meilleure connaissance des spécificités de leur handicap. Ils proposent que les campagnes de santé publique soient faites en langue des signes pour leur permettre d'être informés des dérives auxquelles ils doivent faire face pendant une crise sanitaire. D'autres non entendants émettent le souhait que dans chaque structure sanitaire qu'il ait des unités de prise en charge des déficients auditifs et que ces services soient dotés des personnels maîtrisant la langue des signes. Certains ont proposé que les non entendants aient la possibilité d'exercer aussi la profession médicale pour représenter leur communauté et accompagner leurs frères. La confidentialité n'est cependant pas conservée quand un proche du patient est sollicité. Un des problèmes majeurs et actuels du recours aux interprètes est qu'ils sont en sous-effectif au niveau national et ne peuvent honorer à toutes les demandes, surtout si elles ne sont pas planifiées.

Audela des difficultés liées à l'établissement du dialogue entre personnel soignant et patient, la limitation d'échange empêche de créer le lien privilégié entre consultant et consulté. Ces difficultés s'améliorent avec le temps et dépendent de la sensibilisation des soignants à la notion de la surdité. Les non entendants et leur thérapeute ont une grande spécificité de leur handicap afin de pouvoir mieux les accompagner et les diagnostiquer à moindre coût. Certains doutent de l'efficacité des interprètes car ils ont peur de voir leurs secrets dévoilés. Une formation des étudiants en médecine et de tout le personnel soignant en processus d'intervention à l'égard des patients non entendants permettrait de réduire les difficultés d'accès aux soins et de communication entre les non entendants et le personnel soignant.

En effet, la création de l'unité pour l'accueil des patients non entendants, dont-ils parlent, l'adaptation du langage médical en processus d'intervention (communication non verbale et iconique), la majoration des coûts de consultation pour encourager le personnel soignant à accompagner le patient non entendant de manière à produire une grande efficacité thérapeutique sont des éléments essentiels pour une médecine inclusive. Restant dans la même idée nous avons proposé un Carnet médical portant des images parlantes (en communication) voir annexe 12, ce carnet permet au patient non entendant d'avoir une idée sur son état surtout quand le médecin utilise ces images pour expliquer ce qui se passe à l'heure où il parle. En outre, si le déficient auditif trouve sur un Carnet les **émoticônes déontique** (expriment l'obligation, l'interdit, le permis et le facultatif), **boulitique** (exprimant des désirs, des volontés et des souhaits), **Axiologie** (renvoyant à des jugements de valeur morale, idéologique et ou légale), **Appréciative** (renvoyant non pas à la croyance du sujet parlant mais à ce qu'il trouve

désirable), **Idéogramme écriture** (des lettres de l'alphabet français contemporain) ces elements créés une situation de sécurité (confiance), le patient se confié d'avantage à son thérapeute.

En fin, ce travaille présente des données importantes et vient enrichir le corpus de travaux en santé sur les patients non entendants en général, relativement peu nombreux. Il rapporte le ressenti de quelques patient en situation d'handicap auditif sur la prise en charge en médecine générale. On observe une inadéquation entre les informations transmises par les praticiens et les informations reçues par celui-ci. Leur prise en charge en soins de santé primaire est dépendante de la relation médecin-patient. L'habitude et la sensibilisation du personnel soignant à la surdité et surtout au processus d'intervention à l'égard des patients non entendant permettront à avoir une efficacité thérapeutique. une meilleur information du personnel de santé du handicap et aux processus d'intervention permettrait de mieux accueillir, prendre en charge et accompagner les patients non entendant sur leur démarche médicales.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aboubacar, S. (2015). *Les surdités de l'enfant aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques* [thèse de doctorat, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (USTTB), Faculté de médecine et d'odontostomatologie,] *Usttb Faculte De Medecine Et D'odo*, <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>
- Aimard, P. Morgon (1996). *Le débuts du Langage chez l'enfant*, Vol.6
- Albert, M. (2007). *Non Verbal Communication*. AldineTransaction, (20 édition), Amazon ISB : 0202309665
- Amin, M.E. (2005). Social science : *Méthodologie de conception et analyse*. Makerere University Printeryafd, Kampala American Journal of Climate change, (Vol.7) DOI:10.4236/JSSM2008.13030
- Amoros, Bonnefond, Cécile, Martinez, & Charles (2014) un dispositif ambulatoire pour la santé des sourds en soins primaires (Vol.2, P205 - 215) ISSN 0995-3914 DOI [10.3917/spub.138.0205](https://doi.org/10.3917/spub.138.0205)
- Amoros, T. H., Bonnefond, C. Martinez, and Charles, R. (2014). *Un dispositif ambulatoire pour la santé des sourds en soins primaires*. *Santé publique*, (vol.2, p.205-2015), DOI : [10.3917/spub.138.0205](https://doi.org/10.3917/spub.138.0205)
- Arnold (1981), *how to develop and maintain a superbly fit*
- Auerbach, C. F & Silversten, L.B (2003), *Introduction to coding andn Anlysis*. (Vol.2), New York University, New York DOI : [10.36/Jss.2023.112006](https://doi.org/10.36/Jss.2023.112006)
- Balint, M. (1966), *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot,
- Banindjel, J. (2021) *Corps et handicap : théorie et pratique* harmattan, 2021 ISBN : 2140191749, 978240191749
- Bardin, (1989). *Analyse de contenu collection* . (Vol 69), Presse Universitaires de France
- Barkham. Gullo. Stiles . Truax. (1991) *Relation dose-effet dans la psychothérapie à durée illimitée*. Journal de consultation et de psychologie clinique. La source Pubmed DOI : [10.1037//00222-006x.64.5.927](https://doi.org/10.1037//00222-006x.64.5.927).
- Benoist, G.S. (2008), *traitement de la Spondylarthropathes*, [thèse de doctorat, Université de NANTES Faculté de MEDECINE,]

- Bernard, M. (2006). Les Sourds existent-ils ? Textes réunis et présentés par Andrea Benvenuto Paris: L'Harmattan, [https:// doi.org/10.4000/recheseeducation.468](https://doi.org/10.4000/recheseeducation.468)
- Bernard, B. (1952), *Content Analysis in Communication*, New York, Hafner (Vol.9) Publ 1971 ISBN 9782735113194
- Boumaiz, W. (2013). Prise en charge médicale et hospitalière des personnes sourdes soignantes en France : [Mémoire, Université standhal] point de vue des professionnels sur la question. HAL Id: dumas-00847033 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00847033>
- Busquet, D. & Allaire. C. (2005). *la Surdité de l'Enfant* : guide pratique à l'usage des parents Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Médecine Science Publication INPES ISBN 978-2-916192-37-6
- Busquet, D. (2005), *la surdité de l'enfant. Guide pratique à l'usage des parents/* Edition INPES Fondation France
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. & M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
- Cantero & Odile, (2016), *Accès aux soins et communication : vers une passerelle entre la communauté sourde et les soignants de Suisse romand.* <http://serval.unil.ch>
- Cantero, . (2010). *Personnes sourdes et accès aux soins en Suisse romande. Conférence donnée lorsdu Colloque Santé Surdité,* Lausanne:CHUV. <http://www.tendancesourd.com/wordpress/wp-content/uploads/2009/07/hopital-lsf.jpg>
- Castonguay, L.; Beutler. E, (2006) ; Cris-Christoph & Mintz, (1991) *Principes of therapeutic change that work*, edited louis castongua, larry e Beutler
- Charles, R. Bonnefond H. (2009). *Le généraliste et les Sourds, première partie culture Sourde et médecins.* Médecine.2009 ; 5(9): 401-3.
- Chris pavone (2021); *apprendre facilement la langue des signes google book*
- Chris, p. (2021). *apprendre facilement la langue des signes google book*
- Claude, L. (2015), [La consultation de medecine generale vur par les sourds] Faculté de médecine Lyon Sud.
- Claude. L. et Laporte. A, molinario. J, Picarde (1995). *Pour une pédagogie de la parole ( dit. ESF)*

- Clavel, M. (2011). Évaluation des connaissances des femmes Sourdes au CHU de Grenoble, en matière de contraception et d'éducation à la sexualité. Grenoble.
- Clavel, D. (2011). *Dialogue at the heart of Innovation* edi Quae
- Colin, A. (2013), *Analyse du discours institutionnels*, (N° 134) Paris :langage et société
- Collerette, (1996) Étude de Cas Méthode Des méthodes Qualitatives en science humaine, (P.91,3ème éd). Collerette in Dictionnaire des
- Cosnier, J. Grosjean, M. & Lacoste, M. (1993). *Interactionnistes Des Relations De Soins : Soins et communication, approches* (p.17-32). Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Cuxac C. (1983). *Le langage des sourds*. (N° 22), Payot. Paris.
- Dagron J. (1995). *Perception du risque du sida et accès aux soins de la communauté sourde. Bilan de la partie "état des lieux" épidémiologique*. (n° 25 : p. 112-113) Bulletin épidémiologique hebdomadaire.
- Dagron, J. (1994). *Implant cochléaire, problèmes éthiques*. Presse d'aujourd'hui
- Dagron, J. (1999). Sourds et soignants, deux mondes, une médecine. Paris : In Press Éditions. Paris : In Press, coll. Réflexions du temps présent
- Dagron, J. (2007). *Prise de parole des sourds*. (p.5). Marseille L'hebdo.
- Dagron, J. (2008). Les silencieux chroniques de vingt ans de médecine avec les Sourds. *Paris, Presse pluriel.*
- Dagron, J. (2011). Surdité, accessibilité linguistique et accès aux soins. de formation sur le risque médical. (Vol. 11, n 41. p.14-16) In : Responsabilité, revue
- Dagron, J., Apostolidis, T., Jodelet, D., Herson, S. (1998).  tude de l'évolution du recours au Centre de l'hôpital La Salp tri re en 1998-2000
- Dalle-Naz bi, S. & Lachance, N. (2008b). Rupture et réorganisation d'une transmission culturelle entre sourds. Espaces, acteurs et processus. *Presses universitaires de Namur — collection « Transhumances »*
- Dalle-Naz bi, S. et Lachance, N. (2008a). Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. *Regards croisés France Québec. Interrogations/Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, 6, 78-94.
- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation,(vol. 18, N .1). *Journal of Personality and Social Psychology* 15, 105-115.

- Delacroix, H. (1930). *Le langage et la pensée*. Librairie Félix Alcan, 1930, (p620, 2^{éd}) *édition, revue et complétée Nouvelle édition, revue, remaniée et augmentée*.
- Delaporte, Y. (2007). *Dictionnaire étymologique et historique de la langue des signes*. Paris, France. Editions du Fox.
- Di Blasi, Z. , Harkness, E. Ernst, E. , Georgiou, A. & Kleijnen, J.(2001),Influence of context effects DOI 10.3917/spub.162.02 <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-2-page-213.htm>
- Dolto, f. (1993) *prpapos de la langue des signes , coup d'œil*, (p. 1-327),
- Drion, B. (2010) *L'accès des Sourds aux soins de santé : l'expérience française des unités d'Accueil et de Soins en Langue des Signes et du réseau Sourds et Santé, Les Mains pour le dire*, Lausanne.
- Drion, B. (2011). *Soins et éducation à la santé en langue des signes : un défi à relever. La Santé de l'Homme*, 412(227-229).
- Drion, B., Planchon, D., Boone, J., & Samoy, E. (2009). *Intermédiaireur en langue des signes, un nouveau métier ? Le travail en binôme interprète/inter médiateur, une nouvelle pratique nécessaire*
- Drion,B.(2009). *Sourds de naissance et diabète : La langue des signes s'impose. Équilibre*, 271, 31-33.
- Dumont A. (2008). *Orthophonie et surdité. Communiquer, comprendre, parler*. Issyles-Moulineaux : Masson.
- Dumont, A. (1996). *Implant cochléaire, surdité et langage*. De boeck université. Bruxelles
- Dumont.A (1988).*l'orthophonie et enfant sourd*,Masson, Éditeur : Presses Universitaire de France http://www.invs.sante.fr/beh/1996/9625/beh_25_1996.pdf
- Edmund, J., Jones, A. L., & Bower, N. (2011). Using existing employees assistance program case files to demonstrate outcomes. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26, 44-58. DOI:10.1080/15555240.2011.540983
- Encyclopédie médicale- Doctissimo. L'enfant sourd ou malentendant. [Page consultée le 21/01/15]. http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_884_surdite_enfant.htm.
- Ferguson,M. (2002) *clinical Communicatins ; Vol.84*
- Fisher S, Greenberg RP. (1997), *The curse of the placebo: fanciful pursuit of a pure biological.*

- Flamment.C (1994). *Evolution et transformation des représentations sociales :Pour une co-construction de la professionnalisation*
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. Londres : *Sage Publications*.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education.
- Fougeyrollas, P. (1998). La classification québécoise du processus de production du handicap et la révision de la CIDIH. *Handicaps et inadaptations*, (79-80), 85-103. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index>
- Fougeyrollas, P. (2001). Conjuguer ouverture des possibles au temps de l'incertitude. *Développement Humain, Handicap et changement social/Human development, Disability , and social Change* ,19(1), 15-24. <https://doi.org/10.7202/1087259ar>
- Fougeyrollas, P. (2009). Construire le sens de la participation sociale. *Participation et responsabilités sociales*, Guerdan, V. Petipierre, G. Moulin, J-P. Haelewyck, M-C, *participation et responsabilités sociales* (115-126). Peter lang Oxford.
- Fougeyrollas, P. (2018). Pour en finir avec le processus de production du handicap. Mettre en œuvre l'équité et vivre la vulnérabilité. *Spiritualité santé* 11 (2), 32-35.
- Fougeyrollas, P. Beauregard,L. Gaucher,C. Boucher, N.(2008). Entre la colère et la rupture du lien social : des personnes ayant des incapacités témoignent de leur expérience face aux carences de la protection sociale. *Service social*54(1) ,100-115. <https://doi.org/10.7202/018346ar>
- Fougeyrollas, P. Roy, K. (1996). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 45(3), 31-54. <https://id.erudit.org/iderudit/706736ar>
- Fougeyrollas,P. (2010). La funambule,le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap.*Presses de l'Université Laval*
- Fougeyrollas,P. (2016). Influence d'une conception sociale,interactionniste et situationnelle du handicap au sein d'un mécanisme de suivi de la mise en œuvre du droit à l'égalité : le modèle québécois. *Revue française des affaires sociales* 4 (51-61).
- Freud, S. (1958). *The dynamics of transference*. Dans J. Starchey (pp. 99-108), the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud London : *Hogarth Press*. (*Ouvrage original publié 1912*)

- Gaucher, C. (2005). Les sourds comme figures de tensions identitaires. *Anthropologie et Sociétés*, 29(2), 151-167
- Gelradines, h. (2025) Son et audition dans l'antiquité, <http://doi.org/10.4000/pallas.2625>, ISBN 978-2-8107-0393-7
- Gérard, Z. & Dominique, p. (2011), Dictionnaire du handicap, *presse de l'école des hautes études en santé Publique*
- Gillot, D. (1998) Le droit des sourds, 115 propositions, rapport au Premier ministre. Paris : *Ed. La Documentation Française*,.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne* tome I : la présentation de soi, Paris : *Minuit*
- Grand. L. (2011) *ville et handicap[s]* www.millenaire3.com
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes.(pp. 87-135). New York: John Wiley & Sons. DOI: 10.4236/als.2019.74012 <https://doi.org/10.3917/dec.poir.2020.01>
- Hunsley, Di Giulio, Shapiro, Smith & al. (1980). L'efficacité thérapeutique et l'effet placebo
- Igoui. M.G, (2018). [Pratique et expérience de la pulsion de mort dans les Back Bafia : une approche des trithérapies a efficacité symbolique. thèse de doctorat]. université de Yaoundé I
- Jacob, P. (2013), sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées. <https://solidarites.sante.gouv.fr/ministère/>
- Jaffré, Y. & Olivier, J. (2003), *une médecin inhospitalier* ,homme et société ISBN 2130423558,9782130423553
- Jakobson,R. (1947-1968)Linguistique psychologique et sémiotique : le contexte allemand et son influenceLa correspondance d'Émile <https://doi.org/10.4000/hel.1284>
- Jakobson,R. (1969), *Linguistique et poétique*, In: Essais de linguistique générale, Editions de Minuit, Paris, 209-248.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds. (p. 19–71).), *Handbook of psychotherapy and behavior change* John Wiley & Sons.
- Korff-Sausse, S., (1996), *Le Miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy.

- Krief, H. (2015). Discussion et communication, [https://doi.org/ 10.4000/studifrancesi.274](https://doi.org/10.4000/studifrancesi.274)
- Lachance, N. (1993). Intégration par la normalisation, (vol 6, n°1) la surdité URI:<https://id.erudit.org/iderudit/301198ar> <https://doi.org/10.720202/301198ar>
- Lachance, N. (2007). Territoire, transmission et culture sourde. Perspectives historiques et r alit s contemporaines. Sainte-Foy, Canada : *Presses de l'Université Laval*
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research : Implications for integrative and eclectic therapists. Dans J. C. Norcross & M. R. Goldfried (p. 94-129).  d s), *Handbook of psychotherapy integration* New York, NY : Basis Books
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14.
- Lambert, M. J. (2010). *Le suivi en temps reel de la réponse à la psychothérapie : Une pratique fondée sur les données probantes*. Cahier recherche et pratique, Ordre des psychologues du Québec, 1, 10-11.
- Lambert, M. J. (2013). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. (6e éd., p. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005) *Administration and scoring manual for Outcome Questionnaire (OQ-30.2)*. Orem, UT: American Professional Credentialing Services
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Larouche, h. et Johanne. A, (2006) *l'adaptation et flexibilité d'une chercheur dans l'évolution de sa démarche m thologique* Vol. 26 <http://id.erudit.org/iderudit/1085376ar>
- LeBlanc, A. (2006). un pont entre deux rives press
- Lecompte, C. (2010). Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie. Comment améliorer son efficacité thérapeutique. Cahier recherche et pratique, OPQ, 1(1), 7-9
- LeviStrauss, C. (1958), « *L'efficacité symbolique* ». *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 205-226.

- Lina-Granade (2017), Stratégie diagnostique et thérapeutique devant une surdité de l'enfant
<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2017.09.011>
- Malard.O, (2015). *Strategie Diagnostique devant une surdité de l'adulte*, Doi :10.1016/so 246-0351
 (12) 565338-8
- Mark, t. (2017), *les gentillesse est le langage qu'un sourd peut entendre et qu'un aveugle peut voir*.lefigaro.fr
- Martin-Laval (1984, p.49), psychologie du sourd mythe ou réalité (p 62-Ed) rev.et corr., Brossard :
behaviora ISBN 2762900034
- Mayi, M. B,(2005). « Clinique et culture », IIIe congre régional de la world Council psychothérapie
African chapter
- McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). *The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage*. Psychotherapy Research, 1, 74-78. Med Gen 2004 ; 674/675 :1495-8.
- Mercklé (2004), question de communication ISBN 978-2-86480-838- <https://doi.org/10.4000/7091>
- Mercklé, P. (2016) la sociabilité, l'amitié et le capital social
- Meynard, A. (1998) *Destin du gestuel* , clinique méditerranéennes, 47-48, P.245-262
- Meynard, A. (2002), quand la main prennent la parole, *Eres, Toulouse*,
- Mondain, M. Blanchet, C. Venail, F. Vieu, A. (2004). *Classification et traitement des surdités de l'enfant*. Edition Elsevier Masson SAS- Encyclo. Med. Chir Oto-rhino-laryngologie. 2004 ; 20-190-C-20
- Monfort Juarez (2003) l'esprit des autres II. Comment le dites-Vous ?
- Moore,H. (1995). *Creating public value:Strategiv management in government*. Harvard university
- Moreau, A. (1999) Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin malade,*International Journal of service* 10-171-189.
- Moreau, E., & Mageau, G. A. (2013). *Conséquences et corrélats associés au soutien de l'autonomie dans divers domaines de vie*. Psychologie Française, 58(3), 195-227.
- Moreau, A, Boussageon R, Girier P, Figon S. (2006), Efficacité de l'effet médecin en soins
- Moreau, A. (2008), L'effet médecin à l'heure de l'EBM, *In : Maire*

- Mottez, B. (1977). À s'obstiner contre les déficiences, on augmente le handicap : l'exemple des sourds. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 20-3
- Mottez, B. (2006) *Les Sourds existent-ils ?* Paris : Le Harmattan.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Presses universitaires de France.
- Murphy, RF. (1993). *Vivre à corps perdu*. Presses Pocket. 357:757-62
- Nabarette, H. (2000) *Les processus d'implication des patients dans l'évaluation des technologies de santé à l'HAS* Vol. 30
- Nancy, D. et Syvain, L. (2013) *processus d'intervention psychologique* ISBN 2981433903, 9782981433909
- OMS (2008), (2014), classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Version. Version pour enfants et adolescents (CIF-AE), Paris, CTNERHI http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/92425422_fre.Pdf.
- OMS (2021), Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap et prévention de la violence et des traumatismes. Organisation mondiale de la Santé.
- Paolo, Z. (1635), *Question Médicales Légales*, N°2, Edition quinta
- Pierre Merklé, (2004), *Sociologie des réseaux sociaux* Paris, Éd. La Découverte, coll. Repères,
- Pierre, C. Odile. C, (2018), *Dans Psychiatrie de liaison*. Le patient sourd
- Poirier, D. (2005). *La surdité entre culture identité et alterité* , N°53
- Poirier, D. (2012). *J'ai senti que c'était mon monde* : expression des dimensions identitaires et normatives des langues des signes. *Anthropologie et sociétés*, 36(3), 171-188
- Poirier, N. (2020) on health outcomes: a systematic, ISBN 9782348055867
- Prat Med Gen ; 477 : 1835-8.
- Prat Med Gen 1999 ; 477 : 1835-8. « Primaires », La Presse Médicale, 35, 967-973
- Rannou, P. (2021), *évolution des modèles internationaux du handicap*. Vol.10
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin,.
- Rogers, C. R., Dymond, & Rosalind, F. (1954) *Psychotherapy and personality change*. Chicago: Univer. of Chicago Press,
- Rongère, P (1979) *Méthodes des sciences sociales- Troisième édition Edité par Mementos Dalloz*, Paris, France ISBN 10: 2247001203 / ISBN 13: 9782247001200

- Schulte, E. (2020). Anatomie Humaine Micheal Schuenke, Udo S paris
- Seban-Lefebvre,D et Toffin,C (2008), *l'enfant qui n'entend pas, la surdité, un handicap invisible* paris :belin, collection « naître,grandir,devenir » URI: <https://id.erudit.org/011645ar>
- Stake, R.E. (1994) Case Studies. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., Eds., *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks, 236-247.
- Stake, R.E. (1994). *Case studies.Handbook of qualitative research*.Sages Publications.
- Stéphane. R, (2008), Apprentissage et acquisition d'une langue seconde <https://doi.org/10.4000/tpa.244>
- Stiker, H.-J., 2009, *Les Métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours*, Pu Grenoble.
- Strupp, H. H. (1980). Problem of research. Dans H. Davanloo (Éd.), *Short-term dynamic psychotherapy* (Vol 1, p. 379-392). *New York, NY: Jason Aronson*.
- Torode,B.S, (1980), *the materirial word :some theories of language and limitation*. Londron
- Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Vigosky,S.(1934),*transmission culturelle,via la mediation sociale*.
- Vincent, P. (2017). *Aide-mémoire handicap et psychopathologie* (3é édition, Dunod). ISBN 978-2-10-076959-9
- Violaine, M. Thomas, B. Philippe, H. Isabelle, B. (2016). *Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative*, (Vol 28 p 213 à 221), DOI 10.3917/spub.162.0213; <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-2-page-213.htm>
- Virole, B. (2000). *Psychologie de la surdité* (Vol.4, 2e édition). Bruxelles: De Boeck Université.
- virole, B. (2009). *surdité et sciences humaines questions contemporaines*, (P.169) l'Harmattan, ISSN 0181-4095 DOI 10.3917/lis.134.013
- Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy.*Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating therapist variability: a naturalistic study outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923

- Watzlawick, P (1984). *La réalité de la réalité-Confusion, Désinformation, Communication*. Ed. Seuil, 1984.237
- Watzlawick, P. Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton.
- WWW.persee.fr/doc/hedu-0221-628.
- WWW.pinterest.fr : *alphabet de la langue des signes*
- Yin, R.K (1984) *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, Beverly Hills, California. DOI: 10.12691/jbms-3-1-2
- Yin, R.K. (1984). *Case study research ; design and methods*. Sage Publications.
- Yves, D.(2002). *Etre Sourd,Etre Entendant*. Edition la maison des sciences de l’homme,Paris
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376 *Psychology*, Vol.3 No.12,

ANNEXES

ANNEXE 1 : Autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION

SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROUN

Peace-work- Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTEMET OF SPECIALIZED

EDUCATION

Le Doyen

N° 323...../22/UYI/FSE/VDSSE**AUTORISATION DE RECHERCHE**

Je souligné (e), **Professeur BELLA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la faculté des Sciences de l'Éducation de l'université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **MIAFO TSAMO Djamil Fabrice**, matricule **20V3568** est inscrit en master II à la Faculté des Sciences de l'éducation, Département : **DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE**, filière : **EDUCATION SPECIALISEE**, Spécialité : **HANDICAP PHYSIQUE, INSTRUMENTAUX ET CONSEIL**.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la présentation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Pr MGWA Vandelin**. Son sujet est intitulé : « **Processus d'Intervention à l'égard des patients Non en Entendant et efficacité Thérapeutique** »

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes l'information susceptible de l'aider à conduire ses travaux de recherche.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit/.

Fait à Yaoundé, le 29 JAN 2022

Pour le Doyen et par ordre

ANNEXE 2 : Autorisation de recherche au centre des handicapés

MIAFO TSAMO

DJAMILA FABRICE

Université de Yaoundé I

Faculté des Sciences de l'éducation

Spécialités : handicap physique instrumental et conseil

Master II:

Tel: 694317986/672219529

djamilamiafof@gmail.com



Yaoundé le 16 Mai 2022

A

**Monsieur le Directeur du Centre National
de Réhabilitation des Personnes
Handicapés**

Cardinal Paul Emile LEGER

Objet : Permission de recherche.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre haute bienveillance pour solliciter une permission de recherche dans votre structure hospitalier.

En effet, je suis étudiant régulièrement inscrit en master II à la Faculté des Sciences de l'éducation de l'université de Yaoundé I option handicap physique instrumental et conseil. Le thème de recherche est intitulé : **processus d'intervention à l'égard des patients non entendants et efficacité thérapeutique**. Nous voulons avoir des informations sur le parcours des non entendants en milieu et les technique de communication que le personnel médical utilise pendant l'entretien avec les patients non entendants.

Veillez-agréer, Monsieur, l'expression de mes distinguées salutations.

MIAFO TSAMO

ANNEXE 3 : Autorisation de collecte des données

MIAFO TSAMO
DJAMILA FABRICE
Université de Yaoundé I
Faculté des Sciences de l'éducation
Spécialités : handicap physique instrumentaux et conseil
Master II:
Tel: 694317986/672219529
djamilamiafof@gmail.com

Yaoundé le 19 Mai 2022



22/05/2022
A ACWA
Superviseur
- Chef Unité Achebe
Bouche

Monsieur le Directeur de l'hôpital de district de BIYEM-ASSI

Objet : Demande de recherche.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre haute bienveillance pour solliciter une permission de recherche dans votre structure hospitalier.



En effet, je suis étudiant régulièrement inscrit en master II à la Faculté des Sciences de l'éducation de l'université de Yaoundé I option handicap physique instrumental et conseil. Le thème de recherche est intitulé : **processus d'intervention à l'égard des patients non entendants et efficacité thérapeutique**. Nous voulons avoir des informations sur le parcours des patients non entendants en milieu et les technique de communication que le personnel médical utilise pendant l'entretien.

Veuillez-agréer, Monsieur, l'expression de mes distinguées salutations.

MIAFO TSAMO

ANNEXE 4 : Consentement libre et éclairé

Je soussigné..... Déclare accepter librement et de façon éclairée à participer comme sujet à à l'étude intitulé processus d'intervention à l'égard des patients non entendant et efficacité thérapeutique.

Sous la direction du **Pr MGBA Vandelin**. Dont le chercheur est **MIAFO TSAMO Djamila Fabrice** pour l'année académique 2021-2023.

L'objectif de l'étude vise à examiner comment les processus d'interventions tels que, communication verbale, communication non verbale, communication iconique à l'égard des patients non entendant rend compte de l'efficacité thérapeutique. Autrement dit l'efficacité thérapeutique à l'égard des patients non entendant dépend des processus d'intervention.

Engagement des participants : l'étude va consister en des entretiens cliniques avec le participant.

Engagement du chercheur : nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologique à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Aussi nous nous engageons également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement que vous vous apprêtez à signer pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses à la question ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le participant

Information du participant : vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant le participant seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : Le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations.

Le participant

Le chercheur

ANNEXE 5 : Contenu des entretiens

Entretiens avec le cas J

Le Cas J est âgé de 33ans enseignante spécialisée présentant une surdité bilatérale, elle Vit dans la ville de Yaoundé. Elle est non entendantes depuis l'âge de 6ans

1-Raconte-nous comment ça se passe quand-vous allez à l'hôpital ?

Tu sais que nous exprimons avec les gestes et les signes qui sont ignorer pas les médecins, Quand je suis devant une personne qui signe je suis très contente mais parfois on écrire et on essaie aussi d'oraliser. À l'hôpital c'est difficile, je ne sait pas comment expliquer cette histoire-là. Mais on se bat.

2- Comment se déroule l'entretien au cabinet avec un personnel médical ?

C'est souvent difficile mais si c'est une personne qu'on se voit régulièrement on a déjà les marques de communication. Il fait des gestes qui ne sont pas souvent orientés et je me bats à comprendre. Mais très régulièrement je suis accompagné par mon parent. Mais si on se connaît déjà il parle doucement et je lis sur les lèvres. Je parle de la lecture labiale. Oui ! Quand on parle doucement je devine ce que tu dis. Mais c'est difficile, les gens refusent de nous écouter mais certains prennent le temps pour nous aider. Moi j'ai mon hôpital préféré ou le médecin prend le temps pour me consulter, il écrit je répons aussi par écrit. Les hôpitaux privés sont bien car on consulte bien.

Tu veux dire que dans les hôpitaux privés il y'a les interprète en langue des signes ?

Non ! L'hôpital que je préfère là. Les gens là sont bien. J'ai un mauvais souvenir de l'hôpital public. Mon hôpital est bien, ils prennent le temps pour écouter, il parle doucement pour te permettre de lire sur les lèvres, il te respect, il écrire. Mais dans les hôpitaux publiques ils n'ont pas le temps, ils font trop des erreurs, il gronde, il ne fait même pas effort. Je ne peux plus jamais aller là-bas. Je me rappelle la dernier fois une erreur qu'ils ont faire sur moi je pouvais mourir. D'ailleurs : « mes oreilles sont comme ça à cause d'eux ». Tu vois que dans les hôpitaux publique le médecin ne prend pas bien en charge les personnes qui ne sont pas déficient combien de fois nous qui sommes sourd ? Je préfère partir ou on peut bien me recevoir comme mon hôpital dominicain là-bas, ils sont soucieux et te reçoivent vite, ils font des gestes et des petites signes pour faciliter la compréhension.

Oui ! Je dire ma vérité, avant j'écoutes bien et je parlais aussi bien, mais quand j'étais malade le médecin et l'infirmier m'injectaient chaque jour la quinine, beaucoup de quinine chaque jour sans même contrôler. N'est-ce pas on dit souvent que trop de quinine dans le corps ce pas bon ?

Mais les gens la m'ont dosé et voilà la conséquence je ne parle pas bien et quand tu demandes une information au gens-là ils font comme si c'est moi le problème. Vraiment c'est difficile.

3-Tu veux donc dire que tu peux aller dans ton hôpital là tout seul et tu communique avec ton médecin sans une autre personne pour vous aider ?

Non ! C'est difficile j'aime l'hôpital là mais je ne les fait pas entièrement confiance .je suis toujours accompagné pas mon père ou ma mère pour qu'il vérifie ce qu'on est en train de faire sur moi. Il y'a les jours que c'est lui qui m'aide à comprendre certains paroles et il pose les questions au docteur.

C'est difficile, mon parents doit connaitre tous mes problèmes par c'est que ce lui qui m'aide. Je suis toujours l'enfant de mes parents par ce que s'il ne m'écoute pas je serais malheureuse. Ce difficile que je réponde à cette question mais je peux dire que ça prend le temps et le mal fini toujours. Je trouve que c'est bien mais le temps que je mets avec lui ralenti le travail mais il se bat pour que je guérisse. Oui ! Nul n'est sa présence, peut être les gens là peuvent nous donner le mauvais produire par ce que nous ne pouvons pas poser les vrais questions. Et par écrire il se fatigue. Quand le docteur écrit l'ordonnance je lire et je pose les questions mais très souvent je veux lui demander beaucoup de chose mais ce n'est pas facile. Parce que je vois qu'il est fatigué. Vous pouvez imaginer que vous êtes avec quelqu'un la personne rire et tu ne sais pas pourquoi il rit ? Je suis tellement isolé dans ce milieu au point où je peux faire une crise. Donc tu pars à hôpital pour un problème mais au lieu de trouver une solution la souffrance psychologique s'installe.

Relance : Vous voulez dire que vous n'est pas complètement satisfaire après une consultation médicale ?

Pour tout dire, si la consultation était en langue des signes je serai bien je pouvais dire que je suis satisfait. Il faut une personne qui signe à hôpital par ce que le jour que ma mère sera absente qui va m'aider ? Donc une consultation sans la langue de signe tu penses que je peux être satisfaire ? Il faut les interprètes qui connaissent signé et qui connaissent la langue des signes médicale. Je peux même vous dire que s'il y'a une personne pour interprété et que je ne le connais pas. Ça ne sera pas facile pour me confier à celui-là. Par ce qu'il y'a des mots et les choses normalement qu'on ne dite pas à tout le monde, je préfère encore dire à mon Parent. Je suis allé au service de l'laboratoire ou j'ai vu beaucoup d'image et écrire sur le mur, j'ai lu et je voulais savoir de quoi il s'agit exactement il était difficile. Le laborantin est venu vers moi pour me demander de me coucher sur un lit, je ne voulais pas mais c'est ma mère qui me dit de me coucher. Ce vrai que j'ai lu dans mon Canet prélèvement cervico-vaginal (PCV) et je ne savais pas ce que cela voudrai dire. Je vois comment il fait un geste à ma mère pour qu'elle sorte de la salle j'ai eu peur. Et il m'a fait un geste pour dire

baisse ton slip vraiment avec une chose en plastique et l'autre comme un bâton (le speculum) pour prélèvement cervical vaginal, il enfonce dans mes fesses. C'était ma première fois de voir une chose comme ça et ma mère était à côté même les autres infirmiers me regardaient. Il y'a beaucoup de chose dans le Carnet mais il y'a personne pour m'expliquer, je suis souvent comme le mouton. Après que le médecin a fini de prescrire je puis lire certains noms des produits et je souhaitais qu'il m'explique chaque produit mais il a touché chaque produit et montré une partie du corps à travers un squelette qui était accroché sur son mur. Il y'a eu deux produits qu'il n'a pas montré.

Étant à la pharmacie j'ai écrit pour montrer à la dame là que je suis sourd qu'elle m'explique un peu le rôle des produits. Elle a écrit pour me dire qu'elle est occupée. C'est à la maison que je lis les notices pour comprendre que j'ai les infections, et beaucoup de chose. Je lire les examens du laboratoire il y'a beaucoup de chose mais qui pour m'explique. C'est Grâce à mon téléphone que je comprends les petites choses. C'est trop compliqué en vrai.

4-En tant que personne non entendant, quel est votre bilan concernant la prise en charge médicale et hospitalier ?

Là c'est compliqué ici chez nous je ne sais pas si dans d'autres hôpitaux on a les interprètes en langue de signe. Donc normale une personne qui a les restes auditifs comme moi, oralise, utilise la langue des signes et la lecture labiale par ce que j'ai été démutisée. L'écriture est également capitale dans cette rencontre médicale. Vous avez parlé des images, des dessins c'est bien mais ces éléments ont des limites. Juste parce que tous les non entendants ne savent pas lire ni écrire. Et tous les médecins ne connaissent pas la langue des signes. Parlent de la lecture labiale il y'a beaucoup de conditions d'exposition précises de l'interlocuteur : le visage doit être éclairé face à la lumière, la présence de barbe ou de moustache rend la lecture impossible, le vocabulaire utilisé doit être simple, le discours doit être simple et le rythme doivent être adaptés et l'articulation des mots parfaite, il ne doit pas avoir des bruits de fond afin d'éviter les confusions de sons (mains et pains).

Je pense que la première des choses à faire c'est d'enseigner tout le personnel la langue des signes je parle de la communication totale. Vous voyez que la prise de rendez-vous si on est difficile. Donc c'est frustrant notre parcours, mais comme la maladie n'a pas honte, je préfère que papa achète les remèdes et je boire à la maison que d'aller où on ne va pas m'écouter.

ANNEXE 6 : Entretiens avec le cas D

Le cas D est âgé de 24 ans et agent d'entretien au CNHP et non entendant depuis l'Age de 8 ans, il a une surdité de perception évalué à 75%. Sa surdité est acquise et confirmée.

1-Raconte-moi comment ça se passe quand-vous êtes à l'hôpital ?

Je vais à l'hôpital tout seul et je pose mon problème au médecin, il me répond. Par ce que j'oralise et je sais bien écrire et lire le français car j'ai fréquenté. Je suis devenue sourd quand mon petit frère était nait. Avant s'était un peu difficile de parler avec les gens et j'avais peur d'aller à l'hôpital. J'ai appris à signer à Douala .Quand je suis au service d'accueil je parle ce qu'on ne comprend pas j'écris et il écrit aussi pour me montrer. Mais je pars pas dans n'importe quel hôpital, parce que je sais m'adapter aux autres. Dans cette hôpital ou je travaille je ne me faire pas consulter ici par ce que c'est un peu difficile mais on m'appelle souvent pour aider à comprendre ce que le non entendants qui n'écrit pas et n'oralise pas est entrain de dire. Il y'a une fille au service d'accueil qui connait signer, quand elle est absente c'est moi on m'appelle ou on parle à  cole appelé un enseignant qui signe.

2-Devant un médecin ou infirmier tu communique comment ?

Je dis que j'oralise, j'écris et je signe aussi s'il maitrise la langue des signes on signe au cas contraire on passe à d'autre stratégie. Tu sais qu'en principe il existe plusieurs type de langue de signe, la LSF et les ASL qui représentent ce que le français et l'anglais repente pour tout le monde. Je vais t'expliquer une chose en prenant l'exemple sur les affiches des informations en anglais ou en français. Si l'information est en anglais et tu es ne connais pas l'anglais tu ne peux pas lire et si ce en français, tu es anglophone tu ne connais pas l'anglais tu auras les difficultés de comprendre cet information. Je prends cet exemple pour t'expliquer que une difficulté que nous éprouvons en milieu hospitalier c'est la différence entre les deux langues. Si tu signe en LSF et le traitant en ASL  a serai difficile de vous écouter bien que les signes se ressemblent.

Il faut une nouvelle adaptation, moi je maitrise les deux langues et ça me permet d'être autonome à un moment. Je n'ai pas vraiment grand problème avec l'hôpital mais dans certains services de l'hôpital je trouve des petits difficultés du simple fait toujours écrire met mal à l'aise certains infirmiers et je me bats avec les signes pour les faire rire et être un peu proche de moi. Mais quand c'est sérieux j'écris pour demander et certaine personne aime me taquiner avec les gestes des mains. Mais il y'a un aspect que je vais vous expliquer, quand je suis hospitalisé c'est autre chose je me faire assister par un ami. Parce que quand je dors on peut me mettre un produire ou on ne

veut pas me réveiller. Donc dans les cas plus sérieux je faire appel à mon ami de confiance, il parle et il connaît un peu signer.

Quand je suis au laboratoire je n'ai pas de problème celui de laboratoire il explique ce qui veux faire et les choses se passent sans problème mais il y'a des notions complexes qu'il ne parvient pas à m'expliquer. Et je ne connais pas moi aussi souvent je suis obligé de montrer à mon ami qui parfois m'insulte un peux avec. Comme la dernière fois j'avais une infection urinaire et il a commencé à dire que je suis parti avec une fille. Mais je considère ça comme une blague par c'est que ce mon ami.

3 - Tu veux donc dire que tu peux aller à l'hôpital tout seul et tu communique avec ton médecin sans une autre personne pour vous aider ?

Oui je peux, le réel problème se trouve au niveau de la consultation elle-même par ce que le médecin doit te poser les questions. Je passe dans tous les sévices à la pharmacie par exemple je mets bat à comprendre je n'ai pas besoin de trop d'explication. Le médecin a tout écrire dans le Canet mais les écritures là sont souvent difficiles à lire. Si je m'en tiens à la syntaxe de la langue des signes qui est différente de un français vraiment nous allons rien comprendre. Par Exemples : on écrit : « fumer nuit à la santé », nous allons lire il faut fumer la nuit. Image du virus du SIDA est égale au soleil.

Relance : vous voulez dire que vous pouvez échange avec le médecin sans aucun problème de communication ?

Je vais vous dire beaucoup de chose dans cette situation ce que je dis concerne tous les non entendants. Avant j'avais des problèmes très sérieux avec la communication, je me rappel ma première fois à hôpital, j'avais tellement peur que je suis allé avec un cahier ou j'ai dessiné les choses écrire même. Mais j'étais accompagné de ma mère, j'avais besoins de dire beaucoup de chose au monsieur là en blanc mais je pensais dans ma tête qu'il va dire que je suis sorcier. je vous le dis au jour je vais à l'hôpital tout seul. Avant que je ne devienne autonome de ma santé, j'ai discuté un jour avec ma mère qui ne voulait pas me comprendre alors que c'est elle qui avait vraiment raison. On avait écrire un comprimé après le repas moi suivant la syntaxe de la LSF comprimé puis repas c'est trop de chose dans domaine qui est tellement délicate

4- En tant que personne non entendant, quel est votre bilan concernant la prise en charge médicale et hospitalier ?

Pour mon cas c'est par trop compliqué du simple faite que j'ai le reste auditif et je maitrise la lecture et l'écriture. Je lis aussi sur les lèvres donc je n'ai pas trop difficulté. Mais pour les autres

non entendant qui ne connaissent pas la lecture et l'écriture il faut adapter la consultation à leur niveau de langue. Il se pose également le problème du choix de la langue des signes dans ce milieu. Si le patient parle en LSF ou l'ASL il faut un interprète qui maîtrise l'une de ces langues pour rendre la consultation moins stressante

Pour résumer mes propos, le manque d'informations adaptées à notre handicap et l'incapacité d'accéder au savoir spécifique qui en découle, notamment dans les domaines de la physiologie humaine, la sexualité, les pratiques préventives ou favorables à la santé et les pathologies, sont à l'origine de multiples erreurs donc nous faisons face. Vous voyez que pour que le médecin explique la notion de prévention des maladies transmissibles ce n'est pas facile. Donc ces incompréhensions ne nous permettent pas de savourer le gout de la santé.

La présence d'un interprète professionnel, vise un peu à résoudre le problème, en dehors de son coût et de son délai à pouvoir se rendre disponible, que ce soit au quotidien et surtout dans l'urgence, reste encore un problème sérieux encore qu'on ne les trouve vraiment pas dans nos hôpitaux. Tu vois qu'avec nous les handicapés le secret médical n'existent pas, notre secret partagé, de l'intimité non respectée et d'une confidentialité malmenée.

ANNEXE 7 : Entretiens avec le cas A

Le cas A a une surdité mixte (de perception et de transmission), elle est bilatérale évalue à 75%. Il est âgé de 24 ans il fait la classe de 1^{er} année Esco au Cetif. Son mode de communication n'est essentiellement pas les signes.

1-Raconte-moi comment ça se passe quand-vous étiez avec le médecin à l'hôpital ?

Pour aller à hôpital il faut être malade. Je suis arrivé aujourd'hui parce que depuis plus de 05 jours je suis fatigué, je dors seulement, je vomis et mon ventre me fait mal, je ne mange pas et j'ai trop froid. Quand j'explique au médecin il a de la peine à m'écouter. Je pense qu'il ne comprenait pas grand-chose de ce que je dis. Je vous dis merci si vous pouvez être là pour nous expliquer ce que le docteur nous explique souvent. Je suis venu seul comme ça parce que j'avais tellement mal et j'avais des inquiétudes si j'arriverai à pouvoir expliquer mon problème à la personne que je vais trouver à l'hôpital.

2-Devant un médecin ou infirmier tu fais comment pour communiquer avec lui ?

J'ai commencé chez le médecin et finir chez lui. C'était difficile avec toutes les personnes que j'ai rencontré depuis 8h que je suis ici. C'est comme je vous dis là, j'ai expliqué tous mes problèmes avec les gestes que je connais, j'ai tous explique mais c'est comme s'ils ne me comprennent pas, il me faire attendre comme si je suis venu ici jouer. Vraiment c'est pas facile, tout ce que j'ai dit au médecin il a seulement écoute et il écrire dans mon cahier, il ne me demande rien. Il faire le geste de la main pour dire que j'attends dehors, j'étais beaucoup embarrassé.

Il a écrite dans mon cahier comme si je connaissais lire alors que pendant que il me parlait il m'a montré une chose à lire j'ai dit que je ne peux pas. Tu vois que ce pas facile. Je suis resté sur le banc au point où il est venu me montrer le laboratoire. Et là-bas ils m'ont demandé des choses que je ne comprenais toujours pas. J'ai même faire des gestes de main pour dire que je ne comprends pas il n'a pas compris. C'est ses amis qui m'ont expliqué qu'on va me prélever le sang et j'ai attendu, jusqu'à 12h pour prendre les résultats. J'ai beaucoup attendu et quand je retourne là-bas à l'heure exacte. Une fois là-bas il m'envoi encore chez le père-là qui ne m'a pas expliquer les choses le matin. Je ne sais pas lire, j'apprends encore à bien écrire. C'est à 18 ans que mon oncle m'amène à Yaoundé et je travaille dans son restaurant, je pars    cole.

Le père là lit et parle encore pour dire que je pars en pharmacie pour acheter les médicaments il le dit d'un geste des mains. L'hôpital est trop compliqué pour moi, je ne sais lire, ni écrire, mais j'apprends encore.

3 - Tu veux donc dire que pour aller à l'hôpital tu dois être accompagné ?

Normalement, nous devons être accompagné non par seulement par nos parents mais il faut une personne à l'hôpital qui connaît les signes. Cette personne nous aide à passer les massages et à comprendre ce que dit le personnel. Mais la volonté de rencontrer des soignants maîtrisant la langue des signes me permet de dire tous ce que je pense. Ce vrai que quand je suis avec mon parent je me sens plus en sécurité mais c'est lui qui prend les décisions à ma place, lui qui me rappelle de prendre les remèdes.

Nous devrions toujours être accompagné je me rappelle une fois je pouvais mourir. Mon oncle était absent et il fallait prendre le reste des médicaments et commencer l'autre, au lieu de deux comprimés j'ai pris quatre et mon ventre a commencé à chauffer. J'ai vomi c'est le matin que mon oncle est rentré pour me ramener à l'hôpital. Donc à l'hôpital il est celui qui pose les questions.

4- En tant que personne non entendant, quel est votre bilan concernant la prise en charge médicale et hospitalier ?

C'est encore plus difficile pour nous sourd, je ne sais ni lire ni écrire. Mais à l'hôpital c'est encore difficile. Pour moi, le médecin doit apprendre la langue des signes ou qu'on forme le sourd en médecine. Il faut aussi réduire le nombre de papiers que le médecin nous donne au même moment pour une seule personne qui ne connaît rien. C'est trop de chose qu'il donne. Mais souhaite qu'il mette les dessins au mur de l'hôpital et il nous explique. Une autre chose c'est que les gens nous regardent beaucoup quand nous essayons de nous faire entendre.

ANNEXE 8 : Entretiens avec le cas L

Le Cas L est âgée de 28 ans et enseignante dans une école spécialisée. Le cas L vit à la Cité verte. Elle a une surdité de transmission depuis l'âge de 6 ans. Elle oralise et communique plus avec les signes. Le Cas L a deux enfants entendants.

1-Raconte-moi comment ça se passe quand-vous à l'hôpital ?

La communication est toujours importante à plus forte raison quand la santé ou la vie même est en jeu. Pour nous personnes non entendants, la communication avec les entendants n'est pas chose facile. Elle se complique encore plus lorsque nous sommes à l'hôpital, devant un homme ou femme en tenue blanche. La peur, l'inquiétude et l'étourdissement troublent notre perception. Nous connaissons tous le sentiment d'angoisse qui nous envahit devant un étranger. Une visite chez le médecin ou, pire encore, une hospitalisation. Parfois, nous ne sommes pas préparés, l'événement nous cueille à l'improviste, tout se passe très vite, comme lors d'un accident. Un souci nous fait presque perdre la raison, et nous avons pleine de question : « Que se passe-t-il à présent? Vais-je bien comprendre ce que le médecin me dira ? Pas seulement les mots, mais toute leur signification. »

Le fait est que tous les médecins ne s'expriment pas de la même manière. Certains utilisent beaucoup plus des termes médicaux, un jargon que nous avons du mal à comprendre. Dans d'autres situations, nous sommes trop bouleversés pour être réceptifs à la communication. Quant on n'entend pas, cette situation est encore plus compliquée. Avant je partais à l'hôpital accompagné par un de mes parents qui m'aide à écouter et mieux expliquer au docteur.

2-Devant un médecin ou infirmier tu communique comment ?

Quand je vais tout seul à l'hôpital, ce que le cas de maladie n'est pas trop grave mais si c'est une maladie grave je serais accompagné par ma mère ou ma sœur. Mais depuis j'apprends à partir tout seul. Quand je suis seul je parle et j'écris aussi. Mais quand je parle les gens se moquent de ma voix. Il dit que ma voix fait rire...j'écris, le Dr lis et il m'écrit aussi donc très régulièrement ce n'est pas la communication écrite que je me bats. Actuellement quand je suis là-bas je bloc ma voix d'oiseau. Ce pas facile de te retrouver dans un milieu où les gens te force à parler et il ne parle pas. Au service de laboratoire je me bats, je n'ai pas trop de problème mais vous voyez que les gens là agissent comme si je suis une bête. « Couche-toi... », Avec un geste de la main, et il se met à me prélever, il ne te donne aucune explication alors que à l'entrée tu lui a dire que tu es non entendant. En ce qui concerne les moyens de communication adoptés devant le Dr.

Je parle s'il accepte j'essaie toujours mais il n'aime pas ma voix. J'écrire aussi bien d'ailleurs la méthode qu'il est le mieux accepter mais cette méthode prend trop de temps et parfois

je ne parviens pas à lire ce que le médecin à écrit vous comprenez que ce n'est pas aussi facile d'avoir toutes les informations pas écrire. La dernière fois quand le médecin a interpellé ses collègues de venir me voire parler. Parfois il essaie de me montrer les images qui expliquent mais légèrement ça ne donne pas des bonnes informations.

3 - Tu veux donc dire que tu peux aller à l'hôpital tout seul et tu communique avec ton médecin sans une autre personne pour vous aider ?

Je dire que je vais tout seul et dans les cas difficiles que je me fais accompagner pas une personne de confiance. Je vous dis qu'en plus de la langue des signes je connais lire sur la lèvre si toutes les conditions sont réunies. C'est vrai que la lecture labiale est limitée. Lorsque je souffre de douleurs, ma concentration faiblit et du cours la capacité de lire sur les lèvres devient difficile. Vous voyez que le personnel soignant ne dispose d'aucune connaissance dans l'aspect psychologique. Dans la majorité des cas la communication totale nous aide. Je suis très attentif à ces geste corporelles, quand je dire une chose je vois il froisse le visage, ou il bouge son corps ça me fait réfléchir et j'ai peur de continuer.

Ça réponse me pousse encore à dire beaucoup de chose. J'ai aussi observé chez beaucoup de personnels soignants qu'il prend le temps de regarder ma fasse quand je parle. Pour d'autre il rire et certains parviennent à essayer de me parle avec les gestes de la main. Plus le temps passe j'ai puis maitrisé les mots du médecin et on s'est adapté. Une fois j'avais mal à la tête et il m'a proposé d'écrire par le téléphone c'était un peu bien puis quand j'écris il me répond et deux jours plus tard il m'écrire pour demander si ça va mieux. Parlant d'un accompagnateur je pense que c'est bien mais si ce pas mon parent je ne peux pas lui dire tous ce qui me concerne. Tu vois que si je veux parler des choses qui me concernent j'ai honte encore que c'est un garçon si je lui dit mes choses il va aller raconter au quartier que je suis malade ou qu'il a vu mon sexe. Quand je voulais accoucher pour la première fois ce n'était facile pas je pouvais aller tomber dans l'eau juste y'a personne pour me donner les conseils ou me dire comment ça se passe.

Relance : vous voulez dire que votre gynécologue ne vous dire pas ce que vous allez faire ?

Je vous dit que c'est pas facile avec les hommes et femmes de l'hôpital, vous imaginez que je suis à la (consultation prénatale) CPN plusieurs fois on parle aux femmes je suis aussi comme une chienne devant la télé. Je veux lire sur les lèvres elle me tourne le dors, soit elle est rapide. Je me retourne à l'image et écrire sur le mur c'est où j'ai une idée de ce qu'on dit mais qui peut donc m'expliquer d'avantage. Pour comprendre aussi il fallait interpréter sa posture pour connaitre ce

qu'elle veut dire. Mais à chaque fois qu'elle touche une image je possède par une imagination pour connaître ce qu'elle dit. Les gens applaudissent, ils rient. La partie où j'ai montré mes dents où ils ont montrés les pictogrammes des bébés, comment allaiter, comment laver. Mais j'aurais aimé que ça soit un film par ce qu'elle parle rapidement.

Le jour que j'accouche, j'avais mal au ventre, fatigué et c'est ma mère qui m'accompagne et les gens là m'ont fait coucher sur une table dans une salle, je vois ma mère qui me fait un geste pour dit pousser et faisant comment elle a l'habitude de faire quand on à la maison. Et après un temps elle me dit d'attendre et même geste pour dire qu'il faut reprendre. Au troisième souffle j'ai expulsé mon petit bébé. J'ai considéré que c'est ma mère qui m'a fait accoucher par ce que tout le monde était concentré dans son geste et mes réponses. Les jours que j'ai fait à l'hôpital le Médecin passe tout le matin et avec les gestes de main et corps pour dire ça-va ? il disait aussi tu es forte et avec ces paroles j'ai commencé à me sentir à l'aise et les infirmiers me disaient allaite l'enfant, par ce que quand l'enfant pleure et que maman est dehors je ne comprends pas. Je remercie ma mère pour ce qu'elle fait pour moi.

5- En tant que personne non entendant, quel est votre bilan concernant la prise en charge médicale et hospitalier ?

Je pense que dans notre contexte beaucoup reste à faire, hôpital sans interprète pour les non entendants c'est vraiment un problème. Même s'il y'a un interprète il faut qu'il soit fidèle à ses propos si non me confier c'est un grand problème. Je préfère traiter directement avec le médecin et tout lui dire que d'accepter un interprète que je ne connais pas. C'est mieux de mettre la LSF ou ASL dans le programme des médecins et infirmier. Il faut que nous ayons une confiance totale quand on part à l'hôpital, c'est le médecin qui est le problème et pas moi ou tous les sourds. Un moment maman à commencé à me dire d'apprendre à aller tout seul à l'hôpital par ce qu'elle peut ne plus être là demain. Je m'efforce depuis tout seul d'ailleurs mon deuxième fils maman ma juste retrouvé à l'hôpital et je me bats bien.

Donc le problème actuel c'est juste avoir des explications plus explicite et que si le personne ne peut pas faire la formation en la communication gestuelle qu'il s'ache que le handicap invisible existe et que une bonne explication et le temps mit avec nous réduisent beaucoup le stress et la peur des non entendants.

ANNEXE 9 : Entretiens avec le cas I

Le cas I est âgée de 35 ans et non entendant depuis l'âge de 4 ans. Elle a une surdité mixte et bilatérale évaluée à 75%. Elle s'exprime mieux en langue des signes.

1-Raconte-moi comment ça se passe quand-vous étiez avec le médecin ?

Avant Quand j'étais malade ma mère me conduit à l'hôpital, elle fait tout pour moi et elle me dit de tout faire aussi quand on est à l'hôpital. C'est elle qui parle qui explique. Quand le médecin se tourne vers moi je fais les gestes pour lui expliquer ce que j'ai comme problème. Si c'est la tête je touche, si c'est le ventre je touche en fait je touche toutes les parties de mon corps qui font mal mais je ne sais pas comment lui expliquer d'autres choses que je ressens. Tous mes enfants ce ma mère qui m'accompagne toujours à l'hôpital, c'est difficile que je parle au médecin.

2-Devant un médecin ou infirmier tu communique comment ?

Le médecin a écrit une fois pour me montrer je ne puis lire, c'était difficile, très difficile moi j'ai eu honte et j'étais fâché et je me suis demandé pourquoi il ne signe pas et il écrit seulement ? Tout ça ce n'est pas ma faute. S'il signe je peux bien comprendre mais il se moque de moi comme si c'est ma faute. Très régulièrement je demande je vois seulement le remède entre les mains de ma mère et elle me donne, elle me dit comment je vais boire et elle contrôle.

Mais si ma mère est absente je ne vais pas aller à l'hôpital, le médecin parle vite et ne te regarde pas. Il explique des choses difficiles, je ne comprends rien vraiment c'est difficile. Quand j'avais accouché mon bébé je dormais et après je n'ai pas trouvé mon bébé on m'a expliqué que l'enfant est mort alors qu'ils ont volé. Tu vois que si j'attendais on ne serait pas parti avec mon bébé. Je ne sais pas lire ni écrire mais si on signe je vais comprendre. Donc quand je suis à l'hôpital, j'ai peur qu'on va même me voler devant ma mère. Dans le bureau où nous étions, une fille est arrivée en train de pleurer et le sang coulait sur elle, le médecin a causé avec elle après une femme est venue la prendre. J'ai réfléchi que si c'est moi je vais faire faire comment pour parler au médecin. Ce que j'ai écouté à travers les gestes du docteur qu'elle a fait l'accident.

RELANCE : tu veux dire que si on écrit ton nom tu ne sauras pas lire ?

Si ce sont les petites choses comme le nom, bonjour, bonsoir et même l'argent je sais compter, mais si c'est une longue phrase je ne peux pas. Je ne suis pas allé à l'école mais je sais bien coiffer, je fais des belles coiffures, mais je manque les moyens pour ouvrir mon atelier c'est mon grand souhait.

Si à l'hôpital la consultation était en langue signes américaines je serais comptant et je partirais sans demander à quel qu'un de m'accompagner. Il faut une personne pour interpréter ce que le médecin dire pour moi ou même on faire avec le téléphone.

3 - Tu veux donc dire que tu peux aller à l'hôpital tout seul et tu communique avec ton médecin sans une autre personne pour vous aider ?

Oui je peux aller seul s'il y'a un interprète ou si le médecin connaît bien signé. Lui et moi allons bien communiquer. Tu vois que pour mon bébé si j'entendais bien je devais comprendre comment on porte mon bébé. Mais je vois souvent les images à l'hôpital avec les écrire à coter et je regarde bien l'image je comprends ça. Il y'quelqu'un qui lave les mains, l'autre qui est sur les béquilles, même la maman avec les bébés entrain de donner les seins. Je comprends mais il y'a d'autre que je ne comprends pas c'est difficile. Souvent quand le médecin et ma mère parlent, je vois seulement comment le médecin me regarde et secours la tête, je regarde sur ses lèvres mais il est rapide.

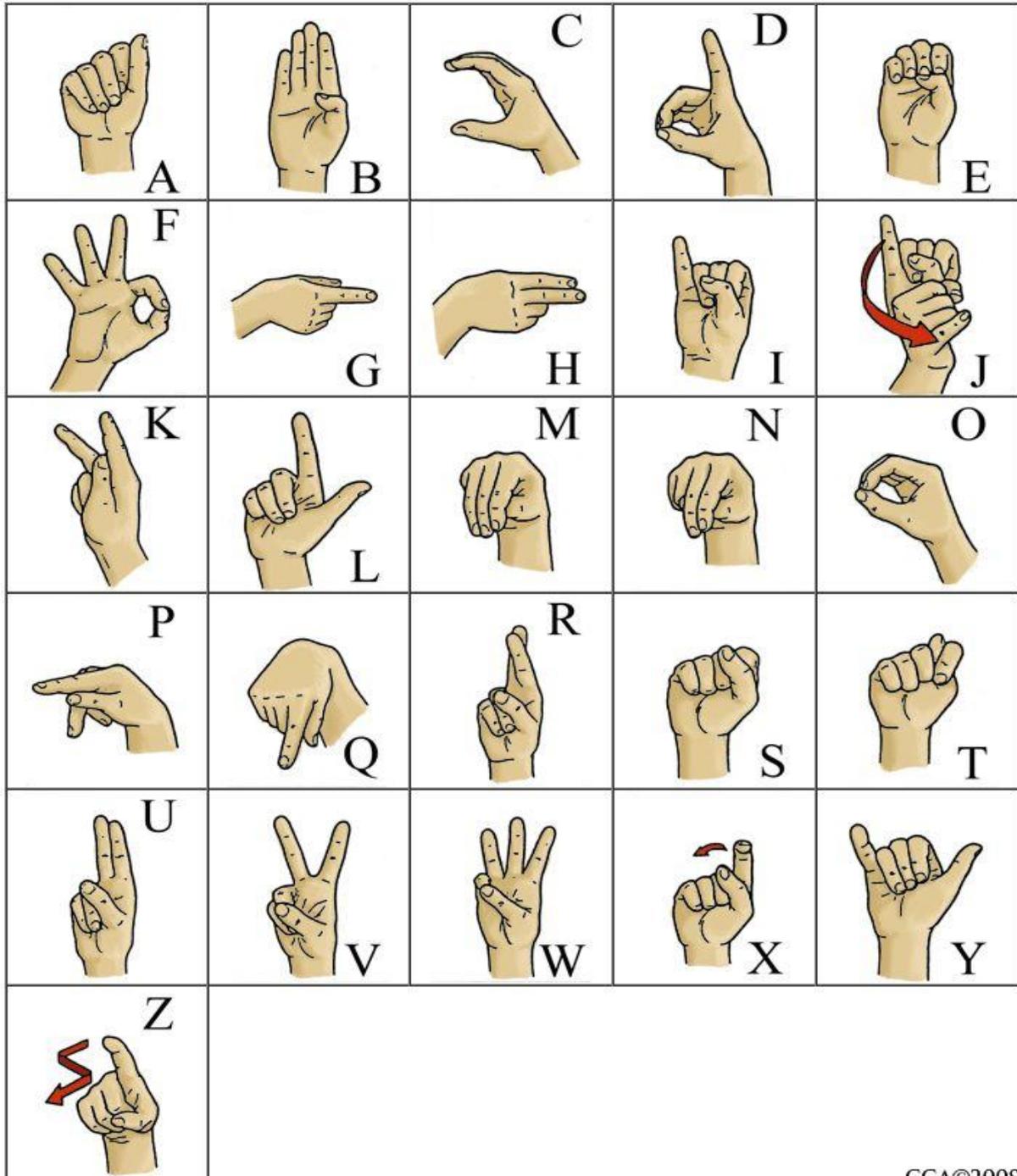
Je veux parler mais je ne parviens pas. Mon problème se trouve sur mon cou quand je veux parler quelque chose me bloque. On n'a prié une fois jusqu'à j'ai vomir un truc et ma voix sortait déjà un peux et après un temps ça calé. Quand je suis enceinte je pars à hôpital toujours avec ma mère. Ce elle qui écoute tout. L'hôpital perd aussi trop de temps, tu arrives tu attends beaucoup pour qu'on te reçoit et tu ne comprends pas, tu vois seulement les personnes passés.

4- En tant que personne non entendant, quel est votre bilan concernant la prise en charge médicale et hospitalier ?

Je vous dire que c'est difficile pour nous dans tous les domaines de la vie. Mais à l'hôpital c'est encore difficile. Par fois je préfère que le médecin se forme en communication gestuelle ou qu'ils réduisent les prix du traitement. Quand je suis à l'hôpital là c'est trop couteux et on met trop de temps. Mais quand j'étais déjà bien avec le médecin là Je comprenais déjà bien gestes. Un jour somme arrivés et je n'ai pas vu le médecin là j'étais trop fâché. J'ai dit à ma mère de se renseigner par c'est que ce lui que je veux vous mais ma mère à dit non on reste ici. On à changer le médecin. Dans ma tête je vous seulement rentrer, j'ai même dire à ma mère que je ne suis plus malade.

Quand j'ai pensé que le nouveau médecin ne va pas rire avec moi comme l'autre, il sera méchant. Par ce que le premier me connaît déjà très bien et on parlait déjà un peu. je sortais toujours de son bureau avec un bonbon ou un biscuit bien que je pas bien compris ce qu'il à dire j'étais content de son sourire. Il faut un interprète, pour expliquer nos problèmes.

ANNEXE 10 : Alphabet dactylologique pour épeler les mots.



CCA©2009

Source : Petit Guide de la langue des signes (2009) Dans wikipédia.

Ce système d'écriture permet au non entendant de communiquer. Par dactylologie (épeler les lettres). Si le thérapeute connaît l'alphabet il pourra faire la dactylologie pour communiquer.

ANNEXE 11 : Carnet du patient non entendant

Le carnet médicale est un document retraçant les informaions médicales liées à une personne. Le médecin écoute le patient et note sa plainte à l'interieur. Chez le nom entendant il doit etre paticulier avec les images à la première des couverture et à l'interieur pour favoriser la commuicaion et la confiance entre les deux protagoniste.

La couverture du carnet contient des images et icône qui envoie un message. Exemple le medecin et patient. cette image à plusieurs sens :

- La rencontre avec le médecin ; l'hospitalisation... . Le non entendant ayant les mains pour parler et les yeux pour entendre vont réagir directement quand il voit l'image.



Sources : image.Google.Com

À l'interieur du carnet il doit avoir des images pour orienter le médecin, de même le patient se sent concerné et plus il se confit. Le médecin présente une des images (maux de tête, migraine ...)

Schémas A

circuit d'hospitalisation du partient non entendant

Voilé par exemple les raisons pour lesquels le patient consulte. Les douleurs au niveau du flanc droit, vomissement, les vertiges, le patient insite que la douleur est trop atrose et reguliere.

A : schemas presentant les signe et symptomes d'une maladie (1,2,3,4)



1

2

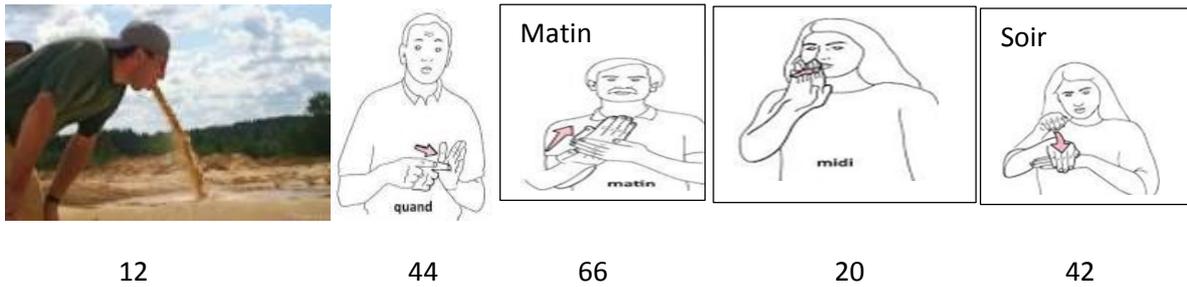
3

4

Source : chris pavone (2021); *apprendre facilement la langue des signes google book*

Sur ces plainte le theurapeute demande « depuis quant tu as ces problèmes? » pour le fait il reprend le symptome dominant du patient et lui demande en (Schéma B) as-tu trop mal? quant la douleur a commencé ? Sur cette question le thérapeute à plusieurs responses, (le debut de la maladie, l'heur à la quel la douleur est intence bref le thérapeut doit etre attentif).

B : schéma présentant le dialogue entre le thérapeute et le patient



12

44

66

20

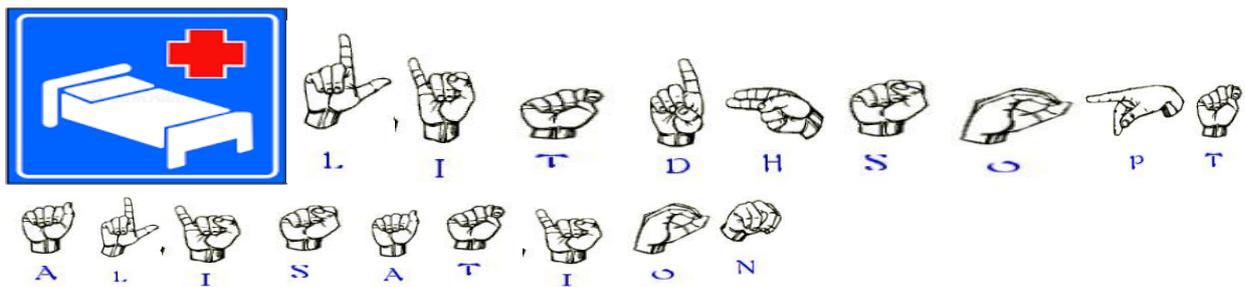
42

source: Chris pavone (2021); *apprendre facilement la langue des signes google book*

Après cette étape en fonction des déclarations du patient le thérapeute doit décider. Il peut lui montrer le lit d'hospitalisation ou lui dire qu'on va lui prélever le sang ou l'hospitaliser ou encore lui donner les médicaments.

C : schémas présentant des propositions de prise en charge ou d'accompagnement du patient (f, L,E,S,P,M)

L



Source : (Mark 2017) *la dactylogie de la langue des signes*

Cette image dans le carnet du patient lui donne déjà une idée sur son hospitalisation. Il faut lui expliquer pourquoi il sera hospitalisé. Le thérapeute peut demander si le patient mange bien avec cette image (f) ou demandé si le patient a faim. Sur cette image, le thérapeute a plusieurs réponses, le patient peut dire : « je ne mange pas bien, oui je mange bien... ». Les images (E, S, P, M) sont des différentes propositions que le thérapeute peut proposer au patient. A travers le schéma L le thérapeute peut faire la dactylogie.



f

Source des images en LS : chris pavone (2021); *apprendre facilement la langue des signes google book*

QUELQUES IMAGE PARLANT



Source : www.istockphoto.com

Douleur abdominal (rechercher la localisation) Schémas 2

Par les images le patient non entendant a une idée sur ce donc le médecin lui demande et pose les questions au médecin,



Source : www.istockphoto.com

Après une prescription médicale on peut expliquer au patient avec les images suivant : prendre un médicament trois fois par jour. Les images présentent le temps de prise et plus bas comment prendre ?

Prescription et prise des médicament.



Manger avant de prendre le remède, boire avant de prendre deux compris et boire beaucoup de l'eau

Source : www.istockphoto.com

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTES DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ANNEXES.....	vii
RESUME	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION GENERALE	1
0.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	2
0.1.1 Contexte de l'étude.....	2
0.1.2. Justification du choix du sujet	6
0.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME.....	8
0.2.1. Formulation du problème	8
0.2.2. Position du problème	12
0.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	13
0.3.1 Question principale de recherche	13
0.3.2. Questions spécifiques de recherche	13
0.3.3. Objectifs de l'étude.....	13
0.3.4. Objectif principal de l'étude	13
0.3.5. Objectif spécifique de l'étude.....	13
0.4. ORIGINALITE ET PERTINENCE DE L'ETUDE.....	14
0.4.1. Originalité de l'étude	14
0.4.2. Pertinence de l'étude	15
0.5. DELIMITATION CONCEPTUELLE ET EMPIRIQUE DE L'ETUDE	17
0.5.1. Délimitation conceptuelle de l'étude	17
0.5.1.1. Déficience auditive	17
0.5.1.2. Efficacité Thérapeutique	18
0.5.1.3. La Communication.....	19
0.5.1.4. Personnel Soignant.....	20
0.6. DELIMITATION EMPIRIQUE	21

	197
0.6.1. Point de vue spatial.....	21
0.6.2. Point de vue temporel.....	22
0.7. PLAN DE PRÉSENTATION DU MÉMOIRE.....	24
CHAPITRE 1 : DÉFICIENCE AUDITIVE ET EFFICACITE THERAPEUTIQUE.....	25
1.1. Déficience auditive.....	26
1.2. Caractéristique de la déficience auditive.....	27
1.3. De la surdité au handicap.....	28
1.4. Surdité et désavantage.....	31
1.5. Surdité et incapacité.....	32
2. ANATOMIE FONCTIONNELLE DE L'OREILLE ET TRANSDUCTION DU SON.....	33
2.1. L'oreille externe.....	34
2.1.1. L'oreille moyenne, la continuité de l'oreille externe.....	35
2.1.2. Oreille interne.....	35
3. PRINCIPE DE CONDUCTION DU SON DE L'OREILLE MOYENNE AU NERF AUDITIF.....	36
3.1. TRAITEMENT DES SONS.....	37
3.2. NEUROBIOLOGIE DE L'AUDITION.....	37
3.3. PERCEPTION AUDITIVE CHEZ L'HOMME.....	38
4. BIO PHYSIOPATHOLOGIE DE L'AUDITION.....	39
4.1. TROUBLE DE L'AUDIBILITE.....	39
4.2. EFFETS DES LÉSIONS COCHLÉAIRES ET LES ANNEXES.....	39
4.3. DÉFICIENCE ET SURDITÉ.....	41
4.4. LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS DE LA SURDITÉ.....	42
4.4.1. La Représentation oraliste de la surdité.....	42
4.4.2. La Représentation bilingue de la surdité.....	43
5. REPRESENTIONS MEDICAL DE LA SURDITE.....	44
5.1. NON ENTENDANT ET SANTE PUBLIQUE.....	44
6- GÉNÉRALITÉ SUR L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE.....	47
6.1. EFFICACITE SYMBOLIQUE.....	47
6.2. SURDITE ET EFFICACITÉ THERAPEUTIQUE.....	48
6.3. L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE.....	49
6.4. CARACTERISTIQUES DE L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE.....	50
6.4.1. Conditions pour parler de l'efficacité.....	51

6.4.2 Variables Associées a l'efficacité Thérapeutique.....	51
6.4.3. Efficacité thérapeutique et durée des processus	53
7. THEORIEs EXPLICATIVES.....	54
7.1. MODELE DE DEVELOPPEMENT HUMAIN-PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (MDH-PPH)	55
7.1.1. Les facteurs de risque ou causal	57
7.1.2. Les facteurs environnementaux	57
7.1.3. Une habitude de vie	58
CHAPITRE 2 : PROCESSUS D'INTERVENTION CHEZ LES PATIENTS NON ENTENDANT	62
2.1. L'INTERVENTION ET SES PROCESSUS	63
2.2. INTERVENTION	63
2.2.1. Processus d'intervention.....	63
2.2.2. Processus classique d'intervention médical	65
2.2.3. Trajectoire des patients.....	66
2.3. le MILIEU HOSPITALIER ET LE NON ENTENDANT.....	68
3.1. MODE DE COMMUNICATION DES PATIENTS NON ENTENDANTS	69
3.2. COMMUNICATION TOTALE	70
3.3. COMMUNICATION VERBALE : LANGAGE PARA VERBAL DANS LES ECHANGES VERBAUX	71
2.3.4. Intervention medicale par la communication non verbale.....	72
2.3.5. Intervention medicale par la communication visuelle.....	72
2.3.6. Intervention medicale par la communication orale associee à la lecture labiale.....	73
2.3.7. Intervention medicale par le langage parle complete (LPC)	73
3.8. INTERVENTION MEDICALE PAR LA COMMUNICATION ECRITE.....	74
2.3.9. Intervention medicale par la communication gestuelle : la langue des signes	74
2.3.10. Intervention medicale par le français signe ou anglais signe	75
2.3.11. Intervention medicale par les iconiques.....	76
2.4. THEORIE DE L'EFFET MEDECIN DE MOREAU ET AL (2016).	78
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	83
3.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	84
3.1.1. Hypothèses de l'étude.....	85
3.1.2. Operationnalisation des variables de recherche.....	85

3.1.2.a. La variable indépendante : les processus d'interventions à l'égard des patients Modalité 1 : Communication verbale	86
3.1.2.b. la variable dépendante : l'efficacité thérapeutique	86
3.1.3. Description d'hypothèses	87
3.1.4. Hypothèses de recherche spécifique.....	87
3.1.5. Tableau synoptique de l'hypothèse, des variables, des indicateurs et indices	88
3.2. TYPE DE RECHERCHE.....	90
3.2.1. Méthode de recherche : étude de cas	90
3.2.2 Justification du choix de l'étude de cas	91
4. PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION DU SITE DE L'ÉTUDE.....	91
4.1. PRESENTATION DES SITES DE L'ETUDE.....	91
4.2. JUSTIFICATION DU SITE DE L'ETUDE	92
4.2.1. Population de l'étude	93
4.2.2. Critères d'inclusion.....	94
4.2.3. Critères de non inclusion	94
4.2.4. Caractéristiques des participants	95
5. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES	96
5.1. INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES : LE GUIDE D'ENTRETIEN THEMATIQUE.....	96
5.1.1. Construction du guide d'entretien	96
5.1.2. Le déroulement des entretiens	97
5.1.3. La phase préparatoire.....	97
5.1.4. Le déroulement des entretiens	97
6. TECHNIQUE DE DEPOUILLEMENT	98
6.1. CODAGE DES DONNEES	99
6.1.1. Grille d'analyse.....	99
6.1.2. Technique d'analyse des données.....	100
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES	102
4.1. RECITS DE VIE DES CAS DE L'ETUDE.....	103
4.1.1- Cas J2	103
4.1.2- le cas D1	105
4.1.3. Le cas A3	108
4.1.4- le cas L5	110

	200
4.1.5 - le cas I.....	113
4.2. ANALYSE DES RÉSULTATS	115
4.2.1- Intervention par la communication verbale.....	115
4.2.2- Intervention par la communication non verbale.....	119
4.2.3. Intervention par la communication iconique	124
4.2.4- Amélioration de paramètres vitaux	126
4.2.5. Attitudes.....	128
4.2.6. Réhabilitation.....	129
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	132
5.1. RAPPEL DES DONNEES THEORIQUES ET EMPIRIQUES.....	133
5.1.1. Rappel des données théoriques	133
5.1.2. Rappel des données empiriques.....	135
5.2. INTERPRETATION DES RÉSULTATS.....	137
5.2.1. De l'intervention par la communication verbale a l'efficacité thérapeutique	137
5.2.2. De l'intervention par la communication non verbale a l'efficacité thérapeutique	142
5.2.3. De l'intervention par la communication iconique a l'efficacité thérapeutique	146
5.2.4 Discussion.....	150
5.3. LES PESPECTIVES	151
5.3.1. Perspective théoriques	151
5.3.2. Perspectives professionnels	152
CONCLUSION GÉNÉRALE	156
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	162
ANNEXES	174
TABLE DES MATIERES.....	196