



UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Sourds et accès aux soins, vidéo d'informations destinée aux médecins**

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 2024 à 16h

au Pôle Formation

**Par Sanaë Benoit**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame la Professeure RICHARD Florence**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur DRION Benoit**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

LSF	Langue des signes Française
UASS	Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecine générale
RSS	Réseau Sourds et Santé
DCI	Dénomination Commune Internationale
FMC	Formation médicale continue
AIMGL	Association des Internes en Médecine Générale de Lille
PRESAGE	Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'Apprentissage des Attitudes et des Gestes
ASL	American Sign Language
ECL	Enseignement Choix Libre
DPC	Développement Professionnel Continu

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
I. Contexte .....	2
II. Problématique.....	3
III. Question de recherche .....	4
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>5</b>
I. Objectif de l'étude .....	5
II. Type d'étude .....	5
A. Etude qualitative.....	5
B. Justification du choix .....	5
III. Caractéristiques de l'échantillon .....	5
IV. Création technique de la vidéo .....	6
V. Contenu de la vidéo.....	6
A. Chapitres de présentation .....	6
B. Chapitre information passive .....	7
C. Chapitre prise de rendez-vous .....	7
D. Chapitre lecture labiale.....	7
E. Chapitre écriture.....	8
F. Chapitres ordonnances .....	8
G. Chapitre médicaments .....	8
H. Chapitre documents .....	9
I. Chapitre interprète.....	9
J. Chapitre 114 .....	9
K. Chapitres UASS et Réseau Sourds et Santé Lille .....	10
VI. Recueil des données .....	10
A. Guide d'entretien .....	10
B. Déroulé de l'entretien .....	10
C. Retranscription .....	11
VII. Analyse des données .....	11
VIII. Ethique .....	11
<b>Résultats .....</b>	<b>12</b>
IX. Strengths : Forces .....	15
A. Forme de la vidéo.....	15
1. Durée .....	15
2. Rythme et chronologie .....	15
3. Intelligibilité des informations .....	16
4. Pouvoir attractif, vidéo ludique .....	16
5. Visionnages multiples/ mise en pause .....	17
6. Facilité de diffusion.....	17
7. Accessibilité .....	18
B. Fond de la vidéo.....	19
1. Apporte des informations nouvelles .....	19
2. Outil concret et pratique .....	20
3. Sensibilise aux problématiques et à la culture Sourde .....	20

4.	Casse les idées reçues .....	21
5.	Sensibilise sur les failles de prise en charge .....	22
6.	Liens avec l'exercice en médecine générale .....	22
7.	Provoque la réflexion / Fait chercher des solutions .....	23
8.	Met en confiance / donne envie de s'impliquer .....	24
9.	Impression générale positive .....	25
X.	Weaknesses : Faiblesses .....	26
A.	Forme .....	26
1.	Attractivité/ Concentration .....	26
2.	Rythme et densité .....	26
3.	Problèmes techniques .....	27
4.	Vocabulaire / orthographe .....	27
B.	Fond .....	28
1.	Contexte initial peu expliqué .....	28
2.	Manque de précisions .....	28
XI.	Opportunities : Opportunités .....	30
1.	Sujet peu connu .....	30
2.	Expériences négatives de consultation avec patients Sourds .....	30
3.	Expérience positive avec interprète .....	32
4.	Conscience des difficultés des Sourds/ Intérêt initial pour le thème .....	33
5.	Rôle de la communication en Médecine Générale .....	33
6.	Stratégie de diffusion .....	33
7.	Support supplémentaire .....	34
XII.	Threats : Menaces .....	35
1.	Population Sourde peu nombreuse et faible disponibilité des médecins .....	35
2.	Inadéquation pratique de remplacement .....	35
XIII.	Résultats annexes : Intérêt pour d'autres formations sur le thème .....	37
	<b>Discussion .....</b>	<b>40</b>
A.	Résultats principaux .....	40
B.	Faiblesses et limites .....	41
C.	Perspectives .....	41
1.	Recherches complémentaires .....	41
2.	Futur de cette vidéo .....	41
3.	Organisation de formations .....	43
a)	Pour les médecins et étudiants .....	43
b)	Pour les patients .....	47
	<b>Conclusion .....</b>	<b>48</b>
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>49</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>53</b>
	Annexe 1 : Guide d'entretien .....	53
	Annexe 2 : Exemple de plaquette informative complémentaire .....	54
	Annexe 3 : Exemple de questionnaire pour analyse complémentaire .....	56

## RESUME

**Contexte** : La communauté Sourde présente une vulnérabilité en termes de santé, et des difficultés d'accès aux soins. La formation des médecins et étudiants en médecine améliore cet accès aux soins. Une formation courte sous forme de vidéo est proposée aux médecins généralistes des Hauts-de-France.

**Méthode** : La vidéo a été créée en dessins animés. L'avis des médecins a été recueilli en méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. L'analyse des données a été faite en analyse thématique et intégrée selon le modèle SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces).

**Résultats** : La vidéo a été appréciée pour son format court, son rythme et sa chronologie, son pouvoir attractif, l'intelligibilité des informations, son accessibilité, sa facilité de diffusion et ses possibilités de visionnages multiples. Elle apporte des informations nouvelles, sensibilise aux problématiques des Sourds, casse les idées reçues, met en confiance et provoque la réflexion. Des problèmes techniques ont été relevés, et il manque des précisions sur certains sujets. Elle s'intègre bien dans la pratique de médecine générale.

**Conclusion** : La vidéo donne une bonne impression générale aux médecins interrogés. Son format vidéo est pratique, et elle apporte des informations concrètes. Il y a des précisions à apporter sur certains sujets, qui peuvent être complétés par d'autres supports. Elle ouvre la porte à d'autres possibilités de formations. Une diffusion large, utilisant les réseaux sociaux et des partenariats permettra une utilisation optimale de cette vidéo.

Cette vidéo est disponible sur la chaîne Youtube® du Réseau Sourds et Santé, sous le titre « Boîte à outils pour les consultations avec vos patients Sourds ».

<https://www.youtube.com/watch?v=rlzRkWwR8Gw>

# INTRODUCTION

## I. Contexte

Le handicap auditif concerne plus de sept millions de personnes en France, soit 11% de la population(1). Cela correspond à des populations diverses, avec des réalités différentes, et des « degrés » de surdité différents. Certains se retrouvent dans une culture commune, avec une langue partagée, la Langue des Signes Française (LSF), ainsi que des représentations communes(2–4). Il s’agit de personnes sourdes de naissance, ou au stade pré-lingual (avant trois ans). Le nombre de locuteurs langue des signes en France est difficile à estimer, il est entre 80 000 et 120 000 selon les sources(1,5).

Lorsque l’on fait réference aux personnes se réclamant de la culture sourde, on utilise le terme Sourd avec une majuscule(2–4). Cette communauté présente une vulnérabilité en termes de santé. On constate une fréquence plus importante de pathologies chroniques, une qualité de vie ainsi qu’une santé mentale défavorables en comparaison à la population générale(1,6).

Le choc culturel et les difficultés de communication entravent la relation médecin-patients, indispensable à des soins de qualité. Cela amène des incompréhensions entraînant des erreurs diagnostiques, et des difficultés à l’investissement dans le traitement(3,4,7). A l’inverse, une communication satisfaisante permet d’augmenter la satisfaction des patients, l’observance thérapeutique, et l’état de santé global(7).

Pour améliorer leur accès aux soins, une vingtaine d’Unités d’Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS) ont été cr e es sur le territoire français(8,9). Elles proposent des consultations en langue des signes, ou avec interprètes, plus ou moins interm ediateurs (médiateurs culturels). Elles se basent sur la préconisation de la circulaire DHOS : ce n’est désormais plus au patient de s’adapter à la langue des professionnels de santé, mais c’est le système de santé qui doit utiliser la langue dans laquelle le patient est le plus à l’aise(10). Cependant, ils ne remplacent pas le médecin traitant. Il est la pierre angulaire du parcours de soin, et le premier recours des patients.



## II. Problématique

La formation des médecins aux particularités culturelles des Sourds améliore leur capacité à prendre efficacement ces patients en charge, et l'accès à la santé de ces derniers(3,6,11,12). La HAS reconnaît la nécessité pour les étudiants en santé d'être sensibilisés aux spécificités des publics ne parlant pas la même langue qu'eux(13). Il n'y a pas de formation spécifique obligatoire dans le cursus de formation médicale initiale, et les étudiants ont peu d'occasion d'en apprendre plus sur ce sujet(3). Une formation longue auprès de généralistes installés paraît difficile à mettre en place en termes de participation, en raison du faible ratio de Sourds dans leur patientèle. Une telle formation avait été envisagée sur la période 2007-2008 par le réseau Sourds et Santé du Nord-Pas-de-Calais, en association avec le département de Formation Médicale Continue de la faculté de Lille, mais le taux de réponses était trop faible pour la mettre en place. Elle consistait en deux modules de 3 heures et 7 heures. Le premier était axé sur l'accueil des Sourds, leurs pathologies et problèmes de santé « spécifiques », ainsi que des aspects linguistiques. Le second était une journée d'initiation à la Langue des Signes et aux règles de base de communication avec le patient Sourd.

Lors de la préparation de cette thèse, l'idée d'une formation a été également proposée sur deux groupes Facebook®, comprenant respectivement 264 et 207 personnes adhérentes à l'association des internes de médecine générale de Lille (les deux comprenant en grande partie les mêmes personnes). Une formation en présentiel intéressait 1 personne, en présentiel ou en webinaire 5 personnes, et en webinaire 44 personnes. Devant des difficultés logistiques l'alternative d'une vidéo a été choisie. Une vidéo courte regroupant des spécificités culturelles et de prise en charge des patients Sourds permettrait de toucher plus de professionnels et d'être diffusée plus facilement. La vidéo permet de capter l'attention, et aide à retenir plus efficacement les informations(14). Elle doit être courte pour ne pas perdre l'attention du visionneur(14).

La vidéo créée est disponible sur la chaîne Youtube® du Réseau Sourds et Santé, sous le titre « Boîte à outils pour les consultations avec vos patients Sourds ».

<https://www.youtube.com/watch?v=rIzRkWwR8Gw>

### **III. Question de recherche**

Quel est l'avis des médecins généralistes et internes du Nord-Pas-de-Calais sur une vidéo d'information et d'aide à la consultation de patients Sourds ? L'objectif principal est d'obtenir l'avis de médecins afin d'optimiser la vidéo. Un objectif secondaire est de recueillir leurs avis sur d'autres possibilités de formations.

## **MATERIELS ET METHODES**

Les formations spécifiques sur les particularités des patients Sourds sont difficiles à mettre en place en raison du temps à y consacrer, par rapport au faible ratio de Sourds dans une patientèle. Une vidéo permettrait de toucher plus de monde, de mobiliser un temps d'attention plus court, et d'être accessible plus facilement.

### **I. Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'avis de médecins et internes sur une vidéo d'aide à la consultation de patients Sourds dans le Nord-Pas-De-Calais.

### **II. Type d'étude**

#### **A. Étude qualitative**

Il s'agit d'une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés, effectués à l'aide d'un guide d'entretien. Ils ont été faits en présentiel.

#### **B. Justification du choix**

La recherche qualitative permet de faire ressortir des idées auxquelles l'enquêteur n'aurait pas pensé lors de l'élaboration d'un questionnaire. Il s'agit de recueillir les avis des médecins et internes à la suite du visionnage de cette vidéo, en relation avec leurs expériences et pratiques médicales.(15)

### **III. Caractéristiques de l'échantillon**

Des médecins généralistes installés, remplaçants et internes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais ont été inclus. L'échantillonnage a été fait pour recruter des

médecins ayant une expérience diverse de consultations avec des patients Sourds, allant d'aucune à plusieurs, de patients suivis ou vus ponctuellement.

## **IV. Création technique de la vidéo**

La technique de dessins animés a été choisie pour la création de cette vidéo. Les illustrations ont été réalisées à la main puis colorisées et retravaillées sur Photoshop par l'artiste Kla. L'animation vidéo a été effectuée à l'aide du logiciel After Effect®. Les prises de sons ont été faites au micro via le logiciel Audacity®. L'interprète Mélissa AMIC a été filmée via un smartphone, puis la traduction a été incorporée à la vidéo. Le montage a été fait via le logiciel Power Director®. Des sous-titres ont été ajoutés afin de faciliter la compréhension, en utilisant le même logiciel. Elle a été mise en ligne sur le site internet YouTube®. La vidéo dure 4 minutes et 40 secondes.

Elle est disponible sur la chaîne Youtube® du Réseau Sourds et Santé, sous le titre « Boîte à outils pour les consultations avec vos patients Sourds ».

<https://www.youtube.com/watch?v=rlzRkWwR8Gw>

## **V. Contenu de la vidéo**

Une recherche bibliographique a été effectuée pour le contenu de la vidéo, qui est divisé en chapitres.

### **A. Chapitres de présentation**

Les deux premiers chapitres sont dédiés à une présentation de la communauté Sourde. Le premier comporte le titre de la vidéo, « Boîte à outils pour les consultations avec vos patients Sourds », accompagné d'une illustration de mallette médicale. Elle s'efface pour laisser place à un personnage qui réfléchit. La voix off précise : « Accueillir de façon optimale des patients Sourds en consultation n'est pas toujours facile. Voici quelques astuces et choses à savoir pour aider vos patients à accéder aux soins de qualité ».

Le second chapitre montre un personnage qui passe avec un sac à dos, pour illustrer le bagage culturel. La voix off précise qu'il existe une communauté sourde,

que l'on nomme Sourds avec une majuscule, qui partage des normes et des valeurs culturelles, ainsi qu'un système de communication complet. Elle précise également que les patients Sourds n'ont pas forcément le même référentiel que les entendants(2–5,16–18).

## **B. Chapitre information passive**

Le troisième chapitre est illustré d'une radio, d'une télé, et d'un groupe qui discute. Il est complété par l'apparition du signe « mute » pour signifier le fait que les Sourds n'ont pas accès à ces canaux-là. De par ce biais d'information, les patients Sourds peuvent avoir des lacunes sur les bases physiologiques, médicales et de santé en général(3,5,6,16,19,20). Cela est précisé en voix off, et l'importance d'expliquer de façon plus détaillée est soulignée.

## **C. Chapitre prise de rendez-vous**

Le chapitre suivant concerne les difficultés de la prise de rendez-vous. Lorsque celle-ci s'effectue uniquement via un secrétariat téléphonique, elle est difficile pour les patients Sourds(5,6,16–18). Ils sont parfois obligés de demander à des proches de prendre rendez-vous pour eux, ce qui atteint le secret médical et l'autonomie des personnes. Ce passage est prévu pour rappeler l'importance de laisser un accès par planning en ligne, mail ou sms. Il est en texte animé et ne contient pas d'illustration.

## **D. Chapitre lecture labiale**

Dans ce chapitre, il est question de la lecture labiale. Elle ne permet de transmettre que 30% des informations(4,6,16). Une précision est apportée à l'oral sur les moyens d'optimiser cette lecture : se placer bien en face, articuler normalement sans exagérer, et éviter de se mettre à contre-jour(4,17,18). Il s'agit également de demander au patient quelles sont les méthodes de communication avec lesquelles il se sent le plus à l'aise(17). Cette partie est illustrée en texte animé, avec un personnage entouré de points d'interrogation.

## E. Chapitre écriture

Ce chapitre contient l'image d'une feuille avec des signes incompréhensibles, quelques mots en français, et quelques-uns dans d'autres langues. Cela illustre la faible efficacité de l'écriture pour se faire comprendre. Beaucoup de Sourds sont non lettrés(18,21), et la syntaxe de la Langue Française écrite n'est pas la même que celle de la Langue des Signes(4,16,17). Cette explication est également précisée par la voix off.

## F. Chapitres ordonnances

Les spécificités de l'ordonnance sont illustrées par différentes parties, qui insistent sur les écueils pouvant gêner la compréhension. La représentation du temps est différente en langue des signes française et en français écrit. Les durées sont souvent mal comprises, et il est plus efficace d'indiquer les dates de début et d'arrêt des traitements(21). Cela est illustré par un dessin d'une ordonnance, puis une frise chronologique, et un texte animé. Un point est fait sur les prescriptions à occurrences multiples, telles que « trois fois par jour, quatre fois par jour » ... Elles sont sources d'erreurs également. Il vaut mieux indiquer les moments de la journée où prendre le traitement : matin, midi, soir, coucher(21). Cela est précisé par la voix off et illustré en texte animé. La suite indique que les termes « avant, après le repas, à jeun » sont pourvoyeurs d'erreurs de prise médicamenteuse (16,21). Il est préférable d'énoncer clairement l'ordre de prise avec des marqueurs chronologiques tels que « en premier », « en second ». L'illustration comprend un pictogramme d'assiette et couverts, une flèche représentant le temps, un cachet, et les numéros 1 et 2 s'affichant progressivement au-dessus des items. Enfin l'utilisation de calendriers et de dessins est mise en avant, notamment pour les prescriptions complexes avec des comprimés pluri-sécables. L'illustration contient deux comprimés qui se cassent progressivement.

## G. Chapitre médicaments

Les boîtes de médicaments peuvent être sources d'erreurs de prise si elles changent trop souvent(21). La voix off précise de prescrire en DCI et de travailler avec les pharmaciens pour donner le plus possible les mêmes génériques. Cela est illustré par deux boîtes de médicaments qui se ressemblent, en inversant les

couleurs et le sens du nom (G-BOBOLA, BOBO-G-LA). Il est également indiqué de ne pas hésiter à noter le diagnostic à côté des médicaments, ce qui rend plus concret la prise de traitement, plus facile à comprendre et à accepter(21). Cette partie est illustrée en texte animé.

## **H. Chapitre documents**

Dans une consultation classique, si l'on prescrit plusieurs choses, on peut vite accumuler les documents. Si le patient Sourd en a trop d'un coup et qu'il n'a pas bien compris à quoi cela correspond il peut être désorienté(21). Cet encart encourage à diminuer le nombre de papiers, et à noter à quoi cela correspond (laboratoire, pharmacie...) ainsi qu'à dessiner un pictogramme si nécessaire. L'illustration est composée d'un personnage disparaissant progressivement derrière une pile de documents.

## **I. Chapitre interprète**

Le moyen de communication qui permet la meilleure transmission des informations est l'interprète(4,16,17,22). La voix off indique comment on peut faire appel à eux (Réseau Sourds et Santé, associations). Elle précise également les dangers liés aux interprètes non formels, c'est-à-dire l'entourage. L'interprétariat est un exercice difficile qui nécessite une formation pour pouvoir traduire avec justesse. De plus avoir comme interface un membre de la famille nuit au secret médical, et freine au partage de certains sujets sensibles(3,18). On retrouve à l'image un personnage disant « merci » en langue des signes au moment de l'évocation de l'interprète, suivi d'un sigle attention clignotant pour la traduction familiale.

## **J. Chapitre 114**

Un chapitre est consacré au numéro 114. Il a été mis en place comme l'équivalent du 15, et les patients peuvent envoyer des SMS, fax, tchat ou faire une visiophonie au lieu d'appeler(23). L'illustration de cette partie représente une ambulance qui se déplace vers le centre de l'écran.

## **K. Chapitres UASS et Réseau Sourds et Santé Lille**

Les derniers chapitres sont consacrés aux Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS), avec un point sur le Réseau Sourds et Santé du Nord-Pas-De-Calais. Il est précisé l'existence de consultations médicales en Langue des Signes, qui ne remplacent pas le médecin traitant mais permettent de refaire un point(16,18,21,24). Les différents professionnels travaillant dans ces structures y sont présentés, notamment les intermédiaires. Ce sont des professionnels Sourds qui s'occupent de la médiation culturelle afin de permettre une compréhension optimale(24). Cette partie est illustrée par un dessin d'hôpital et du texte animé. La particularité du Réseau du Nord-Pas-De-Calais est expliquée. Elle consiste en une coordination d'interprètes professionnels pour des rendez-vous avec n'importe quel praticien de santé(25). Enfin, les villes comprenant un UASS sont indiquées sur une carte, et leurs contacts sont indiqués dans la description de la vidéo(26).

## **VI. Recueil des données**

### **A. Guide d'entretien**

Les entretiens ont été faits individuellement, à partir de questions ouvertes sur des thèmes définis dans un guide d'entretien(27), disponible en annexe 1. Les réponses à ces questions ouvertes permettaient alors des relances ou des questions plus précises et ciblées. Les entretiens ont été menés d'avril à décembre 2023.

### **B. Déroulé de l'entretien**

Les entretiens se sont déroulés en présentiel, un par un. Ils consistaient en une première partie de questions ouvertes afin de présenter les participants et leurs expériences avec des patients Sourds. La vidéo leur était ensuite diffusée sur ordinateur. Ils ont été encouragés à donner leur avis et critiques. En fonction des réponses, des questions plus précises leur ont été posées pour affiner les réponses.



## C. Retranscription

Les entretiens sont enregistrés sur smartphone. Ils sont retranscrits à l'aide du logiciel Transcriptor® et réécrits sur Microsoft Office Word® sous forme de verbatim, c'est-à-dire mot pour mot(27).

## VII. Analyse des données

Les verbatims ont été étiquetés en s'inspirant de l'analyse thématique. Le codage est d'abord ouvert, puis les idées sont regroupées en thèmes et en catégories. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs Sanaë Benoit et Théo Hildelbert.

Le recueil de données s'est terminé à saturation, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas eu d'apparition de nouvelles idées dans deux entretiens successifs. Les résultats ont été intégrés selon le modèle du SWOT(28) : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces). C'est une méthode initialement utilisée en management pour évaluer des outils ou des projets. Cela permet de prendre en compte les facteurs internes et externes à la vidéo.

## VIII. Ethique

Les entretiens retranscrits ont été anonymisés, et les enregistrements audios supprimés(27). Les noms propres et éléments très particuliers ont été supprimés.

Le formulaire MR4 concernant « les recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé » de la CNIL a été rempli, CERFA n°13810\*01.

## **RESULTATS**

Seize médecins et internes ont été contactés, douze ont accepté l'entretien. Deux n'ont pas donné suite, un a refusé, et un a accepté mais aucune date n'a été trouvée. La saturation des données a été obtenue, avec deux entretiens sans idées nouvelles. Les personnes interrogées étaient internes, médecins remplaçants ou installés, exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais. Les caractéristiques des participants sont précisées dans le tableau 1.

Les résultats ont été intégrés selon le modèle SWOT, et résumés dans le tableau 2.

**Tableau 1 : Caractéristiques des intervenants**

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
<b>Exercice</b>	Interne	Interne	Médecin remplaçant	Interne	Médecin installée	Médecin installé
<b>Genre</b>	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
<b>Âge</b>	25-35	25-35	25-35	25-35	35-50	35-50
<b>Expérience patients Sourds</b>	2 patients, suivis	1 patient, ponctuel	0 patient	2 patients, ponctuel	1 patient, suivi	2 patients, suivis
<b>Techniques de communication utilisées avant la vidéo</b>	Gestuelle Lecture labiale Ecriture Interprète informel	Ecriture Lecture labiale		LDS Interprète informel Interprète professionnel Ecriture	Interprète informel Ecriture Fax Répétitions	Ecriture Lecture labiale

  

	Entretien 7	Entretien 8	Entretien 9	Entretien 10	Entretien 11	Entretien 12
<b>Exercice</b>	Médecin installé	Médecin installé	Médecin installé	Médecin installée	Médecin remplaçant	Médecin installé
<b>Genre</b>	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin	Masculin
<b>Age</b>	50-75	35-50	35-50	35-50	25-35	25-35
<b>Expérience patients Sourds</b>	3 patients suivis	1 patient, ponctuel	Une famille, suivie	1 patient, suivi	1 patient, ponctuel	2 patients, suivis
<b>Techniques de communication utilisées avant la vidéo</b>	Ecriture Lecture labiale	Interprète informel	Gestuelle Ecriture labiale Interprète professionnel Application smartphone	Lecture labiale Ecriture	Lecture labiale Ecriture	Lecture Labiale Interprète informel Interprète professionnel

**Tableau 2 : SWOT**

Interne				Externe	
Strengths : Forces		Weaknesses : Faiblesse		Opportunities : opportunités	Threats : Menaces
<u>Forme</u>	<u>Fond</u>	<u>Forme</u>	<u>Fond</u>		
Durée	Apporte des informations nouvelles	Attractivité / Concentration	Contexte initial peu expliqué	Sujet peu connu	Sourds peu nombreux/ faible disponibilité médecins
Rythme et chronologie	Outil concret et pratique	Rythme et densité	Manque de précisions	Expérience négative consultation patients Sourds	Inadéquation pratique de remplacement
Intelligibilité des informations	Sensibilise problématiques et culture Sourde	Problèmes techniques		Expérience positive avec interprète	
Pouvoir attractif, ludique	Casse les idées reçues	Vocabulaire / Orthographe		Conscience des difficultés/ Intérêt initial	
Visionnage multiple / mise en pause	Sensibilise aux failles de la prise en charge			Rôle communication en MG	
Facilité de diffusion	Liens avec la médecine générale			Stratégie de diffusion	
Accessibilité	Provoque la réflexion			Supports supplémentaires	
	Met en confiance/ donne envie de s'impliquer				
	Impression générale positive				

## IX. Strengths : Forces

Différentes forces de la vidéo ont été mises en avant au cours des entretiens.

### A. Forme de la vidéo

Les participants ont remonté un certain nombre des forces de la vidéo vis-à-vis de la forme, résumées ci-dessous.

#### 1. Durée

La durée est estimée adéquate, courte, par plusieurs des personnes interrogées, sans pour autant nuire aux informations.

Entretien 1 : « *En point fort, je trouve que c'est assez court et il y a pas mal d'informations, ça ne part pas trop dans les petits détails pour pas nous égarer* »

Entretien 5 : « *En termes de longueur, c'est bien, voilà, ce n'est ni trop long, ni trop court. On a les informations essentielles, il n'y a pas trop de redites donc voilà plutôt efficace.* »

Entretien 9 : « *Non mais moi je trouve ça bien parce que c'est relativement court, mais exhaustif, dans le sens où ça explique effectivement, les problématiques potentielles du patient.* »

Un format un peu plus long nuirait à la concentration et risquerait de perdre le visionneur d'après les intervenants 4 et 6.

Entretien 4 : « *Mais sinon non, je trouve que la durée bien pour moi. Il ne faut pas que ce soit plus long parce que sinon les gens ils vont dire oh là là ça dure 10 Min ils vont décrocher, la flemme. Donc ça dure moins de 5 Min, je pense que c'est bien.* »

Entretien 6 : « *Je trouve qu'en plus, ça ne dure pas longtemps. Je me suis dit oula il ne faut pas que ça dure trop longtemps mais ça ne dure pas longtemps. Ça dure le temps qu'il faut.* »

#### 2. Rythme et chronologie

La chronologie utilisée a été valorisée par les participants 2, 6, 8 et 11. Le rythme a aussi été mis en valeur par l'intervenant 6.

Entretien 2 : « *Mais en point fort, bah tu l'as bien disposé. Enfin, le point de vue général, comment faire en consultation et après le réseau.* »

« *Elle est petite, tu as bien organisé les choses donc c'est hyper intéressant* »

Entretien 8 : « *La chronologie de la vidéo, je trouve que les choses comme elles sont présentées, c'est dans un ordre cohérent.* »

Entretien 11 : « *C'est vraiment rangé par, enfin le déroulé il est nickel.* »

Entretien 6 : « *Les infos que tu amènes qui sont dites elles sont bien dites, bien au bon moment, au bon timing, ça enchaîne bien.* »

Après une réflexion sur la chronologie, l'intervenant 4 l'a validée également.

Entretien 4 : « *Après il y a des petits conseils, mais je trouve que l'information limite la plus importante c'est celle sur, je trouve sur l'UASS et elle arrive à la fin. Bon après... la vidéo est pas trop longue mais je me dis s'il y a des gens qui regardent ça vite fait, ils ne vont pas forcément regarder jusqu'au bout et ils peuvent rater le truc que j'estime un peu le plus important, même s'il y a plein de choses qui sont qui sont hyper bien faites. Au début, ça explique bien les difficultés. Après on passe sur ce que nous on peut faire et vers qui on peut se tourner. Moi je trouve qu'elle est bien après... Après au final je ne sais pas si ça serait mieux de le mettre avant. Puisqu'au final si on le mettait avant... Non au final c'est bien parce que ça permet de clôturer. Et si les gens vont jusqu'au bout, ce qu'ils vont retenir c'est ce qui est à la fin quoi.* »

### **3. Intelligibilité des informations**

Les informations indiquées semblent intelligibles. Plusieurs participants ont relevé la qualité de la voix off.

Entretien 1 : « *Bonne articulation.* »

Entretien 5 : « *Non, c'est très clair, la vitesse de diction aussi. On suit.* »

Entretien 11 : « *Elle est hyper didactique.* »

Entretien 12 : « *C'est un bon débit, c'est calme, c'est compréhensible.* »

### **4. Pouvoir attractif, vidéo ludique**

L'attention des participants a été captée efficacement, comme l'indiquent les intervenants 2 et 8.

Entretien 2 : « *Et puis bah elle est intéressante. Enfin moi tu vois je n'ai pas mangé, j'ai rien fait à côté.* »

Entretien 8 : « *Je trouve que les messages sont assez succincts pour qu'on retienne.* »

Les participants 1 et 11 ont mis en avant l'illustration.

Entretien 1 : « *L'illustration, je trouve ça pas mal aussi pour regarder. Avoir l'image qui s'associe à ce qu'on entend.* »

Entretien 11 : « *Très bien illustré, je trouve que ça marque vachement l'esprit, la mémoire.* »

Le participant 5 a soulevé l'importance de la voix off sur le pouvoir attractif.

Entretien 5 : « *L'intonation fait que on reste intéressé jusqu'au bout.* »

## **5. Visionnages multiples/ mise en pause**

Le format vidéo a été plébiscité pour sa capacité à pouvoir être revue facilement. Elle peut être regardée à distance en fonction des besoins, comme en témoignent les participants 2, 5 et 6.

Entretien 2 : « *Je me dis le jour où tu commences à suivre un patient Sourd, la regarder avant ça te permet de je pense, d'avoir des petites clés effectivement* »

Entretien 5 : « *Facile à vite fait garder et facile à regarder si on a besoin.* »

Entretien 6 : « *Parce que potentiellement voilà, il y a des médecins qui n'ont pas de patients sourds dans leur patientèle, bah là c'est mon cas actuellement, et peut-être que j'en aurai après donc ça ne va pas forcément nous intéresser là tout de suite maintenant. Mais c'est bien de savoir où est l'info parce que le jour où effectivement on récupère des patients Sourds, on se dit bah oui c'est vrai tiens il y a cette vidéo-là.* »

Certains participants sont revenus en arrière sur la vidéo lors des entretiens. Ce format permettrait également de pallier la densité des informations.

Entretien 10 : « *Le débit de parole, il est rapide donc il y a beaucoup d'infos mais j'aurais pu mettre pause à un moment.* »

## **6. Facilité de diffusion**

La vidéo peut être envoyée ou postée facilement sur internet. Les intervenants 2 et 6 ont proposé de la poster sur les réseaux sociaux.

Entretien 2 : « *Après ou toi ta vidéo là, la mettre je ne sais pas, sur le groupe des internes ou un truc comme ça, ça pourrait être une bonne manière de d'un peu diffuser les choses. »*

Entretien 6 : « *Après voilà inonder les réseaux sociaux et tout, il faut vraiment penser à tout ça. »*

Le participant 6 a évoqué d'autres possibilités de diffusion.

Entretien 6 : « *Donc là j'imagine des partenariats, avec des structures... » « Les ORL ont pareil, ils ont des réseaux. Et les orthophonistes qui travaillent avec les ORL. Je sais qu'ils sont en contact avec des associations de patients Sourds et malentendants, et il y en a qui se forment aussi au langage des signes. »*

## 7. Accessibilité

La traductrice en Langue des Signes est mise en avant par les participants 1,4, 5 et 11.

Entretien 1 : « *Qu'il y ait la personne qui parle en langue des signes à côté aussi, c'est bien. »*

Entretien 4 : « *Comme il y a la personne qui traduit en langue des signes, ça c'est vachement bien mais ça peut être aussi fait pour les gens sourds et pour le personnel de santé. »*

Entretien 5 : « *Je trouve bien qu'il y a eu aussi la personne qui signe, que ça soit adressé à potentiellement des médecins ou des internes qui sont eux-mêmes Sourds, qui peut être même sont des médecins qui auront tendance à plus facilement soigner, voilà une population qui pourrait qui pour eux est plus comment dire, accessible, voilà pour lequel ils auront plus de talent que nous. »*

Entretien 11 : « *En plus, il y a la petite dame en haut à gauche, là qui fait la langue des signes, c'est super, franchement très bien. »*

L'importance des sous-titres a été mise en avant par les intervenants 5 et 6.

Entretien 5 : « *Au niveau de la forme de la vidéo, je m'aperçois que, enfin voilà, moi je ne fais que lire ce que t'as écrit. » « Mais c'est parce que j'ai aussi une mémoire visuelle plus cognitive. Donc je voilà, j'ai besoin de suivre »*

Entretien 6 : « *Donc voilà et puis c'est bien d'avoir mis le sous-titre et le langage des signes donc c'est vraiment, c'est vraiment bien. »*



## B. Fond de la vidéo

### 1. Apporte des informations nouvelles

La vidéo apporte des informations jugées pertinentes par les participants.

Entretien 9 : *« Je trouve ça bien parce que c'est relativement court, mais exhaustif dans le sens où ça explique effectivement, les problématiques potentielles du patient. »*

Les informations concernant les structures d'aides existantes, le numéro d'urgence, et les aides à la consultation et communication ont été mises en avant.

Entretien 1 : *« L'UASS là je ne savais pas que ça existait, je n'en n'avais jamais entendu parler. » « C'est vrai, je ne savais pas, je savais qu'il y avait un numéro mais je ne l'avais pas en tête »*

Entretien 2 : *« Mais rien que les petites clés un peu de consultation, et puis bah le fait qu'il y ait des réseaux à côté. Tu vois l'UASS moi j'en n'avais jamais entendu parler »*

Entretien 3 : *« Alors bah c'est plutôt détaillé par rapport aux nuances, c'est vrai qu'écrire un peu les durées ça je ne savais pas trop. » « Après toutes les consultations qu'il y a pour les Sourds ben je ne connaissais pas en fait. Qu'on pouvait prendre des rendez-vous comme ça, avec des interprètes. C'est pas mal ! »*

Entretien 5 : *« Voilà je ne savais pas qu'au niveau écriture effectivement ils n'avaient pas non plus la même structuration. »*

Entretien 7 : *« Alors je ne connaissais ni le 114 ni l'UASS. » « Après je c'est bien pour moi, j'ai appris des choses avec la vidéo. Donc que 30% par lecture labiale »*

Entretien 8 : *« Bah du coup, là c'est clair que moi j'aurais essayé par écrit et c'est pas du tout ça a priori qu'il faut faire. Après. Ouais bah là c'est bien parce qu'on a aussi éventuellement des interlocuteurs pour après se former et aller plus loin. » « Et puis ouais, j'ai été surpris qu'ici sur Valenciennes ou Arras, il y ait des ressources. C'est vrai que ça, c'est des choses dont on n'entend pas parler, enfin moi j'en n'ai pas entendu parler. »*

Entretien 11 : *« Ah ça, je ne savais pas qu'ils ont un numéro d'urgence. Je n'en avais jamais entendu parler. »*

Entretien 12 : « *Le système des interprètes, moi je ne connaissais pas, donc c'est vrai que c'est bien fait. Informer les médecins, je pense qu'il doit y avoir des médecins qui ne sont même pas au courant.* »

## **2. Outil concret et pratique**

Plusieurs participants ont relevé le côté pratique de la vidéo et des conseils.

Entretien 5 : « *C'est intéressant d'avoir des exemples précis pratico-pratiques qu'on peut utiliser.* »

Entretien 9 : « *Non, après pour moi, elle est assez succincte, mais plein d'informations utiles pour nous au quotidien.* »

Entretien 10 : « *Bah c'est pratico pratique.* » « *Ce n'est pas superflu, enfin tout est pratique, tout est utile.* »

Entretien 11 : « *Et puis Ben, les conseils, la remise des conseils aux patients dont l'ordonnance là. C'est super bien décrit. Enfin, c'est super intéressant de voir comment on peut faire une ordonnance différemment* »

## **3. Sensibilise aux problématiques et à la culture Sourde**

Le visionnage de la vidéo a permis de sensibiliser certains participants aux problématiques que rencontrent les patients Sourds, et à l'existence d'une culture Sourde.

Entretien 1 : « *Donc vraiment intéressant. Rien que le fait que ce ne soit pas les culturellement les mêmes normes entre guillemets c'est... Ça met, enfin, voilà, ça fait poser des questions* »

Entretien 5 : « *Enfin c'est vrai que quand on ne connaît pas le monde des sourds, on ne connaît pas leurs limites et on peut se dire bah voilà, à part le fait qu'ils n'entendent pas, tout le reste, c'est assez... enfin c'est comme nous, mais en fait c'est assez différent, donc ça c'est intéressant* »

Entretien 6 : « *Cette vidéo, en tout cas même rien que le fait que je sois interviewé, ça me fait prendre conscience de certaines choses. Et là tu dis, Ben oui effectivement j'ai un patient Sourd, ce n'est pas que la consultation qui dure plutôt une demi-heure mais c'est tout le parcours finalement. Tout le parcours et voir de A à Z.* »

Entretien 8 : « *Parce que je me demande, est-ce que justement on ne les voit pas parce que c'est compliqué, ils savent que ça va être compliqué ?* » « *Ils n'utilisent peut-être pas le langage des signes. Est-ce qu'ils utilisent d'ailleurs tous les langages des signes ? Est-ce qu'ils ont eu eux-mêmes accès à cet apprentissage ?* » « *Mais je me dis même la représentation au corps. Du coup, est ce qu'ils ont eu les mêmes chances vis-à-vis de l'enseignement et en fonction de leur niveau d'étude ? Est-ce que c'est vraiment la même communication, tout ça ? Ça me paraît très complexe aussi finalement. Et je veux dire, quand bien même on utiliserait le bon canal de communication du coup, enfin en tout cas des meilleurs outils pour pouvoir mieux communiquer. Bah finalement quels mots on utilise pour qu'ils nous comprennent, pour que la personne en face, elle nous comprenne,* »

Entretien 10 : « *Du coup c'est vrai qu'on ne se rend pas compte en fait c'est hyper compliqué. Si tu n'entends pas, ouais, tu ne peux pas passer un coup de fil.* »

Entretien 11 : « *Certains regardent la télé, mais est-ce que du coup les publicités, les messages de prévention ? Les programmes nationaux, voilà sur la nutrition, et cetera. Est-ce que du coup, ils ont le même message que nous, la même compréhension ? Ça, j'ai été hyper étonnée truc, on n'y pense pas du tout en fait.* »

#### **4. Casse les idées reçues**

La vidéo a permis de casser certaines idées reçues, surtout liées aux moyens de communication, comme le suggèrent les intervenants 2, 4 et 5.

Entretien 2 : « *Les 30% de lecture labiale je ne savais pas, tu vois comme quoi, voilà souvent, on se dit Ah ouais, ils comprennent tout comme ça, mais bon, en fait, pas trop c'est bon à savoir.* »

Entretien 4 : « *J'avais lu qu'il ne fallait pas hésiter justement à faire, à utiliser la famille pour la bonne compréhension. Mais c'est vrai qu'au final, déjà, il y a une part de non-objectivité et puis ils ont... Enfin peut-être que comme ils n'ont pas le vocabulaire médical, ils peuvent aussi faire des mauvaises des mauvaises traductions.* »

Entretien 5 « *Moi pour moi c'était bon bah voilà il n'entend pas et Ben on va utiliser les autres sens et ce n'est pas très gênant. Enfin voilà, en plus ils sont censés avoir les autres sens hyper décuplés, voilà de tout ce qu'on entend dire, et cetera. Mais voilà, je ne pensais vraiment pas que... Enfin, pour moi, la traduction immédiate*

*en visuel, j'écris. Pour moi, c'était simple et je ne savais pas qu'ils n'étaient pas très lettrés. »*

## **5. Sensibilise sur les failles de prise en charge**

La vidéo a permis de se rendre compte de certaines failles dans la prise en charge de patients, et d'axes d'améliorations possibles.

Entretien 10 : *« Le cardio, je ne sais même pas si elle a été finalement, si ça se trouve elle n'a pas été tu vois. Ouais je n'ai pas son compte-rendu donc tu vois elle n'a pas dû y aller. J'ai dû lui prendre le rendez-vous et elle n'a pas été. »*

*« Puis même peut être qu'elle est tombée, mais elle ne me l'a pas dit et du coup moi je ne lui pose pas spécifiquement la question, parce que c'est trop compliqué à comprendre. Peut-être que je n'en sais rien, moi elle a l'appétit qui n'est pas bon et en fait je ne vais pas poser la question parce que bah je suis en strict minimum. Toutes les questions que je peux poser dans l'interrogatoire, je ne le fais pas parce que je sais qu'elle ne va pas, elle ne va pas le comprendre. »*

*« Je ne parle pas, mais finalement je vois bien qu'en profondeur je ne fais pas de prévention. Elle a quel âge, 72, je n'ai pas parlé de mammo. Je n'en parle même pas parce que ça va être la galère pour aller à sa mammo. Bon le test dépistage colorectal je pourrais, j'aurais peut-être pu en parler, je ne l'ai pas fait parce que je réduis ma consulte au strict minimum de parole quoi. »*

Entretien 11 : *« Et puis la remise des conseils, les indications, la prise d'un traitement, et cetera. S'il absorbe que 30% des informations qu'on lui donne, c'est hyper risqué. »*

## **6. Liens avec l'exercice en médecine générale**

Certains participants ont fait le lien avec des expériences vécues avec leurs patients.

Entretien 1 : *« Mais du coup je me dis que potentiellement, avec cette patiente-là dont je te parlais, c'est peut-être ça le problème aussi »*

*« C'est pour ça qu'elle écrit bizarrement quand elle écrit ? »*

D'autres ont réfléchi à des applications directes dans leur pratique.

Entretien 4 : *« Et ça peut toujours servir si on a un patient dans notre patientèle qui est Sourd, on sait qu'il vient, ben on la première fois qu'on le voit, enfin à lui ou sa*

*famille, pour faire en sorte que quelqu'un, soit nous, soit eux, organise la venue d'un interprète. »*

Entretien 6 : *« Ça peut être utile, et ça aurait pu m'être utile il y a 7 ans en arrière. » « Et donc si j'ai des patients Sourds effectivement je verrai peut-être plus spécifiquement avec les secrétaires. »*

Entretien 8 : *« En fait, je vais, j'ai du coup beaucoup plus de choses à faire attention, dans la communication et dans la compréhension. En fait, c'est ce que je me dis en voyant ça. Et dans les ressources, aller chercher en cas de difficulté. »*

Entretien 9 : *« C'est intéressant, surtout sur les prescriptions. » « Alors du coup, j'espère que le pharmacien fait son boulot, enfin derrière réexplique. Mais c'est vrai que si on pouvait noter sur l'ordonnance des choses bêtes, mais effectivement de faire des petits symboles, ce serait beaucoup plus simple. » « Et puis en dehors de ma patiente démente ou là c'est quand même particulier, je me dis même pour ses enfants, ça peut être intéressant et ça je n'avais pas cette notion-là. »*

Entretien 10 : *« Mais bon, le réseau c'est intéressant comme ça, au moins je pourrais les joindre si jamais j'ai besoin d'un spé ou... Je vois elle a une cataracte, elle s'est fait opérer mais peut-être qu'il faudra un bilan ophtalmo. »*

Entretien 11 : *« Si jamais un jour je suis confrontée à ça, et que je vois que c'est un patient qui a une maladie chronique, bah déjà je ne cherche même pas à comprendre, j'appelle l'UASS et je demande à ce qu'il y ait un interprète à chaque rendez-vous. » « Bah déjà je n'utiliserai peut-être pas mon élocution hyper articulée. J'aurais tendance peut-être à proposer quelque chose à l'écrit ou voilà dans l'attente d'avoir un interprète. Voilà mais c'est vrai qu'il faut pallier au manque de compréhension, le jour où il y a quelque chose d'aigu qui vient en urgence en fait. Et vérifier qu'il ait bien tout compris en fait. Enfin ça c'est j'appuierai davantage la consultation sur aussi la compréhension qu'a le patient de ce que je viens de lui dire en fait. »*

## **7. Provoque la réflexion / Fait chercher des solutions**

La vidéo a permis de faire émerger des interrogations chez les participants.

Entretien 8 : *« Je me suis dit plus tard, quand ça va être dématérialisé comment on peut en fait faire en sorte pour quelqu'un qui est Sourd, pour faire des prescriptions adaptées comme celles préconisées, avec aussi des images et des petites annotations ? » « Et là-dessus aussi, je me suis posé la question quand*

*même du secret médical. Ce n'est jamais très clair pour moi à la base, mais par exemple mettre des petites informations diagnostiques sur une ordonnance de médicaments. Je me pose toujours la question, voilà, qu'est ce qui est de l'ordre du secret, de ce qui n'est pas. »*

Ils ont été amenés à chercher des solutions à des problématiques dont ils n'avaient pas conscience.

Entretien 8 : *« Ça fait penser à ça que les développeurs de logiciels médicaux, ils soient sensibilisés aux gens qui ne communiquent pas de la même façon que nous en général. »*

Entretien 10 : *« Ou alors faudrait que je lui prépare un genre de petit questionnaire écrit, que je sais que quand elle vient elle me répond à ce que vous avez chuté depuis la dernière fois ? Est-ce que vous mangez bien ? Est-ce que le sommeil est bon ? »*

## **8. Met en confiance / donne envie de s'impliquer**

Les participants 5 et 6 ont mis en avant le côté rassurant de la vidéo. Le fait d'avoir des aides à la consultation permettrait de mettre en confiance face à l'arrivée d'un patient Sourd.

Entretien 5 : *« Bah d'avoir déjà moins peur. Non mais c'est un truc tout bête mais de me dire bah voilà j'ai des ressources, je sais que je peux facilement trouver un interprète par exemple, c'est quelque chose qui pourrait finalement me mettre moins de freins à accepter un nouveau patient Sourd. »*

Entretien 6 : *« ça me rassure parce qu'il y a des choses que je faisais. »*

*Elle encouragerait à aller plus loin dans la prise en charge.*

Entretien 6 : *« Mais effectivement bah si un jour j'ai de nouveau des patients Sourds déjà je regarderai ta vidéo, mais j'essaierai d'aller plus loin. » « Pareil, pourquoi pas me dire, tiens, peut-être refaire différemment, peut-être faire mieux la prochaine fois si jamais. Voilà donc ouais, c'est questionnant. Et ouais d'un côté ça rassure, puis d'un côté ça donne envie d'aller plus loin et de faire différemment, autrement. Enfin dans le but de faire mieux. »*

Entretien 9 : *« Ba je pense que ça me donne envie d'aller sur le site internet pour notamment avoir des mots. »*

## 9. Impression générale positive

La plupart des participants ont été enthousiastes sur la vidéo. Leur impression générale était positive.

Entretien 1 : « *Intéressant, vraiment !* »

Entretien 2 : « *Trop bien la vidéo !* » « *Non mais franchement c'est super intéressant !* » « *Non, bah pas de points faibles parce que j'ai appris plein de trucs.* »

Entretien 5 : « *Donc non, c'est une bonne impression.* »

Entretien 6 : « *Alors c'est bien, franchement, c'est bien parce que bah ça peut aider* » « *Ben globalement positive hein. Pour moi c'est top. Je pense que sur le contenu il est bien clair tout c'est bien, ça amène beaucoup d'informations, mais beaucoup d'informations pertinentes.* »

Entretien 8 : « *Ça, c'était agréable à regarder.* »

Entretien 10 : « *Super intéressant, on apprend plein de trucs. Ouais franchement trop bien.* »

## X. Weaknesses : Faiblesses

### A. Forme

#### 1. Attractivité/ Concentration

Les participants 1, 11, 2, 8 ont estimé que la vidéo était attractive et captait l'attention. Cependant les participants 1, 5 et 8 ont relevé des particularités pouvant atténuer sa capacité à canaliser l'attention.

Entretien 1 : « *Peut-être juste le fond blanc, j'aurais peut-être mis un autre fond. Pour attirer un peu plus l'attention.* »

Entretien 8 : « *Moi, ce qui m'a un peu perdu peut-être dans la vidéo, parfois, ce qui me faisait décrocher c'est que je regardais la dame qui faisait des langues des signes. Et du coup je la regardais bouger et mon attention, elle a été perdue, j'écoutais plus vraiment. Du coup, peut-être ça, ça m'a un peu perdu.* »

Il y a beaucoup d'informations visuelles simultanées.

Entretien 5 : « *Au niveau de la forme de la vidéo, je m'aperçois que, enfin voilà, moi je ne fais que lire ce que t'as écrit. Je regarde peu les schémas et encore moins celle qui signe, forcément.* »

Les bénéfices d'accessibilité de la traductrice semblent toutefois être supérieurs à l'effet distrayant.

#### 2. Rythme et densité

Le rythme a été évalué comme positif, mais rapide. Certains participants ont été gênés par cette rapidité. Elle est également dense en informations. Ces inconvénients sont pondérés par la possibilité de mettre en pause et de revoir la vidéo.

Entretien 2 : « *Après peut-être je te dirais le moment, tu sais où tu présentes avec tous les traitements, se mettre une petite pause entre les infos, genre 2/3 secondes pour bien assimiler mais sinon ça va. Ouais tu sais parce que ça part un peu, changer... Mettre le matin le midi, couper les comprimés... genre juste de mettre je pense 2/3 secondes entre-temps, histoire de tu sais, t'enregistres bien l'info. C'est le seul truc que je pourrais voir.* »

Entretien 3 : « *Sur la vidéo... Je réfléchis parce que c'est passé vite* »

Entretien 10 : « *Le débit de parole, il est rapide donc il y a beaucoup d'infos mais j'aurais pu mettre pause à un moment.* »



Entretien 7 : « *Un peu dense, peut-être, il faut la regarder 2 fois.* » « *Ouais, c'est ça donc beaucoup d'infos. Alors il faut être à l'écoute quoi, il ne faut pas la regarder en tapant sur son ordinateur.* »

### 3. Problèmes techniques

Des problèmes techniques nuisent à la qualité de la vidéo. L'intervenant 6 en a relevé sur la prise de son et le montage de la vidéo avec la traductrice.

Entretien 6 : « *Après pour perfectionner, il y a le cadre... ça m'a perturbé parce que je le voyais beaucoup. Le cadre de la dame qui fait le langage des signes bouge de temps en temps, de pas beaucoup hein mais ça se voit et ça moi ça me perturbe.* » « *Le son aussi, l'intonation de la voix. Alors un conseil si tu arrives à faire tout d'une seule voix.* »

### 4. Vocabulaire / orthographe

Les participants 5 et 12 ont réagi à l'utilisation de l'anglicisme « background ». Un terme français aurait été plus approprié et compréhensible par tous.

Entretien 5 : « *Tu as utilisé le mot Background. Je me suis dit, est-ce que tout le monde comprendra le mot Background ? Mais je ne sais pas comment on le traduirait en français.* »

Entretien 12 : « *Après, juste au début, quand t'as lancé ta vidéo, il y a le mot Background qui m'a un peu choqué mais sinon le reste c'est bien* »

Des erreurs d'orthographe ont été relevées par les intervenants 6 et 9. Elles ont été corrigées depuis.

Entretien 6 : « *Alors il y a quand même des petites coquilles orthographiques. Il manquait un S dès la première diapo, il manque un S à Sourds.* »

Entretien 9 : « *Voilà donc là il y a 1 C en trop sur l'orthographe de Dunkerque.* »

## B. Fond

### 1. Contexte initial peu expliqué

La vidéo n'a quasiment pas de chapitre illustrant le contexte. Le participant 1 a été étonné d'apprendre lors de l'entretien que la population Sourde est sujette à une santé précaire.

Entretien 1 : Investigateur : « *Et en fait, quand tu cherches un petit peu, la population sourde, est plus sujette à des maladies chroniques, à enfin une santé plus précaire* » Participant : « *Ah bon ?* »

Le participant a également fait l'amalgame Sourds et surdité acquise. Cette information n'est peut-être pas assez appuyée.

Entretien 1 : « *Oui après c'est différent quand ils sont appareillés, et on a souvent les personnes âgées c'est tout... Ah oui en fait je n'ai pas compté les personnes âgées mais si j'en ai eu beaucoup !* »

### 2. Manque de précisions

La plupart des participants ont posé des questions sur le fonctionnement de l'UASS et du RSS. Cela peut être vu comme un intérêt pour le sujet, mais aussi comme le signe d'un manque d'informations, ou de clarté de celles-ci.

Entretien 1 : « *Et du coup on peut les orienter comment ?* » « *En gros on leur dit tel jour, telle heure ; parce que là je vais voir à domicile Madame ; du coup ils viennent sur place ?* » « *Ils restent 1h ?* » « *Et l'organisme dont tu as parlé. Les interprètes qui viennent, ce sont des médecins, c'est quoi ?* »

Entretien 2 : « *Et du coup c'est des interprètes qui sont formés pour l'interprétation médicale ?* »

Entretien 4 : « *Est-ce qu'après, enfin, s'ils vont à la pharmacie est-ce que l'interprète il va avec eux à la pharmacie ou non ?* »

Entretien 7 : « *Et l'UASS, donc on comment on fait pour s'appuyer sur l'UASS alors en fait ?* »

Entretien 8 : « *Et du coup leur délai ?* » « *Et finalement c'est coup de fil ?* »

Entretien 11 : « *Du coup, en fait, ils sont vus, ils font un nouveau point mais, ils ne peuvent pas être suivis là-bas ?* » « *D'ailleurs est ce que ça a un coût pour le patient ?* »

Entretien 12 : « *Les UASS c'est quoi ? Je ne connais pas.* »

Un participant a eu besoin d'explications en plus sur les dessins, un autre sur l'écriture, et un sur le 114.

Entretien 4 : « *Mais il disait aussi qu'on pouvait faire avec dessin. Alors je ne vois pas trop comment on peut faire avec des dessins... Ou il faut dessiner 1/4 de comprimé, écrire matin ?* ». Résultat à pondérer car il est revenu dessus par la suite, mais le support visuel pourrait être modifié pour accentuer cette compréhension : « *Effectivement les dessins c'était bien fait, c'est juste que je n'ai pas tilté qu'il y avait les petits morceaux qui disparaissent.* »

Entretien 11 : « *Mais je ne savais pas que même quand on lui écrit en français, en fait il peut ne pas comprendre, c'est ça ?* »

Entretien 11 : « *Voilà alors du coup comment ça fonctionne parce qu'il tombe sur quelqu'un ?* » (Concernant le 114)

La notion du temps a intrigué les participants 1, 4 et 5.

Entretien 1 : « *L'histoire que la notion du temps n'est pas la même, c'est, enfin, comment ça se fait, comment on peut avoir ça ?* »

Entretien 4 : « *Et comment ça se fait, parce que les avant/ après ils ne les utilisent pas trop en Langue des signes ?* »

Entretien 5 : « *Et on explique le pourquoi ils n'ont pas la même, comment dire ? Pourquoi quand on écrit 1 G, 3 fois par jour ou pendant 7 jours, pourquoi ils ne le comprennent pas ?* »

Au cours de l'entretien 9, d'autres informations ont été exposées, sur l'existence d'un dictionnaire vidéo en ligne Langue des Signes. Le participant trouvait judicieux de le rajouter.

Entretien 9 : « *Tout à l'heure, vous me parliez du site internet où il y avait les signes, ça serait, enfin, l'ajouter* »

## **XI. Opportunites : Opportunités**

### **1. Sujet peu connu**

Plusieurs participants ont soulevé leur ignorance du sujet. La vidéo viendrait combler une lacune dans leur formation.

Entretien 1 : *« Ben franchement, hyper intéressant parce que c'est enfin je pense, c'est des trucs de base, mais on n'est pas du tout formé à ça. Enfin moi, je n'ai jamais été sensibilisée à ça de tout mon externat, et même depuis le début de l'internat. » « Mais ça sensibilise, et comme quand on part de 0 bah c'est pas mal. Moi je pars de 0 en fait ! »*

Entretien 2 : *« C'est vrai qu'en soit, même à la fac on n'en parle pas du tout. »*

Entretien 8 : *« Ce que ça m'avait évoqué, c'est que je n'ai pas, je n'ai jamais été sensibilisé au sujet. » « Mais après ouais pour la pratique future le besoin de formation du coup. Ça peut être intéressant. »*

Entretien 11 : *« Je trouve que dans le domaine médical, on a une énorme carence d'informations là-dessus. Ça pourrait être, tu vois rajouter ça dans le collège d'ORL dans le chapitre Surdité, de faire un point sur le parcours d'un patient sourd, et qu'on nous donne ça en fait. »*

### **2. Expériences négatives de consultation avec patients Sourds**

La plupart des participants avaient des expériences négatives de consultations avec des patients Sourds. Certains évoquent la barrière communicationnelle, leurs tentatives d'y pallier et leur frustration. Ce serait un bon terrain pour apporter de l'aide, afin d'améliorer le ressenti des consultations.

Entretien 1 : *« Bah déjà de base, c'est compliqué, je trouve de communiquer avec une personne sourde quand tu ne connais pas la langue des signes et que et que tu ne connais pas la personne aussi. » « Elle n'en fait qu'à sa tête et du coup aussi de gérer cette situation où qui est conflictuelle de base et en plus il y a la barrière communicationnelle c'est dur » « Je ne me sens pas à l'aise que je vais chez la dame chez laquelle j'écris, parce qu'en plus on s'agace l'une l'autre. » « Ça peut arriver que les relations soient conflictuelles avec les patients, et qu'on arrive plus ou*

*moins à désamorcer en parlant. Plus ou moins, je ne dis pas que c'est tout le temps, mais avec elle c'est impossible. »*

Entretien 2 : *« Et ça avait été très compliqué parce qu'on avait dû communiquer sur ardoise et tout ça. » « Eh ben c'était très difficile parce que j'étais avec mon ardoise, j'essayais de trouver des moyens tant bien que mal pour essayer de communiquer avec la patiente, mais en fait je n'arrivais pas à tout comprendre. » « Et puis elle s'énervait quoi, parce qu'on ne comprenait pas et je me souviens que ça a été compliqué. Alors après on avait, on avait réussi, je pense un peu à résoudre le souci, mais ouais, ça a été, ça a été dur. »*

Entretien 4 : *« Donc c'était un peu, pas stressant, mais je me sentais un peu un peu désemparé quoi, de ne pouvoir rien faire quoi. »*

Entretien 5 : *« Je me suis sentie pas forcément à l'aise et je voyais bien qu'il y avait une perte d'informations pendant la consultation, qu'il fallait beaucoup répéter, beaucoup, beaucoup, beaucoup répéter pour être sûr que ça soit compris. »*

Entretien 6 : *« Bah c'était quand même assez particulier. Je ne vais pas dire que je les redoutais mais quand ils arrivaient je vais dire oui c'est vrai, c'est quand même un changement de posture, c'est quand même... Bah encore chronophage, forcément et énergivore. »*

Entretien 9 : *« Alors la patiente, l'aînée enfin la maman, c'est très compliqué. Parce qu'elle est Sourde muette et du coup, analphabète, elle ne sait pas écrire non plus ni lire. C'est compliqué parce que des fois elle vient spontanément sans rendez-vous, et puis on n'arrive pas à se faire comprendre, ni elle. »*

Cependant d'autres participants ont eu des expériences plus positives bien que mitigées. Ils ont eux aussi eu une bonne impression générale de la vidéo.

Entretien 10 : *« Après c'est vrai que je ne peux pas commencer à rentrer dans des conversations profondes, parce que ben c'est un peu limité. Alors quand je vois qu'elle n'arrive vraiment pas à lire sur mes lèvres, je l'écris. Mais en articulant bien, en se mettant face à elle et en parlant tout doucement en général, elle comprend ce que je dis. Et elle, elle s'exprime correctement. Donc du coup elle me répond normalement, et donc du coup la consultation elle se fait correctement. Mais c'est sûr que du coup on ne s'étale pas sur d'autres sujets. La consultation, elle prend 1/4 d'heure et ça ne déborde pas parce que malheureusement on ne peut pas échanger. » « Alors si des fois on se fait des petites blagues ou je lui écris une blague sur un*

*mot comme ça elle rigole, mais on ne peut pas échanger autant que je pourrais échanger avec quelqu'un d'autre. Après elle est contente, elle est satisfaite moi ça ne me fait pas suer de la voir. Enfin je veux dire, quand je vois qu'elle est sur mon planning, ce n'est pas une contrainte pour moi. Je l'aime bien, elle est toute gentille hein, il n'y a pas de souci hein mais c'est sûr que des fois j'aimerais mieux papoter un peu plus et je ne peux pas le faire. Mais sinon au niveau du soin elle est bien prise en charge, elle fait ce qu'on lui demande. On arrive à communiquer sur ses résultats d'examen. Enfin aucun, aucun problème. »*

Entretien 11 : *« Bah le fait d'avoir levé la barrière du masque, et que lui me répondait sur tableau, en fait à partir du moment où on a tous les 2, on s'est mis à l'aise dans notre interaction, c'était beaucoup plus simple. »*

### **3. Expérience positive avec interprète**

Certains participants ont eu affaire à un interprète en LSF, informel ou professionnel. Cette expérience semble avoir été bénéfique pour ces participants. On peut se demander si cela n'a pas participé à l'ouverture vers la population Sourde et la réceptivité aux informations sur ce sujet.

Entretien 4 : *« Là pour le coup avec l'interprète, ça s'est bien passé. La médecin... alors forcément, ça allait moins vite parce que, à chaque fois elle disait quelque chose, il fallait que l'interprète... En plus, c'était une étudiante interprète donc de temps en temps l'interprète professionnelle devait la corriger. Mais sinon je trouve que ça a été assez fluide. La patiente, je pense qu'elle a bien compris les choses. »*

Entretien 9 : *« Et ben moi je trouve ça beaucoup plus simple. Par rapport à quand la patiente vient toute seule. Au moins ça permet d'avoir une discussion. Et c'est là où on s'est rendu compte qu'il y avait probablement de la démence parce qu'elle n'était pas forcément cohérente dans ses propos. » « Ouais en tout cas elle n'a pas l'air... Elle n'est pas inhibée, elle a enfin, elle a l'air d'être à l'aise pour pouvoir s'exprimer, donc c'est plutôt un positif pour elle aussi. »*

Entretien 12 : *« Après bah le papa il vient seul en consult [NB avec interprète, sans accompagnant familial], j'ai l'impression que l'interrogatoire est un peu plus poussé. Il va dire un peu plus de choses. »*

#### 4. Conscience des difficultés des Sourds/ Intérêt initial pour le thème

Des participants avaient déjà conscience des problématiques et un intérêt pour ce thème avant l'entretien. Cela semble favoriser l'envie d'en savoir plus.

Entretien 4 : « *Alors après j'avais demandé à sa fille si elle savait lire parce que j'avais vu qu'il y avait, il y a pas mal de de sourds qui ne savent pas forcément lire. »*

« *Et effectivement ce que j'avais, ce qui était ressorti, c'est que l'accès aux soins il est assez mauvais pour les gens Sourds »*

Entretien 6 : « *Donc je leur dis bah moi j'aimerais bien aussi avoir un interprète pour être aidé, pour faciliter les échanges » « Ben moi j'aimerais bien une interface, surtout que moi ils me voyaient tous les mois et le cardiologue c'était tous les ans »*

#### 5. Rôle de la communication en Médecine Générale

La communication joue un rôle prépondérant en Médecine Générale, comme le souligne le participant 11.

Entretien 11 : « *En tant que médecin déjà. Bah déjà l'interrogatoire, quand on voit le pourcentage de, enfin ça, nous ça nous oriente énormément sur l'étiologie des maladies, sur les antécédents, et cetera. » « Et la compréhension, en tout cas en médecine générale mais j'imagine que dans toutes les spécialités c'est pareil, la compréhension de notre patient et nous ce qu'on retire comme chose de sa vie, et cetera, c'est hyper important à prendre en compte. »*

La vidéo apporte une aide pour cette communication avec les patients Sourds. Elle semble être bien reçue en ce sens.

#### 6. Stratégie de diffusion

Une stratégie de diffusion efficace peut être une opportunité pour la vidéo. Elle influera de façon importante sur l'efficacité de la vidéo, d'après le participant 6.

Entretien 6 : « *Après il y a peut-être des réflexions, là moi je pense tout de suite à l'après. Donc pour diffuser cette vidéo. » « On peut avoir le bon message de prévention, de santé. Mais si on ne sait pas communiquer, si on ne sait pas bien diffuser l'information, si on ne sait pas bien se vendre, voilà, ça ne passera pas. En tout cas après, il faut penser aussi à comment diffuser, comment faire en sorte, même si c'est sur YouTube® après, comment faire en sorte que ça soit vu, ça soit*

*partagé que ça soit voilà. Donc là j'imagine des partenariats, avec des structures... »*  
*« Après voilà inonder les réseaux sociaux et tout, il faut vraiment penser à tout ça. Parce que ta vidéo elle est super géniale donc si elle ne touche personne, c'est dommage. » « Les ORL ont pareil, ils ont des réseaux. Et les orthophonistes qui travaillent avec les ORL. Je sais qu'ils sont en contact avec des associations de patients Sourds et malentendants, et il y en a qui se forment aussi au langage des signes. Conseil peut être leur demander aussi leur avis, parce que je pense qu'ils en voient plus que nous, médecins généralistes. » « Donc c'est bien de faire un coup de com avec cette vidéo là, mais aussi il faut penser à la diffuser régulièrement. Parce que si moi ça ne m'intéresse pas là aujourd'hui, enfin j'en ai entendu parler mais me dire bah oui mais c'est où ? Peut-être refaire de la com vraiment très régulière. »*

Le participant 2 s'est aussi penché sur la stratégie de communication :

*« Après ou toi ta vidéo là, la mettre je ne sais pas, sur le groupe des internes ou un truc comme ça, ça pourrait être une bonne manière de d'un peu diffuser les choses. » « Déjà que tu peux mettre sur la CPTS »*

## **7. Support supplémentaire**

Accompagner la vidéo de supports annexes permettrait de fixer les messages essentiels et d'être plus efficace d'après le participant 6.

Entretien 6 : *« Il y a des messages clés, alors soit on retrouve la vidéo on dirait tiens j'aimerais bien la revoir, on la retrouve. Ou alors je me dis, accompagner cette vidéo avec un juste un petit guide quoi, juste une petite feuille, un même format A5, avec vraiment les infos essentielles. Pouf, pouf, pouf. Voilà et plus les coordonnées après si on va aller plus loin, Voilà pourquoi pas. En plus parce que la vidéo là c'est un moyen de communication, mais l'idée, c'est, pour n'importe le sujet, c'est multiplier peut-être les moyens de communication et les réseaux de communication pour vraiment avoir un impact significatif. »*



## XII. Threats : Menaces

### 1. Population Sourde peu nombreuse et faible disponibilité des médecins

La population Sourde correspond à un patient sur mille, et les médecins ont souvent des emplois du temps chargés. Ce faible nombre n'encourage pas les médecins à prendre le temps de se former, comme le suggèrent les participants 1 et 7 en réponse à une éventuelle formation plus longue.

Entretien 1 : *« Parce qu'une formation, après, je pense que c'est plus compliqué parce que faut prendre le temps de le faire, et si tu n'as pas de patients Sourds tu n'as pas forcément envie de le faire. »*

Entretien 7 : *« Quand je serai en retraite. »*

Le besoin et l'envie de se former dépendent directement du type de patient dans leur patientèle, selon les participants 5 et 12.

Entretien 5 : *« Alors oui, si j'avais vraiment un patient Sourd, voilà mais je ne pense pas que je le ferais de moi-même sans avoir sans avoir le besoin. En fait il faudrait qu'il y ait le besoin pour qu'effectivement je me forme à être au mieux avec ce patient-là. »*

Entretien 12 : *« Après au moins, ça permet de draguer un peu tous les médecins qui ont des patients Sourds. Les sensibiliser puis leur dire y a des outils, y a des solutions pour améliorer la consultation et la prise en charge du patient Sourd. »*

### 2. Inadéquation pratique de remplacement

Une partie des participants étaient des médecins remplaçants, comme la participante 3. Elle suggère que la vidéo n'est pas adaptée à la pratique de remplacement, et qu'elle va peu lui servir.

Entretien 3 : *« Ba la vidéo elle est très explicative, je me dis juste est-ce que.... Enfin en médecine de ville si c'est pour un rendez-vous assez régulier qui peut être pris à l'avance oui, mais pour les urgences... ? » « Pour tout ce qui est pathologie chronique, ça peut être bien parce que pour expliquer aux patients de manière un peu plus détaillée, c'est mieux. » « Mais pour l'instant, je comme je fais que des remplas, je n'ai pas encore vu de... Je vois des patients par ci, par là je n'ai pas*

*encore un suivi sur toute une patientèle au long terme. » « Typiquement oui, pour moi quand j'ai un patient de qui vient en consultation. Donc bon bah pouvoir lui donner l'information nécessaire, comment je lui prescris, voilà ça c'est plus utile pour la consultation. Après effectivement la 2e me serait utile d'une autre manière par la suite si je m'installe. »*

Une réflexion sur les outils utilisables en consultation d'urgence peut être utile.

### **XIII. Résultats annexes : Intérêt pour d'autres formations sur le thème**

L'intérêt pour d'autres formations plus longues a été demandé aux participants. La plupart étaient intéressés, mais leurs avis divergeaient sur la forme et le moment adéquat. Les expériences avec des patients Sourds, et le moment de leur parcours professionnel (interne, médecin remplaçant, médecin installé depuis plus ou moins longtemps) semblent influencer sur leurs réponses.

L'un d'entre eux, médecin remplaçant, l'avait exprimé spontanément pendant l'entretien. Cela prenait la forme de chapitre dans les livres de formation initiale, pendant l'externat.

Entretien 11 : *« Ça pourrait être, tu vois rajouter ça dans le collège de d'ORL dans le chapitre Surdité, de faire un point sur le parcours d'un patient Sourd, et qu'on nous donne ça en fait. »*

Les participants 1 et 2, des internes, se sont déclarés intéressés pour une formation pendant l'internat.

Entretien 1 : *« Je me dis que ça peut être pas mal intégré dans les GEP, enfin dans les EHS, pour qu'on en ait entendu parler au moins une fois. Parce qu'on n'aura pas enfin, par exemple, [nom de médecin], je ne crois pas qu'il ait de patient Sourd. Je n'ai pas souvenir d'en avoir vu, et du coup je me dis au moins d'avoir été sensibilisé à ça. Surtout que pendant l'internat on est un peu des éponges, j'ai l'impression que c'est le moment d'être sensibilisés à plein de trucs. »*

Entretien 2 : *« A la fac, ça pourrait être sympa. Après, je sais que c'est compliqué mais tu vois, je me dis même dans des GEP se dire... Enfin après tu sais, ne pas imposer un thème mais ça pourrait être l'occasion même pour quelqu'un de faire une recherche dessus. C'est vrai que je me dis on me présente ça à la fac, je serais trop contente quoi. »*

Une formation pour les médecins installés paraissait trop tard pour la participante 1. Le participant 7, médecin installé depuis longtemps a confirmé ce propos, en indiquant être fermé à l'idée d'une formation.

Entretien 1 : « *Parce qu'une formation, après, je pense que c'est plus compliqué parce que faut prendre le temps de le faire, et si tu n'as pas de patients Sourds tu n'as pas forcément envie de le faire.* »

Entretien 7 : « *Non. [...] Quand je serai en retraite.* »

A l'inverse, le participant 12, médecin installé ayant des patients Sourds, jugeait une formation dans le cadre de la FMC plus judicieuse.

Entretien 12 : « *Pendant les études, peut-être pas forcément. Bon, après tu peux hein, pourquoi pas. On peut faire 1 h de cours mais après pourquoi pas en DPC ou en FMC. On fait venir quelqu'un sur une FMC où le thème c'est la consultation avec un patient Sourd. Ou avec l'URPS ou quelque chose comme ça. Après au moins, ça permet de draguer un peu tous les médecins qui ont des patients Sourds. Les sensibiliser puis leur dire y a des outils, il y a des solutions pour améliorer la consultation et la prise en charge du patient Sourd.* »

Comme vu précédemment, certains participants seraient enclins à une formation uniquement en fonction de leur patientèle, s'ils ont des patients Sourds. Ces formations seraient plutôt courtes, dans le même esprit que la vidéo présentée.

Entretien 5 (médecin installée, sans patient Sourds en suivi) : « *Alors oui, si j'avais vraiment un patient Sourd, voilà mais je ne pense pas que je le ferais de moi-même sans avoir sans avoir le besoin. En fait il faudrait qu'il y ait le besoin pour qu'effectivement je me forme à être au mieux avec ce patient-là.* »

Entretien 6 (médecin installé) : « *Une formation longue alors si un jour je n'ai pas de nouveau des patients Sourds une formation longue je ne pense pas que je j'accrocherais. Des petites, des one-shots comme ça avec vidéo ou un petit guide là oui. Parce que voilà, c'est pour ça que j'ai demandé le pourcentage, parce que si c'est un pour 1000. A la rigueur si ça représentait 1/3 de la patientèle, là je me dis oui à une vraie bonne formation longue, plus complète là oui non. Je n'accrocherai pas, je ne pense pas plus. Voilà des petits spots comme ça serait plus intéressant.* »

Les participants 3 et 9 étaient plus orientés vers des initiations LSF, en formation ou seul.

Entretien 3 (médecin remplaçant) : « *En fait pouvoir communiquer, moi, même tout ce qui est autres langues aussi, mais langage des signes ça peut servir à tout*

*moment. Donc moi sur une chose d'un point de vue dans ma formation, bah moi je ça m'intéresserait »*

Entretien 9 (médecin installé, ayant des patients Sourds) : « *Ba je pense que ça me donne envie d'aller sur le site internet pour notamment avoir des mots. Alors j'essaie de choper des mots enfin ou des ou des gestes particuliers. »*

Enfin, le participant 4 (interne) n'était pas fermé à une formation complémentaire, mais estimait que cette vidéo était déjà une bonne approche.

Entretien 4 : « *Ben oui, après ça peut être. Déjà au début de la vidéo, tu dis qu'ils ont une culture qui est différente, ça peut être intéressant de savoir un peu les différences culturelles. On enfin, on s'adapte souvent au type de patients qu'on a pour mieux transmettre les informations. Donc si on connaît un peu mieux leur culture, j'avoue que je n'y connais pas grand-chose, mais ça peut être intéressant. Après il y a déjà pas mal de choses dans la vidéo, on peut déjà essayer de la mettre en place... »*

## DISCUSSION

### A. Résultats principaux

La vidéo semble avoir donné une impression générale positive à de nombreux participants. Elle a été plébiscitée sur sa forme, les informations apportées et son utilisation en médecine générale. Il y a eu des remarques positives sur les illustrations, la voix off et les sous-titres. Cela est cohérent avec la littérature, où l'aspect multimodal des vidéos est mis en avant. Elles utilisent les canaux visuels et auditifs, renforçant l'apprentissage(29,30).

Le visionnage multiple a été mis en avant, ce que l'on retrouve dans la littérature(30). Il permet d'être coût effectif en apportant des informations plusieurs fois sans devoir payer plusieurs intervenants en direct(29). Elle peut être visionnée seul, ce qui peut être utile en contexte d'épidémie comme la Covid-19(29).

Par son format elle permettrait d'apporter des informations dans un laps de temps court, ce qui convient à la faible disponibilité des médecins face à une proportion de leur patientèle très petite. Ce style de format court et instantané est apprécié par les étudiants en santé dans la littérature(31,32).

Elle s'intègre dans le contexte d'un sujet peu connu, et devant des consultations compliquées avec des patients Sourds. L'utilisation de vidéos diffusées sur les réseaux sociaux pourrait permettre de combler certains sujets non ou insuffisamment traités dans le cursus médical(31). Ce moyen est déjà utilisé par de nombreux étudiants en santé(31–33). Cependant la qualité de ces vidéos n'est pas toujours contrôlée(31,34,35).

L'accent doit être mis sur la stratégie de diffusion, qui influera de façon importante sur l'efficacité de la vidéo. YouTube® est déjà une plateforme qui permet de toucher une audience importante(30,36). Cela demande néanmoins beaucoup de travail de diffusion. Les partages, likes et commentaires permettent d'augmenter la visibilité des vidéos(31). L'utilisation des réseaux sociaux a été proposée. Ils ont l'avantage d'être consultables n'importe où, n'importe quand(29,34,37). Ils sont de plus en plus supports de contenus éducatifs et permettent de débattre et d'échanger sur ces derniers(31,33).

Des améliorations sont à faire sur des problèmes techniques. Les résultats suggèrent que la vidéo manque de précisions, principalement sur le fonctionnement

des UASS et du réseau. Un document supplémentaire rappelant leur fonctionnement et les grandes informations de la vidéo pourraient combler ce manque et fixer les notions importantes. Une réflexion sur la forme de ces informations est à explorer. Une brochure a été réalisée en exemple en annexe 2.

## **B. Faiblesses et limites**

Plusieurs biais peuvent nuire à la qualité de cette étude. L'investigatrice est la créatrice de la vidéo, et certains intervenants la connaissent. Cela peut amener les participants à ne pas exprimer des défauts de la vidéo. Pour contrer cela, il a été rappelé aux participants de donner tous leurs ressentis et critiques.

Le fait que l'investigatrice et la créatrice de la vidéo soient la même personne a pu nuire à la prise de recul. Pour y remédier, le codage a été triangulé.

Les participants qui ont accepté étaient peut-être déjà sensibles au sujet. Les refus de participer n'ont pas toujours été expliqués.

L'évaluation de la vidéo a été effectuée dans la continuité du visionnage. Cela ne permet pas d'évaluer la mémorisation des informations, ni l'impact sur la prise en charge. Une étude complémentaire à distance du visionnage pourrait être intéressante.

La vidéo a été montrée sans la description. Celle-ci n'a pas pu être critiquée, alors qu'elle est importante pour la diffusion. Pour y remédier, elle a été montrée à différents relecteurs et corrigée.

## **C. Perspectives**

### **1. Recherches complémentaires**

L'utilisation du codage thématique nécessite une analyse supplémentaire. On pourrait envisager une seconde étude, quantitative, avec un questionnaire créé à partir des résultats de celle-ci. Un exemple de questionnaire est disponible en annexe 3.

### **2. Futur de cette vidéo**

Cette vidéo sera utile uniquement si elle est diffusée efficacement. Plusieurs stratégies de diffusions peuvent être utilisées. Pour atteindre les étudiants et internes, l'utilisation des réseaux sociaux est essentielle. Il existe des groupes

Facebook® d'internes, comme ceux de l'AIMGL, Association des Internes de Médecine Générale de Lille, mais aussi des groupes de promotions.

Un partenariat avec les facultés de Médecine de Lille et l'Université Catholique de Lille est à encourager. Ils possèdent des listes d'adresses électroniques des différentes promotions et pourraient partager la vidéo, à rythme régulier. Elle pourrait être proposée lors de journées organisées par les Universités, comme la biennale du handicap en 2019(38) ou la semaine du handicap et de la citoyenneté en 2024(39). Elle va être envoyée sur la liste d'adresse électronique des chefs de clinique de Médecine Générale, qui pourront l'utiliser dans leurs facultés respectives.

Il existe des sites internet et de partage d'informations médicales fortement suivis par les internes, mais également par des remplaçants et médecins installés. On peut prendre l'exemple de DragiHebdo®, un blog de diffusion médicale(40). Il existe en format blog, newsletter, et Facebook. Les médecins qui l'animent sont aussi sur X® (anciennement Twitter®). Il serait intéressant de leur présenter le projet et de proposer de le partager à leur communauté.

Pour atteindre les médecins installés, on peut la proposer aux CPTS de la Région, afin de la partager aux soignants partenaires. Elle pourrait être diffusée lors d'évènements à thème, type journée accessibilité aux Soins, ou Handicap.

Le Réseau Sourds et Santé pourra mettre en avant la vidéo sur son site internet. Un partenariat avec des associations de Sourds serait bénéfique, les adhérents pourraient la diffuser à leurs soignants. Les réseaux d'ORL et d'orthophonistes sont à rechercher également, comme suggéré par un des participants.

La diffusion électronique doit être régulière. La fréquence est à étudier, si elle est trop rapprochée, il y a un risque d'agacer les médecins, mais si elle est trop espacée ils risquent de ne pas la retrouver lorsqu'ils en auront besoin.

La vidéo pourra être diffusée lors de formations FMC à thème ORL, où lors de Congrès de Médecine Générale. Lors du Congrès du Collège de Médecine Générale de 2024, 4 interventions ont été faites sur la surdité(41). La vidéo pourrait être diffusée en tant qu'entracte lors de telles formations. Elle va également être incluse dans la boîte à outils qui est transmise aux participants à une formation DPC de l'université de Bordeaux.



### 3. Organisation de formations

#### a) Pour les médecins et étudiants

Les médecins interrogés n'étaient pour la plupart pas formés à l'accueil de patients Sourds. Ils étaient en majorité ouverts à d'autres formations, mais les modalités divergeaient. On peut envisager plusieurs compléments de formation ou sensibilisation.

L'expérience avec des patients Sourds peut rendre plus concrets les conseils et l'apprentissage, mais l'inclure tôt dans la formation permet d'attirer l'attention des étudiants. Le développement des compétences culturelles est plus efficace s'il arrive au début de la formation des soignants(20,42). Les étudiants seront plus faciles à motiver pour des formations plus longues et complètes.

On peut commencer par des choses simples, inclure l'exemple de patients Sourds dans les cas cliniques, avec des discussions sur les normes culturelles Sourdes, les risques d'incompréhension liés à un potentiel manque en français écrit / oral(20). Dans le Référentiel des Collèges d'ORL, document utilisé pour le passage des Examens Classants Nationaux du second cycle d'études médicales, une introduction à la culture et aux problématiques de santé des Sourds pourrait être incorporé dans les items 47, 56, 89, 118 et 122, Surdité et Handicap.

La Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'Apprentissage des Attitudes et des Gestes (PRESAGE)(43) de Lille pourrait être mise à contribution. Des formations aux Gestes pratiques et Attitudes envers les patients sont déjà mises en place de la seconde année à la fin de l'internat via PRESAGE. Elle permettrait de mettre en place des jeux de rôles, pouvant inclure des bénévoles Sourds. L'interaction avec des patients est souvent valorisée par les étudiants(44). La plateforme permet également de filmer, ou d'être observé par ses pairs, ce qui permet d'avoir un regard critique sur sa façon d'interagir(20,44).

Les simulations peuvent également être inversées, les étudiants jouant un patient entendant face à un médecin Sourd, dans un système où la Langue des Signes serait la langue principale. De tels jeux de rôles permettent d'expérimenter les barrières de communication, autonomie et vie privée(20). Bien entendu il ne s'agit que d'un fragment de ce qu'expérimentent concrètement les patients Sourds. La simulation en général, par des jeux de rôles ou autre moyen, augmente les attitudes empathiques chez les étudiants(45).

Une formation en jeu de rôle inversé a été documentée aux Etats-Unis dans l'Université de Rochester. Il s'agit du *Deaf Strong Hospital Programm*(42,46). Elle concerne des étudiants en première année de médecine et des étudiants en pharmacie. Il faut noter qu'aux Etats-Unis la première année de médecine commence après une licence ou un bachelor. Ils sont plutôt comparables aux 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup>s années dans le cursus français, soit avant ou au début de l'externat. Les étudiants sont mis dans la peau de patients dans un hôpital où le personnel est Sourd, grâce à l'aide de volontaires de la communauté Sourde. La journée est composée du jeu de rôle, d'une présentation par un psychologue et un médecin Sourd, et se clôture par un débriefing avec des membres de la communauté Sourde. Les étudiants doivent naviguer dans différentes étapes en suivant un scénario. A noter un espace « salle d'attente » où les étudiants sont appelés en épelant leurs noms en American Sign Language (ASL), et une feuille de consentement écrite en Albanien, qui sont des exemples de difficultés que peuvent affronter les Sourds. Des interprètes sont mis à disposition sur certains lieux, pour montrer l'impact positif qu'ils peuvent avoir sur la compréhension. Cette expérience est bénéfique à la fois pour les patients Sourds, et des patients d'autres cultures. Ce programme pourrait être adapté à plus petite échelle à la plateforme PRESAGE. Le côté didactique permettrait aux étudiants d'être plus facilement intéressés.

Les formations seront plus attirantes si elles sont ludiques, interactives ou si elles sortent de l'ordinaire. La simulation par la Réalité Virtuelle a été testée en Irlande, à l'Université de Belfast(47). Cette expérience était proposée à des étudiants en 2<sup>ème</sup> année de médecine, au cours d'un programme sur une introduction aux compétences cliniques (communication, consultation et examens cliniques). Il s'agit de porter un casque de réalité virtuelle Oculus 360°, avec un casque antibruit et une bande son modifiée. Ils contiennent deux scénarios, tous les deux en rôles inversés, où les étudiants sont à la place du patient. Le premier scénario montre un médecin avec de faibles capacités de communication tandis que le second montre la même situation avec de meilleures capacités de communication. L'organisation d'une telle expérience demande de la préparation en amont, mais présente l'avantage d'être reproductible sans nécessiter un nombre important d'intervenants. Le matériel nécessaire nécessite cependant un certain investissement.

Des cours plus classiques peuvent être proposés aux étudiants. Ils pourraient représenter une option, comme celles proposées en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année de

médecine. Des Enseignements à Choix Libres (ECL) sont proposés actuellement en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année à l'Université de Lille. Devant la diversité des thèmes abordés, un ECL « Sourds et Santé », abordant la culture Sourde, les difficultés et adaptations, et des bases de LSF paraît envisageable. Il pourrait aussi s'inscrire dans une thématique plus large, comme « Accessibilité aux Soins », avec des réflexions sur l'amélioration d'accès aux soins d'autres minorités (Communauté LGBT, handicap moteur, cécité...). Attention cependant à inclure dans l'élaboration des contenus des personnes concernées pour ne pas être discriminatoire et paternaliste. Concernant l'ECL Sourds et Santé, on pourrait prendre exemple sur des programmes existants à l'étranger. A la Morehouse School of Medicine à Atlanta, un programme de huit séminaires d'1h30 a été évalué(48). Il consiste en cours animés par un consultant Sourd et un membre de la faculté entendant. Les cours sont dispensés en ASL avec un traducteur. Les thèmes abordés sont, entre autres, une introduction à la surdité, le développement du langage, la culture Sourde, les aides techniques existantes et leur accès, comment communiquer avec des interprètes, quelques bases d'ASL, ainsi que des rencontres discussions avec intervenants Sourds. Les retours sur ce programme sont positifs, les étudiants se sentent mieux préparés à travailler avec des patients Sourds. Un autre programme américain, le *Deaf Health Pathway*, est élaboré dans le même esprit(49). Il s'agit de séminaires étalés sur 10 semaines, destinés à des étudiants de première et seconde année de médecine. Ils sont animés par un professeur d'ASL Sourd, et un médecin parlant couramment l'ASL. Ils regroupent des présentations de la culture Sourde, avec des intervenants extérieurs, des aides à la communication, des bases d'ASL. Ils proposent en parallèle des dîners silencieux et des « cafés rencontres » (l'équivalent de Cafés Signes en France). Ce type d'initiative pourrait être intéressant à proposer aux étudiants également. L'interaction avec des personnes Sourdes et le côté concret de ces formations jouent sûrement dans leurs succès.

Des alternatives plus courtes peuvent être envisagées, sur une semaine, comme une formation de trois cours de deux heures existante en Allemagne(50). Cette dernière a la particularité d'avoir été mise en place par un collectif d'étudiants, *German Medical Students' Association*. Ils sont dirigés par des étudiants expérimentés ainsi qu'un professeur en Langue des Signes Allemande pour la dernière session. Cet atelier ayant été lancé pendant la pandémie de Covid-19, les cours ont été dispensés en distanciel. Cela a été apprécié par les étudiants,

diminuant les temps de trajet. Cependant les formations en présentiel semblent préférables lorsqu'il y a une introduction à la Langue des Signes.

On retrouve des formations encore plus succinctes, sur une journée ou une soirée. En Turquie il existe un cours optionnel sur une journée proposé aux 4<sup>ème</sup> années(51). Elle contient des cours, des rencontres avec des Sourds et des jeux de rôles. A la pause repas, les étudiants sont encouragés à utiliser des bouchons d'oreilles et à aller commander un repas dans les environs sans parler. Cela peut être une façon intéressante et informelle d'expérimenter les difficultés de communication. Une telle formation paraît complète, sans être trop contraignante pour les étudiants.

Concernant les formations sur quelques heures, on peut prendre l'exemple de celle dispensée au 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> années de l'Université de Dalhousie au Canada(52). En une soirée de trois heures, des interventions sur la communication, l'accès aux soins, la culture, l'éthique, la technologie, le diagnostic et suivi sont proposés, ainsi qu'un jeu de rôle avec des bénévoles de la communauté Sourde, des anecdotes de ces derniers, et un temps de discussions et questions. A Atlanta, une session de trois heures est intégrée dans un cours d'anatomie sur les oreilles et le système auditif(53). Elle comprend des témoignages d'intervenants Sourds et un cours sur la culture Sourde, la langue ASL, l'acquisition du langage, l'implant cochléaire et son succès variable. Un tel format paraît facilement intégrable au cursus médical. Elle sera plus facile à mettre en place dans un premier temps.

Les formations approfondies en LSF, suggérées par certains participants, semblent cependant dérisoires sauf projet personnel de travail avec les Sourds. En effet, le temps d'apprentissage d'une nouvelle langue corrélé à un faible temps de pratique semble peu adéquat. Une sensibilisation plus générale à la connaissance du public sourd et des dispositifs existants auxquels ils peuvent faire appel serait plus adaptée.

Former les médecins et étudiants à la communication non verbale peut également servir à un public plus large(54). On peut envisager une formation axée sur la communication non verbale, incluant des intervenants Sourds. Ils peuvent nous apprendre à regarder les gens dans les yeux pendant la communication. En LSF la ligne du regard grammaticalise ce qui est signé, les Sourds soutiennent donc naturellement les regards. On peut réapprendre le pointage, les gestes déictiques, socialement désappris, mais utiles lors de communications avec des personnes aux

compétences verbales altérées. Leurs expressions faciales permettent de transmettre des choses nuancées en intensité. La LSF est tellement iconique qu'elle permet d'exprimer les douleurs avec précision, et compréhensible par tous, Sourds et entendants. Parfois des personnes Sourdes arrivent à entrer en communication avec des personnes aphasiques, ou trachéotomisées. Arriver cependant à en faire une formation concrète, efficace et attirante reste un grand défi.

Les formations chez les médecins installés doivent différer des formations des étudiants. La difficulté principale est de motiver les médecins à se former sur ce thème, comme le suggère l'échec de la formation exposée en introduction. Ils ont peu de temps à consacrer à leur formation, beaucoup de thèmes intéressants et peu de patients Sourds. Des petits formats comme cette vidéo pourraient sensibiliser à l'intérêt de se former, ou au moins donner des messages clés utiles en consultation. Il peut s'agir de formats vidéo comme celui-ci, ou de plaquettes informatives avec des ressources. Les formats courts sont à privilégier. D'autres vidéos existent déjà, comme *Breaking the Silence*(55), créée par Odile Cantero et Geoffroy Dubreuil. Elle reprend l'idée d'un point de vue inversé. La caméra filme le point de vue interne d'un patient entendant, hospitalisé dans un hôpital géré par des Sourds.

L'idée d'une formation FMC reste intéressante, mais la durée est à revoir, trois heures maximum, ou alors intégrée à une journée à thèmes différents, comme lors du congrès 2024. Le contenu doit être le plus pratique possible et applicable directement en consultation.

### **b) Pour les patients**

La formation des médecins ne doit pas faire oublier la formation des patients. Un travail doit être effectué pour pouvoir proposer des ressources médicales en LSF. Cependant une traduction simple ne suffit pas, le contenu doit être adapté au public Sourd(56). Il est essentiel d'impliquer des personnes Sourdes dans le développement de ces outils, afin d'être le plus efficace possible. Les documents écrits doivent être accessibles à un niveau de lecture équivalent « grade 6 » américain, c'est-à-dire niveau sixième français(56). L'aspect visuel des ressources est essentiel. Ces dernières peuvent être en ligne, web sites ou vidéos. Il existe également des programmes de formations de patients, à l'image de groupe d'éducation thérapeutique, permettant d'améliorer les connaissances des patients Sourds, sur le thème cardiovasculaire par exemple(56).

Les interprètes en LSF doivent également être formés aux termes médicaux et bases médicales(20,56).

## CONCLUSION

La vidéo donne une bonne impression générale aux médecins interrogés. Ce travail a permis de mettre en évidence un certain nombre de ses forces. Son format vidéo est valorisé, tant dans sa durée, son rythme et son pouvoir attractif, que dans sa facilité de diffusion et son accessibilité. Les informations apportées sont intelligibles, utiles et applicables en médecine générale. Il reste des précisions à apporter sur certains sujets, qui peuvent être complétés par d'autres supports, et certains aspects techniques peuvent être améliorés.

Elle peut participer à sensibiliser les médecins pour mieux prendre en charge leurs patients Sourds. Pour qu'elle soit utile, il est important de la diffuser efficacement. Outre les réseaux sociaux, des partenariats avec les facultés de médecine, CPTS et sites internet de diffusion médicale seront à mettre en place.

Cette vidéo permet d'ouvrir la porte à d'autres types de formations. Les médecins installés et remplaçants seront plus sensibles à des formats courts comme cette dernière. Concernant les étudiants en médecine et internes, ils sont plus ouverts à des formations plus longues. Il y a des possibilités de formations à intégrer dans le cursus traditionnel. De nombreux exemples interactifs et ludiques existent à l'étranger, et pourraient être adaptés au contexte français et local.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sitbon A, Allaire C, Beck F, Bodard J, Dagron J, Dalle-Nazébi S, et al. Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012 [Internet]. Marie-Frédérique Cormand. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2015. (Baromètres santé). Disponible sur: [file:///C:/Users/sanae/Downloads/281968\\_1690%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sanae/Downloads/281968_1690%20(1).pdf)
2. Pendergrass KM, Newman SD, Jones E, Jenkins CH. Deaf: A Concept Analysis From a Cultural Perspective Using the Wilson Method of Concept Analysis Development. *Clin Nurs Res.* janv 2019;28(1):79-93.
3. Yet AXJ, Hapuhinne V, Eu W, Chong EYC, Palanisamy UD. Communication methods between physicians and Deaf patients: A scoping review. *Patient Educ Couns.* 4 mai 2022;S0738-3991(22)00212-9.
4. *Revue Medicale Suisse* [Internet]. [cité 7 juill 2022]. Prise en charge de la patientèle sourde et malentendante : un défi à relever. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2019/revue-medicale-suisse-640/prise-en-charge-de-la-patientele-sourde-et-malentendante-un-defi-a-relever>
5. Mauffrey V, Berger T, Hartemann P, Bouillevaux I. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. *Enquête qualitative. Sante Publique.* 8 juin 2016;Vol. 28(2):213-21.
6. Kuenburg A, Fellingner P, Fellingner J. Health Care Access Among Deaf People. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education.* 2016;21(1):1-10.
7. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43.
8. Drion B, Buhler L. Access to care in sign language: the French experience. *Public Health.* 1 août 2016;137:200-3.
9. SFSLs. L'annuaire des UASS-LS [Internet]. SFSLs. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://sfsls.org/lannuaire-des-uass/>
10. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (LS) [Internet]. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=12378>
11. Hoang L, LaHousse SF, Nakaji MC, Sadler GR. Assessing deaf cultural competency of physicians and medical students. *J Cancer Educ.* mars 2011;26(1):175-82.
12. Gilmore M, Sturgeon A, Thomson C, Bell D, Ryan S, Bailey J, et al. Changing medical

- students' attitudes to and knowledge of deafness: a mixed methods study. *BMC Medical Education*. 24 juin 2019;19(1):227.
13. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 7 juill 2022]. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante)
  14. Pinsky LE, Wipf JE. A picture is worth a thousand words: practical use of videotape in teaching. *J Gen Intern Med*. nov 2000;15(11):805-10.
  15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
  16. Chastonay O, Blanchard J, Cantero O, Carmes M, Michel P, Singy P, et al. Les Sourds: une population vulnérable méconnue des professionnels de la santé. *Swiss Med Forum* [Internet]. 19 sept 2018 [cité 22 avr 2021]; Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2018.03361>
  17. Emond A, Ridd M, Sutherland H, Allsop L, Alexander A, Kyle J. Access to primary care affects the health of Deaf people. *Br J Gen Pract*. févr 2015;65(631):95-6.
  18. Charles R, Bonnefond H. Le généraliste et les Sourds. Première partie : culture Sourde et médecins. *Médecine*. 1 déc 2009;5(9):401-3.
  19. Sitbon A. Le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ? (25):6.
  20. Jacob SA, Palanisamy UD, Napier J, Verstegen D, Dhanoa A, Chong EYC. Health Care Needs of Deaf Signers: The Case for Culturally Competent Health Care Providers. *Acad Med*. 1 mars 2022;97(3):335-40.
  21. Coignard L, Martinez C, Bonnefond H, Charles R. Repenser la compréhension de l'ordonnance : l'exemple des soins aux Sourds. *Therapies*. nov 2015;70(6):501-13.
  22. Kasten MJ, Berman AC, Ebright AB, Mitchell JD, Quirindongo-Cedeno O. Interpreters in Health Care: A Concise Review for Clinicians. *The American Journal of Medicine*. 1 avr 2020;133(4):424-428.e2.
  23. Urgence114 | Appel d'urgence pour sourds et malentendants [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.info.urgence114.fr/>
  24. Amoros T, Bonnefond H, Martinez C, Charles R. Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. *Santé Publique*. 2014;26(2):205.
  25. Pépite | Accès aux soins des personnes sourdes dans le Nord-Pas-de-Calais : le réseau sourds et santé [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://123dok.net/document/dy4jxlry-pepite-acces-personnes-sourdes-calais-reseau-sourds-sante.html>
  26. Les UASS en régions - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/article/les-uass-en-regions>



27. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
28. SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats) | Capacity4dev [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Disponible sur: [https://capacity4dev.europa.eu/groups/evaluation\\_guidelines/info/swot-strengths-weakness-opportunities-threats\\_en](https://capacity4dev.europa.eu/groups/evaluation_guidelines/info/swot-strengths-weakness-opportunities-threats_en)
29. Sarma S, Hussain B, Gigante T, Davies A, Watson R, Branjerdporn G. Challenging stigma and attitudes towards ECT via an educational video. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;32(3):884-92.
30. Tackett S, Slinn K, Marshall T, Gaglani S, Waldman V, Desai R. Medical Education Videos for the World: An Analysis of Viewing Patterns for a YouTube Channel. *Academic Medicine*. août 2018;93(8):1150.
31. Abbas N, Ojha U. Not Just a Medical Student: Delivering Medical Education Through a Short Video Series on Social Media. *JMIR Med Educ*. 6 mai 2019;5(1):e11971.
32. Wynter L, Burgess A, Kalman E, Heron JE, Bleasel J. Medical students: what educational resources are they using? *BMC Medical Education*. 25 janv 2019;19(1):36.
33. Gray K, Annabell L, Kennedy G. Medical students' use of Facebook to support learning: insights from four case studies. *Med Teach*. 2010;32(12):971-6.
34. Fehring KA, De Martino I, McLawhorn AS, Sculco PK. Social media: physicians-to-physicians education and communication. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 24 mars 2017;10(2):275-7.
35. Cheston CC, Flickinger TE, Chisolm MS. Social Media Use in Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine*. juin 2013;88(6):893.
36. Topps D, Helmer J, Ellaway R. YouTube as a Platform for Publishing Clinical Skills Training Videos. *Academic Medicine*. févr 2013;88(2):192.
37. Davis WM, Ho K, Last J. Advancing social media in medical education. *CMAJ*. 19 mai 2015;187(8):549-50.
38. Accueil | biennalehandicap.univ-lille.fr [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://biennalehandicap.univ-lille.fr/>
39. Semaine Handicap & Citoyenneté | Université Catholique de Lille [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.univ-catholille.fr/actualite/semaine-handicap-citoyennete-2024>
40. Médicalement Geek [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.medicalement-geek.com/>
41. Programme 2024 [Internet]. CMGF 2024. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.congresmg.fr/programme/>
42. Thew D, Smith SR, Chang C, Starr M. The deaf strong hospital program: a model of diversity and inclusion training for first-year medical students. *Acad Med*. nov

- 2012;87(11):1496-500.
43. PRESAGE - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/presage>
  44. Teaching Medical Students About Communicating with Patients Who Have Sensory or Physical Disabilities | Disability Studies Quarterly [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://dsq-sds.org/index.php/dsq/article/view/527/704>
  45. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning Empathy Through Simulation: A Systematic Literature Review. *Simul Healthc.* oct 2015;10(5):308-19.
  46. Mathews JL, Parkhill AL, Schlehofer DA, Starr MJ, Barnett S. Role-Reversal Exercise with Deaf Strong Hospital to Teach Communication Competency and Cultural Awareness. *American Journal of Pharmaceutical Education.* 11 avr 2011;75(3):53.
  47. McLaughlin N, Rogers J, D'Arcy J, Gormley G. « Sorry doctor...I didn't hear that... »: phenomenological analysis of medical students' experiences of simulated hearing impairment through virtual reality. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn.* 2021;7(4):207-15.
  48. Greene SJ, Efron AC, Elks ML. Implementing a Preclinical Elective Course for Working With Deaf and Hard of Hearing Patients in the Medical Curriculum. *Academic Medicine.* nov 2023;98(11S):S175.
  49. Narayan N, Schecter A, McKee M, Rotoli J. Deaf Health Pathway — Immersing Medical Students in the Cultural and Language Aspects of Deaf Health. *Med Sci Educ.* 21 janv 2023;33(1):11-3.
  50. Kruse J, Zimmermann A, Fuchs M, Rotzoll D. Deaf awareness workshop for medical students – an evaluation. *GMS J Med Educ.* 15 nov 2021;38(7):Doc118.
  51. Midik Ö, Basar F, EmiRzeoglu M, Alayli G, Sarisoy G, Gunbey E, et al. An elective program in medical education: Communication with Hard of Hearing People and Turkish Sign Language. *Marmara Medical Journal.*
  52. Lock E. A Workshop for Medical Students on Deafness and Hearing Impairments. *Academic Medicine.* déc 2003;78(12):1229.
  53. Greene SJ, Scott JA. Promoting cultural awareness, professionalism, and communication skills in medicine through anatomy: The Deaf culture session. *Clin Anat.* sept 2021;34(6):899-909.
  54. Drion B. Et si les professionnels sourds nous enseignaient la communication ? *La Presse Médicale.* 1 févr 2016;45(2):155-7.
  55. REISO - Actualités - Vidéo / « Breaking The Silence » pour l'accès aux soins des sourds [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.reiso.org/actualites/fil-de-l-actu/909-video-breaking-the-silence-pour-l-acces-aux-soins-des-sourds>
  56. Morisod K, Malebranche M, Marti J, Spycher J, Grazioli VS, Bodenmann P. Interventions aimed at improving healthcare and health education equity for adult d/Deaf patients: a systematic review. *European Journal of Public Health.* 1 août 2022;32(4):548-56.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

- 1) Explication projet, public concerné, diffusion en ligne (YouTube)
  
- 2) Mode d'exercice médical ? (Interne, Médecin installé, remplaçant, cabinet seul, groupe, MSP...)
  
- 3) Expérience avec des patients Sourds ?  
(Déjà eu, jamais eu, facilité de consultation, à l'aise ou non, moyen de communication utilisé  
Et quels Sourds « sourd locuteur de la langue des signes » ou « sourd pré-lingual » ou « sourd de naissance » ou un vocable similaire ?)
  
- 4) Si déjà eu des patients Sourds : expérience interprète LDS ?

### Visionnage vidéo

- 5) Impression générale sur la vidéo ?
  
- 6) Choses à améliorer/points faibles ? Points forts ?  
Contenu / contenant, façon dont c'est fait
  
- 7) Quelle conscience des problématiques auparavant ?
  
- 8) Quelle influence sur les prises en charge futures ?
  
- 9) Intérêt pour une autre forme de formation ?

## Annexe 2 : Exemple de plaquette informative complémentaire

## Messages à emporter...



Les personnes Sourdes de naissance ou de la petite enfance forment une communauté, avec des normes et des valeurs culturelles. Ils n'ont pas le même référentiel que les entendants, et n'ont pas forcément les mêmes connaissances physiologiques et médicales qu'eux : expliquez, expliquez, expliquez !  
Leur accès aux soins est restreint, ce qui détériore leur état de santé : aidez-les !

**Prise de rendez-vous :**  
accès par planning en ligne,  
SMS, mail



**Lecture labiale :** ne transmet que 30% des informations !  
Aide : se placer bien en face, articuler normalement,  
ne pas se mettre à contre-jour

Y è & **Ecriture** peu efficace : vérifiez la compréhension !

**Ordonnances :**



Représentation du temps différente :

- Indiquez les dates de début et d'arrêt des traitements au lieu d'une durée
- Indiquez matin / midi / soir plutôt que 3 fois par jour
- Indiquez l'ordre par rapport aux repas avec des numéros plutôt qu'avant/ après
- Dessinez lors de prescription complexes avec des comprimés pluri-sécables :  $\frac{3}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  etc...
- Utilisez des calendriers



Ne donnez pas trop de documents,  
ou notez à quoi ça correspond

Prescrivez en DCI et demandez  
toujours le même générique si possible





**Numéro d'urgence 114 :**  
**SMS, fax, tchat, visiophonie**  
**Rdv ici pour plus d'infos :**  
**[www.info.urgence114.fr](http://www.info.urgence114.fr)**

**UASS : Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds**  
 Consultations médicales en Langue des Signes Française (LSF)



Ne remplacent pas le médecin traitant mais permettent de refaire un point. On y retrouve : des interprètes, des intermédiaires (font la médiation culturelle) et en fonction des structures : médecins, psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmiers...  
 Liste des UASS : <https://sfsls.org/lannuaire-des-uass/>

### **Celui des Hauts de France fonctionne en réseau : Le Réseau Sourds et Santé**

Permet aussi un accès à des programmes d'éducation spécifiques.  
 Supports d'information vidéos en LSF  
 En plus du fonctionnement d'UASS : coordonne la présence d'interprète sur la région !  
 Il suffit que vous ou votre patient les contactez, leur donne le jour et l'heure du rendez-vous et ils s'occupent de trouver un interprète. Ils peuvent également prendre les rdvs téléphoniques à la place des patients. Le réseau fonctionne pour n'importe quel professionnel de santé, libéral ou hospitalier, dans le public ou le privé.

#### **Contacts du Réseau Sourds et Santé:**

Téléphone : 03 20 22 38 03  
 SMS et WhatsApp : 06 22 38 85 01

Mail : [accueil.sourds@ghicl.net](mailto:accueil.sourds@ghicl.net)  
 Site Web : [www.sourds-sante.fr](http://www.sourds-sante.fr)

Autres ressources :  
 Dictionnaire LSF : <https://dico.elix-lsf.fr/>  
 (Existe en application smartphone)

Informations santé pour vos patients Sourds :  
<https://www.pisourd.ch/>

## Annexe 3 : Exemple de questionnaire pour analyse complémentaire

### Présentation du répondant

- Âge

Moins de 25 ans / 25-35 ans / 35 – 50 ans / 50-75 ans

- Profession

Internes / médecins remplaçants / médecins installés

- Genre

Homme/ femme/ autre

- Dans quelle région exercez-vous ?
- Avez-vous déjà eu des patients Sourds en consultation ?

Non / 1 patient / 2 à 3 patients / plus de 3

- Avez- vous des patients Sourds en suivi dans votre patientèle ?

Oui/ Non/ Ne sait pas

- Avez- vous déjà fait appel à un interprète LSF par le passé ?

Oui/ Non/ Ne sait pas

### A propos de la vidéo

#### Fond de la vidéo

- Avez- vous l'impression d'avoir appris quelque chose ?

Echelle 0 à 5

- Aviez-vous conscience de la problématique des patients Sourds ?

Echelle de 0 à 5

- Connaissiez-vous les UASS, les Réseaux Sourds et Santé ?

Echelle de 0 à 5

- Pensez-vous que la présentation est claire et suffisante ?

Echelle de 0 à 5

- Pensez-vous que les explications sur la lecture labiale et l'écriture sont claires et suffisantes ?

Echelles 0 à 5

- Pensez-vous que les explications sur les ordonnances, médicaments et documents sont claires et suffisantes ?

Echelle de 0 à 5

- Pensez-vous que les explications sur le 114 sont claires et suffisantes ?

Echelle de 0 à 5

- Pensez-vous que les informations sur les interprètes, l'UASS et le réseau Sourds et Santé sont claires et suffisantes ?

Echelle de 0 à 5

- Pensez-vous que cette vidéo est pertinente dans l'exercice de la médecine générale ?

Echelle de 0 à 5

**Forme de la vidéo**

- Évaluez la durée de la vidéo

Echelle de 0 à 5

- Évaluez le rythme et la chronologie de la vidéo

Echelle de 0 à 5

- Évaluez l'intelligibilité des informations

Echelle de 0 à 5

- Sur une échelle de 0 à 5, à quel point votre attention a été captée ?

Echelle de 0 à 5

- Évaluez l'utilité de pouvoir revoir la vidéo et mettre en pause

Echelle de 0 à 5

- Évaluez l'accessibilité de cette vidéo

Echelle de 0 à 5

- Évaluez la facilité de diffusion de cette vidéo

Echelle de 0 à 5

**Au total :**

- Cette vidéo vous a-t-elle intéressé ?

Echelle 0 à 5

- Sur une échelle de 0 à 5, diriez-vous que cet outil est pratique ?

Echelle de 0 à 5

- Pensez-vous que cette vidéo va impacter votre pratique ?

Echelle 0 à 5

- Pensez-vous faire appel à un interprète LSF à l'avenir ?

Echelle 0 à 5

- Seriez-vous intéressé par d'autres types de formation sur ce sujet ?

Echelle de 0 à 5

**Remarques libres :**



**AUTEUR : Nom : BENOIT**

**Prénom : SANAË**

**Date de Soutenance : 24/05/2024**

**Titre de la Thèse : Sourds et accès aux soins, vidéo d'informations destinée aux médecins**

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Sourds - Médecine générale - Films et vidéos pédagogiques - Evaluation de la formation**

**Résumé :**

**Contexte :** La communauté Sourde présente une vulnérabilité en termes de Santé et des difficultés d'accès aux soins. La formation des médecins et étudiants en médecine améliore cet accès aux soins. Une formation courte sous forme de vidéo est proposée aux médecins généralistes des Hauts-de-France.

**Méthode :** La vidéo a été créée en dessins animés. L'avis des médecins a été recueilli en méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. L'analyse des données a été faite en analyse thématique et intégrée selon le modèle SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces).

**Résultats :** La vidéo a été appréciée pour son format court, son rythme et sa chronologie, son pouvoir attractif, l'intelligibilité des informations, son accessibilité, sa facilité de diffusion et ses possibilités de visionnages multiples. Elle apporte des informations nouvelles, sensibilise aux problématiques des Sourds, casse les idées reçues, met en confiance et provoque la réflexion. Des problèmes techniques ont été relevés, et il manque des précisions sur certains sujets. Elle s'intègre bien dans la pratique de médecine générale.

**Conclusion :** La vidéo donne une bonne impression générale aux médecins interrogés. Son format vidéo est pratique, et elle apporte des informations. Il y a des précisions à apporter sur certains sujets, qui peuvent être complétés par d'autres supports. Elle ouvre la porte à d'autres possibilités de formations courtes. La stratégie de diffusion est à élaborer pour permettre une utilisation optimale de cette vidéo.

Cette vidéo est disponible sur la chaîne Youtube® du Réseau Sourds et Santé, sous le titre « Boîte à outils pour les consultations avec vos patients Sourds ».

<https://www.youtube.com/watch?v=rlzRkWwR8Gw>

**Composition du Jury :**

**Président : Madame la Professeure RICHARD Florence**

**Asseseurs : Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice**

**Monsieur le Docteur DRION Benoit**

**Directeur : Monsieur le Docteur DRION Benoit**