

**Évaluation de la mise en place de deux actions pour
favoriser l'accessibilité aux soins des patientes enceintes
sourdes signantes à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de
Grenoble**

Ariane Derore

► **To cite this version:**

Ariane Derore. Évaluation de la mise en place de deux actions pour favoriser l'accessibilité aux soins des patientes enceintes sourdes signantes à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617570

HAL Id: dumas-00617570

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617570>

Submitted on 29 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**Evaluation de la mise en place de deux actions pour favoriser
l'accessibilité aux soins des patientes enceintes sourdes signantes à
l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble.**

Mémoire soutenu le :
18 Mai 2011

Par : DERORE Ariane
Née le : 27 décembre 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2011

Je remercie les membres du Jury :

Dans l'ordre suivant :

Mr le Professeur Jean-Claude PONS, PU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du jury ;

Mme le Dr Danielle TOURNADRE, Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Laurence PERRU, Sage-Femme Cadre au CH d'Annecy.

Je remercie plus particulièrement,

Mme le Dr Véronique EQUY, Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, directeur de ce mémoire ;

Pour ses conseils et son aide précieuse tout au long de ce travail

L'ensemble de l'équipe de l'Unité d'accueil et de soins en langues des signes du CHU de Grenoble.

pour leur aide tout au long de ce travail

Table des matières

Abréviations	1
Introduction :	2
Matériels et Méthodes :	5
Résultats	9
Discussion :	13
Conclusion :	19
Références bibliographiques	20
Annexes	21

Abréviations

- CHU / Centre Hospitalier Universitaire
- HCE / Hôpital Couple Enfant
- SDN / Salle de Naissance
- UME / Unité mère-enfant
- GHR / Grossesse à Haut Risque
- LSF / Langue des Signes Française
- LPC / Langage Parlé Complété
- Cf. (de *confer*) / voir
- DMO / Dossier Médicaux Obstétricaux

I - Introduction :

La surdité est un handicap sensoriel dû à une diminution unie ou bilatérale de l'ouïe, quels qu'en soient le degré et l'origine¹. Il n'existe que des estimations mais il y aurait environ 4 millions de sourds en France, soit environ 7% de la population française². Il existe différents degrés de surdité, fonction de la perte auditive du patient. Si la perte auditive dépasse ou égale 60 décibels, le patient est confronté à un véritable handicap dans sa vie quotidienne (les paroles et bruits de fond ne sont plus perçus). Ce seuil atteint, on parle de surdité sévère ; celle-ci représente 480 000 personnes en France.

Les sourds ont développé plusieurs modes de communication qui sont souvent utilisés conjointement lors des échanges avec les entendants. Le premier mode de communication oral est l'oralisation qui va de pair avec la lecture labiale. Les sourds n'ont pas tous le même niveau d'oralisation, en effet cela dépend de l'âge d'apparition de la surdité, de sa profondeur et de la possibilité offerte ou non au sourd d'apprendre à oraliser². Ce mode de communication est surtout utilisé par les personnes devenues sourdes. Celles-ci utilisent l'oralisation pour s'exprimer et, pour comprendre le message de l'interlocuteur, la lecture labiale seule ou aidée par le langage parlé complété (LPC, technique où chaque mouvement labial correspond une position et une configuration de la main à proximité du visage permettant la différenciation des signes labiaux). Néanmoins même bien maîtrisée, la lecture labiale, (même assistée par LPC), ne permet aux sourds de comprendre que 30 à 60 % du message parlé^{2,3}. Par ailleurs, les sourds utilisent aussi le français écrit mais cette technique est peu utilisée dans la mesure où 80% des sourds sont illettrés². L'autre moyen de communication utilisé par les sourds est la langue des signes française (LSF). C'est une véritable langue qui possède une grammaire et une syntaxe permettant de tout exprimer, du concret à l'abstrait². Elle n'utilise pas que les mains, elle utilise aussi le corps, le visage et les

attitudes pour transmettre un message^{3,4}. Elle n'a qu'une forme orale, l'écrit de cette langue étant le français. Environ 80000 personnes seraient utilisateurs de la LSF, ce sont les sourds signants⁵. La LSF apparaît donc comme le mode de communication le plus complet pour les sourds et le seul mode où la totalité du message parlé peut être traduit « littéralement » et donc compris⁶.

La question de l'accessibilité des soins aux personnes handicapées a pris toute son ampleur avec la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁷ et la réédition de la charte du patient hospitalisé. Cette charte stipule dans son article premier : « le service hospitalier est accessible à tous et [...] est adapté aux personnes handicapées » et dans son article trois : « L'information donnée au patient doit être accessible, intelligible et loyale ». Dans notre domaine d'étude, le plan de périnatalité 2005-2007⁸ précise que « pendant toute la période périnatale, les femmes ayant un handicap [...], doivent faire l'objet d'un accompagnement attentif [...], dans les domaines où elles sont mises en difficulté du fait de leur handicap. ». La loi impose donc un service hospitalier « adapté » aux handicaps. Dans le cadre de la surdité, « l'adaptation » du service hospitalier doit se situer dans le champ de la communication avec le patient sourd. Plusieurs études américaines^{9,10,11,12} concluent que la mise en place d'une communication adaptée à la surdité permet une amélioration de la prise en charge des patients sourds ainsi qu'une augmentation de leur adhésion à celle-ci et donc de leur satisfaction.

A l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du CHU de Grenoble, pour répondre à une forte demande de la population sourde^{3,5} ainsi qu'à l'obligation légale, il a été mis en place, en janvier 2007, deux moyens d'adaptation de la prise en charge des femmes et des couples sourds signants. Premièrement, un accord oral de collaboration passé en janvier 2007, devenu un protocole de service en mars 2009 (cf. annexe I), entre l'HCE et l'unité d'accueil et de soins en LSF du CHU de Grenoble. Nous n'utiliserons plus que le terme de protocole pour parler de

cet accord dans la suite de notre travail. L'unité d'accueil et de soins en LSF est une unité constituée au minimum d'une équipe comprenant : un médecin, un psychologue, un interprète en LSF, un professionnel paramédical et éducatif, une secrétaire médicale et deux personnes sourdes (pas forcément soignantes)¹³. La mission principale de l'unité est la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Le protocole stipule qu'en cas de prise de rendez-vous ambulatoire, de programmation d'hospitalisation et de sortie d'hospitalisation, pour un patient sourd signant, les professionnels doivent travailler en collaboration avec la secrétaire de l'unité d'accueil et de soins en LSF afin de prévoir la venue d'un interprète. Le protocole stipule aussi qu'en cas d'accueil d'un patient sourd en hospitalisation, les professionnels doivent appeler la secrétaire de l'unité pour organiser la venue d'un des professionnels de l'unité pendant le séjour (cf. annexe D). Ce protocole n'est applicable que lors des horaires d'ouverture de l'unité (du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30) ce qui exclut les samedis, dimanches, jours fériés ainsi que la nuit. Deuxièmement, en Janvier 2007 a débuté la formation de neuf professionnels de l'équipe obstétricale à la LSF (une gynéco-obstétricienne, quatre sages femmes et quatre auxiliaires de puériculture). Cette formation se poursuit depuis sous la forme d'une semaine de cours de LSF par an, chaque semaine permettant de valider un niveau d'initiation en LSF.

Notre travail propose donc de faire un bilan de l'adaptation de la prise en charge des patientes sourdes signantes, à l'HCE, depuis la mise en place de ces deux actions. Après avoir, dans un premier temps décrit l'utilisation des différents moyens, nous pourrions, dans un second temps, envisager des propositions d'amélioration.

II - Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et monocentrique réalisée à l'HCE de Grenoble, décrivant la prise en charge des patientes enceintes sourdes signantes. Cet hôpital est une maternité de niveau III appartenant au CHU de Grenoble. L'étude est rétrospective du 01/02/2007 au 31/12/2010.

Ont été éligibles toutes les patientes enceintes sourdes ayant transité par les services de consultations, salle de naissance (SDN), grossesse à haut risque (GHR) et unité mère enfant (UME) de l'HCE entre le 01/02/2007 et le 31/12/2010.

Ont été exclues :

- les patientes relevant uniquement des consultations et/ou des hospitalisations en gynécologie
- les patientes sourdes non signantes
- les patientes n'ayant pas accouché à l'HCE
- les patientes ayant accouché à l'HCE après le 30/10/2010

Les données à l'inclusion ont été recueillies, par nous-mêmes, de manière rétrospective. Dans un premier temps, nous nous sommes servis des archives de l'unité d'accueil et de soins en LSF pour recenser toutes les femmes enceintes sourdes signantes ayant consulté à l'HCE entre 01/02/2007 et le 31/12/2010, ce qui nous a permis d'exclure toutes les patientes ne relevant que de la gynécologie. Ensuite, pour analyser la prise en charge des patientes sourdes signantes dans les services précités, nous avons utilisé l'étude des dossiers médicaux obstétricaux informatiques (DMO) et papier des patientes incluses.

Pour compléter nos informations manquantes nous avons utilisé les « agendas de rendez vous » informatiques de nos patientes.

Nous avons établi comme critère de jugement principal, le taux de prise en charge par un **personnel adapté** pour toutes les consultations programmées. Par personnel adapté nous définissons soit un professionnel ayant suivi une formation en LSF proposée par l'HCE sur quatre années (nous les appellerons les professionnels formés), soit un professionnel non formé mais accompagné d'un interprète de l'unité d'accueil et de soins en LSF, soit les deux. Nous avons considéré que si la présence de l'interprète n'était notée ni dans le dossier informatique, ni dans le dossier papier, ni sur l'agenda informatique, l'interprète n'était pas présent lors de l'échange avec le professionnel. Par consultations programmées, nous entendons les consultations obstétricales mais aussi les échographies, la consultation d'anesthésie et la visite post natale.

Nos critères de jugement secondaires, sont définis ci-dessous :

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés aux modalités de déroulement des consultations programmées en séparant chacun des deux moyens d'adaptation. Nous avons étudié pour chaque consultation programmée, si elle était réalisée avec un interprète, si elle était réalisée par un professionnel formé et nous avons cherché à évaluer s'il existait une différence dans le taux de consultations programmées réalisées avec un interprète en fonction du professionnel suivant la grossesse : professionnel formé ou professionnel non formé. Nous avons aussi considéré si la surdité de la patiente ainsi que le numéro d'appel du secrétariat de l'unité d'accueil et de soins en LSF étaient bien notés dans la case « remarques médicales importantes » du dossier informatisé.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés à la prise en charge par les professionnels formés en regardant le pourcentage de patientes suivies par un professionnel formé, le pourcentage de consultations programmées et de consultations en urgence qu'ils réalisent ainsi que le taux de patientes qu'ils prennent en charge lors des séjours en SDN et en maternité (nous avons considéré qu'il fallait que la patiente ait été prise en charge au moins un jour sur l'ensemble du séjour en maternité par un professionnel formé pour répondre à ce critère).

Dans un troisième temps nous avons regardé l'application du protocole pour les hospitalisations : l'appel téléphonique à l'unité d'accueil et de soins en LSF et les interventions de l'interprète pendant les séjours en SDN (sur l'ensemble des patientes puis sur celles ayant séjourné aux horaires de disponibilité des interprètes : les jours de semaine entre 8h30 et 17h30) puis pour les séjours en maternité. Nous définissons par séjour en maternité le regroupement des informations sur la prise en charge pendant les éventuelles hospitalisations en GHR au cours de la grossesse et les séjours en UME.

Nous nous sommes aussi intéressés aux intervenants présents lors des interventions des interprètes pendant les séjours en maternité : sage femme, auxiliaire de puériculture et pédiatre.

Enfin, nous avons étudiés les modalités de déroulement des consultations en urgence : avaient-elles été réalisées avec un interprète, ou faites par un professionnel formé, cela en travaillant sur la totalité des consultations urgence puis uniquement sur celles réalisées aux horaires de disponibilité des interprètes.

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés grâce au logiciel STATVIEW. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les proportions, et les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type. La confidentialité des dossiers médicaux a été

garantie par l'attribution d'un numéro aléatoire à chaque dossier inclus. Conflit d'intérêt :

Aucun.

III – Résultats

Les caractéristiques de notre population, à l'inclusion sont les suivantes : (tableau I)

Caractéristiques à l'inclusion	N = 22
Age, m (e.t)	31.8(5.6)
Avec profession, %	50
En couple, %	100
Primipare, %	68.1
Grossesse physio, %	68.1
Issue de grossesse	
Eutocique, %	50
Extraction %	31.8
Césarienne, %	18.1

Tableau I : Caractéristique de la population à l'inclusion.

En moyenne, les femmes enceintes sourdes signantes ont eu 6,2 consultations obstétricales et 3,5 échographies. La totalité des patientes a eu une consultation d'anesthésie et les $\frac{3}{4}$ une visite post natale. Concernant le taux de prise charge par un personnel adapté pendant les consultations programmées, nous notons que 83% des consultations obstétricales et 43,4 % des échographies ont été réalisées par/avec un personnel adapté. Nous notons aussi que pour 63,6% des patientes, la consultation d'anesthésie a eu lieu avec un personnel adapté et la visite post natale a été réalisée pour 63,6 % des patientes avec un personnel adapté (tableau II).

Consultations programmées	
Nombre de consultations obstétricales, <i>m (e.t) / N</i>	6,2 (1,7) / 136
Proportion de consultations obstétricales adaptées, % / N	83 / 113
Nombre d'échographies, <i>m (e.t) / N</i>	3,5 (0,9) / 76
Proportion d'échographies adaptées, % / N	43,4 / 33
Consultation d'anesthésie, % / N	100 / 22
Consultation d'anesthésie adaptée, % / N	63,6 / 14
Visite post natale, %	76,5 / 17 ^a
Visite post natale adaptée, %	63,6 / 14

Tableau II : Consultations au cours de la grossesse et du post partum (population 22 femmes enceintes signantes) m : moyenne / e.t : écart type

^a Données manquantes (n = 17).

L'étude du recours aux interprètes en fonction du professionnel suivant la grossesse (formé ou non formé) induit les données suivantes : 72,7% de femmes ont été suivies par un professionnel formé. Chez ces patientes, 65,3% de leurs consultations obstétricales se sont déroulées avec un interprète et 35,7 % de leurs échographies. Quant aux patientes suivies par un professionnel non formé, 48,7 % de leurs consultations obstétricales ont eu lieu avec un interprète et 65 % de leurs échographies. 68,8% des patientes suivies par un professionnel formé ont bénéficié d'une consultation d'anesthésie avec un interprète et 50% des patientes suivies par un professionnel non formé. En ce qui concerne la visite post natale, elle a été réalisée avec un interprète pour la moitié des patientes suivies par un professionnel formé et aucune des patientes suivies par un professionnel non formé. La surdité ainsi que le numéro du secrétariat de l'unité étaient précisés dans la case remarques médicales importantes du DMO pour 87,5% des patientes suivies par un professionnel formé, pour 33,3% des patientes suivies par un professionnel non formé. (tableau III et III bis Cf. annexe II).

Consultations programmées	Suivies par soignant formé N=16 (72,7 %)	Suivies par soignant non formé N=6 (27,3 %)
Nb total de consultations obst. N	101	35
% de consultations obst. avec interprète, %, N	65,3 %, 66	48,7 %, 17
Nb total de consultations d'écho. N	56	20
% de consultations d'écho. avec interprète, %, N	35,7 %, 20 ^a	65 %, 13
Consultation d'anesthésie, %, N	68,8 %, 11	50 %, 3
Visite post natale, %, N	50 %, 8	0, 0
Surdité sp�ecifi�e dans le DMO, %, N	87,5 %, 14	33,3 %, 2

Tableau III : Prise en charge pour les consultations programmées selon le soignant. (population de 22 femmes enceintes signantes)

^a Données manquantes : n = 13

Dans un second temps nous nous sommes int eress es à la prise de charge des patientes par les professionnels form es. Nous notons des taux de prise en charge variables selon les services :

- 64,7 % des consultations obstétricales ont été réalisées par un professionnel form e
- 22,7% des consultations en urgence ont été réalisées par un professionnel form e (18,3 % le jour, 21,7% we + nuit)
- 22,7% ont été prises en charge par un professionnel form e pendant leur séjour en SDN
- 54,5% ont été prises en charge par un professionnel form e lors de leur séjour en maternité
- 60% des patientes ont bénéficié d'un professionnel form e lors de leur visite post natale (tableau IV cf. annexe III)

Dans un troisième temps, nous avons décrit l'application du protocole pour les séjours en SDN et en maternité (tableau V).

Application du protocole lors des séjours	Totalité	Jour
Séjours en salle de naissance :		
Appel du secrétariat de l'unité, %	40 ^a	61,5
Intervention de l'interprète, %	33,3 ^b	53,8
Séjours en maternité :		
Nombre d'appel du secrétariat de l'unité en maternité, m (e.t)	2,1 (1,2) ^c	/
Nombre d'intervention de l'interprète en maternité, m (e.t)	2 (1) ^d	/
% de patiente avec au moins une intervention de l'interprète en maternité, %	100 ^b	/
Présence de professionnel lors des interventions des interprètes :		
<i>Sage femme, %</i>	90,9 ^d	/
<i>Auxiliaire de puériculture, %</i>	86,3 ^d	/
<i>Pédiatre, %</i>	36,3 ^e	/

Tableau V : Description de l'application du protocole dans les différents services de l'HCE (population de 22 femmes enceintes signantes dont 10 ayant consulté la journée)

^a Données manquantes n = 19

^d Données manquantes n = 20

^b Données manquantes n = 21

^e Données manquantes n = 18.

^c Données manquantes n = 15

Dans un dernier temps nous nous sommes intéressés aux consultations d'urgence. (tableau VI)

Caractéristiques pour les consultations en urgence	Au total N=22	De jour N=11	De nuit, we et jours fériés N=11
Réalisées avec interprète, %	18,2	36,4	0
Réalisées par un professionnel formé, %	22,7	18,1	27,3
Consultations adaptées, %	40,9	54,5	27,3

Tableau VI : Description de la prise en charge pour les consultations en urgence. (population de 22 consultations en urgence, 11 le jour et 11 la nuit.)

IV – Discussion :

Notre étude montre un bilan perfectible de l'adaptation de la prise en charge des patientes sourdes signantes ainsi qu'une grande disparité entre les différents services de l'HCE.

Concernant la prise en charge adaptée lors des consultations programmées, il est probable que l'ensemble de nos résultats soient sous-estimés par notre mode de recueil des données : rétrospectif et basé sur les informations notées dans le dossier de la patiente.

Nos données ont été exhaustives pour les consultations réalisées par un professionnel formé (nous possédions la liste de tous les professionnels formés et le nom du professionnel réalisant la consultation apparaît obligatoirement dans le dossier à la création de la fiche de consultation informatique) mais non exhaustive pour la présence des interprètes. Nous avons essayé de réduire cette sous-estimation en croisant les heures de rendez vous des patientes avec les agendas des interprètes, mais ceux-ci n'étant conservés que huit mois, cela n'a pas été possible pour l'ensemble de notre population. Pour l'adaptation de la prise en charge lors des consultations échographiques, nous n'avons pu utiliser que l'agenda électronique des patientes (où la secrétaire note l'accord de l'unité d'accueil et de soins en LSF pour la venue d'un interprète lors de la prise de rendez-vous), la présence de l'interprète n'apparaissant dans aucun autre élément du dossier. Cette notification n'est en aucun cas obligatoire, induisant une probable sous estimation de nos résultats, mais exclure les échographies de notre travail nous a paru peu judicieux au vue de la place de l'échographie dans le suivi de la grossesse.

Ces limites mettent en évidence le problème de la traçabilité de la présence de l'interprète lors du suivi médical, laquelle devrait être systématiquement précisée dans le dossier par le professionnel : c'est le meilleur moyen pour lui de faire la preuve de la bonne compréhension

par la patiente des informations qu'il lui délivre et de celles nécessaires à une bonne prise en charge de la grossesse^{10,11,12} ainsi que de répondre à l'obligation légale d'adaptation au handicap⁷. Pour le cas spécifique des consultations échographiques, la présence d'un interprète devrait être systématiquement renseignée dans le dossier informatique et le compte rendu d'échographie afin de faciliter le lien et la coordination avec les autres professionnels prenant en charge la grossesse (nécessité de reprendre les explications ou non, par exemple). Malgré ces limites, nous retrouvons une prise en charge adaptée pour 83% des consultations obstétricales, 63,6% des consultations d'anesthésie et 43,4% des échographies, ce qui est acceptable mais perfectible. L'objectif de 100% de prise en charge adaptée lors des consultations programmées semble atteignable : serait-il possible de mettre en place une planification de toutes les consultations de suivi, dès le début de la grossesse (anesthésie et échographies comprises), afin de prévoir en systématique et à l'avance, la prise en charge, par un professionnel formé et/ou avec un interprète. Pour les échographies et les consultations d'anesthésie, inclure un échographiste et un anesthésiste dans le programme de formation à la LSF pourrait aussi améliorer ces moments de la prise en charge et être un avantage dans la prise en charge d'autres patientes sourdes signantes relevant de services comme la gynécologie ou l'urgence.

Une deuxième partie de notre étude s'intéresse aux différences dans le recours aux interprètes pour les consultations programmées en fonction du professionnel prenant en charge la grossesse : formé ou non formé. Nous n'avons pas réalisé de test statistique pour ces différences, nos échantillons étant trop petits pour obtenir des différences statistiquement significatives (N=6 et N=16). De manière générale pour les consultations programmées, nous constatons un recours aux interprètes supérieur chez les professionnels formés (ex : les consultations obstétricales: 65% vs 48%). Ce résultat peut paraître contradictoire dans la

mesure où les professionnels formés ont des bases en LSF et pourraient donc avoir moins recours aux interprètes que les professionnels non formés. En réalité, les professionnels formés sont plus sensibilisés aux difficultés rencontrées par les patientes sourdes en matière de communication et aussi plus conscients de leurs propres limites en LSF. Pour cette raison, ils connaissent l'importance de la présence d'un interprète et ce qui peut résulter d'une collaboration avec eux. En outre, le fait qu'ils renseignent plus fréquemment que les professionnels non formés la surdité et le numéro d'appel de l'unité, dans la case « remarques importantes » du dossier médical informatisé (65% vs 37,5%), confirme aussi cette meilleure sensibilisation. Pour ce qui est des échographies, nous pensons que l'inversion de la différence (35,7% vs 65%) est due à un taux de données manquantes important ainsi qu'à un manque de puissance de notre étude.

Au vu de ces résultats, nous pensons qu'accentuer la sensibilisation de l'équipe obstétricale sur l'importance de l'utilisation du protocole et des interprètes lors de la prise en charge des patientes sourdes signantes est primordiale pour permettre à ces patientes d'optimiser leur accessibilité à des soins adaptés. De même, réaliser auprès des patientes sourdes signantes une enquête de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge à l'HCE et étudier leurs attentes, apporterait des éléments complémentaires pour réajuster la démarche.

Une troisième partie de l'étude s'intéressait au taux de prise en charge des patientes sourdes signantes par les professionnels formés en fonction des différents services de l'HCE. Nous pouvons voir de grandes disparités entre les services : 64,5% pour les consultations programmées, 60% pour la visite post natale, 54,5% pour les séjours en maternité et 22,7% pour les consultations en urgence et les séjours en salle de naissance. Il est probable que pour les séjours en maternité, nos résultats soient sous estimés par notre mode de recueil de données : le dossier d'hospitalisation est quasiment exclusivement rédigé à la

main par le professionnel en charge de la patiente, son nom est donc parfois illisible ou remplacé par une signature, induisant donc des données manquantes (N=18).

Les meilleurs taux de prise en charge mis en évidence concernent les consultations programmées et nous pouvons nous étonner que le taux de prise en charge ne soit pas supérieur. Cela peut s'expliquer, en partie, par la liberté laissée au patient du choix de son praticien. L'HCE n'ayant qu'une seule obstétricienne formée à la LSF, le patient peut choisir d'aller voir un autre médecin ou sage femme et préférer avoir recours au service d'un interprète. Un second axe d'explication est que l'obstétricienne formée prend aussi en charge des patientes entendant ; il est donc possible que parfois elle n'ait plus de créneau de rendez-vous disponible. Ce problème pourrait facilement être résolu par la mise en place d'une planification des rendez-vous de grossesse, dès le début de grossesse, comme expliqué ci-dessus. Il est aussi envisageable que la totalité des patientes sourdes n'ait pas connaissance de l'existence de professionnels formés à la LSF à l'HCE. Dans ce contexte là, il pourrait être intéressant de les informer sur la présence à l'HCE d'une prise en charge adaptée, d'interprètes et de personnels formés, par exemple par une plaquette d'information.

Concernant les taux de prise en charge dans les différents services d'urgence (salle de naissance et consultations en urgence), nous retrouvons des taux à peu près similaires : 30% à 40% de prise en charge adaptée et de 22,7% de prise en charge par les professionnels formés. Pour ce qui est des urgences en journée, nous pourrions penser que le recours aux interprètes de l'unité est une solution, or, nous ne retrouvons que 54,5% de consultations en urgence de journée adaptées, les interprètes ayant des plannings déjà chargés, il est rare qu'ils puissent se libérer pour venir assister à la consultation en urgence de la patiente. Nous retrouvons d'ailleurs cette problématique pour les séjours en SDN la journée, où seulement 53% des patientes ont bénéficié de la visite d'un interprète. Ces faibles taux de prise en charge adaptée dans les situations d'urgence (accouchement ou consultation en urgence), constatés de jour

comme de nuit, posent la question de l'utilité de la mise en place d'une astreinte d'un des huit professionnels formés (hors médecin) et/ou d'un interprète 24h/24 et 7J/7. Il ne sera peut être pas possible de mettre en place cette astreinte en permanence, mais il apparaîtrait intéressant que cela soit le cas au moins sur la période du neuvième mois de grossesse de chaque patiente, afin qu'un professionnel adapté soit présent systématiquement lors de l'accouchement. En effet, il ressort d'une étude grenobloise de 2004³, que lors de l'accouchement, les patientes sourdes se sentaient souvent très isolées et rencontraient de grandes difficultés de compréhension vis à vis des décisions médicales prises, ce qui s'avérait, pour elles, un motif d'insatisfaction. L'établissement, dès le début de grossesse, d'un « roulement » d'astreinte, en collaboration entre les interprètes et les personnels formés, sur la période du 9^{ème} mois de grossesse de chaque patiente, venant s'ajouter à la planification des consultations programmées, semble être un bon moyen d'améliorer la prise en charge lors des situations d'urgence de fin de grossesse.

Un dernier axe de notre étude s'intéressait plus spécifiquement à l'exploitation par les professionnels de la présence de l'interprète lors de ces interventions pendant les séjours en maternité. Nous voyons que l'ensemble de nos patientes a bénéficié d'au moins un passage de l'interprète pendant son séjour en maternité et qu'en moyenne l'unité d'accueil et de soins en LSF à été appelée deux fois par séjour et qu'il en a résulté deux passages de l'interprète. Lors de ces interventions, la sage femme et l'auxiliaire étaient présentes avec l'interprète dans 90% des cas. Au vue de ces résultats, il est légitime de penser que, confrontés plusieurs jours aux difficultés de communications avec les patientes sourdes, les professionnels utilisent plus le protocole pour résoudre les difficultés de communication. En revanche, lorsqu'ils rencontrent ponctuellement la patiente (comme le pédiatre par exemple) nous retrouvons à nouveau un niveau d'adaptation de 30%. Nous pouvons donc en conclure que l'adaptation de la prise en

charge passe avant tout par l'implication des professionnels. Nous nous demandons tout de même, si un seul passage par séjour est suffisant pour conclure à une adaptation de 100% de la prise en charge. Le séjour en maternité durant plusieurs jours, il est légitime de penser que chaque jour à ses spécificités et que pour parler de prise en charge totalement adaptée, il faudrait un passage d'interprète par jour. Cela pourrait être envisagé en mettant en place une organisation des soins pendant le séjour centrée sur les besoins du patient (dans notre cas, les difficultés de communication). Chaque jour un interprète ou un professionnel formé passerait alors voir la patiente avec, à chaque fois, une sage femme et une auxiliaire de puériculture afin de répondre aux questions de la patiente, jour par jour, et de lui apporter les différentes informations médicales la concernant, elle et son enfant. Pour la visite du pédiatre, une date précise de visite avec l'interprète pourrait être défini en début de séjour, et si cela n'est pas possible, une prise d'un rendez vous en externe à la sortie de la maternité avec celui-ci. Il apparaît, en effet, très important que les parents comprennent bien les explications données par le pédiatre et puissent lui poser toutes leurs questions lors de cette première visite, en particulier sur le dépistage de la surdité et les différents traitements possibles.


V – Conclusion :

Grâce à la mise en place depuis 2007 de moyens d'adaptation de la prise en charge des patientes sourdes signantes à l'HCE, l'accessibilité aux soins adaptés pour ces patientes, et en particulier au niveau des consultations programmées et des hospitalisations en maternité, s'est améliorée. Il nous paraît essentiel de rappeler l'importance de la sensibilisation des professionnels aux spécificités de la surdité et aux difficultés rencontrées par ces patientes, premier gage de la poursuite de l'amélioration de leur prise en charge. De plus, pour ce qui concerne les consultations programmées, la mise en place d'une planification précise et précoce de l'intégralité des rendez-vous, en collaboration étroite avec l'unité d'accueil et de soins en LSF, nous paraît être importante afin de parvenir à un taux de prise en charge adaptée de 100% pour ces consultations. De la même manière, afin de poursuivre la mise en œuvre de soins accessibles et centrés sur le patient à l'HCE, il nous paraîtrait intéressant de revoir l'organisation des soins en maternité afin que les patientes puissent bénéficier de la venue d'un interprète une fois par jour lors de leur séjour. Des progrès restent aussi à faire pour ce qui est de l'accueil des patientes sourdes signantes en urgence et surtout la nuit et le week-end. Dans ce cadre là, l'établissement d'une astreinte en LSF, prévue dès le début de grossesse pour le dernier mois, pourrait être très intéressant. Il serait, en outre, judicieux que les patientes sourdes signantes puissent établir un bilan de satisfaction et formuler des souhaits qui contribueraient d'autant à faire progresser leur accessibilité aux soins. Si, la mise en place des deux moyens d'adaptation a ouvert la voie vers des soins accessibles aux patients sourds signants et illustre bien la volonté du CHU de Grenoble d'être accessible à tous les patients handicapés, continuer à les développer pour parvenir à une prise en charge totalement adaptée à la surdité, s'avère indispensable.

Références bibliographiques

-
- ¹ Dictionnaire de médecine Flammarion. 4^e éd. Paris : Flammarion , 1991. [1]
- ²² Rapport remis au Premier Ministre le 09/1998 par D. Gillot. La documentation Française : Le droit des sourds. 1998. [2]
- ³ Rubat du Merac F. Surdité et Grossesse. Mémoire de fin d'étude de sages-femmes, UJF Grenoble. 2004 [3]
- ⁴ Meador HE, Zazove P. Health care interactions with deaf culture. J Am Board Fam Pract. 2005; 18(3):218-22. [4]
- ⁵ Mongourdin B. Surdité, accessibilité linguistique et soins. Dans : Audition publique de l'Haute Autorité de Santé : Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Paris : Haute Autorité de Santé; 2008 Oct. 22-23:11. [5]
- ⁶ Déclaration ministériel de M. Jack Lang ministre de l'éducation nationale, Apprentissage de la langue des signes par les enfants sourds, 13 février 2002. [6]
- ⁷ Loi n 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicap es, Journal Officiel. 2005; 36:2353(1). [7]
- ⁸ Plan « p rinalit  ». Humanité, proximité, sécurité, qualité, 2005 2007. Bulletin Officiel n 2006-4 (<http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>) [8]
- ⁹ O'Hearn A., PhD. Deaf Women's Experiences and Satisfaction with Prenatal Care: A Comparative Study. Family Medicine. 2006; 38(10):712-6. [9]
- ¹⁰ Iezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. Ann Intern Med. 2004 Mar 2; 140(5):356-62 [10]
- ¹¹ Zazove P, Niemann L, Gorenflo DW, et al. The health status and health care utilization of deaf and hard of hearing persons. Arch Fam Med 1993; 2:745-52. [11]
- ¹² Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. The relation between deaf patients and the doctor. Braz J Otorhinolaryngol. 2009 Jan-Feb; 75(1):147-50 [12]
- ¹³ Guide m thodologique relatif aux missions, organisation et fonctionnement des unités d'accueil et des soins des patients sourds en langue des signes. (<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide.pdf>) [14]

ANNEXE I

	Unité Rhône-Alpes d'accueil de soins pour les Sourds – Langue des signes (Unité Sourds)	HAND-PRO-001
	Procédure d'accueil et de prise en charge d'un patient repéré comme sourd ou malentendant	
Date de diffusion : 17/03/09	Rédigé par : Edith Brunet, Dr. Benoît Mongourdin	
Version : 1	Vérifié par : Brigitte Biguenet	
Nombre de pages : 3	Approuvé par : Pr. Luc Barret	

I - OBJET

Décrire les **modalités d'accueil et de prise en charge des personnes repérées comme sourdes ou malentendantes dans les unités de consultation et d'hospitalisation du CHU**, et leur collaboration avec l'Unité Rhône-Alpes d'accueil et de soins pour les Sourds – Langue des signes (Unité Sourds).

II - CHAMP D'APPLICATION

Tous les secteurs d'activité de l'hôpital susceptibles d'accueillir des patients sont concernés par ce document.

III - DOCUMENTS ASSOCIES

- Circulaire DHOS/E1 n° 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

IV - OBJECTIF

Lever les **obstacles d'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes** et leur offrir une qualité de soins équivalente à ceux de la population générale, en permettant aux patients sourds ou malentendants d'être soignés **dans la langue de leur choix** (Langue des signes ou Français), conformément à la loi du 11 février 2005-102.

V - CONDUITE A TENIR IMMEDIATE

- Dès qu'un patient, ambulatoire ou hospitalisé, est repéré comme sourd ou malentendant, le service **appelle la secrétaire coordinatrice de l'unité au 65 041**

Unité Rhône Alpes d'accueil et de soins pour les Sourds - Langue des signes

Médecin responsable : Dr. Benoît MONGOURDIN

Secrétaire-coordinatrice : Céline BARRERO

Tel 04 76 76 50 41

Fax 04 76 76 89 99

SMS 06 74 08 74 45

Courriel accueil.sourds@chu-grenoble.fr

- Les professionnels de l'Unité Sourds déterminent alors, au chevet du patient et en collaboration avec lui, **quelle langue devra être utilisée lors des soins** (Français, Langue des signes, supports et adaptation éventuels).
- **Le résultat de cette évaluation est noté dans le dossier du patient**

VI - DEROULEMENT DES SOINS

Les professionnels de l'Unité Sourds sont amenés à intervenir à tous les niveaux de la prise en charge du patient afin de permettre aux professionnels la réalisation des soins dans toutes leurs dimensions :

L'Unité Sourds met à disposition, en fonction des besoins :

- Un **interprète** diplômé Français-Langue des signes,
- Un **intermédiaireur** Sourd
- Les **informations** et le soutien nécessaires à une bonne communication lors des soins, quelle que soit la langue utilisée.

1. Organisation des soins

- Tout rendez-vous (examens complémentaires, consultations spécialisées, avis) sera pris en collaboration avec la secrétaire de l'Unité Sourds (appel de la secrétaire **avant** de programmer un rendez-vous).
- Dès que l'hospitalisation est programmée (voire en début de séjour pour une hospitalisation en urgence), le nombre et les moments d'intervention seront déterminés **en commun** par l'unité accueillante et la secrétaire de l'Unité Sourds
- Les interprètes et les intermédiaireurs ont un planning chargé : lorsque leur présence est requise, l'unité accueillante devra être particulièrement attentive au **respect des horaires**. En cas de retard important, le rendez-vous sera alors prioritaire.

2. La sortie du patient

- Les prises de rendez-vous en aval d'une hospitalisation doivent toujours être programmées en collaboration avec la secrétaire-coordinatrice, afin d'assurer la présence des professionnels nécessaires (interprète, intermédiaireur...).
- Sauf si le patient y est opposé, **la sortie d'hospitalisation sera effectuée en présence d'un intermédiaireur ou d'un médecin de l'Unité Sourds**, afin de valider que les consignes et prescriptions ont été clairement comprises du patient.

3. Rôle des médecins signeurs de l'Unité Sourds :

Les médecins signeurs (pratiquant la Langue des signes) assurent la consultation en Langue des signes dans les locaux de l'Unité Sourds, mais ils peuvent également intervenir dans les autres unités hospitalières.

Certaines situations nécessitent leur participation, en particulier :

- reprise d'explications en Langue des signes,
- consultations conjointes avec le médecin de l'unité accueillante (pour l'annonce d'un diagnostic grave ou complexe),

Ils assurent également un lien entre le CHU et les médecins traitants pour la coordination du suivi médical (l'assurance maladie préconise la complémentarité des suivis médecin traitant / médecin signeur).

A cette fin, les médecins de l'Unité Sourds devront être, si nécessaire, destinataires des informations médicales et des courriers de sortie concernant les patients sourds ou malentendants pour lesquels l'Unité Sourds sera intervenue.

Diffusion	Toutes les unités du CHU, chefs de service, responsables médicaux d'unités, cadres de santé, secrétariats, le SAU, le SAMU	17/03/09
Classement	Dans VDoc : Secteurs médicaux et médicaux-techniques / Handicaps	
Rédaction	Dr Benoît Mongourdin, unité Rhône-Alpes d'accueil et de soins pour les Sourds - Langue des signes E. Brunet, cadre supérieur coordonnateur du pôle couple-enfant	24/11/08
Vérification	B. Biguenet, cadre supérieur de santé, cadre coordonnateur du pôle pluridisciplinaire de médecine	24/11/08
Vérification qualité	R. Cugniet, ingénieur qualité, Direction de la qualité et des usagers	02/12/08
Approbation	Pr L. Barret, Président de la CME	24/11/08
Historique	Procédure d'accueil et de prise en charge d'un patient repéré comme sourd ou malentendant – Version 1	24/11/08

ANNEXE II

Caractéristiques pour les consultations Programmées	Totalité N=22	Suivi par soignant formé N=16 (72,7%)	Suivi par soignant non formé N=6 (27,3 %)
Nb de consultations obstétricales, <i>N ; m (e.t)</i>	136 ; 6,2(1,7)	101 ; 6,3 (1,4)	35 ; 5,8 (2,5)
<i>Avec interprète, N ; m (e.t)</i>	83 ; 3,8 (1,8)	66 ; 4,1 (1,8)	17 ; 2,8 (1,7)
Nombre d'échographies, <i>N ; m (e.t)</i>	3,5 (0,9)	56 ; 3,5 (0,9)	20 ; 3,3 (1,1)
<i>Avec interprète, N ; m (e.t)</i>	1,7 (0,9)	20 ; 1,5 (0,9)	13 ; 2,1 (0,7)
Consultation d'anesthésie, %	100	100	100
<i>Avec interprète, %</i>	63,6	68,8	50
Visite post natale, %	76,5	86,7	40
<i>Avec interprète, %</i>	40	50	0
Surdité spécifié dans le DMO	72,7	87,5	33,3

Tableau III bis : Prise en charge pour les consultations programmées selon le soignant.

Il existe des données manquantes pour les échographies réalisées avec un interprète (sur la totalité : n = 19 et sur les femmes suivi par un soignant formé : n = 13).

ANNEXE III

Services	N=22
Consultations obstétricales, N ; m (e.t)	88 ; 4 (2,6)
Consultations urgences, N ; %	22 ; 22.7
Jour,N ; %	11 ; 18,1
Nuit,N ; %	11 ; 27,3
Accueil SDN, %	18.2
Hospitalisation SDN, %	22.7
Hospitalisation maternité, %	54.5
Visite post natale, %	60

Tableau IV : Prise en charge par les soignants formés
Il existe des données manquantes pour les hospitalisations en maternité (n = 18).

Résumé :

Introduction : La surdité concerne environ 7% de la population française. Dans ce contexte, l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble a mis en place deux moyens d'adaptation de la prise en charge des patientes sourdes, parlant la Langue des Signes Française (LSF) : un partenariat avec les interprètes en LSF de l'unité d'accueil et de soins, et la formation de neuf professionnels à la LSF. Le but de cette étude est de proposer un bilan de la prise en charge de ces patientes consécutivement à la mise en place de ces deux moyens d'adaptation, ainsi que d'éventuelles orientations d'amélioration. *Matériels et méthodes* : L'étude descriptive est men e à partir des informations contenues dans les dossiers informatiques et papier de vingt-deux patientes sourdes signantes. *Résultats* : Si l'on constate une adaptation importante de la prise en charge de ces patientes lors des consultations programmées et des séjours en maternité, en revanche, pour les services d'urgence, les taux d'adaptation restent faibles. *Conclusion* : L'adaptation de la prise en charge s'avère donc perfectible par exemple par une planification précoce (anticip e) lors de la grossesse de l'ensemble des prises en charge programmées. Dans les services d'urgence, la mise en place d'une astreinte de LSF joignable à tout moment contribuerait grandement à améliorer pour ces patientes l'accès à des soins adaptés et par là même leur bien-être et leur satisfaction.

Mots clés : « surdité » ; « grossesse » ; « accessibilité aux soins » ; « langue des signes »