

**INSTITUT DE FORMATION
EN MASSO KINÉSITHÉRAPIE
DE BERCK-SUR-MER**

**FACULTÉ INGÉNIERIE ET
MANAGEMENT DE LA SANTÉ
(ILIS)**

Emmanuelle COIGNY

**Former les étudiants en masso-kinésithérapie à la
langue des signes française (LSF). Intérêt et enjeu
dans l'accessibilité à la relation de soin avec la
personne sourde.**

Sous la direction du docteur Jean-Michel HENNEBEL

Mémoire

- Etudes en Masso-Kinésithérapie (UE 28)
- Master 2 « Ingénierie de la santé », Parcours « Ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle », Option « Ergonomie ».

Mémoire soutenu le 07/05/2020

Jury de soutenance

Président du jury : COCHEZ Antoine

2^{ème} Jury : Docteur HENNEBEL Jean-Michel

3^{ème} Jury : VALTON Victor

IFMK
Avenue du Phare
62600 BERCK-SUR-MER

ILIS
42, rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier le Dr Jean-Michel HENNEBEL d'avoir accepté de m'encadrer pour mener à bien ce travail de longue durée. Je le remercie pour le temps qu'il m'a consacré, les orientations données ainsi que d'avoir nourri ma réflexion à chaque entrevue, pour donner un maximum de pertinence à ce travail de recherche.

Je souhaite également remercier Jeanne et tous les membres de ma famille, pour leur soutien sans faille durant ces quatre années.

Un grand merci à tous les élèves berckois qui m'entourent depuis le début de cette expérience berckoise. Vous m'avez fait grandir et avez soutenu ce projet.

Enfin, à tous ceux qui m'ont ouvert les yeux sur la communauté sourde qui m'entoure, tout particulièrement Gabriel, Amélie, Victor et Pauline, une immense gratitude.

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION :	- 1 -
2.	CADRE DE REFERENCE / CONTEXTE	- 3 -
2.1	TERMINOLOGIE	- 3 -
2.2	UNE VISION MEDICALE DE LA SURDITE.....	- 5 -
2.3	QUELQUES CHIFFRES SUR LA SURDITE EN FRANCE.....	- 5 -
2.4	UNE VISION ANTHROPOLOGIQUE	- 7 -
2.5	LANGAGE : FACULTE ET SYSTEME	- 7 -
2.6	DIFFERENTES FORMES DE LANGAGE.....	- 9 -
2.7	COMMUNAUTE SOURDE	- 11 -
3.	MATERIEL ET METHODES	- 16 -
3.1	ELABORATION DES RECHERCHES	- 16 -
3.2	ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	- 18 -
3.3	ECHANGES	- 20 -
4.	ANALYSE DES RESULTATS	- 22 -
4.1	ANALYSE DU QUESTIONNAIRE.....	- 22 -
4.2	ANALYSE DES ECHANGES	- 28 -
5.	DISCUSSION	- 38 -
5.1	CODE DE DEONTOLOGIE DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES (MK)	- 38 -
5.2	COMMUNIQUER, UNE NECESSITE EN KINESITHERAPIE ?	- 40 -
5.3	LA SURDITE EST-ELLE UN HANDICAP ?	- 45 -
5.4	SOLUTIONS THERAPEUTIQUES FACE A UN HANDICAP COMMUNICATIONNEL	- 47 -
5.5	COMMENT SE FORMER A LA LANGUE DES SIGNES FRANÇAISE ?.....	- 55 -
6.	CONCLUSION	- 59 -
7.	BIBLIOGRAPHIE	- 60 -
8.	ANNEXES	- 64 -
8.1	ANNEXE I : FORMULAIRE DU QUESTIONNAIRE	- 64 -
8.2	ANNEXE II : REPONSES GRAPHIQUES AU QUESTIONNAIRE.....	- 70 -
8.3	ANNEXE III : ENTRETIEN AVEC LAURA.....	- 78 -
8.4	ANNEXE IV : ECHANGE AVEC AMELIE	- 80 -
8.5	ANNEXE V : ECHANGE AVEC GABRIEL.....	- 84 -

RÉSUMÉ

Introduction :

En France, 359 000 personnes sont sourdes. Elles communiquent par la langue des signes française, qui a été reconnue comme langue à part entière par le gouvernement depuis 2005. Cependant, dans les Hauts-de-France, un seul médecin (Dr Drion) consulte en langue des signes française. Dans ces circonstances, l'initiation ou l'apprentissage de la Langue des Signes Française répond-t-elle à une curiosité intellectuelle ou une nécessité thérapeutique? Comment appréhender l'enseignement de la Langue des Signes Française au sein d'un institut de formation en kinésithérapie? Nous étudierons le cas de l'école de Berck.

Nous avons choisi de répondre à ces questions en proposant un questionnaire aux étudiants masso-kinésithérapeutes berckois. Divers sujets y ont été abordés tels que: la communication verbale et non verbale, leur utilisation en masso-kinésithérapie, les moyens d'aides à la communication, la langue des signes et la formation communicationnelle à Berck.

Nous avons complété nos recherches par des entretiens avec des personnes sourdes et/ou des professionnels de santé qui travaillent avec des patients sourds, afin de comprendre recueillir leurs ressentis et besoins.

110 étudiants ont répondu au questionnaire dont 90.9% considèrent la communication comme un paramètre primordial de la prise en charge kinésithérapique et 91.8% ont déjà eu à traiter des patients avec des troubles de la communication. De plus 98 % des étudiants se disent intéressés voire très intéressés par une initiation à la langue des signes. Cet intérêt pour ce moyen de communication est un réel potentiel pour augmenter le nombre de professionnels de santé capables de signer et pour rompre l'isolement ressenti par les personnes sourdes.

Des étudiants à Lille ou Paris peuvent apprendre la langue des signes s'ils le souhaitent. Il est nécessaire qu'il en soit de même à Berck puisque la langue des signes peut s'avérer utile en cas de surdité, de complications d'accidents vasculaires cérébraux, d'autisme ou de bébés. Par l'intermédiaire d'une initiation à la langue des signes, les étudiants seront amenés à réfléchir à propos de leur décret de compétence, l'éthique de leur profession et leurs représentations sociales erronées sur la surdité.

Conclusion :

Notre projet de recherche propose une solution pour améliorer la formation de Berck sous la forme d'une intervention sur la langue des signes et le handicap invisible. L'objectif est de former, directement dans leurs instituts, les futurs professionnels de santé afin d'augmenter le nombre de soignants capables de prendre en charge des patients sourds en r ducation.

Mots-clés : apprentissage, communication, langue des signes, masso-kinésithérapie, relation de soins, sourd, surdité.

ABSTRACT

Introduction:

In France, 359,000 people are deaf. They communicate through French sign language, which has been recognized as a language in its own right by the government since 2005. However, in the Hauts-de-France, only one doctor (Dr. Drion) consults in French sign language. Under these circumstances, does the initiation or learning of French Sign Language respond to an intellectual curiosity or a therapeutic necessity? How can one approach the teaching of French Sign Language in a physiotherapy training institute? We will study the case of the Berck school.

We have chosen to answer these questions by proposing a questionnaire to Berck's physiotherapist students. Various subjects were discussed such as: verbal and non-verbal communication, their use in physiotherapy, communication aids, sign language and communication training in Berck.

We supplemented our research with interviews with deaf people and/or health professionals who work with deaf patients, in order to understand their feelings and needs.

110 students responded to the questionnaire, of which 90.9% consider communication as a primary parameter of physiotherapy care and 91.8% have already treated patients with communication disorders. In addition, 98% of the students said they were interested or very interested in an introduction to sign language. This interest in this means of communication has a real potential to increase the number of health professionals able to sign and to break the isolation felt by deaf people.

Students in Lille or Paris can learn sign language if they wish. It is necessary to do the same in Berck as sign language can be useful in cases of deafness, stroke complications, autism or babies. Through an introduction to sign language, students will be led to reflect on their competency decree, the ethics of their profession and their social misconceptions about deafness.

Conclusion:

Our research project proposes a solution to improve Berck's training in the form of an intervention on sign language and the invisible handicap. The objective is to train, directly in their institutes, future health professionals in order to increase the number of caregivers capable of caring for deaf patients in rehabilitation.

Keywords: learning, communication, sign language, physiotherapy, cares relationship, deaf, deafness.

1. INTRODUCTION :

« La grande différence est que lorsqu'un sourd rencontre un autre sourd pour la première fois, ils se racontent...des histoires de sourds, c'est-à-dire leur vie. Tout de suite, comme s'ils se connaissaient depuis une éternité. Le dialogue est immédiat, direct, facile. Rien à voir avec celui des entendants. » (Laborit, 1994 p.124)

La communication verbale est si omniprésente dans nos vies que nous n'y prêtons plus attention. Lors de la rencontre avec une personne sourde, un entendant est amené, pour la première fois, à réfléchir aux moyens de communication dont il dispose. Cela a été mon cas, lors d'une prise en charge en libéral, où j'ai été en grande difficulté pour interroger ou comprendre mon patient sourd. Souvent, la communication est rompue ou tout simplement non commencée à cause du « à quoi bon parler puisqu'il ou elle ne m'entend pas ? ». Cette façon de penser entraîne inévitablement l'isolement de chaque protagoniste : les entendants d'un côté et les sourds de l'autre. Un masseur-kinésithérapeute peut-il réagir de la sorte ? Comment réaliser une anamnèse, un bilan, un soin, sans se faire entendre de son patient et sans maîtriser une communication adaptée ? Pourquoi les étudiants en kinésithérapie de Berck ne sont pas initiés à la langue des signes française (LSF) comme peuvent l'être ceux de Lille, de Bordeaux, de Paris ou autres paramédicaux comme les orthophonistes ? C'est ce que nous aborderons dans ce mémoire.

Comment bien communiquer avec les patients ? Cette interrogation m'a accompagné sur tous mes terrains de stages, notamment lorsque la communication verbale classique était difficile ou impossible, que ce soit en service des blessés crâniens mais aussi en libéral au contact d'enfants, de patients aphasiques ou avec des déficiences sensorielles associées ; sourds, aveugles.

Par désir de vous associer à mon mémoire et par reconnaissance envers ceux qui m'ont aidée à le bâtir, j'éviterai les « je » et privilégierai le « nous », sauf cas exceptionnels.

Afin de réduire notre population cible nous avons choisi de nous intéresser spécifiquement à la surdité et ses conséquences communicationnelles, et non à l'ensemble des individus ayant des troubles de communication puisque l'entendant possède les clefs pour s'adapter

à l'individu sourd. Cependant, nous établirons, à l'occasion, des parallèles entre les particularités de la langue des signes française et d'autres troubles communicationnels afin d'en améliorer la compréhension.

C'est pourquoi nous émettons la problématique suivante: **L'initiation ou l'apprentissage de la Langue des Signes Française répond-t-elle à une curiosité intellectuelle ou une nécessité thérapeutique ? Comment appréhender l'enseignement de la Langue des Signes Française au sein d'un institut de formation en kinésithérapie ?** Nous traiterons l'exemple de l'IFMK de Berck-sur-Mer.

Dans un premier temps, pour comprendre l'existence d'une « communauté sourde », nous verrons les nombreuses appellations données aux sourds au cours de l'Histoire, leur classification par catégorie et leur nombre en France. Puis, nous étudierons les différences linguistiques entre des termes comme « langue » et « langage » desquelles découle l'histoire de la langue des signes française, partie intégrante de la culture sourde.

Dans un second temps nous décrirons les méthodes utilisées chronologiquement pour construire ce mémoire. Nous commencerons par celle employée pour effectuer nos recherches, qui précèdent l'élaboration du questionnaire et des entretiens. Puis, pour expliciter la démarche sociologique de ce mémoire nous relaterons les méthodes employées pour réaliser un questionnaire directif et des échanges semi-directifs. Nous en ferons les analyses détaillées dans la troisième partie.

Pour finir, nous nous questionnerons, grâce à notre décret de compétences, sur l'égalité des chances d'accès aux soins des patients sourds. Cela nous amènera à aborder l'importance d'une communication en masso-kinésithérapie. Par la suite, nous traiterons la notion de handicap en cas de surdité, aussi nous tenterons de comprendre les enjeux de la seule communication réellement adaptée aux Sourds : la langue des signes française (LSF). En abordant des prémices de solutions, nous nous demanderons alors comment le masseur-kinésithérapeute peut-il être exempté de connaissances en moyens de communication, contrairement à d'autres professionnels de santé.

2. CADRE DE REFERENCE / CONTEXTE

Ce chapitre présente la réflexion sur le choix terminologique de « sourd », la présentation de la classification des catégories de sourd, une vision anthropologique et ce que représente la communauté sourde au travers de quelques chiffres.

2.1 Terminologie

« Dans certains domaines, les choix terminologiques mettent en lumière des réalités, ou représentations de la réalité, bien distinctes. C'est notamment le cas de la surdité, champ de recherche où le vocabulaire employé est plus qu'un simple choix, il traduit une réelle prise de position. » (Correno 2011). Il est nécessaire de préciser et de justifier nos choix terminologiques.

Les sourds font l'objet de nombreuses appellations : déficients auditifs, sourds-muets, sourds, malentendants etc. Explicitons ces différentes dénominations (Benvenuto 2004).

- sourd : *« personne atteinte de troubles de l'audition, plus ou moins importants »*, ce terme a l'avantage de ne pas avoir d'affixe privatif ou péjoratif (Delaporte 2002). En Grèce Antique, le terme sourd signifiait *« être privé de quelque chose »*. Au XIX^{ème} siècle, il est utilisé dans le sens de *« dur de la feuille »* quand aujourd'hui, il est restreint au cas de surdité profonde et associant la langue des signes (sourd signant).
- sourd-muet : *« Celui, celle qui est atteint d'une surdité (congénitale ou précoce) entraînant une mutité sans qu'il y ait de malformation de l'appareil phonatoire. »* (CNRTL 2005c). Ce terme est une ancienne appellation des sourds (1564), qui n'a plus lieu d'être. Il renvoie à l'idée qu'ils étaient considérés simples d'esprits car incapables de parler. Or les sourds sont capables d'émettre des sons, de crier mais n'utilisent pas cette capacité naturellement car ils ne s'entendent pas eux-mêmes. Nous n'utiliserons pas ce terme car il montre un manque de connaissance des capacités d'un sourd.
- déficient auditif : est la déclinaison de l'expression *« déficience auditive »* issue de l'approche médicale (1946). Cette expression décrit le fait qu'une fonction, l'audition, permise ordinairement par un ensemble de structures anatomiques (oreille externe, oreille moyenne, cochlée, nerf auditif) est défaillante.

Elle présente les personnes concernées comme porteuses d'une déficience par rapport à la norme entendante.

- malentendant (1960) : souligne que l'audition de la personne concernée, bien qu'incomplète, conserve une certaine fonctionnalité. Le terme est implicitement associé aux personnes malentendantes qui utilisent, à la différence des sourds, la langue parlée. Nous n'emploierons donc pas ce terme puisqu'il ne correspond pas à notre population cible : les sourds utilisant la langue des signes française.
- Entendant (1960): est une personne dont l'audition est « normale ». Les entendants forment un groupe qui existe par opposition aux Sourds. Nous préférons ce terme à celui de « normo-entendant », qui présente le sourd comme un être en dehors de la normalité.
- Devenu-sourd (1960): est le terme mis en avant par les personnes qui, quel que soit le degré de surdité, ont connu une vie d'entendant puis ont perdu l'audition du fait de l'âge, d'une maladie ou d'un accident. Ils ne sont pas concernés par les problématiques liées à l'apprentissage d'une langue et d'un mode de communication, ayant initialement développé la langue parlée, en tant qu'entendants.
- Sourd (1960-1970): « *personne membre de la communauté linguistique, sociale et culturelle des sourds* » (Poirier 2005; Virole 2006). Cela signifie que le terme sourd écrit avec un S majuscule reflète un choix identitaire, celui d'appartenir à la communauté minoritaire des sourds signants (individu qui communique par la langue des signes).

Puisque les premiers « *concernés se désignent eux-mêmes comme sourds* » (Dagron 1999) et que notre étude s'intéresse à la capacité des masseurs-kinésithérapeutes à prendre en soins des individus communiquant par langue des signes, nous emploierons dans ce mémoire le terme « sourd » tel qu'il est décrit actuellement.

Maintenant que nous avons défini la terminologie utilisée dans ce mémoire nous allons nous attacher à la classification de la surdité.

2.2 Une vision médicale de la surdité

La surdité interroge et ne laisse personne indifférent. Ainsi, de la même manière que les sourds ont porté des appellations variées, il existe plusieurs façons de catégoriser une perte auditive : l'audiométrie, l'utilisation d'aide technique ou encore l'échelle fonctionnelle auditive. Respectivement, elles font référence à une quantification médicale, des représentations sociales à propos de l'appareillage, ou une évaluation des capacités auditives au quotidien selon la déclaration de l'individu. Ensembles, elles signent la complexité des points de vue sur la surdité.

Nous détaillerons la plus répandue d'entre-elles : la classification selon l'audiométrie. En effet, la perte auditive est objectivée médicalement par audiogramme et est dite :

- légère si elle est comprise entre -20 et -40 dB ;
- moyenne si elle est comprise entre -40 et -70 dB ;
- sévère si elle est comprise entre -70 et -90 dB ;
- profonde si elle est comprise entre -90 et -120 dB.

C'est le terme de « déficience auditive », avec son caractère implicitement médical, qui englobe toutes ces catégories avec d'une part les malentendants (porteurs de déficience légère, moyenne ou sévère) et d'autre part les sourds (porteurs de déficience profonde).

2.3 Quelques chiffres sur la surdité en France

Grâce à la classification par audiométrie, des chiffres sont publiés et rendent compte du nombre de sourds en France. Cela permet de cerner l'étendue de notre population cible, représentée par les sourds (signants).

Cependant, il est difficile d'accéder à des données actualisées du nombre de déficients auditifs dans la population en France. En effet, le recensement des sourds passe par l'étude globale de la population française. Celui-ci est perturbé par l'existence de biais à l'évaluation de la surdité tels que :

- peu de personnes connaissent leur niveau d'audition,
- les distinctions entre les termes malentendants, sourds, déficience auditive légère à profonde portent à confusion.

- une majorité de sourds rencontrent des difficultés avec le français écrit (sondages)
- les sourds consultent peu puisque peu de médecins pratiquent la langue des signes française.

Dans ces circonstances, nous avons choisi de nous baser sur les chiffres publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en février 2014, car elle s'appuie sur les dernières données (*Figure 1*) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) au travers de son enquête « Handicap et Santé » de 2008 (Haeusler et al. 2014).

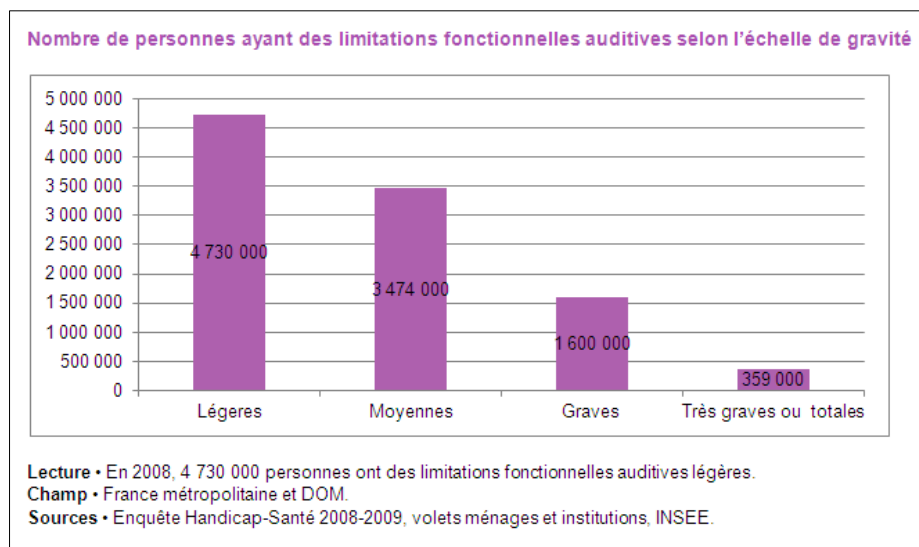


Figure 1: Nombre de personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives.

Notre étude se penche essentiellement sur la surdité nécessitant la pratique de la langue des signes française. Les personnes qui nous intéressent sont donc les 359 000 personnes ayant des limitations très graves à totales, autrement dit une déficience auditive profonde. De plus, il a été évalué que 44 000 individus sourds et 75 000 entendants utilisent la langue des signes française en France métropolitaine (Sander et al. 2007).

Si le nombre de 119 000 personnes utilisant la LSF (en 2007) semble dérisoire comparé à 67 millions de français aujourd'hui, est-il inutile de former les futurs professionnels médicaux et paramédicaux à cette langue ? Se limiter à ce point de vue serait une erreur, d'autant plus que « si 4 millions de nos concitoyens souffrent d'une déficience auditive, ce sont également 60 millions de français qui éprouvent des difficultés à communiquer avec eux » (Darcos et Morano 2010). La barrière de la langue nous handicape tous, entendants

comme sourds. Pourquoi ne pas proposer aux étudiants kinésithérapeutes, environ 11 000 en 2020, de participer à résoudre cette situation ?

Nous tenterons de répondre à ces questions au cours de ce mémoire, et étudierons à quelles autres situations la langue des signes ou ses dérivés peut s'avérer bénéfique.

2.4 Une vision anthropologique

Dans notre société, la surdité est systématiquement abordée d'un point de vue médical, c'est-à-dire un manque, une pathologie, une déficience puis une situation de handicap, dans laquelle les sourds ne se reconnaissent pas.

Pour les sourds il existe deux normalités : entendre et ne pas entendre (Delaporte 2002).

La première est d'être entendant : « *percevoir le monde par les oreilles, intégrer les informations reçues dans le cerveau qui les restituent par la bouche sous forme de mots* ».

La seconde est d'être sourd : « *percevoir le monde par les yeux, intégrer les informations reçues dans son cerveau qui les diffuse dans tout le corps qui les restituent avec les mains sous forme de signes* » (Delaporte, 2002 p.33). Les deux mondes sont perçus comme différents mais pas incompatibles, et aucun n'est jugé anormal ou handicapant. C'est pourquoi les sourds ne se considèrent pas comme handicapés (cf. [Q4] en *annexe V*) par leur surdité mais par l'incapacité des entendants à comprendre ce que c'est d'être sourd (Delaporte 2002).

Pour le mémoire, j'ai choisi d'adopter cette vision. En effet, les Sourds ne sont pas privés de communication puisqu'ils utilisent leur propre langue pour communiquer.

Il est donc primordial de distinguer la communication audio-vocale de la faculté de communication, car les sourds ne possèdent pas tous la première, mais tous ont des facultés de communication qu'elles soient visuo-vocales et/ou visuo-gestuelles.

2.5 Langage : faculté et système

Le langage se définit comme la « *faculté que les hommes possèdent d'exprimer leur pensée et de communiquer entre eux au moyen d'un système de signes conventionnels vocaux et/ou graphiques constituant une langue* » (CNRTL 2005a).

2.5.1 Définitions langue et langage

Lorsque Ferdinand de Saussure (1857-1913), père de la linguistique, définit le langage, il parle de « *faculté naturelle, inhérente et universelle qu'a l'être humain de construire des systèmes servant à la communication; son étude comporte deux parties, l'une ayant pour objet la langue (le code) et l'autre la parole (l'utilisation du code).* » (Van der Veen, 2008)

Si la notion de langage au sens saussurien est difficile à saisir, c'est parce que le langage correspond à une faculté à la fois physiologique et une entité linguistique. Plus simplement, le langage est la capacité des êtres-vivants à communiquer entre eux : les animaux, tout comme les fleurs en sont capables. Il n'est donc pas l'apanage de l'Homme. Ainsi émerge la notion de langage humain, fruit d'un développement cérébral et psychique complexe, basé sur des mots et des pensées.

Le langage humain se caractérise par la langue, qui est plus concrète. Celle-ci se définit comme un « *système de signes vocaux et/ou graphiques, conventionnels, utilisé par un groupe d'individus pour l'expression du mental et la communication* » (CNRTL 2005b). Entendons par système, un ensemble structuré d'éléments et de règles. C'est une organisation dont toutes les parties tendent vers la même finalité : la communication. L'étude de la langue, la linguistique, nous prouve la richesse et complexité de ce système.

2.5.2 Notions linguistiques : syntaxe et sémantique

La linguistique se subdivise en deux « disciplines » : la sémantique et la syntaxe. La sémantique étudie le sens des mots, le code en lui-même. Tandis que la syntaxe étudie la formation d'expressions pourvues de sens, le respect des règles propres à chaque système.

Aujourd'hui, l'étude des langues des signes montre une syntaxe et des règles de construction propres et identiques à chacune d'entre-elles. Elles peuvent donc être reconnues comme langues à part entière au même titre que les langues orales. Cette reconnaissance a de l'importance car elle permet de bannir l'utilisation de « langage des signes » qui est connoté péjorativement car rabaisse la langue des signes à un moyen de communication désorganisé, voire animale.

2.6 Différentes formes de langage

« Il y a en effet plusieurs espèces de langage. Tout système de signes permettant d'exprimer d'une manière plus ou moins intelligible, plus ou moins complète, plus ou moins rapide, est un langage dans le sens le plus général du mot ; ainsi la parole, la mimique, la dactylogogie, l'écriture figurative, l'écriture phonétique, etc., sont autant d'espèces de langage » (Virole, 2006 p.37).

2.6.1 Langage non-verbal

« Le langage non-verbal est un terme général qui représente un « ensemble vaste et hétérogène de processus aux propriétés communicatives » (Hennel-Brzozowska, 2008). En effet, nos interactions avec autrui vont au-delà des mots ; le non-verbal qualifie ce qui n'est pas de la parole ou de l'écrit, « le moyen le plus raffiné et évolué à travers lequel les hommes entrent en relation réciproque » (Hennel-Brzozowska, 2008). Le langage est « l'expression et la manifestation d'une émotion, un sentiment au travers d'une gestuelle, une attitude, une mimique » (CNRTL 2005a).

Marino Bonaiuto (professeur en psychologie) propose une classification non exhaustive des signes non-verbaux organisée de façon hiérarchique, décrivant les éléments des plus évidents au plus subtils :

- aspect extérieur et apparence : environnement, salle, silhouette, vêtement, tatouages etc. ;
- comportement spatial, distance : proximité relationnelle, contact corporel (le toucher), orientation dans l'espace (posture attentive, méfiante), parfum/odeur ;
- comportements cinétiques et posturaux : mouvement du corps, visage, regard et contact visuel (qualité/intensité), expression du visage, mimiques ;
- signes vocaux aux significations paraverbale : intonation, rire, prosodie, silence.

Ces signes non-verbaux sont aussi bien utilisés dans notre quotidien à tous, que dans la langue des signes. C'est pourquoi, un thérapeute doit les étudier pour ensuite les utiliser à bien dans la relation de soins ; notamment la distance, le regard ou le toucher.

Edward T. Hall (anthropologue) décrit plusieurs types de proximités :

- distance intime : de quelques cm à 40 cm où la présence de l'autre se traduit par un échange sensoriel (chaleur, odeur, respiration) et une implication physique ;

- distance interpersonnelle : 40-125 cm crée un environnement protecteur ;
- distance sociale : 125-360 cm sépare deux individus qui se connaissent peu ou pas, permet l'interaction sociale amicale voire formelle ;
- distance publique : 360-750 cm, correspond à la distance oratoire.

En tant que thérapeute, nous devons cerner comment notre patient conçoit la proximité et lui laisser l'espace dont il a besoin pour créer un climat de confiance et de sécurité. Pour autant, lors de nos soins nous nous retrouvons régulièrement à une distance intime du patient. Ceci est inévitable avec le toucher, seul sens qui soit nécessairement réciproque : impossible d'être touché sans toucher. Au-delà d'un simple contact corporel, il est « *le premier moyen de communication [dès la 7^{ème} semaine d'aménorrhée] mais aussi le dernier en fin de vie* » (Lecomte, et al. 2017). L'ensemble des caractéristiques du toucher en font un axe particulier en masso-kinésithérapie, particulièrement en cas de difficulté de communication, comme peut l'être la surdité.

En ce qui concerne les signes non-verbaux par comportements cinétiques et posturaux, ils sont indissociables du contexte socio-culturel et extrêmement utilisés en langue des signes. Ils constituent même une part importante de l'expression de cette dernière. Autrement dit, les expressions faciales font, autant que le signe lui-même, partie intégrante de la langue des signes.

La maîtrise du langage corporel ne se limite pas à la compréhension de la langue des signes. Elle s'étend à toutes les langues car son impact est prépondérant face aux mots. En effet, le psychologue Albert Mehrabian a établi que le message verbal importe moins que la façon dont il est transmis ; avec une répartition de 55% pour le langage corporel, 38% pour le ton de la voix et seulement 7% pour les mots utilisés.

De plus, depuis la naissance de l'individu, le non-verbal constitue un langage universel, à travers un sourire, un regard etc. Il semble donc évident que les professionnels de santé doivent être formés à maîtriser et à comprendre leur langage corporel et celui d'autrui. Ce faisant, de nombreuses informations sont recueillies naturellement, permettent d'approfondir le bilan et d'améliorer tant la prise en charge que la relation thérapeutique.

2.6.2 Langage et relation thérapeutique

La relation est la « *rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières, et deux histoires* » (Manoukian et al., 2014) et « *le langage est un mode d'expression et un moyen de construire, développer une relation* » (Fischer 1999).

Une relation s'établit grâce à différents facteurs qui définissent sa nature (Fischer 1999): les rôles de chacun (hiérarchie relationnelle) ; le contexte (familial, amical, professionnel, thérapeutique), la psychologie des acteurs de la relation (personnalité, enjeux, désirs, besoins) ; les facteurs sociaux (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle) ; l'aspect physique ; l'intérêt commun.

La relation thérapeutique est un « *mode de rapport interpersonnel propre à un thérapeute et son patient, [...] elle se distingue des relations humaines où l'intérêt de l'affectivité sont communs. Elle impose un devoir de réserve basé sur le principe de ne pas nuire, ce qui se caractérise par une attitude empathique. Elle induit l'établissement d'un contrat tacite ou formulé, dans lequel chaque partie accepte et s'engage à jouer son rôle défini dans un but précis* » (Dufour et Gedda, 2007).

Elle a la particularité d'être asymétrique et de constituer un « *élément dynamique* » interdépendant de l'environnement et évolutif au fil des situations. C'est ce que qui la rend imprévisible et complexe (Formarier 2007).

Pour initier une relation thérapeutique avec une personne sourde, il faut renoncer aux représentations sociales de la surdité, des sourds et de la langue des signes. Pour cela, s'informer à propos de la communauté sourde, sa culture ou son histoire est le meilleur moyen de comprendre une personne sourde.

2.7 Communauté Sourde

Le Larousse définit une communauté comme « *un ensemble de personnes unies par des liens d'intérêts, des habitudes communes, des opinions ou caractères communs* ». Médicalement parlant, il n'existe pas de communauté sourde, puisqu'un handicap n'est

pas un fait culturel (Cantin 2012). Or, comme nous l'avons vu dans les visions de la surdité, nous pouvons douter du critère purement médical de la surdité. Ainsi, les recherches sociologiques et anthropologiques indiquent l'existence d'une communauté sourde. Sa spécificité vient du fait d'utiliser une langue caractéristique, voire unique, et non pas de ne pas entendre. La communauté sourde est une communauté ethnique et linguistique qui regroupe un « *ensemble de personnes vivant en collectivité ou formant une association d'ordre politique, économique ou culturel.* ». Nous allons en étudier quelques fondements culturels.

2.7.1 Histoire de la langue des signes française (LSF)

La langue des signes est reconnue en France en tant que langue à part entière depuis 2005. Pourtant, elle est apparue bien avant les langues orales, avant que l'appareil phonatoire de l'Homme ne soit suffisamment développé pour construire un langage complexe.

Les premières traces de la surdité remontent aux premières écritures de l'humanité, à l'époque de l'écriture cunéiforme, aussi ancienne que les hi rographes  gyptiens, qui date d'environ 3400 av. JC.   cette époque, le mot est le même pour qualifier une personne sourde et une personne stupide.

Il existe peu de documents expliquant la vie des sourds dans le passé, car jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, seuls les entendants écrivaient l'histoire de la communauté sourde.

C'est à cette période que le premier entendant connu, l'abbé Charles Michel de l'Epée (1712-1789), s'intéressa aux modes de communication des « sourds-muets ». Il découvrit sa vocation pédagogique en observant deux sœurs jumelles sourdes communiquer entre elles par gestes (Virole 2006, 24) (INJS 2015). Fasciné par ce langage gémellaire établi sur une convention des plus restreintes, il décida d'apprendre leur langue pour entrer en communication avec elles et poursuivre leur instruction. Par la suite, il créa une  cole, gratuite destinée aux enfants sourds. Cette  cole provoqua une véritable révolution car elle permit à une trentaine d'élèves d'être instruits alors qu'ils n'avaient pas les moyens de s'offrir un précepteur. Pour cette raison, l' cole obtint la protection du roi Louis XVI et se fit connaître dans toute l'Europe. Les enfants y suivirent la méthode dite « méthodique »

qui s'avéra inadaptée car complexifiait nettement la langue des signes. Elle disparut avec le successeur de l'abbé de l'Épée, l'abbé de Sicard. Cependant, l'école fondée en 1762 perdura et fut transférée en 1794 rue St Jacques à Paris, où elle est encore aujourd'hui. En 1791, l'école est prise en charge par la Nation. Elle est appelée institut de St Jacques ou Institut National de Jeunes Sourds de Paris (INJS).

Les Sourds vouent toujours à l'abbé de l'Épée une affection toute particulière. Il est le premier entendant à intégrer la notion de bilinguisme dans l'éducation des sourds et à s'opposer à l'oralisation en expliquant que l'apprentissage de l'articulation de la parole était consommatrice de beaucoup d'énergie au détriment de l'acquisition de connaissances. C'est à lui que nous devons l'alphabet dactylogique encore utilisé aujourd'hui. En somme, il libéra les sourds et leur rendit leur humanité en leur donnant un moyen de s'exprimer (INJS 2015).

Il faudra attendre les années 1830 pour voir apparaître une langue des signes authentique grâce à Roch-Ambroise Bébien, filleul de l'abbé Sicard, entendant ayant grandi parmi les sourds. Il transforma profondément l'éducation des personnes sourdes en France.

Après plus d'un siècle de progrès dans l'amélioration de l'éducation des sourds, l'opposition entre méthode oraliste et bilingue est de plus en plus forte. En France, sous la III^{ème} République, la langue des signes, comme le breton ou autre « dialecte », est interdite afin d'assurer « l'unité française et de La République. ». À cette volonté républicaine s'ajoute en 1880 le Congrès de Milan à l'origine de l'interdiction d'apprendre ou de parler en LSF dans les écoles puis dans les enseignements supérieurs.

Lors de ce congrès, les linguistes priorisent l'oralisation pour que les Sourds s'intègrent à une société entendante, au détriment de l'identité et la culture sourde qu'apporte la LSF. D'autres raisons furent invoquées pour cacher le but principal et inavoué de ce congrès : éradiquer la langue des signes au profit de l'oralisme pur (Hasbroucq 2016). Ainsi, la LSF ne serait pas une vraie langue ; la parole aurait été donnée par Dieu comme moyen de communication et non pas une communication gestuelle ; les signes favoriseraient la transmission de la tuberculose, etc.

Les conséquences de ce congrès pour la langue des signes sont catastrophiques. Elle devient clandestine et est punie dans les écoles. On assiste à un réel retour en arrière des représentations sociales des sourds pendant près de cent ans.

L'interdiction de 1880 est levée près d'un siècle plus tard, en concomitance avec le mouvement de revendication de la langue des signes, appelé « le réveil sourd ». Il a contribué à la reconnaissance de la langue des signes française comme une langue à part entière. L'année 2005 est une date clé pour la communauté Sourde qui prône le début de l'acceptation d'une identité et culture sourde dans le pays.

C'est ainsi que, de nos jours, les sourds peuvent à nouveau apprendre la langue des signes française dans des écoles. Le droit au bilinguisme (1991) est renforcé par la loi n°2005-102 du 11/02/2005 dans le code de l'éducation « *Art. L. 312-9-1 : Tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la langue des signes française. Le Conseil supérieur de l'éducation veille à favoriser son enseignement. Elle peut être choisie comme épreuve optionnelle aux examens et concours, y compris ceux de la formation professionnelle.* »

Cette action se concrétise par une option LSF au baccalauréat dans les lycées qui le proposent. En exploitant cette loi elle pourrait donc s'étendre dans les formations professionnelles médicales et paramédicales.

2.7.2 Explosion de la culture sourde.

En 1980, durant le « réveil sourd », la communauté sourde va refaire parler d'elle et permettre à la langue des signes de reconquérir ses lettres de noblesse.

Une véritable explosion de la culture sourde apparaît. Les entendants redécouvrent le monde des sourds, grâce à des documentaires qui leurs sont consacrés, ou encore la remise d'un Molière à Emmanuelle Laborit, comédienne sourde, pour son rôle emblématique dans *les Enfants du silence*.

La communauté sourde apparaît dans les journaux télévisés, au théâtre, dans des documentaires, dans les livres, tout cela grâce aux observations faites aux Etats-Unis, pays en avance dans la prise en charge et l'éducation des personnes sourdes. C'est à ce moment

que de nombreuses associations vont voir le jour, comme la Fédération Nationale des Sourds, reconnue d'utilité publique en 1982. Elle rassemble aujourd'hui plus de 80 associations et 5000 membres.

Nous pouvons également citer l'exemple de l'International Visual Theatre (IVT), codirigé par Emmanuelle Laborit et Jennifer Lesage-David, à Paris. C'est un espace d'échange, de rencontre et de découverte pour les sourds et les entendants regroupant un théâtre, un centre de formation et une maison d'édition. Il a pour projet le rayonnement de la langue des signes au travers de l'art. Dès lors, les sourds ne sont plus isolés si on leur permet d'apprendre leur langue et de se rassembler dans divers événements.

Les premiers Deaflympics, aussi appelés Jeux Olympiques des sourds ont eu lieu à Paris en 1924. Ils ont lieu tous les 4 ans et sont la compétition multisports la plus ancienne après les Jeux Olympiques. Les athlètes pouvant y participer ont un seuil d'audition d'au moins - 55 dB et ne disposent pas de correction auditif.

3. MATERIEL ET METHODES

Les outils sont nombreux pour réaliser une étude d'un sujet. Je vous présente, ici, les outils méthodologiques utilisés pour réaliser ce mémoire. Tout d'abord ceux définis pour réaliser les recherches sur le sujet de la surdité. Puis ceux qui m'ont permis de soumettre le questionnaire aux étudiants et de réaliser les échanges.

3.1 Elaboration des recherches

3.1.1 Mots clés et croisements

Nos recherches, qui ont justifié la base de la réflexion de ce mémoire, se sont effectuées à partir de l'utilisation des mots-clés en rapport avec la langue des signes, ses aspects et son implication dans la relation de soins avec des patients sourds.

Pour rappels les mots clés sont : apprentissage, communication, langue des signes, masso-kinésithérapie, relation de soins, sourd, surdité.

Keywords: learning, communication, sign language, physiotherapy, cares relationship, deaf, deafness.

Ces mots-clés ont été utilisés isolément ou croisés sous la forme d'équation de recherche sur les différents sites de recherches. À titre indicatif, nous pouvons citer quelques exemples d'équation de recherche : « communication AND masso-kinésithérapie AND surdité », « (((langues des signes) OR communication) AND (relations de soins)) », « (langue des signes) AND masso-kinésithérapie ».

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

Il semble important de préciser que ce travail inclut en partie une recherche qualitative abordant l'aspect relationnel de la masso-kinésithérapie lors de la prise en soin d'une personne sourde. Dans ce cas, les grades de recommandations ne font pas l'objet d'un critère d'inclusion.

Les critères d'inclusions retenus sont :

- les références bibliographiques en lien avec la surdité et la langue des signes, notamment la langue des signes française;
- les références bibliographiques concernant l'éthique, la Science, la masso-kinésithérapie et les sciences humaines et en lien avec la surdité ;

- une population d'étude de personnes sourdes depuis l'enfance, communiquant par la langue des signes française ;
- pas de limite concernant les dates de parution.

Les critères de non-inclusions :

- les références bibliographiques évoquant la surdité verbale, les implants cochléaires, les vertiges vestibulaire;
- les références ne pouvant pas être corrélées à la rééducation de la personne sourde.

Notre étude se base spécifiquement sur la langue des signes française et son apprentissage dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie français. C'est pourquoi nos sources sont majoritairement françaises. Cependant, les sources anglo-saxonnes ont été consultées et parfois retenues.

3.1.3 Supports consultés

Selon une stratégie dite « en entonnoir », nous avons consulté, dans un premier temps, des bases de données vastes : tel que Google et Google Scholar. Ceci dans le but d'aborder notre thématique dans sa globalité.

Puis nous avons poursuivi nos recherches sur des bases de données médicales telles que Pub Med, Pedro, Cochrane Library : les résultats n'ont pas été concluants du fait que notre thématique est qualitative et n'étudie pas la surdité d'un point de vue médical mais anthropologique.

Nous avons donc plutôt utilisé les sites Kinedoc, Sudoc, EMC, Science Direct pour obtenir divers articles, thèses ou mémoires en kinésithérapie ou non (dentaire, infirmier, orthophonie) traitant de la communication ou de la relation de soin avec les personnes sourdes.

Enfin nous avons ciblé les bases de données spécifiques à l'éthique, la sociologie, aux sciences humaines ou à l'anthropologie. Ces dernières répondaient davantage à notre thématique que des revues scientifiques purement médicales ou paramédicales. Il s'agit des moteurs de recherche tels que le CAIRN, PERSEE ou HAL.

Les premières recherches se sont axées sur des supports numériques via les bases de données énoncées. Nous les avons également menées de manière physique c'est-à-dire en nous rendant dans les bibliothèques universitaires de Cergy et Lille, ou le centre de documentation de Berck. Dans ces bibliothèques, nous avons utilisé les sites lillocat, worldcat, elixir. Les ouvrages ont été recherchés par mots clés ou directement par le titre et l'auteur, lorsqu'il avait émergé des précédentes recherches comme référence dans la littérature ou la communauté sourde (conseil d'interprète, d'associations pour la langue des signes tels que le CFLS).

Nous n'avons pas procédé à un diagramme de flux type PRISMA 2009 car nous ne réalisons pas à une revue de littérature systématique de grande ampleur. En effet nous réalisons une étude qualitative, basée sur une revue de la littérature non exhaustive. Cela nous a permis d'aborder les concepts nécessaires à l'élaboration, des hypothèses, du questionnaire et de la grille des entretiens.

3.2 Elaboration du questionnaire

3.2.1 Hypothèses

Les éléments de la littérature nous permettent de poser 3 hypothèses qui seront vérifiées au travers l'analyse des résultats du questionnaire et des échanges.

- Nous supposons que tous les sujets connaissent l'existence d'une langue spécifique aux sourds. Cependant ils ne la nomment pas toujours « langue des signes ».
- Il est probable que les étudiants berckois connaissent peu l'existence et/ou l'utilisation de moyen d'aide à la communication.
- Nous imaginons que les étudiants auraient des difficultés à prendre en soin un patient sourd, sans formation adaptée.

3.2.2 Contenu

Afin de répondre à notre problématique et nos hypothèses nous avons souhaité questionner les étudiants kinésithérapeutes pour mesurer leur niveau de connaissance de la langue des signes française.

Le questionnaire comporte 36 questions, à majorité directives hormis les questions ouvertes 4, 7, 11, 26 et 28 qui nécessitaient l'avis des étudiants.

Elles sont classées en 7 thématiques:

- La communication et ses bases en kinésithérapie
- Les difficultés de communication rencontrées (en stage) ou perçues comme telles
- Les moyens d'aide à la communication
- La communication chez les sourds
- La connaissance de la langue des signes française (LSF)
- La formation à Berck
- Le cadre sociologique

3.2.3 Définition du public cible

Au cours de notre étude nous avons interrogé, par l'intermédiaire d'un questionnaire, les étudiants de l'Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) de Berck. Afin d'évaluer leurs connaissances dans le vaste domaine de la communication, puis spécifiquement de la langue des signes.

Nous nous sommes limités à l'IFMK de Berck pour étudier le ressenti des étudiants en fonction de leur cours. Ceci permet de saisir les disparités inter-étudiant pour un enseignement identique (fonction des années d'études). C'est dans le but de limiter les biais que ce questionnaire n'a pas été proposé à d'autres IFMK. Il ne s'agit pas de comparer les instituts de formation entre eux mais d'étudier les aptitudes communicationnelles d'un groupe homogène, les élèves berckois et leurs demandes.

3.2.4 Modalité de passation du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par le réseau social, facebook, sur un groupe « privé », limité à l'accès des étudiants « kinés berckois 2018/2019 ». Il reprend l'ensemble de 4 promotions d'élèves kinésithérapeutes soit 302 membres.

Il a été présenté via une introduction précisant l'objet du questionnaire. (cf. *annexe I*)

La première diffusion date du 02/07/2019. La seconde diffusion à titre de rappel a eu lieu le 06/08/2019. Il s'agissait du même contenu republié dans la période de passation, dans le but de multiplier les réponses. La possibilité d'y répondre a été clôturée le 16/12/2019.

Après cet état des lieux du niveau de connaissance des étudiants masso-kinésithérapeutes, nous avons complété notre recherche par des échanges avec des personnes sourdes et des professionnels paramédicaux travaillant avec des personnes sourdes.

3.3 Echanges

Dans l'intérêt de notre recherche éthique et qualitative nous avons interrogé différents sujets choisis pour la richesse de leur point de vue dans le domaine du soin, de la surdité, de la communication.

Nous parlons bien d'échanges et non d'entretiens car nous avons modifié la méthodologie qualitative par entretien pour nous adapter aux spécificités de nos interrogés sourds. Ainsi en précisant la notion d'échange ou d'interaction nous informons des subtilités de divergences méthodologiques.

3.3.1 Méthodologie

Nous avons choisi de compléter notre recherche par des échanges car ils sont pertinents pour mettre en évidence le mode de pensée des enquêtés c'est-à-dire leurs raisonnements, leurs points de vue, leurs représentations (Demony 2016). Nous poursuivons cet exact objectif, celui de collecter un maximum d'informations auprès des premières personnes concernées par la surdité dans la relation de soin : les sourds eux-mêmes, et les professionnels soignants.

Les échanges ont démarré par une véritable rencontre sur leurs lieux de travail ou de loisir. Pendant cette première rencontre je me suis présentée ainsi que mon projet et j'ai pris leurs coordonnées. Nos interactions se sont ensuite approfondies par mail. J'ai choisi d'interagir par écrit, après m'être rendue compte, lors de mon entretien-test, que je n'étais pas en mesure de poser mes questions avec leurs subtilités en LSF ou à comprendre toutes les réponses en LSF. C'est pourquoi je qualifie ces entretiens des échanges, car ils n'ont pas été réalisés en face à face mais par mails. Bien entendu, ces échanges n'ont pu être enregistrés sur magnétophone ou vidéo comme il est fortement conseillé (Demony 2016).

Enfin chaque échange est unique car les questions posées sont spécifiques à la profession ou la situation de l'interlocuteur, elles ne suivent par conséquent pas la même trame. Les échanges obtenus sont donc distincts. Ils seront analysés un par un et non par thématique.

3.3.2 Public ciblé pour les échanges

À de diverses occasions nous avons rencontré :

- l'orthophoniste, « Laura » ayant travaillé par le passé avec des patients sourds grâce à ses notions en langue des signes ;
- deux kinésithérapeutes entendants et pratiquant la LSF en libéral et à l'EHPAD St François des Sales à Capinghem ;
- deux interprètes LSF ;
- « Amélie », une aide-soignante sourde et porteuse d'un implant cochléaire
- une neuropsychologue entendante qui consulte des patients sourds avec l'aide d'un interprète ;
- « Gabriel », un Sourd dans notre club d'escalade.

« Pour avoir une vision holistique, l'interdisciplinarité est un des éléments essentiels de la recherche qualitative. » (Demoncey, 2016) C'est pour cela que nous avons prolongé nos rencontres, par écrit, avec trois d'entre eux, chacun avec sa propre profession. En effet, « le thérapeute, en plus de son savoir kinésithérapique, gagnera à comprendre quelles sont les pratiques culturelles et leurs importances dans la vie quotidienne du soigné. » (Demoncey, 2016)

Nous avons choisi d'attribuer des prénoms fictifs aux trois enquêtés pour ne pas déshumaniser leur discours. Ainsi nous avons échangé avec :

- l'orthophoniste, entendante formée aux bases de la LSF, « Laura » ;
- l'aide-soignante, sourde et implantée, « Amélie » ;
- l'ami et le directeur stratégie et développement d'un centre de gestion de la relation client dédié aux sourds et malentendants, « Gabriel ».

Ils ont été informés, qu'avec leur accord, nos échanges seraient rendus anonyme et réutilisés au sein de ce mémoire afin qu'ils se sentent libre de s'exprimer.

Les résultats du questionnaire et des échanges ont été analysés afin de vérifier nos hypothèses et de relever des points ouvrant la discussion.

4. ANALYSE DES RESULTATS

4.1 Analyse du questionnaire

Nous avons interrogé les étudiants de toutes les promotions de l'IFMK de berck, scolarisés durant l'année 2018-2019. Nous avons obtenu 110 réponses sur un total de 302 des étudiants, soit un taux de réponses à 36.7% ou plus du tiers des étudiants de l'école.

Les résultats ont été collectés automatiquement par l'outil Google Form. Seules quatre questions n'ont pu être classées graphiquement puisqu'il s'agissait de questions ouvertes où les étudiants devaient répondre librement. Ainsi nous avons lu chacune de ces réponses uniques et les avons regroupées manuellement par occurrence et nature d'idées afin de créer un graphique cohérent et représentatif. Ces questions ouvertes ont été conçues pour récolter l'avis des étudiants sans qu'ils soient restreints par le modèle directif habituel du questionnaire. Toutefois, leur nombre est limité car leur analyse est plus longue et plus propice aux erreurs.

Le logiciel Google Form a opéré seul et nous a fourni les résultats, c'est-à-dire les réponses à chaque question sous forme de graphique. Nous pouvons donc dire qu'il n'y a pas eu d'erreurs possibles dans les résultats obtenus. Toutefois pour une question d'homogénéité de graphiques, une meilleure lisibilité et analyse, nous avons été contraints de reprendre tous les graphiques dits « en barre », car entre Google Form et Excel (utilisé pour traiter les questions ouvertes par graphique), les aspects des graphiques étaient différents, certaines légendes n'apparaissaient pas en entier, etc. Ainsi nous ne sommes pas à l'abri d'erreurs de retranscription, même après correction apportée en cas de visuel différent entre le graphique « automatique » et le nôtre.

4.1.1 Analyse des réponses de la partie 1 : La communication et ses bases en masso-kinésithérapie

Dès la première question (cf. *annexe II*), nous observons que 90.9% des étudiants interrogés considèrent que le langage verbal est primordial dans la prise en charge en masso-kinésithérapie. Cela nous conforte dans l'idée que nous avons fait un choix de mémoire pertinent.

Avec un tel score, nous nous attendions à ce qu'ils sachent quel type de communication a plus d'impact sur l'Homme. Les réponses à la question 2 (cf. *annexe II*) contredisent cette

hypothèse. En effet, seulement 23.6% des 110 interrogés ont répondu correctement que l'Homme fait plus attention à la communication non verbale. Cette constatation montre que les étudiants n'ont pas conscience que leur langage non verbal est plus déterminant pour un patient que tout le bien fondé de leur discours. Pour rappel, nous avons vu (cf. 2.6.1 langage non verbal) que le message non verbal, qui comprend le para-verbal (ton de voix, volume, rythme), représente 93% de l'information captée dans un échange ordinaire.

Pourtant, même si moins d'un ¼ des étudiants ont conscience de cette réalité, ce sont 76,4% des étudiants (cf. question 6 en *annexe II*), soit plus des ¾ des interrogés qui surveillent leur communication non verbale. Cela peut être mis en lien avec le fait que 48,2% (cf. question 2 en *annexe II*) des étudiants jugent les communications verbale et non verbale aussi importantes l'une que l'autre. De plus tous les étudiants ne sont pas au fait de ce qui compose le langage non verbal (cf. question 5 en *annexe II*), puisqu'ils sont moins de la moitié à définir la prosodie ou le para-verbal (le ton, le volume, le rythme, l'accentuation de la voix sur les mots) comme du langage non verbal.

Dans la mesure où les étudiants ont de vagues notions de l'importance de la communication, alors qu'elle est indissociable d'une relation thérapeutique saine synonyme de confiance et d'empathie, nous concluons que les IFMK gagneraient à faire de la communication un enjeu majeur de la formation des étudiants pour qu'ils deviennent des professionnels paramédicaux accomplis. Ainsi seraient-ils accompagnés dans ce qu'ils estiment eux-mêmes être important : la communication.

4.1.2 Analyse des réponses de la partie 2 : Difficultés de communication

D'après la question 9 (cf. *annexe II*), 91.8 % des étudiants ont déjà eu à traiter un patient avec un trouble de la communication. Ces troubles ne sont donc pas des cas rarissimes. Ils ne peuvent pas être sous-estimés et les IFMK doivent donner à leurs étudiants les moyens de réaliser les soins tout en faisant face à ces difficultés.

Pour ces étudiants, le trouble de communication le plus rencontré en stage est l'aphasie. Viennent ensuite le patient parlant une langue étrangère, les dysarthries puis en 4^{ème} position la surdité (cf. question 12 en *annexe II*). 5 étudiants ont également suggéré des troubles de la communication non énumérés (cf. question 11 en *annexe II*).

En somme, 101 étudiants ont déjà eu à traiter un patient avec des troubles de communication et 87 d'entre eux estiment que la prise en soin est plus compliquée. Pourtant cette situation de soin est aussi jugée plus intéressante par 55 étudiants (cf. question 13 en *annexe II*). Quoiqu'il en soit, les troubles de la communication laissent peu indifférent. Nous supposons donc que des cours à ce sujet seraient appréciés par les étudiants aux vues de leur intérêt et difficultés perçues ou ressenties.

4.1.3 Analyse des réponses de la partie 3 : Moyen d'aide à la communication

Cette partie évalue les connaissances des étudiants en termes de moyens d'aide à la communication.

La question 15 (*annexe II*) est difficilement exploitable car des étudiants n'ont pas compris la question. En effet, 4 et 5 étudiants ont respectivement répondu ne pas connaître l'écriture ou la parole comme moyen de communication. Ils ont donc peut-être coché la mauvaise colonne de réponse ou interprété le sens de « connaissez-vous » en « maîtrisez-vous ». Pour éviter cette confusion nous avons posé la question 15 et 16 à la suite l'une de l'autre (cf. *annexe I*).

Les chiffres issus de la question 15 (cf. *annexe II*) sont donc à utiliser en connaissance du contexte. Nous pouvons y lire que les étudiants sont familiers de la parole, l'écriture, les images ou pictogrammes, en revanche, ils le sont bien moins des outils spécifiques d'aide tel que le Makaton (cf. partie 5.4.3. Exemples de moyens d'aide à la communication).

Aussi notre hypothèse considérant que tous les étudiants de cette formation connaissent l'existence d'une langue des signes est invalidée, car 12 d'entre eux ont répondu ne pas la connaître (cf. question 15 en *annexe II*). Une initiation serait donc indiquée pour remédier à cela.

À la question 16 (*annexe II*), nous découvrons que 15 étudiants ont déjà utilisé la langue des signes (française). Ce taux faible est malgré tout encourageant comparé aux autres moyens spécifiques de communication (2 pour le makaton, 0 pour le bliss ou le Kikoze).

4.1.4 Analyse des réponses de la partie 4 : La communication chez les sourds

Lorsque 34 étudiants indiquaient avoir vécu une situation de surdité (cf. question 12, *annexe II*), seuls 11 étudiants ont déjà pris en soin « un patient sourd (complet) », contre 55 « un patient sourd incomplet » (cf. questions 17 et 18 en *annexe II*).

Au moment de la publication du questionnaire nous n'avions pas défini les termes de sourd, sourd-muet, ou malentendant et avons maladroitement tenté d'en faire les distinctions, avec le terme complet ou incomplet, pour être compréhensible.

En analysant les résultats de notre questionnaire nous pouvons constater que 13.6% des étudiants ont utilisé la LSF (cf. question 16) alors que seulement 10% ont rencontré des patients sourds (cf. question 17). Ce qui montre qu'ils ont utilisé la LSF avec des individus ne souffrant pas de surdité, ou qu'ils utilisent la LSF en dehors de la r education (28.2% des étudiants ont un proche sourd ou malentendant, cf. question 24).

Il est également intéressant de constater que les étudiants face à un Sourd ont naturellement tendance à utiliser des mimes et des gestes pour suppléer au langage verbal (cf. question 20 et 21).

Notre génération (22.7% des étudiants) se tourne aussi vers les applications de traduction pour passer d'une langue à une autre (cf. question 20 en *annexe II*). Cependant, existe-t-il une application qui traduise en temps réel un texte ou un son en une vidéo en LSF ?   notre connaissance non. Il existe néanmoins une plateforme à type de dictionnaire appelée « ELIX LSF ». Fournir cette information aux étudiants pourrait nécessairement les aider avec une personne sourde. Ce site traduit un mot en son signe français correspondant, visible sur une courte vidéo. Cela a l'avantage de débloquer une situation avec le signe clé manquant jusqu'alors. Cependant le dictionnaire ne fournit pas de phrases, à nous de compléter avec les bases de la LSF ou de recourir aux mimes et expressions faciales pour nous faire comprendre.

Il faut aussi remarquer que si des étudiants pensent trouver les outils pour assurer une prise en charge correcte pour un patient Sourd, 18 soit 16,4% d'entre eux disent qu'ils ne sauraient pas comment réagir, seraient perdus, paniqu s et que cela serait compliqué. Je

me suis moi-même retrouvée dans cette situation. C'est pour cette raison que j'ai axé mon mémoire sur la formation des étudiants à la langue des signes française, afin d'offrir la possibilité aux étudiants de Berck-sur-Mer de soigner sereinement des patients Sourds.

4.1.5 Analyse des réponses de la partie 5 : La connaissance LSF

Bien que tous les étudiants ne connaissent pas l'existence de la langue des signes (cf. question 15), nous avons cherché à savoir l'étendue des connaissances en LSF des étudiants (cf. questions 25 à 28). Nous constatons que 38 étudiants connaissent quelques signes en LSF et que 3 d'entre eux estiment connaître un registre de signes utiles à la rééducation, tels que « Oui, non, ça va, merci, plier, tendre, marcher, assis, debout, sauter etc. » Si ce lexique peut paraître rudimentaire, il a au moins le mérite d'exister ! Il montre que nous sommes prêts à apprendre et à nous adapter aux compétences de notre patient. Et cette volonté de se faire comprendre serait assurément très appréciée du patient.

Nous en voulons pour preuve cette citation d'Emmanuelle Laborit : « *Je veux parler. Je veux comprendre ce qu'on dit. J'en ai marre d'être prisonnière de ce silence qu'ils ne cherchent pas à rompre. Je fais des efforts tout le temps, eux pas assez. Les entendants ne font pas assez d'efforts. Je leur en veux.* » (Laborit 1994)

Cette citation traduit combien notre société est inadaptée ou ignorante des besoins de la communauté Sourde. Pourtant, nous pouvons penser que 38 étudiants y ont été initiés puisqu'ils connaissent quelques signes (cf. question 26, *annexe II*). En effet, 7 étudiants ont découvert des signes en stage. C'est la preuve que la LSF peut être utile voire nécessaire pour exercer en tant que masseur-kinésithérapeute.

Aussi, instaurer une initiation à la LSF dans l'IFMK permettrait de ne plus limiter le nombre d'étudiants formés, aux rares étudiants ayant effectué un stage dans un centre spécifique. Au contraire, elle s'étendrait à l'ensemble des futurs professionnels, permettant ainsi non seulement de répondre à la curiosité et à la demande des étudiants (cf. questions 26 et 31) mais surtout au besoin d'accessibilité aux soins, de la communauté sourde (Dagron 1999).

4.1.6 Analyse des réponses de la partie 6 : La formation masso-kinésithérapique à Berck-Sur-Mer

Nous avons construit notre questionnaire sous la forme d'un entonnoir, c'est-à-dire que nous avons commencé par interroger les étudiants à propos de vaste sujets tels que la communication ou les moyens d'aide à la communication. Puis nous avons abordé les spécificités de la langue des signes française. Enfin, nous leur avons demandé leur opinion personnelle sur leur formation.

Ainsi, c'est grâce à la question 31 « Comment vous estimez-vous formés à la communication avec vos patients ? » que nous avons découvert que 59.1% des étudiants ont répondu « pas assez » et 34.5% « bien ». Outre ces pourcentages évocateurs, il faut noter que les étudiants ayant répondu au questionnaire sont issus à 67.3% des promotions de 3^{ème} et 4^{ème} année (K3-K4), donc en fin de cursus et plus à même de juger leurs manques.

Une amélioration, en termes d'apports pratiques ou théoriques sur la communication, est donc à envisager, puisque plus de la moitié des élèves interrogés et par extension la moitié de l'école se dit insuffisamment formée. Cette réalité que nous avons ressentie est maintenant objectivée et tangible. Nous espérons qu'elle appuiera notre argumentaire auprès de l'équipe pédagogique de l'IFMK de Berck pour tenter d'améliorer notre formation.

La question 33 (cf. *annexe II*) nous permet de proposer une solution à ce manque constaté. En effet quand 59.1% des étudiants ont répondu ne pas être assez formé à la communication dans leur formation, c'est ce même taux d'étudiants qui se dit très intéressé par une initiation à la langue des signes et au handicap invisible. En somme, ce sont **96.4% des étudiants interrogés qui se disent intéressés voire très intéressés par une initiation à la langue des signes.**

Nous pouvons donc présager qu'avec la mise en place d'une initiation à la LSF, la « satisfaction » globale des étudiants à propos de leur formation à la communication se verra améliorée.

C'est pourquoi nous avons œuvré avec l'aide de notre responsable pédagogique pour mettre en place cette initiation pour l'année scolaire en cours. Ce projet devait être mis en place dans l'année pour :

- répondre rapidement à la demande des étudiants ;
- respecter l'objectif que nous nous étions fixés ;
- profiter de l'impact de ce mémoire ;
- utiliser les personnes rencontrées au cours de ce mémoire ;
- permettre aux étudiants sortants d'en bénéficier, car les étudiants ayant le plus participé aux réponses de ce questionnaire sont K4 actuellement, (cf. cadre sociologique en *annexe II*).

4.2 Analyse des échanges

Les échanges sont répertoriés dans le « carnet d'entretien » ainsi qu'en annexe pour faciliter la lecture et l'analyse. Il s'agit d'une étude qualitative qui s'inscrit dans une démarche sociologique. Le corpus recueilli contient 3 échanges, ce qui ne lui permet pas d'être généralisable. De plus, chacun des échanges répondent à leurs propres questions et sont par conséquent uniques et incomparables.

Nous avons construit nos échanges selon le modèle d'un entretien semi-directif, appliqué à l'écrit. Les enquêtés sont libres de répondre en détail et réorientés uniquement s'ils s'égarer du sujet. Ceci est moins visible à l'écrit, car le recadrage est impossible sans interactions en temps réel et lorsque les questions sont reçues les unes à la suite des autres. Il a été précisé à chacun des enquêtés qu'ils étaient libres de répondre ou non aux questions jugées personnelles.

Nous avons repris les mails tels qu'ils nous sont parvenus. En effet, contrairement à notre questionnaire directif, nos échanges semi-directifs ont, eux, chacun leur propre forme.

Pour faciliter la compréhension des écrits nous avons :

- transcrit en gras les questions ;
- transcrit en italique les réponses des enquêtés ;
- numéroté les questions par ordre d'apparition ;
- appelé les réponses à une même question par le numéro suivi de bis ou ter.

4.2.1 Echange avec une orthophoniste

Pour commencer nos échanges nous avons choisi de rencontrer une orthophoniste. En effet, ce sont les professionnels qui maîtrisent, entre autres : la rééducation des troubles de la communication, le maniement d'aides à la communication, la physiologie du langage etc. L'occasion s'est donc présentée lors d'un stage au centre LADAPT de Châtillon, avec « Laura », orthophoniste (entendante) de formation ayant : des bases en LSF et suivi des patients sourds. Nous avons été amenés à échanger parce que nous partagions les soins d'un même patient présentant une surdité verbale.

L'objectif de cet échange est de comprendre la neurophysiologie du langage afin de déterminer si la langue des signes peut apporter un bénéfice communicationnel à d'autres patients que les sourds. Mes questions étaient préparées et j'ai pu prendre des notes au cours de l'entretien qui s'est déroulé oralement, sur le lieu de stage. La prise de notes était justifiée car Laura m'a proposé une relecture de mes notes une fois retranscrites afin d'apporter des corrections si nécessaire.

Pour faciliter la compréhension de l'analyse de cet entretien, il est recommandé de lire l'entretien (*annexe III*) avant. Dans l'analyse, nous reprenons le numéro de la question entre crochet, puis nous apportons notre point de vue suite à la réponse apportée par l'orthophoniste.

[Q1 et Q2] : Pour comprendre ses réponses il nous faut revoir la neurophysiologie du langage parlé. Les nombreux travaux, depuis ceux de Paul Broca d s 1861, s'accordent à caractériser le langage par son « *aspect multipolaire* ». En effet, de nombreuses aires corticales s'activent de façon concomitante que nous parlons ou signons. Parmi elles nous retrouvons des zones du cortex frontal, pariétal, temporal, voire occipital mais aussi des zones sous corticales. Elles impliquent à la fois l'hémisphère gauche et droit du cerveau (Lefebvre 2006). De manière simplifiée, l'organisation de l'hémisphère gauche peut être décrite en trois systèmes : postérieur, antérieur et spécifique (Jauzein 2019).

Le système postérieur est impliqué dans le versant réceptif du langage parlé, comme la compréhension mais aussi certains aspects de la production orale et écrite. Il peut être décomposé en deux zones : l'aire de Wernicke et l'aire de Geschwind. Ensemble, elles décodent les sons du langage et leurs accordent une signification. Elles organisent la

composition d'un message selon la signification et la forme du mot. Elles s'activent simultanément grâce aux multiples afférences sensorielles (visuelles et auditives) de l'aire de Geschwind et au liaison qu'elle établit entre les aires de Wernicke et Broca ainsi qu'avec tout l'hémisphère droit par le faisceau arqué (Lefebvre 2006).

Le système antérieur est le versant émetteur et productif du langage parlé. Nous y retrouvons notamment l'aire de Broca qui assure la sélection, la manipulation du mot et le traitement syntaxique après avoir reçu les influx nerveux du système postérieur. C'est pourquoi Paul Broca affirma « *nous parlons avec l'hémisphère gauche* ». Il permet entre autre l'activation du processus de langage, sa planification ou sa cohérence.

L'hémisphère droit implique les mêmes structures que l'hémisphère gauche à la différence qu'il intègre la part non verbale du langage telle que l'émotion, le contexte et la prosodie, c'est pourquoi il est important dans la langue des signes. Il concerne également les aspects abstraits et figurés de la langue.

Le cadre anatomique est posé, posons-nous alors la question suivante : existe-t-il des différences neurophysiologique entre les langues parlées et signées ? Grâce à l'imagerie à résonance magnétique, les études ont apporté des réponses. Des personnes sourdes, toutes droitières, ont été observées tout en visualisant leur activité cérébrale, pendant qu'elles signaient ou regardaient un locuteur signer. Par les différentiels de consommation de glucose, la localisation corticale de langue des signes a pu être objectivée. Ainsi, il a été démontré que la langue des signes active les mêmes aires de l'hémisphère gauche que les langues orales (Emmorey et al. 2013), notamment « *les aires temporales gauches (chez le droitier) dévolues au traitement des aspects structuraux* » (Virole 2006), tandis que le lobule pariétal gauche, qui reflète : l'assemblage phonologique, l'encodage et le contrôle proprioceptif de la production manuelle en langue des signes américaine, est davantage activé par la langue des signes (Emmorey et al. 2007).

Il existe une différence majeure entre ces deux types de langues : le cortex auditif est plus activé dans le langage oral, tandis que le cortex visuel l'est par une langue des signes (MacSweeney et al. 2008). Cette preuve tangible confirme que la langue orale est une communication audio-vocale et la langue des signes, une communication visuo-gestuelle.

La langue des signes étant basée sur le visuel, les chercheurs pensent le rôle de l'hémisphère droit plus important chez les signeurs. En effet, il est dominant pour les habiletés requérant des processus visuo-spatiaux, le jugement des communications sociales, les expressions faciales et les émotions, tous, sont fortement utilisés par les sourds comme décodage de leur langue.

Cependant, ces réalités sont débattues car des activités de l'hémisphère droit sont également retrouvées chez des entendants lorsqu'ils parlent. Le fait que les sourds interrogés soient toujours droitiers, peut aussi expliquer que l'hémisphère gauche apparaisse plus souvent comme dominant et à contrario diminuer l'importance de l'hémisphère droit pour les Sourds (Campbell et al. 2007).

[Q4] : Le livre autobiographique de Brigitte Proust nous a permis de comprendre un cas concret d'accident où la LSF s'est avérée utile (Proust 2018). Suite à un accident vasculaire cérébral (AVC), Mme Proust perd subitement faculté de langage. Malgré une longue rééducation elle ne parvient qu'à prononcer le son « O ». Elle vit avec un mari né entendant dans une famille de sourds. Il est bilingue et a appris à ses filles et sa femme quelques signes dans un souci de transmission de culture. Dès lors devant cette impossibilité de parler, Mme Proust communique par signes car cette langue est connue de son cercle familial.

Elle témoigne dans son livre de son expérience pour apporter réconfort, conseils et espoirs à ceux qui, comme elle, ont subi un AVC. Elle y énonce également les moyens d'aide à la communication qu'elle utilise, comme un ordinateur à synthèse vocale qui lui permet de continuer son activité de conférencière en tant que professeure agrégée de chimie.

[Q4 bis] : Autrement dit, l'apprentissage de la LSF à un patient aphasique ne l'ayant jamais utilisé auparavant serait très laborieux. C'est pourquoi le cas de Brigitte Proust est si rare. La LSF peut s'avérer utile si elle est utilisée dans l'enceinte familiale et connue avant l'accident vasculaire cérébral. Ainsi si une paralysie faciale ou une aphasie entrave la communication verbale alors recourir à une langue visuo-gestuelle telle que la langue des signes avec plus ou moins de syntaxe peut être une solution.

[Q7] : Une fois énoncées, ces règles de base de communication paraissent évidentes, pourtant elles sont difficiles à appliquer alors que valables pour tous nos patients!

Inconsciemment nous prenons pour acquis notre moyen de communication, qui est essentiellement audio-vocal. Par exemple lors d'une prise en charge, souvent nous continuons à parler tout en nous retournant pour décrocher le téléphone, récupérer un matériel ou encore saluer une autre personne. Or, si le kinésithérapeute tourne le dos à son patient sourd bilingue, c'est-à-dire capable de lire sur les lèvres, signer, ou répondre oralement, alors la communication est rompue et des informations importantes peuvent manquer. C'est pourquoi il incombe à tous rééducateurs, de faire de leur mieux pour être le plus compréhensible possible. Ainsi il est nécessaire que les professionnels médicaux et paramédicaux soient initiés à ces problématiques. Autrement nous ignorerions avoir les moyens d'établir une communication fluide.

Pour rappel, communiquer avec un sourd n'équivaut pas à parler plus fort. Si le patient est sourd (profond) alors cette action est inutile et c'est en présence de malentendants que parler plus fort sera nécessaire ; tout autant que bien articuler et parler en face de votre interlocuteur.

4.2.2 Echange avec Amélie

J'ai rencontré « Amélie » à l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante) Saint François des Sales de Capinghem : le premier en France à accueillir des résidents âgés Sourds (Pajot et Benvenuto 2017). Entre deux couloirs, nous nous sommes présentées et nous convenons d'échanger par mail, car elle est occupée dans son travail d'aide-soignante.

Je lui envoie donc mes questions par mail le 15/08/2019 et je reçois sa réponse le 27/10/2019. Ce délai lui était nécessaire pour répondre dans le détail et se faire aider par sa mère dans la compréhension de certaines questions.

Amélie a décidé de nous répondre en nous racontant son vécu sous la forme d'une histoire. L'échange ne peut donc plus être qualifié de semi-directif. Cependant son témoignage est si riche en informations et que je vous propose de le lire tel qu'elle nous l'a livré (cf. *annexe IV*).

Afin de ne pas couper son témoignage par de multiples commentaires, risquant de le rendre incompréhensible, j'ai choisi de ne pas analyser point par point ses réponses. Je vous laisse découvrir son histoire et les réponses aux nombreuses questions que les entendants se posent quand ils songent à la surdité : accessibilité à l'emploi, handicap, identité, solutions etc. La profondeur de son témoignage m'a beaucoup touché et appris.

4.2.3 Echange avec Gabriel

J'ai rencontré, celui qui nous appellerons « Gabriel », par hasard sur mon activité de loisir : l'escalade. Ce sport est connu pour son caractère convivial, ouverts à tous, où les meilleurs conseillent les moins bons, sans démonstration de supériorité. Gabriel, sourd depuis l'enfance, m'y a été présenté comme tous les autres coéquipiers et nous avons commencé à grimper ensemble régulièrement. Je venais de choisir la thématique de mon mémoire, par conséquent le sujet s'est introduit dans nos conversations.

Pour m'aider dans mes recherches et recueillir l'avis personnel d'un Sourd, il a accepté de répondre à mes questions. Pour ce faire, nous avons convenu d'échanger par mail, car je ne réussissais pas à lui faire comprendre toutes mes questions. Je lui ai tout d'abord rappelé le contexte de mes interrogations. Puis, je lui ai posé par écrit toutes mes questions. Il a décidé de répondre sur le même document. J'ai laissé sciemment inchangée la forme du mail qu'il m'a écrit, y compris les éventuelles fautes d'orthographe, pour illustrer les capacités de Gabriel à l'écrit (cf. *annexe V*).

La première réponse (cf. [Q1] en *annexe V*) dresse le portrait d'une personne adaptée à notre société. Gabriel a été scolarisé et a obtenu un baccalauréat professionnel. Il occupe aujourd'hui un haut poste (directeur de développement) dans une entreprise où sa surdité et son bilinguisme sont un atout mis à profit pour aider d'autres sourds. Il nous fait part de ses loisirs tels que l'escalade, les voyages et le football. Il omet de dire qu'il a même été sélectionné en 2007 dans l'équipe de France de football des sourds pour jouer la coupe d'Europe. Cette année-là, ils ont remporté le titre de champions d'Europe pour la première fois depuis la création de cette discipline en 1924.

Par ces réponses, nous pouvons dire que Gabriel n'est pas en situation de handicap au sens de la définition de l'OMS (cf. 5.3 la surdité est un handicap ?).

Gabriel témoigne que sa surdité est survenue à 5 ans suite à une méningite. Elle est donc survenue en post-lingual c'est-à-dire qu'il avait déjà appris à parler, à communiquer. Il savait comment les autres communiquent (en décryptant des sons). Il savait oraliser et connaissait le sens des mots. Probablement avait-il commencé à reconnaître son prénom, les lettres, voire à les lire (la lecture s'apprend généralement au CP vers 6-7 ans). Nous pouvons supposer qu'il commençait à comprendre la signification des lettres, qui, associées, reproduisaient des sons. Ainsi, le fait que sa surdité soit apparue à 5 ans, en post-lingual, est synonyme d'un apprentissage de la lecture et de l'oralisation moins laborieux que si elle était survenue avant même qu'il parle (en pré-lingual). En effet, comment comprendre qu'une lettre est le symbole écrit d'un son, lorsque les sons sont inconnus ? C'est tout l'enjeu et la complexité de l'apprentissage du français pour les sourds auquel les orthophonistes tentent de pallier.

Gabriel qualifie la LSF comme sa « *langue visuelle naturelle* » (cf. [Q3] en *annexe V*). La communication est globale et il n'y a, a priori, pas une modalité qui prévaut sur une autre : qu'elle soit audio-vocale ou visio-gestuelle. Par conséquent, il est naturel que les Sourds aient principalement développé, par la suite, celle qui leur est plus aisée : c'est dans ce sens que la langue des signes est dite langue naturelle des Sourds.

Evidemment une langue des signes n'est pas innée : ce n'est pas parce que l'on nait sourd que l'on connaît la langue des signes. Comme toute langue, elle s'apprend et sa transmission est inédite dans car elle se fait rarement par la famille nucléaire (la majorité des enfants sourds naissent dans des familles entendantes, environ 95 %), donc pas verticalement mais horizontalement : par les pairs et non les pères (Delaporte 2000; Bertin 2012).

Pour les Sourds, l'apprentissage de la langue des signes se fait « *en très peu de temps* » précise Gabriel, quand Emmanuelle Laborit parle de 2 mois. « *Tout à coup la communication était là. Je me suis forgée une identité, une réflexion, à toute vitesse. [...] Je vois comme je pourrai entendre. Mes yeux sont mes oreilles. J'écris comme je peux signer. Mes mains sont bilingues.* » (Laborit, 1994 p.216-20)

L'oralisation, la lecture labiale, la lecture nécessitent des années de suivi orthophonique. Sans apprentissage préalable de la LSF, cela revient à dire : « *lis sur les lèvres* », « *comprends ce que tu peux* », « *range le de travers dans ta tête* », « *mets des années à le remettre à l'endroit* », « *parle, tu as une voix bizarre, on ne te comprend pas, mais parle, tu y arriveras* », « *n'enlève pas ton appareil ; articule ; imite moi. Autrement dit : débrouille-toi pour être à MON image.* » (Laborit, 1994 p.92)

Il est donc primordial pour les sourds d'apprendre la LSF qui leur donnera accès plus facilement au français tel que nous le connaissons. Ceci dans le but d'éviter une phrase, qui m'a surprise par sa force et sa justesse : « *Être sourd c'est vivre exclu de la société* » (cf. [Q3] en annexe V).

[Q4] : Gabriel ne se reconnaît pas comme en situation de handicap. Selon lui, l'identité sourde est due au rassemblement des sourds en communauté, soudés par ce handicap dit invisible (cf. 5.3 la surdité est-elle un handicap ?).

Fin 2014, la France est sensibilisée à la surdité grâce au film à 7,5 millions d'entrées « La famille Bélier » réalisé par Eric Lartigau. Dans ce film, nous suivons l'histoire de Paula, une adolescente entendante et sa famille d'agriculteurs sourds. Son père vient à lui dire en signes : « *Ce n'est pas un handicap d'être sourd, c'est une identité.* » Il exprime également qu'il n'est pas handicapé puisqu'il travaille, a une famille, subvient aux besoins des siens, et se présente même aux élections municipales. Autrement dit dans son quotidien il ne se trouve pas gêné par sa surdité puisque toute sa famille signe et sa fille fait la médiation en situation complexe.

La représentation du handicap à propos de la surdité n'est donc pas de tout le même que l'on s'adresse à des sourds ou à des entendants.

Les efforts que la société ou les entendants mettent en place ne sont pas suffisants pour s'adapter aux personnes sourdes. J'ai donc posé directement la question à Gabriel (cf. [Q6], annexe V) : « Pourquoi notre société priorise-t-elle l'oralité ? Ou pourquoi est-elle si peu adaptée aux autres formes de communication ? » Selon lui, cela est dû à la vision médicale qu'a notre société sur la surdité (cf. parties 2.2 une vision médicale et 2.4 une vision anthropologique).

En pensant la surdit e comme une maladie, nous cherchons un « rem ede », tels que les appareils auditifs ou l'implant cochl eaire, au lieu d'orienter vers des établissements d'éducation bilingue où l'enseignement de la langue des signes a fait ses preuves pour le développement cognitif de l'enfant sourd, même lorsque le diagnostic de récupération par implantations cochl eaires est favorable (Dagron 2008; Bertin 2010).

De plus, avec la langue des signes un enfant sourd fait les mêmes progrès qu'un enfant entendant du même âge (Dagron et Ascal 1994; Sacks et Cler 1996; Correno 2011).

Nous avons étudié le ressenti des étudiants s'il avait été pris en charge un patient sourd en kinésithérapie (cf. question 20, *annexe II*), étudions maintenant l'avis de Gabriel, qui a nécessité de soins kinésithérapiques. Pour rappel, Gabriel est un Sourd post lingual. Il lit sur les lèvres, parle, écrit et signe. Cela fait de lui une personne tout à fait bilingue, et le positionne comme le parfait intermédiaire entre les communautés entendante et sourde. C'est pourquoi il en a fait son travail.

Gabriel a été amené à consulter des kinésithérapeutes suite à des traumatismes sportifs et un accident vasculaire cérébral dont il ne présente pas de séquelles. Il dit de ses séances (cf. [Q8], *annexe V*) : « *Ma r ducation s'est bien passée ; mon kiné n'avait pas besoin de beaucoup parler. Par contre c'était pas évident de se faire comprendre. On se débrouillait avec des gestes et je pouvais suivre en lisant sur les lèvres.* » Voilà l'appréciation d'un homme parfaitement bilingue. Quelle serait-elle pour un Sourd qui n'a pas appris la lecture labiale ou à oraliser ? Il dit du traitement kinésithérapique qu'il ne nécessite pas en soit de « *beaucoup parler* », mais que fait-on des conseils, de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient, du bilan ? Notre expertise regroupe ces compétences et la difficulté à trouver des professionnels soignants qui utilisent la LSF a des conséquences (cf. [Q9] en *annexe V*). Gabriel nous répond, que pour sa part, cela l'amène à consulter tardivement voire pas du tout.

Finalement, Gabriel a répondu à mon second mail, bien plus court que le premier. Son absence de réponse initiale m'a interrogé.  tait-ce par manque de temps ? Mes questions étaient-elles trop nombreuses ou rédigées de manière trop compliquée ? C'est pourquoi ma dernière question concerne la compréhension écrite (cf. (Q13), *annexe V*). Gabriel y

répond et conclut en se focalisant sur le point fort des Sourds et non pas leur manque : « *En règle générale, une personne sourde n'est pas très à l'aise avec l'écriture. Le meilleur moyen de communication est la langue des signes.* » Cependant cela soulève la question de l'illettrisme dans la communauté sourde.

L'illettrisme qualifie « *la situation des personnes qui ont été scolarisées en France mais ne maîtrisent pas la lecture, l'écriture, le calcul, les compétences de base pour être autonomes dans des situations simples de la vie quotidienne.* » En France, selon l'enquête (Informations et Vie Quotidienne) réalisée en 2004-2005 par l'INSEE, « *9% de la population âgée de 18 à 65 ans vivant en France métropolitaine et ayant été scolarisée en France sont en situation d'illettrisme* ». Chez les sourds profonds, ce taux avoisine les 80% (Perini 2007). Or les Sourds n'ayant pas accès à l'information passant par le canal audio-vocal, la maîtrise de l'écrit est pour eux un facteur essentiel d'intégration à la société. « *Si, parmi 4 millions d'individus sourds en France, la majorité ne présente pas de difficultés avec l'écrit, c'est parce que leur surdité est survenue à l'âge adulte. En revanche, ceux qui sont atteints d'une surdité de naissance ou acquise dans la petite enfance ont un niveau de français écrit largement insatisfaisant.* » (Perini, 2007). Ce n'est pas le cas de Gabriel avec qui nous avons échangé, même si des fautes d'orthographe persistent (comme cela aurait pu être observé avec un entendant).

Je reconnais avoir eu un « *recours exagéré à l'écrit* » (Dagron, 2008 p.21) car c'est un outil qui me permet (en tant qu'entendante) d'utiliser un moyen de communication familier. Malheureusement, de nombreux sourds ne maîtrisent pas assez l'écrit pour comprendre correctement un texte. Cela explique que Gabriel ainsi qu'Amélie aient dû prendre du temps pour répondre correctement à mes questions, alors qu'ils auraient pu m'y répondre oralement si j'avais été en mesure de leur poser la question simplement ou en LSF.

5. DISCUSSION

5.1 Code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes (MK)

5.1.1 Durée des séances.

Dans notre profession, nous avons la chance de devoir, voire de pouvoir, nous occuper exclusivement d'un patient pendant une séance de l'ordre de 30 minutes. *« Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. »* *« Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée. »* (p. 91 et 99, Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels). Nous pensons que cette réglementation existe afin d'assurer une prise en soin de qualité, de permettre au patient de s'exprimer et d'être écouté. Si nous pouvons être fiers de notre qualité d'écoute et de communication, comment le rester face à un patient sourd où nous devenons subitement muets ou incompréhensible pour lui ?

Evidemment nous ne pouvons pas maîtriser toutes les langues de ce monde. Cependant, l'anglais, la langue internationale, nous est apprise durant notre cursus pour comprendre la littérature scientifique anglo-saxonne et être en mesure de soigner un étranger. Ainsi, au même titre que l'anglais, nous devrions être initiés à la langue des signes française pour permettre une communication, entre autre, avec les sourds de France. Nous le rappelons, la langue des signes n'est pas une langue universelle. Toutefois, une fois formés aux spécificités d'une langue gestuelle, nous serions plus à l'aise pour échanger avec un sourd quelle que soit sa nationalité !

5.1.2 Notion des compétences pour accepter ou refuser un patient

La surdité a soulevé plusieurs questionnements de fond, éthiques. À commencer par : un masseur-kinésithérapeute est dans l'obligation de prendre en charge tout patient qui se présente à lui ? Pour y répondre nous nous sommes référés aux textes de lois et au code de déontologie.

L'article R. 4321-58 dispose que *« Le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-*

appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur couverture sociale, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée. » Ainsi, sur la base de cet article, nous ne pouvons pas refuser un patient sourd sous prétexte qu'il est sourd.

L'article R. 4321-113 nuance le précédent et dispose que « Tout masseur-kinésithérapeute est habilité à dispenser l'ensemble des actes réglementés. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni prescrire dans des domaines qui dépassent ses compétences, ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. » Une part d'interprétation est possible. Certes, les Sourds sont sujets aux mêmes pathologies que toute personne entendante, mais un kinésithérapeute peut estimer ne pas avoir la compétence pour communiquer avec eux, ce qui manquerait à la prise en soin en termes d'éducation thérapeutique ou de prévention. Ainsi, selon le jugement de ses capacités, il est libre d'accepter ou non tout nouveau patient.

Toutefois, la situation est différente si le patient fait déjà partie de notre patientèle. Lorsque pour une raison ou une autre, nous devons arrêter les soins, l'article R. 4321-92 dispose que *« la continuité des soins aux patients doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le masseur-kinésithérapeute a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il en avertit alors le patient et transmet au masseur-kinésithérapeute désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »* Ainsi, il nous incombe d'être irréprochable lorsque nous mettons fin au traitement d'un patient, notamment s'il est susceptible de se sentir discriminé (état psychologique, handicap, religion, ethnie etc.).

5.1.3 Consentement libre et éclairé d'un patient sourd

Lorsque le masseur-kinésithérapeute décide de prendre en soin un patient, il doit l'informer de la manière dont vont se dérouler les séances afin qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé au traitement. Se pose alors la question, un patient sourd peut-il consentir au traitement s'il ne dispose pas des informations transmises dans sa langue naturelle ? Sommes-nous certains que le soignant comme le soigné se comprennent parfaitement, s'ils n'utilisent pas la même langue ?

5.2 Communiquer, une nécessité en kinésithérapie ?

Comme nous l'avons étudié dans l'analyse du questionnaire, 98% des étudiants reconnaissent la communication comme d'une importance primordiale en masso-kinésithérapie. Communiquer est donc une nécessité pour les étudiants. Cependant, est-ce un besoin ? Le besoin est défini par le dictionnaire Larousse comme une « *exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique* ». Sa composante est physiologique, relationnelle et rationnelle : il n'est pas basé sur un objet subjectivement déterminé dont la source de plaisir est construite sur l'imaginaire, le fantasme, ce qui le distingue du désir (Boyez, 2019 p.19).

Plusieurs classifications des besoins existent, dont celle de Virginia Henderson (infirmière chercheuse) qui énonce quatorze besoins fondamentaux et inscrit la communication comme « *la nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions* ». Elle la fait apparaître comme le 10^{ème} besoin fondamental après les besoins de respirer, manger, bouger, dormir, éviter les dangers etc. (Hubert, 2019)

De même, dans son modèle pyramidal des besoins pour le bien être d'un individu, Maslow décrit, après les besoins physiologiques et de sécurité, les besoins d'appartenance et d'estime qui apportent les notions d'amour, d'affection et de reconnaissance par autrui. Depuis l'Antiquité, nous savons que l'homme a besoin de s'exprimer, raconter, dépeindre sa réalité. D'après Aristote, « *de par sa nature, l'homme est un être sociable* ». Comme les autres animaux, l'homme possède le phônê (la voix), cette capacité à émettre des sons, des affects. Mais il a une faculté que les animaux n'ont pas : celle de parler, c'est-à-dire qu'en plus d'exprimer des affects (comme la joie ou la peine), il a l'aptitude de communiquer des valeurs indépendantes de lui comme le juste et l'injuste. Cette faculté l'amène naturellement à s'ouvrir à ses semblables et à vivre avec eux.

Les Sourds sont des Hommes longtemps privés d'une langue jusqu'à ce qu'ils soient initiés à la leur, la langue des signes. Ils deviennent alors très bavards car ils peuvent enfin se faire comprendre. « *Ils ont plaisir à communiquer, et la gaieté l'emporte. (...) un groupe de*

sourds qui parlent c'est incroyablement vivant. On parle on parle, on s'exprime pendant des heures parfois. Comme une immense soif de se dire des choses, des plus superficielles au plus graves. » (Laborit, 1994 p.84)

5.2.1 La communication : condition sine qua none d'une alliance thérapeutique.

Aujourd'hui, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'implication du patient dans sa propre prise en charge. Car malgré tout le savoir-faire d'un professionnel de santé, si le patient ne réalise pas qu'il a un rôle à jouer dans sa santé alors le professionnel est impuissant. Il est donc nécessaire de responsabiliser le patient afin de le placer comme acteur et auteur de sa rééducation (HAS 2015). C'est ce que nous appelons « l'alliance thérapeutique » définie comme « la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir des objectifs fixés » (Bioy et Bachelart 2010).

Ce virement de pensée en Santé est lourd de changements. En effet, si le patient est acteur de sa santé, alors il devient un interlocuteur et pas seulement un soigné. La barrière hiérarchique entre soignant-soigné s'amenuise progressivement jusqu'à ce que le soigné soit considéré comme expert de sa propre pathologie, au même titre que le professionnel. Cette nouvelle vision de la Santé concerne tous les patients. Il n'y a pas d'autres moyens, pour les rendre responsables de leur prise en charge, que de les informer. Ainsi, adapter notre communication à un sourd, apportera beaucoup à la relation thérapeutique car il nous sera reconnaissant de prendre le temps et de faire l'effort de communiquer avec lui, par écrit ou par signes. De plus, une fois un Sourd bien informé, c'est toute la communauté sourde qui profite de ces nouvelles informations grâce à la forte solidarité qui y existe. C'est un avantage à condition que l'information transmise soit correctement comprise.

5.2.2 La communication au rythme de la prise en charge.

5.2.2.1 La rencontre

Toute prise en charge en kinésithérapie démarre par une première rencontre. « *C'est elle qui conditionne la relation soignant-soigné. L'enjeu est d'assurer une bonne alliance thérapeutique et un climat de confiance avant même l'échange verbal.* » La première rencontre est à distinguer des autres car « *l'impression laissée lors des premiers instants est cruciale pour la suite de la relation.* » (Boyez, 2019 p.37)

Dès l'entrée d'un patient, accompagné ou non, deux notions fortes doivent être mises en relief : l'accueil et l'intention. L'attitude du masseur kinésithérapeute doit être ressentie comme bienveillante : un sourire sincère, un regard assuré et accueillant, une démarche confiante et posée. Elle doit amener le premier contact physique : la poignée de main, qui est une marque de politesse mais aussi un symbole scellant le partenariat entre chacun. À cet instant, le kinésithérapeute se présente et peut signer « bonjour » ainsi que « kinésithérapeute » pour montrer qu'il s'adapte à son patient. Enfin, « *inviter chacun à s'asseoir va niveler les différences de taille et aligner les regards pour échanger confortablement sans dominance. La position assise du thérapeute délivre un message fort en intentions : je prends du temps pour vous.* » (Boyez, 2019 p.37)

Cette règle est une marque de bienveillance et de respect à laquelle tous les soignés sont sensibles. Elle est primordiale avec les Sourds, où le temps et la patience sont indispensables pour vérifier que chaque interaction est comprise (cf. *annexe IV et V*). Trop souvent le premier contact se fait entre deux portes laissant un sentiment d'abandon et de détresse au patient et son entourage. Ce sentiment est d'autant plus fort avec un sourd qui ne comprendra pas que vous lui parlez si vous n'êtes pas face à lui et que vous ne le regardez pas dans les yeux.

5.2.2.2 L'anamnèse

Lors de la première rencontre, un diagnostic kinésithérapique est établi au cours du bilan qui, commence par l'anamnèse. Elle est inscrite au décret de compétences pour contextualiser la situation de soin et cerner les besoins de notre patient Sourd. Que faire si notre patient n'entend pas nos questions ? Comment réagir s'il s'exprime en langue des signes mais que nous n'y sommes pas formés ? Faire face à une atteinte sensorielle nécessite une adaptation de l'attitude et du langage du professionnel pour faciliter la communication. Le principe essentiel est l'utilisation des compétences du patient sans se focaliser sur ses manques. Il est nécessaire que le thérapeute ait connaissance d'un mode de communication : langue des signes française (LSF) ou le langage parlé complété (LPC), néanmoins le problème de l'interprétation se pose.

Notre travail ne se veut pas utopique mais réalisable. C'est pourquoi nous pensons qu'il est utile d'effectuer notre bilan kinésithérapique en présence d'un interprète afin qu'il soit le plus complet et juste possible. Puis par la suite, nous pourrions traiter seul notre patient et communiquer avec lui grâce à nos connaissances basiques de la LSF. Cette situation est vouée à se produire car il n'est pas rare que l'interprète ou le conjoint ne puisse pas se déplacer à chacune des séances. L'idéal pour ne pas être décontenancé (cf. question 20 en *annexe II*) reste donc l'initiation aux rudiments de la LSF dès notre formation, au même titre que l'anglais est obligatoire dans notre référentiel.

5.2.2.3 Exemple du bilan de la douleur

Il existe des astuces pour communiquer avec un patient sourd au cours du bilan. Pour l'évaluation de la douleur par exemple, le masseur kinésithérapeute peut préparer une feuille avec les silhouettes de face et de dos d'un Homme et demander au patient d'y représenter la localisation de ses douleurs.

Il peut aussi utiliser l'échelle San Salvador qui analyse le langage corporel et non verbal du patient à travers différents critères qui sont : ses positions antalgiques, ses changements d'intérêt pour l'environnement ou la communication, ses mouvements de retrait ou de protection, ses cris/pleurs/grimaces, son augmentation du tonus etc.

5.2.3 Intimité

5.2.3.1 Besoin d'un interprète

La présence d'un interprète n'est pas systématique. Ce rôle est souvent endossé par l'entourage du Sourd (parents, conjoint) mais, bien que rassurant, il remet en cause l'organisation de la relation thérapeutique.

En outre, requérir l'aide d'un interprète s'inscrit dans un processus complexe de l'administration française. En effet, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) reconnaît certaines formes de surdité comme responsable de situations de handicap. Ainsi, elle accorde, par l'intermédiaire de la prestation de compensation du handicap (PCH), différents types d'aides destinées à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées (Centre national d'information sur la surdité 2018) : des aides humaines, techniques ou animalieres, des aménagements du logement ou du véhicule de la personne, des aides aux besoins spécifiques ou exceptionnels.

En ce qui concerne les personnes sourdes ou malentendantes, les aides humaines peuvent être une aide financière pour payer interprètes et « preneurs de notes ». Cela ne concerne pas la majorité des déficients auditifs: les malentendants ou les implantés doivent justement pouvoir se passer de ces aides humaines. De plus, elles se présentent sous la forme de forfait et sont conditionnées par une perte d'au minimum 70 dB sur les deux oreilles. Le forfait surdité est de 30 heures par mois soit 30 x 11,57 euros sachant qu'une heure d'interprète LSF coûte environ 50 euros (MDPH Moselle 2019; CISIC 2020).

Cette prestation met en évidence la nécessité d'une tierce personne dans certains cas de surdité. L'interprète peut être demandé parce que :

- le professionnel (de santé) ne maîtrise pas suffisamment la langue ;
- le patient sourd est âgé et parle une langue des signes régionale ;
- le patient sourd ne lit pas sur les lèvres ;
- le patient sourd est âgé ou atteint de démence, sa syntaxe est modifiée
- la situation pourrait requérir son aide.

La relation thérapeutique se trouve changée dans sa forme. Il ne s'agit plus d'un binôme, formé entre un professionnel de santé et son patient mais d'un trinôme où vient s'ajouter un intermédiaire, un autre professionnel. En pédiatrie, cette situation s'appelle « triade thérapeutique », elle intègre le masseur-kinésithérapeute, l'enfant et ses parents.

Dans notre cas d'étude, l'interprète peut-être un professionnel mais aussi un membre de la famille proche entendant. La communication n'est plus directe entre le kinésithérapeute et son patient, se pose alors la question de l'intimité du patient. Le simple fait d'être en présence non plus d'un mais de deux professionnels peut être intimidant pour le patient et réduire davantage son expression.

5.2.3.2 Ergonomie au service de l'intimité

Outre le fait que la relation thérapeutique est modifiée, il faut aussi adapter l'ergonomie d'au moins une pièce (en structure comme en libéral) capable d'accueillir 3 personnes. Il est primordial qu'il s'agisse d'une pièce et non d'un plateau technique. En effet, les Sourds ont un sens de l'observation très développé ainsi, pour leur permettre de se concentrer (au moins pour la première séance), nous devons leur proposer un environnement calme et

peu riche en stimulations visuelles diverses (passage, nouveau espace, mobilier de rééducation inconnu etc.). Pour des raisons évidentes de confidentialité, effectuer un bilan, dans une pièce privée, est préférable que le patient soit sourd ou entendant. Si effectuer son bilan dans une pièce unique relevait du bon sens, d'autres aménagements pour faciliter la cohabitation avec des patients Sourds ne sont pas si évidents.

Nous avons pu observer, dans l'EHPAD St François des Sales, comment une structure peut s'adapter pour accueillir des résidents Sourds. En effet, l'ensemble de la structure a été pensée pour eux. Ainsi, les chambres sont équipées de sonnettes à flash lumineux, les ascenseurs sont en verre, les salles sont pourvues de vitres, même certaines parties du sol sont vitrées afin de pouvoir signer depuis des espaces voire des étages différents. Nous avons aussi remarqué que des miroirs sont disposés partout afin de voir arriver quelqu'un qui se situera dans notre dos. Ces règles ne sont peut-être pas applicables dans tous les établissements de santé ou en libéral mais elles permettent de prendre conscience des besoins des sourds ainsi que des moyens à notre disposition pour faciliter leur communication, comme les miroirs par exemple (Pajot et Benvenuto 2017).

5.3 La surdité est-elle un handicap ?

5.3.1 Une situation de handicap invisible

Cette question soulève de nombreux débats dans notre société car le terme handicap est connoté péjorativement. C'est pourquoi, aujourd'hui nous parlons plutôt de situations de handicap. En effet, loin de l'idée stéréotypée du fauteuil roulant que représente seulement 2% des 12 millions de personnes en situation de handicap en France, 80% des handicaps sont invisibles. Bien que tout à fait réel, le handicap invisible est difficilement perceptible par autrui, cela peut entraîner frustrations et désespoir comme en témoigne Emmanuelle Laborit : *« Je veux parler. Je veux comprendre ce qu'on dit. J'en ai marre d'être prisonnière de ce silence qu'ils ne cherchent pas à rompre »* (Laborit 1994, 141-42).

5.3.2 Différentes approches et définitions

La notion de handicap est complexe, de sorte que l'Organisation Mondiale de la Santé définit la situation de handicap en fonction de trois autres termes : déficiences, incapacités et désavantages.

- *La déficience* fait référence à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique (aspect biomédical).
- *L'incapacité* résulte d'une déficience. Elle comprend toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain (aspect fonctionnel).
- *Le désavantage* correspond dans le langage courant à l'aspect situationnel du handicap. Il résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels (aspect social).

Puisque les étudiants en masso-kinésithérapie ont abordé ces notions du handicap, nous les avons interrogés pour évaluer combien, selon eux, la surdité représente un handicap. En étudiant les réponses aux questions 22 et 23 nous constatons que la majorité des élèves ne prennent pas en compte ces définitions qu'ils ont apprises dans leur cotation. En effet, 97.3% des étudiants ont répondu que la surdité représente un handicap (cf. question 22 en *annexe II*) tandis que les Sourds ne se reconnaissent pas dans une telle situation. Qui plus est, (cf. question 23 en *annexe II*) 72% des étudiants cotent la surdité comme responsable d'un handicap social important, supérieur à 7/10 sur une échelle analogique du handicap (0 représentant l'absence de handicap, 10 un handicap social maximal).

La conclusion à cette observation est que nous (étudiants entendants) sommes incapables de nous imaginer à la place d'un Sourd, voire que nous n'avons pas compris la définition du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » (Raffarin 2005). Hors un Sourd peut travailler, fonder une famille, faire du sport, exercer son rôle de citoyen. Il peut communiquer et il le fait dans sa communauté ou lorsqu'on lui en donne la possibilité. Au sens de cette définition, les Sourds ne sont pas en situation d'handicap.

Emmanuelle Laborit s'exprime brillamment à ce sujet: « *Pour moi la langue des signes correspond à la voix, mes yeux sont mes oreilles. Sincèrement il ne me manque rien. C'est la société qui me rend handicapée, qui me rend dépendante des entendants : besoin de se faire traduire une conversation, besoin de demander de l'aide pour téléphoner, impossibilité de contacter un médecin directement, besoin de sous-titres à la télévision, il y en a si peu. Avec un peu plus de Minitel, de sous titres, moi, nous, les sourds, nous pourrions plus facilement avoir accès à la culture. Il n'y aurait plus de handicap, plus de blocage, plus de frontière entre nous* » (Laborit, 1994 p.136).

Elle dit également : « *Je comprends parfaitement que des adultes qui deviennent sourds après avoir entendu demandent de l'aide. Eux, deviennent brutalement handicapés. Ils sont privés d'un sens dont ils ont l'habitude, de leur culture, de leur mode de fonctionnement, de leur mode d'emploi, finalement. Mais que l'on ne touche pas aux enfants qui naissent comme moi. Qu'on leur laisse le choix, la possibilité de se réaliser dans les deux cultures.*» (Laborit, 1994 p.191) Elle soulève ainsi de grands sujets : la différence entre être né sourd et le devenir, l'implant cochléaire, qui ont été abordés dans les échanges avec Amélie et Gabriel.

5.3.3 Reconnaissance par la MDPH

Quoiqu'il en soit la Maison Départementale de Personnes Handicapées reconnaît certaines formes de surdité comme une situation handicapante. Ainsi, quand bien-même un patient sourd refuse ce statut d'handicapé, il doit être informé des aides auxquelles il a droit : la prestation de compensation d'handicap, l'allocation à l'adulte handicapé, les aides à l'emploi pour personnes handicapées grâce à l'AGEFIPH (association de gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées). Autant d'aides pouvant améliorer sa qualité de vie (Bercy Infos 2019).

5.4 Solutions thérapeutiques face à un handicap communicationnel

Les Sourds ne sont pas les uniques patients qu'un masseur-kinésithérapeute peut être amené à soigner avec une communication affectée, diminuée voire absente (cf. question 11 et 12). C'est là une des richesses de notre métier ! Nous soignons une patientèle allant des nourrissons aux patients en fin de vie, en passant par des patients aphasiques, des enfants qui n'ont pas l'usage du langage oral, des patients déments etc. Lorsque que l'atteinte du langage est trop sévère, le masseur-kinésithérapeute exploite toutes les

ressources possibles pour maintenir la communication, en se renseignant auprès d'un orthophoniste ou accompagnateur mais aussi, via l'analyse approfondie du langage corporel et des outils de communication augmentée et alternative.

5.4.1 Règles pour tous patients.

Nous l'avons vu au cours de l'entretien avec Laura, l'orthophoniste, des règles simples existent et sont à appliquer avec tous nos patients pour garantir une bonne communication (cf. *annexe III*, [Q7]). Parmi elles, ont été évoquées, l'importance de bien parler en face du patient (ne pas décrocher le téléphone ou ne pas se retourner), d'articuler, de montrer l'objet en le désignant, d'accompagner de gestes signifiants le discours, d'être patient, de vérifier la compréhension et d'analyser le langage non-verbal du patient.

5.4.2 La communication améliorée et alternative

« Un moyen de communication augmentée et alternative est une compensation qui tend à diminuer les déficits et incapacités (temporaires ou définitifs) des individus souffrant de troubles sévères de la communication au niveau de l'expression : trouble du langage parlé et troubles moteurs affectant l'écriture. » (Chevrié-Muller et Narbona, 2007; Alm et Parnes, 1995)

Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils exemptés des connaissances en communication ? Je me suis posée cette question au fil de notre cursus en constatant que nous ne sommes pas formés aux moyens d'aide à la communication. Pourtant, nous sommes initiés à la méthode de Carl Rogers (écoute active et reformulation), à l'éducation thérapeutique du patient et évalués régulièrement, avec des mises en situation pratique, pour juger nos capacités à traiter un patient mais aussi à lui parler.

Tous ces indices révèlent que notre formation reconnaît l'importance de notre communication puisqu'elle va jusqu'à l'évaluer. Notre manière de communiquer mérite donc d'être étudiée et améliorée. Le langage est d'ailleurs défini par notre directeur, M. Gedda, comme *« un système de communication orale ou écrite propre à une contrée ou un pays [...] une fonction symbolique qui utilise signes verbaux, tactile (Braille), visuels (lecture), gestuels. La reconnaissance du langage est un élément important de l'examen et du bilan »* (Dufour et Gedda 2007).

Cela nous rappelle qu'en tant que futurs masseurs-kinésithérapeutes le soin que nous apportons ne se limite pas au « Cure », mais comprend aussi le « Care ». Le « Cure » est centré sur la pathologie et la dimension curative ; il représente l'aspect technique du soin. Le « Care » allie sollicitude et soin (Boyez, 2019). Il s'agit d'une « *action délibérée pour répondre au besoin du patient, d'une implication pratique dans le prendre soin, et à une demande de cultiver une compréhension de l'expérience subjective des autres* » (Rothier Bautzer, 2013). Il représente la dimension relationnelle et humanisante du soin, dont fait partie le langage en masso-kinésithérapie. Ainsi, l'enjeu de la rééducation est de conserver un équilibre entre une approche globale, relationnelle et technique.

Puisqu'une telle importance est accordée à la communication via l'écoute et la reformulation, de quels moyens disposons-nous pour communiquer lorsque le langage verbal est entravé ? Laura nous propose une réponse à cette question dans son entretien (cf. *annexe III*, [Q8]). Nous en détaillerons quelques-uns notamment ceux qui utilisent des signes communs à la LSF.

5.4.3 Exemples de moyen d'aide à la communication

Le Makaton : est une méthode plurimodale. Elle utilise la parole, les pictogrammes et les signes. Elle a été créée en 1973 par Margaret Walker, orthophoniste anglaise. Initialement conçue pour des enfants voire des adultes atteints de troubles du spectre autistique, Margaret y ajoute les pictogrammes pour les enfants avec des troubles moteurs.

Les pictogrammes sont en noir et blanc, simples, facilement reproductibles. Ils sont toujours accompagnés du mot écrit sous l'image. L'idée est de proposer à l'enfant un moyen d'exprimer ses besoins, de se faire comprendre. Le makaton en utilise 450 signes issus de la LSF. Ensemble signes et pictogrammes illustrent des concepts fonctionnels. Ils offrent une représentation visuelle du langage, qui améliore la compréhension et facilite l'expression. Ils permettent de favoriser les échanges en accédant à l'ensemble des fonctions de la communication : dénommer, formuler une demande ou un refus, décrire, exprimer un sentiment, commenter etc.

Le makaton se veut clair et simple. Ainsi, en makaton, certains signes sont transformés par rapport à leur signe originel en LSF pour ne pas complexifier la compréhension avec des signes proches. Par exemple les signes pour exprimer « merci » et « bonjour » sont similaires, ce qui les rend difficile à différencier. Ainsi, « bonjour » se signe en makaton

comme si on soulevait son chapeau, et « merci » comme en LSF la main devant la bouche qui se tend vers son interlocuteur.

Le makaton est une méthode utilisée notamment dans les centres pédiatriques, où des étudiants l'ont peut-être observée voire utilisée (cf. questions 15 et 16, *annexe II*). Il pourrait être un moyen de sensibiliser aux troubles du langage et un intermédiaire à l'apprentissage de la LSF.

Le baby sign ou la langue des signes pour bébés : devrait plutôt s'appeler communication gestuelle associée à la parole plutôt que langue puisque nous l'avons vu précédemment n'est appelée langue qu'un processus ayant sa syntaxe et sémantique propre. Ce n'est ici pas le cas puisque le signe, issu de la LSF, vient accompagner la phrase verbale pour souligner ce qui est dit, mais n'a pas de sens si dénué de la parole.

Ainsi, communication gestuelle associée à la parole est une appellation plus juste qui désigne une pratique parfaitement adaptée aux bébés entendants. Le fait que les signes soient issus de la LSF permet le partage d'un code commun, un repère pour la famille, à la crèche ou chez l'assistante maternelle. D'ailleurs cette méthode, venue du Royaume-Uni, se répand de plus en plus dans les crèches en France. Nous pouvons expliquer cet engouement en reprenant les arguments qu'avancent les associations ; la « langue » des signes pour bébé (Acredolo et Goodwyn 2009; Charlassier 2017) :

- facilite la communication
- augmente la capacité d'expression
- réduit la frustration (pleurs, colères)
- facilite l'acquisition de la langue orale (stimulation du même hémisphère)
- augmente l'attention envers l'environnement visuel et auditif.

Si les études ne sont pas toujours suffisantes pour prouver ces bienfaits (Lowry 2012; Nelson, et all. 2012; Mueller, et all. 2014). Les parents sont quant à eux ravis de pouvoir communiquer avec leurs enfants dès 6-9 mois (période du développement des praxies), avant qu'ils aient atteint l'âge du langage verbal (premiers mots entre 12 et 16 mois). La communication gestuelle fait office de langage de transition, elle ne remplace absolument pas la nécessité de parler à son enfant. D'ailleurs, Gabriel nous a dit avoir utilisé sa langue (la LSF) pour communiquer avec ses jeunes enfants (entendants), selon lui, il est

« *impératif* » que la LSF soit enseignée de manière obligatoire au même titre que l'anglais et dès la naissance (cf. [Q5], *annexe IV*).

Cela semble réalisable puisque, le baby sign, de plus en plus répandu dans les crèches, contribue à sensibiliser l'ensemble de la population à la LSF. Par extension, cette communication gestuelle contribue à informer la population sur la surdité et peut permettre de répondre aux besoins des personnes sourdes, c'est-à-dire d'augmenter le nombre de citoyens utilisant la LSF.

La lecture labiale : beaucoup de personnes sourdes l'utilisent, cependant celle-ci permet la compréhension de 30% du message initiale. En effet on compte, dans la langue française orale, 36 sons alors qu'ils ne correspondent qu'à 12 images labiales.

Le langage parlé complété : a été mis en place pour améliorer la réception du message visuel (labial) par la personne sourde. Il consiste à associer à chaque phonème prononcé, un geste, effectué par la main, près du visage. Il existe 5 positions de mains différentes pour discriminer les voyelles et 8 positions de doigts pour les consonnes. Le LPC permet la réception d'un message, pas son expression.

Le français signé : reprend les signes de la LSF et les articule selon la syntaxe du français.

La langue des signes française : Dans la langue des signes, le corps va jouer le rôle qu'occupe la voix dans le langage oral. Elle ne se limite pas à l'enchaînement de plusieurs mouvements manuels, tous ces gestes sont accompagnés de mouvements corporels globaux et surtout d'expressions faciales, pour imiter le réel. C'est pourquoi elle est qualifiée d'iconique : elle utilise des symboles, des images pour définir les choses. La langue des signes est donc articulée.

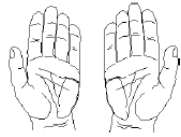


La langue des signes repose sur l'utilisation d'une ou des deux mains. Ils représentent une subdivision de la langue des signes, appelés chérèmes, comme le sont les phonèmes pour le français. Ils prouvent qu'une langue des signes est doublement articulée et une langue à part entière.

Prenons l'exemple du signe [bateau], il est décomposable en 4 paramètres (cf. *Tableau I*) :

- la configuration : les deux mains plates,
- l'emplacement : devant le signeur, au niveau de son abdomen,

- l'orientation : les mains l'une vers l'autre, ôté tranchant vers le sol,
- le mouvement : ondulation vers l'avant.

Tableau I : Schéma pour le signe « avancer » pour un bateau (Millet 2004).

CONFIGURATION	EMPLACEMENT	ORIENTATION	MOUVEMENT	INTERPRÉTATION de l'iconicité
	devant le corps du signeur			ondulation (métonymie de la mer)

Certains signes, très proches, vont se différencier par le changement d'un seul paramètre. C'est pourquoi, l'expression du corps est primordiale pour éviter tout malentendu. Dans le cas, où le signe ne diffère que par son mouvement, alors ce dernier permet l'interprétation de l'iconicité des trois autres paramètres.

Prenons l'exemple du mot [regarder] qui a pour signe de base : l'index et le majeur, en forme de « V », placés sous les yeux du signeur et réalisant un mouvement qui part droit devant. Si l'on modifie ce mouvement alors on va modifier la signification (Tableau II).

Tableau II : Exemples de variation à partir du signe [regarder] (Millet 2004)

SIGNE	CONFIGURATION	EMPLACEMENT	MOUVEMENT
[REGARDER]	EN « V »	sous les yeux	droit devant
[VISITER]	EN « V »	varie avec le mouvement	en zigzag
[PAYSAGE]	EN « V »	varie avec le mouvement	balayage gauche droite
[DEVISAGER]	EN « V »	devant le signeur	circulaire
[LIRE]	EN « V »	devant le signeur	haut vers bas / rapide

S'il le mouvement n'est pas iconique alors Il est utilisé pour la construction de la phrase et apporte la notion de temporalité. Ce faisant il articule le signe et actualise le sens : il participe à la structure de la phrase, à sa syntaxe. En langue des signes, la syntaxe est légèrement différente. C'est pourquoi on ne parle pas de « sujet » dans la phrase mais « d'agent » (celui qui fait l'action).

L'agent effectue l'action de « but » (le but - inanimé - de l'action) ou de « bénéficiaire » (personne- ou plus généralement animé - qui bénéficie à son avantage ou non de l'action que présuppose le verbe). Ce concept sémantique est plus adapté à la langue des signes, car il permet de figurer dans l'espace ces relations universelles.

Ainsi le professeur Millet a pu mettre en évidence 6 zones périphériques au signeur (Figure 2), qui vont être propre à l'agent ou au bénéficiaire.

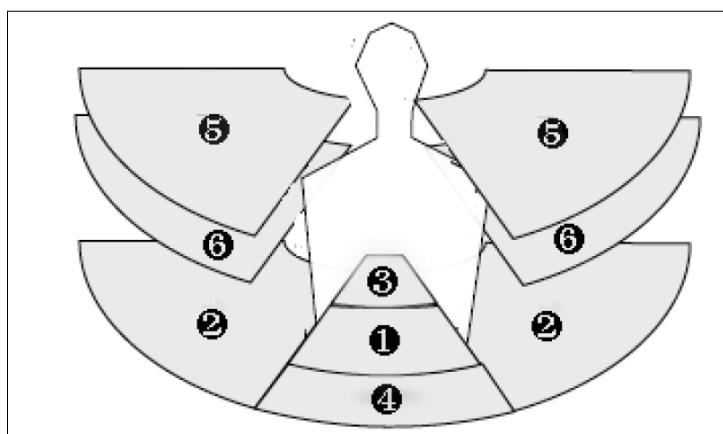


Figure 2 : Schéma des six zones pré-sémantisées (Millet 2004).

La zone 1 : correspond à l'espace neutre. Elle est utilisée lorsque le signeur répond à une question qui lui a été posée, ou lorsqu'il fait une citation. Cet espace ne détermine aucune relation. Toute la grammaire des phrases va s'organiser dans les autres espaces.

La zone 2 : correspond à l'espace de la troisième personne. Elle est alors agent ou bénéficiaire de l'action. Le point de départ du mouvement correspond à l'agent de la phrase et le point d'arrivée, au bénéficiaire. Si l'on veut signer [Tom dit à Julia], il faut signer [Tom] à droite du signeur, puis signer le mot [dire] en se dirigeant vers la gauche pour enfin signer [Julia] à gauche.

La zone 3 : correspond à l'espace de la première personne, agent ou bénéficiaire. Si le signeur est l'agent, la phrase commence par un « léger impact sur son corps » et la phrase enchaînera ensuite. Au contraire s'il est le bénéficiaire, la phrase se terminera par un « léger impact sur le signeur ». Pour signer, [je lui dis], le départ du verbe [dire] se fait en zone 3 pour se terminer en zone 2.

La zone 4 : renvoie à la troisième personne mais inanimée. Exemple, [je regarde la télévision], le verbe part de l'espace 3 et le mot télévision se signe dans l'espace 4. La différence entre l'espace 4, inanimé, et l'espace 2, animé, est importante car elle permet de différencier entre autre, les phrases [je regarde le chauffage] et [je regarde le chauffagiste].

La zone 5 : dont l'iconicité est très marquée, représente « on ». Le signeur ne sait pas qui est l'agent de l'action ou veut le dissimuler, comme dans la phrase [on m'a dit]. Cette zone se situe au niveau des temps du signeur.

La zone 6 : permet d'exprimer la localisation du verbe. Elle remplace dans la langue orale le « à » ou le « chez ». Elle permet de distinguer un lieu d'une personne comme pour les signes [boucher] et [boucherie]. Ainsi dans la phrase signée [je vais chez le dentiste] le point de départ du verbe « aller » est dans la zone 3 pour le [je] et le point d'arrivée où le signe [dentiste] sera effectué dans la zone 6.

Il existe une dernière zone, non classée car désignée par le regard du signeur et qui correspond à la seconde personne. Dans ce cas, comme dans la phrase « tu me l'as dit », l'accroche du regard du signeur sur la personne qu'il interpelle est très importante car elle permet de situer le point de départ du verbe qui est le « tu » (Millet 2004).

La langue des signes est donc bel et bien un système linguistique en tant que tel, qui présente ses caractéristiques propres, construite sur une base spatiale et iconique. L'articulation de ces deux caractéristiques permet d'assurer une infinité de signes.

5.4.4 La langue des signes française : une solution pour qui ?

Nous avons posé cette question à Laura, l'orthophoniste (cf. [Q3], ANNEXE III : Entretien avec Laura). Elle nous a répondu « *La langue des signes français peut s'avérer utile aux Trisomie 21, à certaines formes d'autismes, aux enfants cérébro-lésés particulièrement les IMC (infirmités motrices cérébrales), etc. Elle est très adaptée aux sourds et quasiment uniquement à eux car même en apprenant cette langue, cela peut s'avérer inutile si le cercle intime et familial ne la pratique pas.* ». Avec cette réponse Laura révèle que la LSF, langue naturelle des sourds, peut être utile dans des domaines qui dépassent la surdité,

comme le soin en pédiatrie, que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent rencontrer aussi bien en structures hospitalières qu'en libéral.

En effet, si nous étudions le cas d'enfants souffrant d'un trouble du spectre autistique, pour beaucoup d'entre eux, les fonctions empruntant le canal auditif sont altérées par des troubles neuropsychologiques ou par des expériences psychopathologiques négatives centrées sur la réception de signaux sonores (voix, bruits, etc.). Ces personnes sont dites « *phonophobes* », elles ne supportent aucun bruit ou certains bruits particuliers. Si tel est le cas, elles souffrent d'un déficit des compétences verbales, mais elles excellent souvent dans les techniques visuelles : la langue des signes ou le makaton s'avèrent alors être une solution adaptée pour leur permettre de communiquer et de s'épanouir (Sancho 2017).

5.5 Comment se former à la langue des signes française ?

Plusieurs possibilités permettent d'apprendre la langue des signes française. En voici une liste non exhaustive : rentrer en contact avec une association pour les sourds, trouver un organisme de formation, rencontrer un orthophoniste ou éducateur spécialisé. L'option LSF existe au baccalauréat, encore faut-il être scolarisé dans un lycée qui propose cette option. Si l'on souhaite en faire son métier, 5 universités sur le territoire français forment des interprètes grâce à un master à Paris 8, Lille 3, Toulouse, Rouen et Saint-Denis.

Il est également possible de se rendre à des rencontres « sourd-entendant » pour partager une soirée jeux de société par exemple, quoi de plus efficace que d'apprendre sur le terrain voire de se lier d'amitié avec un sourd directement.

Ces propositions sont le fruit d'une motivation personnelle, d'une curiosité pour cette langue. Etudions ensemble l'exemple de l'Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) Assas, dans le 15^{ème} arrondissement de Paris, où une idée individuelle devient partagée collectivement.

5.5.1 Exemple de l'IFMK d'Assas

Depuis trois ans, des cours de langue des signes française, à l'initiative d'un étudiant ont lieu dans les locaux de l'IFMK d'Assas. En effet, cet étudiant a mis en place son projet et l'a rendu pérenne. Les cours sont donnés par un enseignant sourd qui donne des cours uniquement en LSF. Il enseigne dans différentes écoles ou universités pour des groupes d'un maximum de 15 élèves.

À Assas, en 2019-2020, il y a deux niveaux. Le premier est composé de 15 étudiants qui s'inscrivent pour la première fois (quelle que soit leur promotion). Le second regroupe 10 étudiants qui renouvellent leur inscription aux cours de LSF. À la fin de leur année, les étudiants n'obtiennent pas de diplôme académique attestant de leur niveau en LSF, comme le niveau A1.1. De plus, il n'y a pas d'évaluation validant des modules kinésithérapiques, il s'agit d'une option proposée par le bureau des étudiants et non pas l'école d'Assas. Elle a le mérite de permettre aux étudiants de se former à moindre coût et directement sur leurs lieux de formation.

Si en première année, la demande est forte, celle-ci peut diminuer les années suivantes à cause de la durée des stages qui créent un éloignement de l'IFMK, l'intensification du travail scolaire, diverses contraintes comme la contrainte horaire. En effet, pour chaque «groupe de niveau », l'enseignant propose une trentaine de cours de 1heure dans l'année, rémunéré 25€/heure. À Assas, c'est le bureau des étudiants qui s'occupe de payer le professeur, avec les 60€ annuel demandés à chacun des 25 étudiants inscrits.

Concernant l'organisation c'est l'étudiant responsable de la « solidarité » qui communique avec la conjointe entendante du professeur pour assurer la continuité des cours au fil des ans. Cet étudiant échange également avec le secrétariat pour obtenir les emplois du temps de toutes les promotions et l'accès aux salles. Le fait que plusieurs promotions soient représentées par groupe de niveau assure toujours la présence d'élèves au cours malgré les périodes de stage. De plus, des synthèses (du vocabulaire appris) sont faites par vidéo en fin de cours et transmises pour permettre à ceux en stage ou absents de bénéficier du contenu du cours.

5.5.2 Exemple des étudiants Lillois.

À Lille, les étudiants masseurs-kinésithérapeutes ont la chance de bénéficier des avantages d'une « grande ville » comme Lille ou Paris. En effet, ils peuvent s'inscrire aux « cours du soir » en LSF dans le centre de formation à la langue des signes (CFLS Lille). Cette association forme près de 500 stagiaires chaque année, grâce à des stages intensifs de 5 jours ou des cours du soir. Pourtant, il faut savoir que « trois stages de 30 heures chacun (sur les 12 possibles) sont largement suffisants pour se débrouiller » avec des patients sourds (Tetaert et Valton 2016).

À la fin de ces formations les « stagiaires » sont évalués et obtiennent un niveau de formation en LSF certifié. Malheureusement, les frais de cette formation sont à la charge des stagiaires dont font partie les étudiants. Ils s'élèvent à 150-200€ à condition de justifier son statut d'étudiant. Cela représente un coût certain pour les étudiants, mais au moins ont-ils le choix, la possibilité de se former, à proximité de leur école. D'ailleurs, les deux kinésithérapeutes, qui m'ont accueillie à l'EHPAD de St François des Sales, ont suivi leur formation au CFLS de Lille.

Aujourd'hui, l'un d'eux transmet ses connaissances en témoignant dans les IFMK lillois pour sensibiliser les étudiants à la surdité, la LSF et le handicap invisible, comme le propose aussi le CFLS, sous forme de thèmes de « sensibilisation » dans les écoles, collèges ou universités afin d'informer et de corriger les idées reçues sur les sourds. Cependant, nous n'avons pas tous la chance d'étudier dans ou à proximité de grandes villes. Cela doit-il impacter nos formations ?

5.5.3 Projet à Berck

À Berck, nous cherchons à initier une intervention, comme à Lille, à l'aide du kinésithérapeute qui m'a accueillie à Cappinghem et qui consulte en libéral en langue des signes française. Elle aurait pour but de sensibiliser les étudiants à la surdité et au handicap invisible en général.

Il se trouve que, pendant la réalisation de notre projet, les étudiants en ergothérapie de Berck se sont aussi montrés intéressés par cette intervention. Ainsi nos référents pédagogiques s'organisent pour permettre cette intervention, dès mai 2020, pour les promotions en masso-kinésithérapie et ergothérapie sortantes. Nous espérons que ce projet aboutira et qu'il en nourrira de prochains, à l'image de celui d'Assas, grâce à un intervenant bienveillant, une association ou un centre de formation. Nous comptons également sur le caractère universitaire que prennent les études de kinésithérapie pour faciliter les partenariats entre les facultés de Lille et l'IFMK de Berck, et par conséquent profiter des professeurs en langue des signes de la Faculté des Sciences Humaines de Lille.

6. CONCLUSION

Par ce mémoire l'étendue de ce que représente la communauté sourde est clairement établie, autant sur le plan culturel que démographique et sociétal. La définir nous fait prendre conscience de la situation des personnes sourdes dans notre société. Or, c'est la non-connaissance du monde des sourds, par les entendants, qui entrave la communication avec eux, qui les stigmatise et les isole, au point qu'ils sont parfois perçus comme des êtres limités intellectuellement, ce qu'ils ne sont pas.

Il ne fait plus aucun doute que l'apprentissage de la langue des signes française relève de l'ordre de la nécessité, celle de donner une vraie chance aux Sourds d'accéder aux soins. En plus de faciliter la prise en charge de ces derniers, cela contribuera à améliorer leur autonomie en les libérant de l'interprète ou de proche qui les accompagne. Cela permettra également d'atteindre un niveau de satisfaction supérieur du patient comme du professionnel, condition si fondamentale pour l'épanouissement professionnel et personnel des kinésithérapeutes, comme de tout autre professionnel de santé.

Les étudiants ont prouvé que la communication occupe une place importante dans la prise en charge masso-kinésithérapique. Les qualités relationnelles du thérapeute sont primordiales, sans pour autant occulter la nécessité concomitante d'une technique de qualité. Nous sommes convaincus que le problème de l'accessibilité aux soins de toute une partie de la population française peut trouver une solution par le biais de la formation des étudiants lesquels représentent les professionnels de santé de demain.

Ainsi ce mémoire, porté sur l'énonciation de l'intérêt d'une formation à la langue des signes, pose aujourd'hui la question suivante « quand et comment former les étudiants ? ». Puisqu'une initiation à la surdité et au handicap invisible se met en place, nous pourrions y incorporer un véritable apprentissage de la LSF. L'expérience a été tentée dans d'autres écoles et les retours sont positifs, nul doute qu'il en serait de même à Berck au regard du grand intérêt que portent les étudiants berckois à ce projet. À nous de déterminer la marche à suivre : reproduire l'exemple des autres écoles ou créer une nouvelle forme d'intervention grâce au réseau qui m'a soutenue tout au long de ce mémoire.

7. BIBLIOGRAPHIE

- Acredolo LP, Goodwyn S. Baby signs: how to talk with your baby before your baby can talk. Updated 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
- Alm N, Parnes P. Augmentative and Alternative Communication: Past, Present and Future. *Folia Phoniatr Logop.* 1995;47(3):165-92.
- Benvenuto A. De quoi parlons-nous quand nous parlons de "sourds" ? *Le Telemaque.* 2004;n° 25(1):73-86.
- Bercy Infos. Quelles aides pour l'emploi des travailleurs handicapés ? [Internet]. 2019 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/aides-emploi-travailleurs-handicapes>
- Bertin. La langue des signes, berceau de toutes les langues. *L'Humanité* [Internet]. 1 juin 2012 [cité 30 août 2019]; Disponible sur: <https://www.humanite.fr/tribunes/la-langue-des-signes-berceau-de-toutes-les-langues-497696>
- Bertin F. Les sourds: une minorité invisible. Paris: Autrement; 2010. (Autrement Collection mutations).
- Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy.* oct 2010;49(4):317-26.
- Boyez J. Le langage : un outil précieux aux multiples facettes, dans la construction du lien thérapeutique avec l'enfant [Internet]. 2019 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://kinedoc.org/dc/api/dc/html?f=LONG_HTML&l=fr&q=KDOC_89109
- Cantin Y. Existe-t-il une communauté sourde ? [Internet]. *La Noétomalalie Historique.* 2012 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: <https://noetomalalie.hypotheses.org/28>
- Campbell R, MacSweeney M, Waters D. Sign Language and the Brain: A Review. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education.* 14 juin 2007;13(1):3-20.
- Centre national d'information sur la surdité. Surdi Info. La Prestation de compensation du handicap (PCH) [Internet]. 2018 [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.surdi.info/prestations-et-financements-mdph/prestation-de-compensation-du-handicap-pch/>
- Charlassier A. Communication alternative : Pour échanger différemment [Internet]. 2017 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.handirect.fr/communication-alternative-celia/>
- Chevrie-Muller C, Narbona J. Le langage de l'enfant: aspects normaux et pathologiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.
- CNRTL. Définition de langage [Internet]. Centre national de ressources textuelles et lexicales. 2005a [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/langage>

- CNRTL. Définition de langue [Internet]. 2005b [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/langue>
- CNRTL. Définition de sourd-muet [Internet]. 2005c [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/sourd-muet>
- Correno M. Représentations sociales de la surdité, des sourds et de la LSF par des infirmières. [Internet] [UFR sciences du langage]. Grenoble; 2011 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619314/document>
- Dagron J. Sourds et soignants, deux mondes, une médecine. In Press; 1999.
- Dagron J. Les silencieux: [chroniques de vingt ans de médecine avec les sourds. Paris: Presse-pluriel; 2008.
- Dagron J, Ascal B. Implant cochléaire et problèmes éthiques. Paris: Presse d'aujourd'hui; 1994.
- Darcos, Morano. Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes [Internet]. CNSA caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie. 2010 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/plan-2010-2012-en-faveur-des-personnes-sourdes-ou-malentendantes>
- Delaporte Y. Etre sourd dans un monde entendant: destin, rencontre, transmission et rupture. Ethnologie française. 2000;(XXX, 3 (Envers et revers de la transmission, Catherine Choron-Baix et Marie Treps dir.)):389-400.
- Delaporte Y. Les sourds, c'est comme ça: ethnologie de la surdimutité. Paris: Maison des sciences de l'homme; 2002. (Collection ethnologie de la France).
- Demoncy A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. Kinésithérapie, la Revue. déc 2016;16(180):32-7.
- Dufour, Gedda. Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation. Paris: Maloine; 2007.
- Emmorey K, McCullough S, Mehta S, Ponto LLB, Grabowski TJ. The Biology of Linguistic Expression Impacts Neural Correlates for Spatial Language. Journal of Cognitive Neuroscience. avr 2013;25(4):517-33.
- Emmorey K, Mehta S, Grabowski TJ. The neural correlates of sign versus word production. NeuroImage. mai 2007;36(1):202-8.
- Fischer G-N. le concept de relation en psychologie sociale. 1999;8.
- Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers. 2007;N° 89(2):33-42.
- Haeusler L, Bordier B. Dossier de solidarité et santé, vivre avec des difficultés d'audition. DREES, fev 2014 ; (52)

- HAS. S'impliquer avec les patients et leur entourage [Internet]. 2015 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: [Vhttps://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_8.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_8.pdf)
- Hasbroucq R. Surdité et Langue Des Signes: apprentissage et prise en charge en Chirurgie Dentaire [Internet]. [Lille Droit et Santé]; 2016 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/05304a88-733a-481d-b527-9d79ec13659e>
- Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-. 2008;10.
- Hubert J. Les besoins fondamentaux de la personne selon Virginia Henderson [Internet]. 2019 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
- INJS. Charles Michel de L'Esp e, dit l'Abbé de l'épée (1712-1789) [Internet]. INJS Institut national des jeunes sourds de Paris. 2015 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.injs-paris.fr/page/charles-michel-lespee-dit-labbe-lepee-1712-1789>
- Jauzein. Aphasies et structures cérébrales du langage — Site des ressources d'ACCES pour enseigner la Science de la Vie et de la Terre [Internet]. ACCES ens lyon. 2019 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: http://aces.ens-lyon.fr/aces/thematiques/neurosciences/actualisation-des-connaissances/memoire-attention-et-apprentissage/langage/structures_langage
- Laborit E. Le cri de la mouette. 1994.
- Lecomte S, Juvin R, Vion-Genovese V. Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse des représentations par profession sur un territoire de santé.  thique & Santé. déc 2017;14(4):218-24.
- Lefebvre L. La réorganisation fonctionnelle des aires cérébrales du langage et de l'organisation visuospatiale. Influence des régularités environnementales lors d'un entraînement non verbal:  tudes en IRMf. 2006.
- Lowry L. Does Baby Sign Make a Difference? the Hanen Center. 2012;4.
- MacSweeney M, Capek CM, Campbell R, Woll B. The signing brain: the neurobiology of sign language. Trends in Cognitive Sciences. nov 2008;12(11):432-40.
- Manoukian A, Massebeuf A, Dayd  M-C. La relation soignant-soigné. Rueil-Malmaison:  ditions Lamarre; 2014.
- Millet A. La langue des signes française (LSF) : une langue iconique et spatiale m connue. Recherche et pratiques p dagogiques en langues de sp cialit  Cahiers de l'Apliu. 15 juin 2004;(Vol. XXIII N  2):31-44.
- Mueller V, Sepulveda A, Rodriguez S. The effects of baby sign training on child development. Early Child Development and Care. 3 août 2014;184(8):1178-91.

- Nelson LH, White KR, Grewe J. Evidence for Website Claims about the Benefits of Teaching Sign Language to Infants and Toddlers with Normal Hearing: Baby Sign Language Website Claims. *Inf Child Dev.* sept 2012;21(5):474-502.
- Pajot G, Benvenuto A. Une maison de retraite à l'écoute des sourds. *La Vie.* 1 juill 2017;68-9.
- Perini M. La remédiation de l'illettrisme chez les adultes sourds locuteurs de la LSF. 2007 [Internet]. [UFR Sciences du langage]. Paris ; 2007 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: http://archive.sfl.cnrs.fr/sites/sfl/IMG/pdf/M2-DDL_M-PERINI_2007.pdf
- Poirier D. La surdité entre culture, identité et altérité. *LSP.* 4 nov 2005;(53):59-66.
- Proust B. Manuel de reconstruction à l'usage des personnes atteintes d'un AVC [Internet]. 2018 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/manuel-de-reconstruction-a-l-usage-des-personnes-atteintes-d-un-avc-9782363450807.html>
- Raffarin. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
- Rothier Bautzer É. Le care négligé: les professions de santé face au malade chronique. 2013.
- Sacks O, Cler C. Des yeux pour entendre voyage au pays des sourds. Paris: du Seuil; 1996.
- Sancho G. La langue des signes française au service des personnes avec autisme [Internet]. 2017 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88841143>
- Sander MS, Lelievre F, Tallec A. Le handicap auditif en France. DREES. 2007; (589).
- Tetaert Y, Valton V. Adaptation de la kinésithérapie à la langue des signes : une accessibilité au handicap [Internet]. Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Nord. 2016 [9 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cdomk59.fr/le-m-k-et-la-langue-des-signes/>
- Van der Veen. Linguistique générale, langage, langue, parole - définitions, réflexions [Internet]. 2008 [cité 27 août 2019]. Disponible sur: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FDYwE55DQWUJ:https://www.coursum3.org/itic/%3Fwpdf_download_file%3D/home/ichigo1vs/www8/wp-content/uploads/cours/ITIC/Sciences%2520du%2520Langage%2520parcours%2520Sciences%2520du%2520langage/l1%2520science%2520du%2520langage/Sociolinguistique/Linguistique_definitions.pdf+%&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
- Virole B. Psychologie de la surdité [Internet]. 2006 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/psychologie-de-la-surdite--9782804152239.htm>

8. ANNEXES

8.1 ANNEXE I : Formulaire du questionnaire

La communication et ses bases en kinésithérapie.

Dans le cadre des études en masso-kinésithérapie, vous n'ignorez pas qu'un mémoire nous est demandé.

Voici donc venu mon tour.

Via ce questionnaire je cherche à savoir si vous aussi, vous avez rencontré des difficultés de troubles de la communication avec vos patients. Si vous pensez que notre formation peut être améliorée à ce sujet. Et qui sait vous faire réfléchir sur des notions qui vous seront utiles.

Ce questionnaire est évidemment anonyme. Sentez-vous libres de répondre en détail aux questions ou à me faire part de votre expérience personnelle à la fin de ce questionnaire.

Je vous remercie d'avance pour votre intérêt et temps.

***Obligatoire**

1. Diriez-vous que le langage verbal est primordial dans la prise en soins en masso-kinésithérapie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

2. Selon vous, à quelle interaction l'Homme prête le plus d'importance ? *

Une seule réponse possible.

- la communication verbale
 la communication non verbale
 autant l'une que l'autre

3. Diriez-vous qu'un trouble de communication se résume à un trouble du langage verbal ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 5.*
 Non *Passez à la question 4.*

4. Vous avez répondu non, à quel autre trouble pensez-vous ? *

5. D'après vous, sur quoi se base la communication non verbale (plusieurs réponses possibles)? *

Plusieurs réponses possibles.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> le choix des mots | <input type="checkbox"/> le ton de la voix |
| <input type="checkbox"/> le débit et le volume de la voix | <input type="checkbox"/> l'articulation des mots |
| <input type="checkbox"/> le rythme | <input type="checkbox"/> l'accent mis sur les mots |
| <input type="checkbox"/> l'expression du visage | <input type="checkbox"/> la posture |
| <input type="checkbox"/> l'emplacement, la distance | <input type="checkbox"/> le langage corporel |
| <input type="checkbox"/> la gestuelle | <input type="checkbox"/> le toucher |
| <input type="checkbox"/> tous | |

6. Faites-vous attention à votre communication non verbale (avec vos patients) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 7.*
 Non *Passez à la question 8.*

7. Comment faites-vous attention à votre communication non verbale? *

Difficultés de communication ?

8. Selon vous, dans lesquelles de ces situations peut-on retrouver une difficulté à la communication (un trouble de communication) ? (plusieurs réponses sont possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- les aphasies (souvent dues à une atteinte neurologique, par AVC ou traumatisme crânien, au niveau de la zone du cerveau en rapport avec les aires du langage. Elles peuvent toucher la parole (ne pas trouver certains mots appropriés voire une incapacité totale à parler), la compréhension du langage, écrit ou oral.)
- les dysarthries (trouble de l'articulation causé par des lésions du cerveau, ou une atteinte au niveau des différents organes, ayant un rôle dans la parole comme la langue, ou le voile du palais.)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> la cécité | <input type="checkbox"/> la surdité |
| <input type="checkbox"/> la mutité (le fait d'être muet) | <input type="checkbox"/> mutisme |
| <input type="checkbox"/> parler une langue étrangère à son interlocuteur | <input type="checkbox"/> bégaiement, dyslalie etc. |
| <input type="checkbox"/> persévérations | <input type="checkbox"/> tous |

9. Avez- vous déjà traité des patients avec un quelconque trouble de communication ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 10.*
 Non *Passez à la question 15.*

10. S'agissait-il d'une des "pathologies" sus-citées (aphasie, dysarthrie, surdité, cécité, mutité, mutisme, langue étrangère, bégaiement, persévérations) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 12.*
 Non *Passez à la question 11.*

11. Laquelle avez-vous rencontrée et n'a pas été citée? *

Passez à la question 13.

12. La ou Lesquelles ? *

Plusieurs réponses possibles.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> les aphasies | <input type="checkbox"/> les dysarthries |
| <input type="checkbox"/> la cécité | <input type="checkbox"/> la surdité |
| <input type="checkbox"/> la mutité | <input type="checkbox"/> mutisme |
| <input type="checkbox"/> parler une langue étrangère à son interlocuteur | <input type="checkbox"/> bégaiement, dyslalie |
| <input type="checkbox"/> persévérations | |

13. Avez-vous trouvé cette prise en soin: *

Plusieurs réponses possibles.

- plus compliquée
- plus intéressante
- moins intéressante
- identique à toutes autres

14. En quoi / Pourquoi ? *

Plusieurs réponses possibles.

- oblige à repenser cette rééducation
- pousse à redoubler d'ingéniosité
- prise en charge atypique
- concertation avec autres collègues, interdisciplinarité
- rééducation rendue impossible
- restriction des techniques
- difficulté dans la précision des termes
- Autre : _____

Moyens d'aide à la communication

15. Connaissez-vous ces moyens d'aide à la communication ? *

Une seule réponse possible par ligne **Oui** **Non**

	Oui	Non
la parole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le regard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'écriture / la lecture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le "carnet de langage" (les mots y sont répertoriés sous forme d'images et classés par thème ; ex : vêtements, activités)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la lobotique (ordinateur, tablette etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le Kikoze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le tobi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la synthèse vocale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le bliss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la langue des signes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le LPC (langage parlé complété)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le clignement des yeux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les mimes / gestes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les images / pictogrammes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le makaton	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la musique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. **Lesquels vous est-il arrivé d'utiliser ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la parole | <input type="checkbox"/> le regard |
| <input type="checkbox"/> l'écrit | <input type="checkbox"/> la lecture |
| <input type="checkbox"/> le "carnet de langage" | <input type="checkbox"/> la lobotique |
| <input type="checkbox"/> le tobi | <input type="checkbox"/> le Kikoze |
| <input type="checkbox"/> la voix de synthèse | <input type="checkbox"/> le bliss |
| <input type="checkbox"/> le langage des signes | <input type="checkbox"/> les mimes |
| <input type="checkbox"/> les gestes | <input type="checkbox"/> le makaton |
| <input type="checkbox"/> le LPC (langage parlé complété) | <input type="checkbox"/> les pictogrammes |
| <input type="checkbox"/> les images | <input type="checkbox"/> la musique |
| <input type="checkbox"/> tous | |

Passez à la question 17.

La communication chez les sourds

17. **Avez- vous déjà eu à traiter un patient sourd (complet) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. **Avez-vous déjà eu à traiter un sourd (incomplet) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. **Un de vos proches est-il malentendant ou sourd ? ***

Une seule réponse possible

- Oui
 Non

20. **Comment réagiriez-vous devant un patient sourd étranger (ne peut donc comprendre votre langue même par écrit) ? ***

21. **Quelles sont les solutions qui vous semblent être les plus pertinentes pour faire face à cette situation ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- l'écriture
 le dessin
 les mîmes
 les gestes
 la langue des signes
 Autre : _____

22. **La surdité fait-elle partie des handicaps selon vous ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

23. **Veillez coter le degré de handicap social qu'entraînerait la surdité. ***

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de handicap										isolement social majeur
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. **Connaissez-vous, afin de conseiller les familles, les écoles ou établissements spécialisés pour les enfants sourds sur le territoire français ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

La connaissance de la langue des signes français (LSF).

25. **Connaissez-vous quelques mots/signes en LSF (langue des signes française) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 26.*
 Non *Passez à la question 29.*

26. **Comment les avez-vous appris ?**

27. **Connaissez-vous des mots utiles à la r ducation en LSF ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 28.*
 Non *Passez à la question 29.*

28. **Lesquels ? ***

29. **Saviez-vous que: ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Certains signes sont enseignés aux enfants dans des écoles maternelles (France et Royaume-Uni).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les enfants sont moins frustrés car réussissent à se faire comprendre via la LSF plus tôt que le langage verbal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La LSF peut modifier jusqu'à la plasticité cérébrale du champ visuel des enfants le pratiquant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La LSF favorise le développement moteur de précision et la perception de son environnement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La formation à Berck

30. **Etes-vous satisfait de la "formation humaine" (communicationnelle, éducative, savoir-vivre, savoir-être, éthique etc.) à Berck? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Moyennement
 Non
 Ne sait pas

31. **Comment vous estimez-vous formés à la communication avec vos patients ? ***

Une seule réponse possible.

- pas du tout
 pas assez
 bien
 très bien

32. **Les cours de psychologie vous aident-ils à comprendre des schémas de pensées de patients ? ***

Une seule réponse possible.

- jamais
 rarement
 parfois
 souvent

33. **Suite à ce questionnaire seriez-vous intéressés pour suivre une initiation à la langue des signes et au handicap invisible à Berck ? ***

Une seule réponse possible.

- pas favorable
 peu favorable
 intéressé
 très intéressé

Cadre sociologique

34. **Etes-vous ? ***

Une seule réponse possible.

- un homme
 une femme

35. **Quel âge avez-vous ? ***

36. **A quelle promotion appartenez-vous ? (répondez en fonction de votre année 2018/2019) ***

Une seule réponse possible.

- K1
 K2
 K3
 K4/DE

FIN DU QUESTIONNAIRE

Merci pour vos réponses et d'avoir accepté d'y passer du temps !

N'hésitez pas à laisser votre adresse email si vous souhaitez:

- me faire des remarques,
- en savoir davantage,
- compléter vos réponses
- m'aider quant à la recherche d'enseignants de LSF ou de patients sourds à contacter,
- m'apporter de nouvelles idées ou informations!

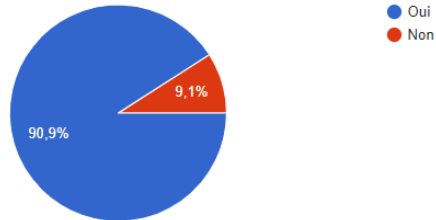
8.2 ANNEXE II : Réponses graphiques au Questionnaire

Partie 1 : La communication et ses bases en kinésithérapie

Question 1 :

Diriez-vous que le langage verbal est primordial dans la prise en soins en masso-kinésithérapie ?

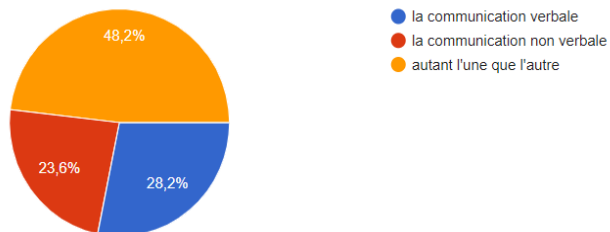
110 réponses



Question 2 :

Selon vous, à quelle interaction l'Homme prête le plus d'importance ?

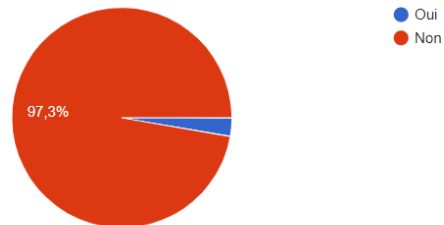
110 réponses



Question 3 :

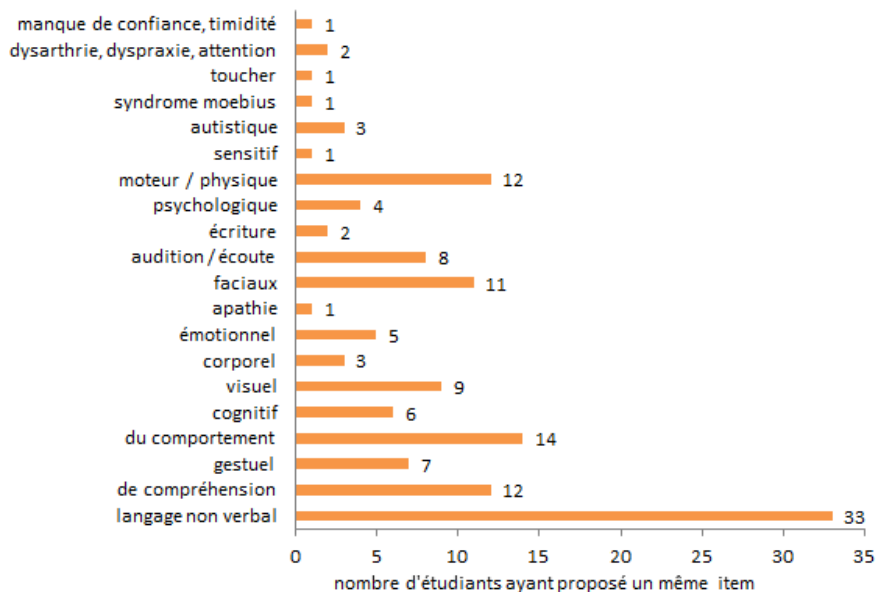
Diriez-vous qu'un trouble de communication se résume à un trouble du langage verbal ?

110 réponses

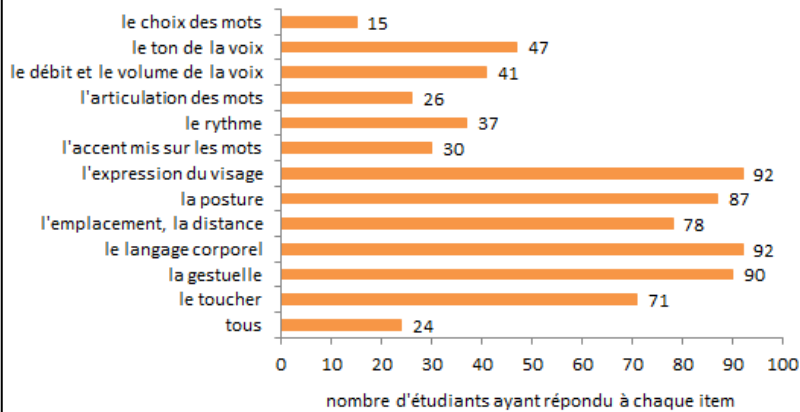


Question 4 : Vous avez répondu non à la précédente question. À quel autre trouble pensez-vous ?

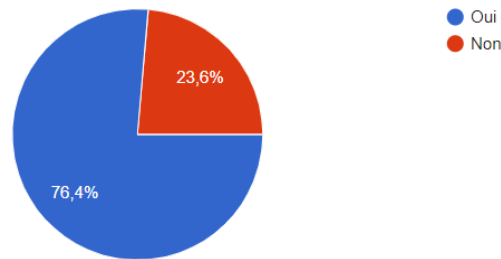
Troubles évoqués par 107 étudiants, qui diffèrent d'un trouble du langage verbal et qui perturbent la communication.



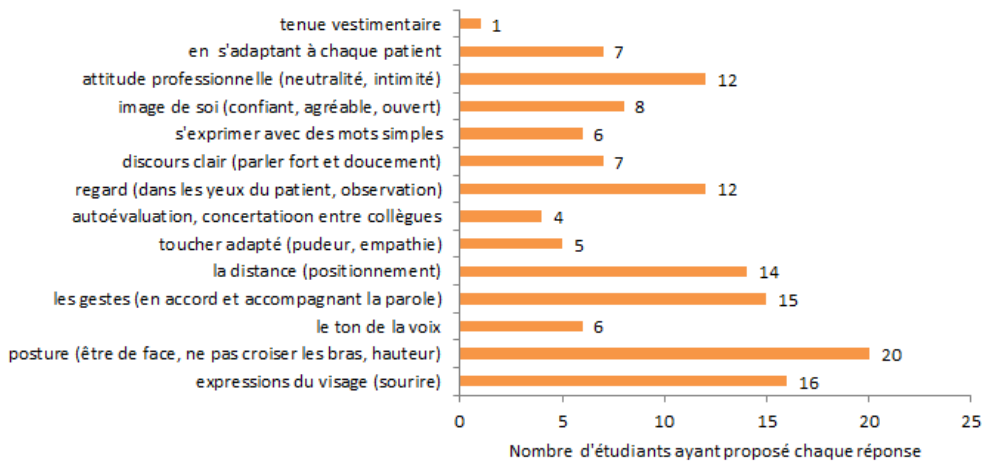
Question 5 :
D'après vous, sur quoi se base la communication non verbale ?
110 réponses



Question 6 :
Faites-vous attention à votre communication non verbale (avec vos patients) ?
110 réponses



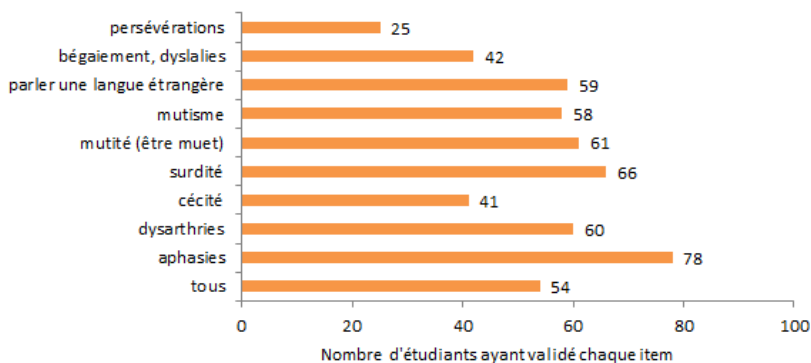
Question 7 :
Comment faites-vous attention à votre communication non verbale ?
84 réponses libres (multiple possible)



Partie 2: difficultés de communication.

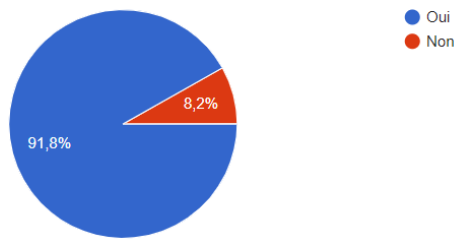
Question 8 :

Selon vous, dans lesquelles de ces situations peut-on retrouver une difficulté à la communication ?
110 étudiants ont répondu



Question 9 :
Avez- vous déjà traité des patients avec un quelconque trouble de communication ?

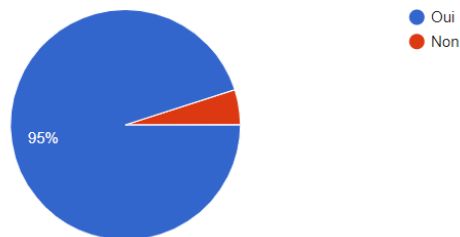
110 réponses



Question 10 :

S'agissait-il d'une des "pathologies" sus-citées (aphasie, dysarthrie, surdité, cécité, mutité, mutisme, langue étrangère, bégaiement, persévérations) ?

101 réponses

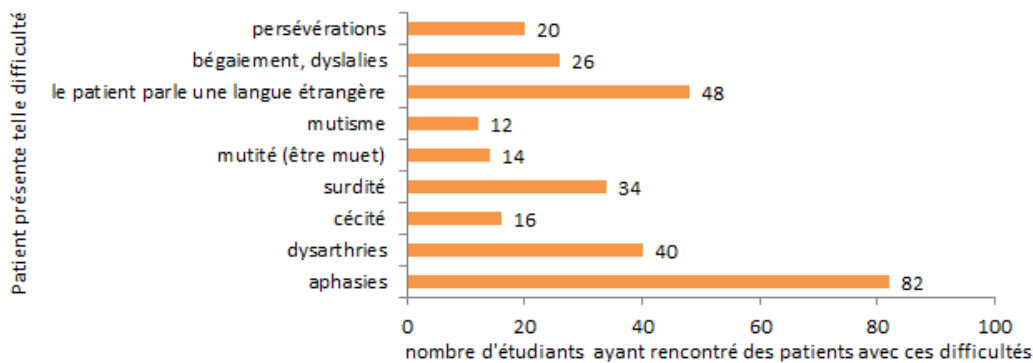


Question 11 : Quel trouble de la communication avez-vous rencontré et n'a pas été cité ? (5 étudiants ont répondu).

Autisme, Alzheimer (démence et propos incohérents), héminégligence (pas de suivi visuel à la parole), trachéotomie (canule sans clapet), troubles de la compréhension et confusion des mots.

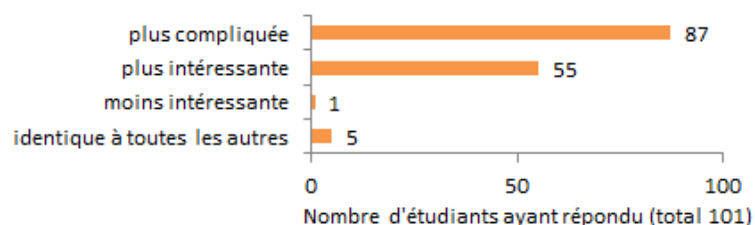
Question 12 :

Parmi les situations précédemment évoquées, la ou lesquelles avez-vous vécu ?
96 étudiants ont répondu.

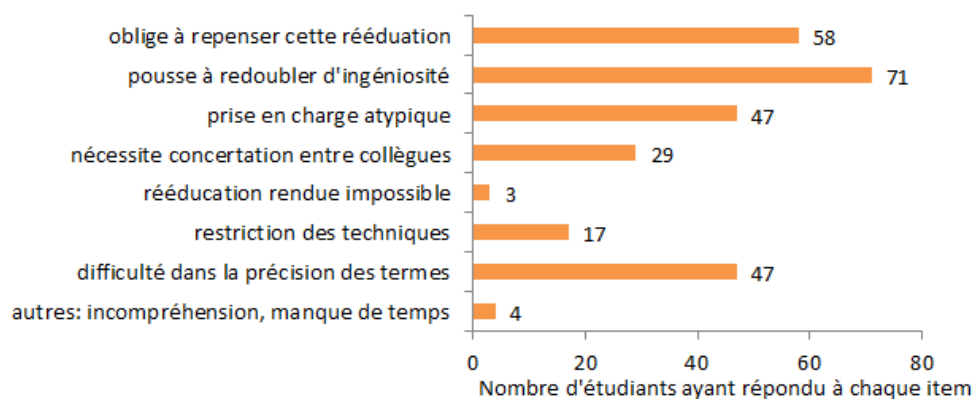


Question13 :

Vous avez trouvé que la prise en soin d'un patient avec des troubles de communication est:

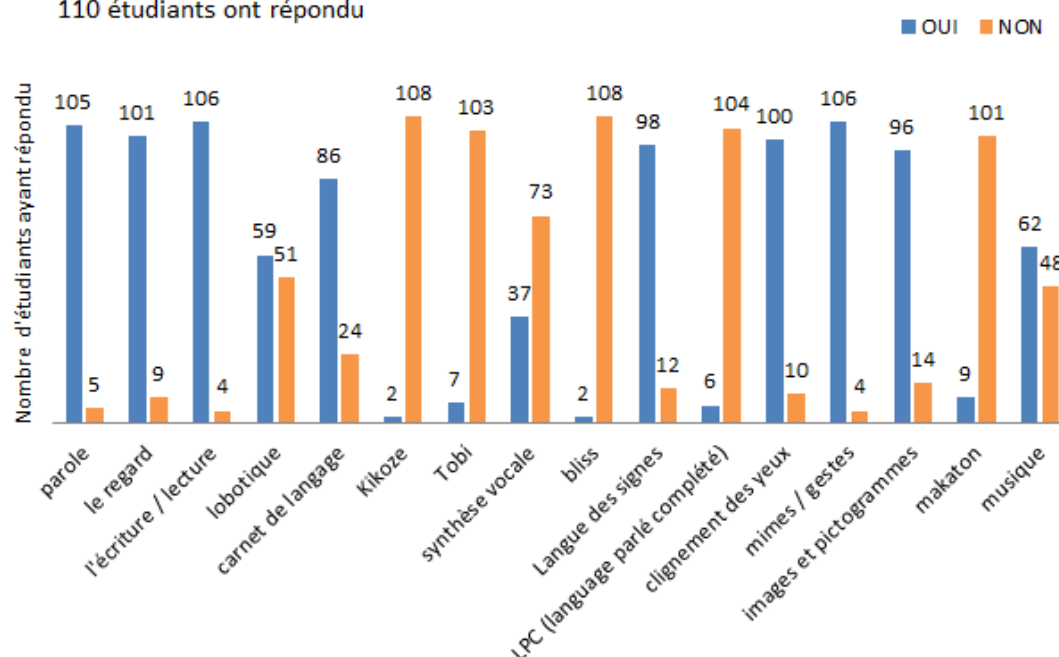


Question 14 :
 En quoi / Pourquoi la rééducation de patients à difficultés communicationnelles est-elle:
 plus compliquée, plus ou moins intéressante, identique aux autres rééducation ?
 101 réponses

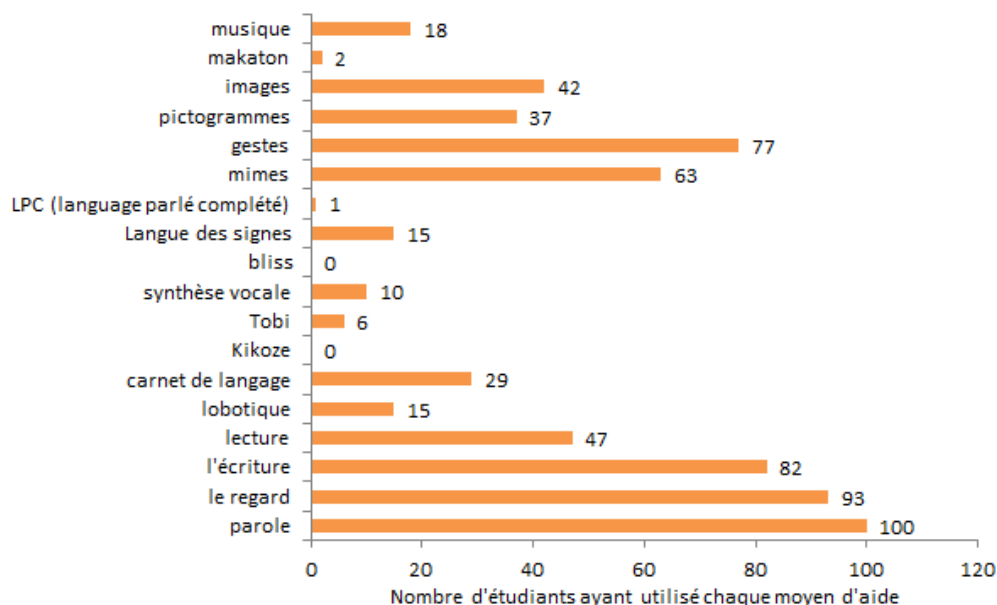


Partie 3: Moyens d'aide à la rééducation

Question 15 :
 Connaissiez-vous ces moyens d'aide à la communication ?
 110 étudiants ont répondu



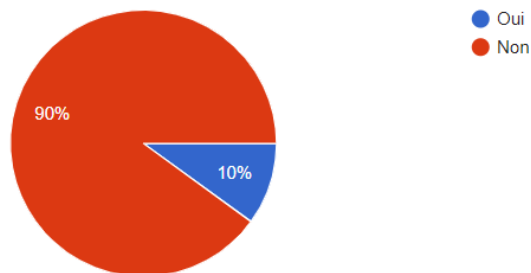
Question 16 :
 Quels moyens d'aide à la communication avez-vous déjà utilisé ?
 110 étudiants ont répondu



Partie 4: La communication chez les sourds

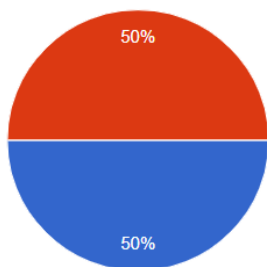
Question 17 :
Avez- vous déjà eu à traiter un patient sourd (complet) ?

110 réponses



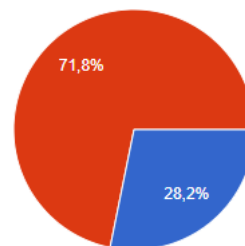
Question 18 :
Avez-vous déjà eu à traiter un sourd (incomplet) ?

110 réponses



Question 19 :
Un de vos proches est-il malentendant ou sourd ?

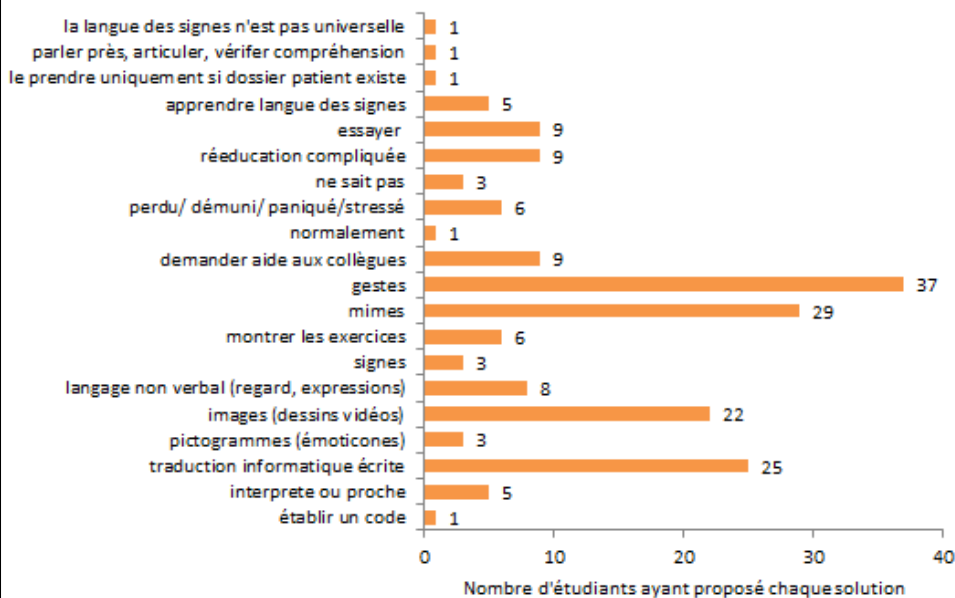
110 réponses



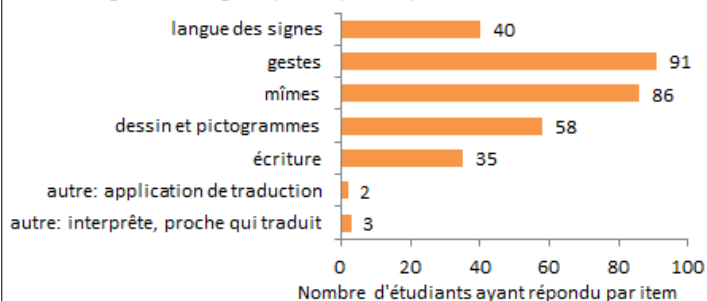
● Oui
● Non

Question 20 :
Comment réagiriez-vous devant un patient sourd étranger (ne peut donc comprendre votre langue même par écrit) ?

110 étudiants ont répondu

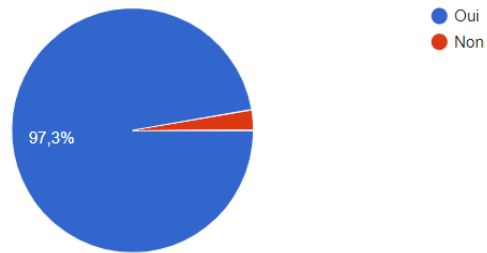


Question 21:
Quelles solutions vous semblent pertinentes pour échanger avec un sourd signant étranger ? (110 réponses)

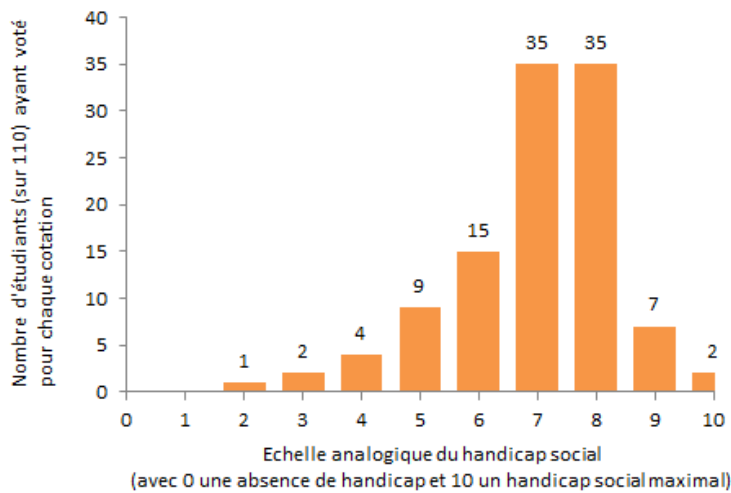


Question 22 :
La surdité fait-elle partie des handicaps selon vous ?

110 réponses

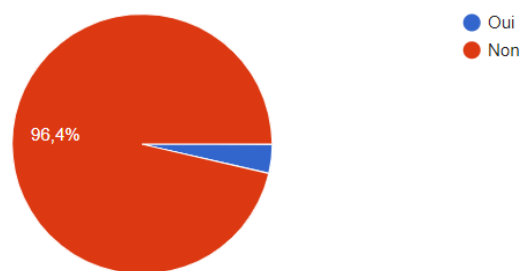


Question 23 :
Veuillez coter le degré d'handicap social qu'entraîne la surdité selon vous.



Question 24 :
Connaissez-vous, afin de conseiller les familles, les écoles ou établissements spécialisés pour les enfants sourds sur le territoire français ?

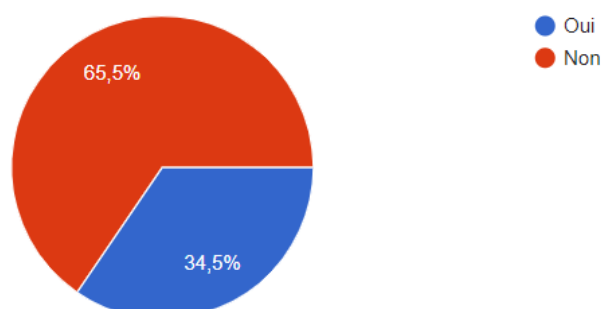
110 réponses



Partie 5: Les effets de la langue des signes abordables.

Question 25 :
Connaissez-vous quelques mots/signes en LSF (langue des signes français) ?

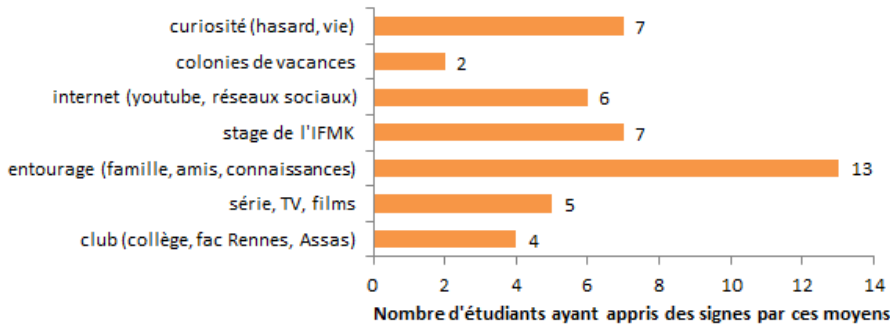
110 réponses



Question 26:

Comment avez-vous appris les signes que vous connaissez ?

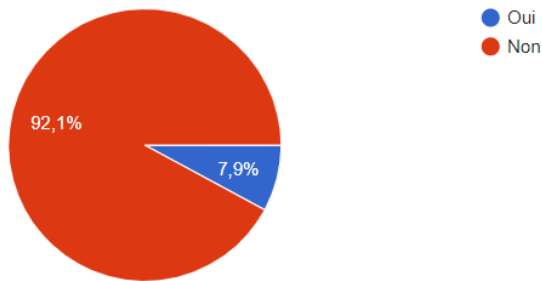
38 étudiants ont répondu



Question 27 :

Connaissez-vous des mots utiles à la rééducation en LSF ?

38 réponses

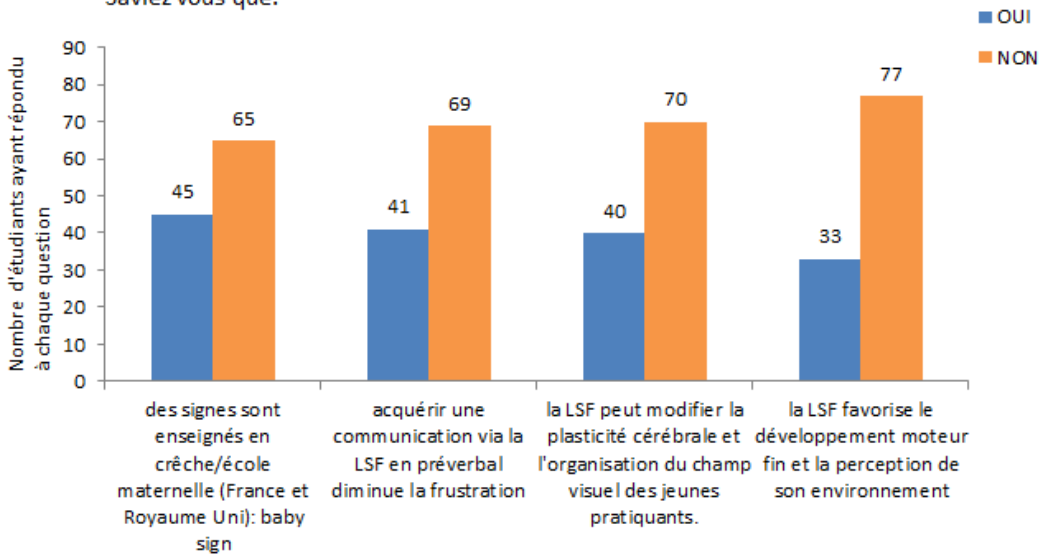


Question 28 :

Quels mots/signes utiles à la rééducation connaissez-vous en LSF ?

« Oui, non, ça va, merci, plier, tendre, marcher, assis, debout, sauter »

Question 29 :
Saviez vous que:

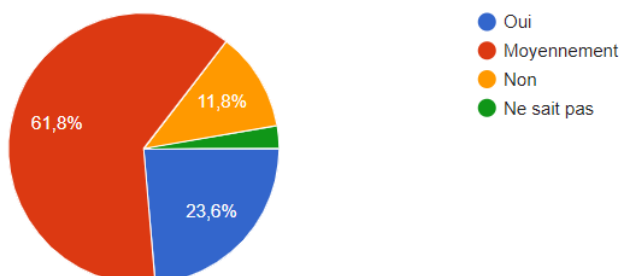


Partie 6: la formation à berck

Question 30 :

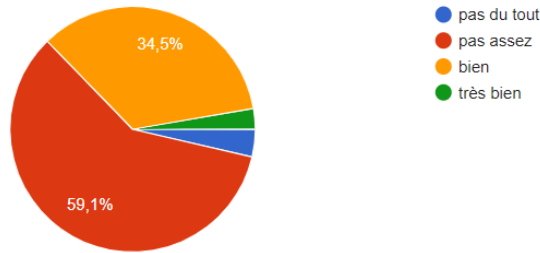
Etes-vous satisfait de la "formation humaine" (communicationnelle, éducative, savoir-vivre, savoir-être, éthique etc.) à Berck?

110 réponses



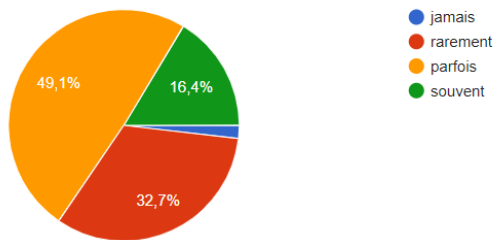
Question 31 :
Comment vous estimez-vous formés à la communication avec vos patients ?

110 réponses



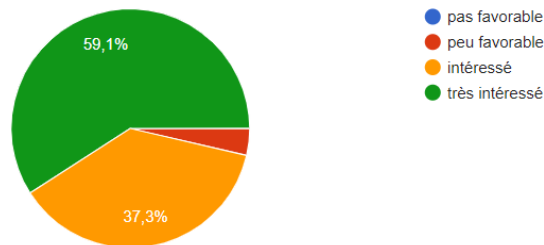
Question 32 :
Les cours de psychologie vous aident-ils à comprendre des schémas de pensées de patients ?

110 réponses



Question 33 :
Suite à ce questionnaire seriez-vous intéressés pour suivre une initiation à la langue des signes et au handicap invisible à Berck ?

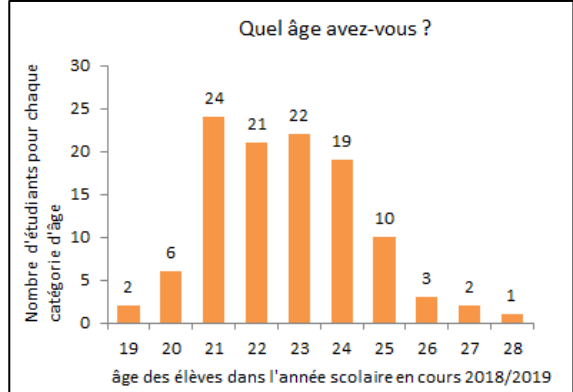
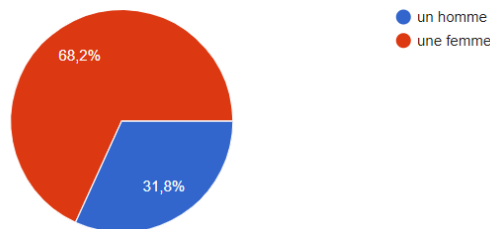
110 réponses



Cadre sociologique:

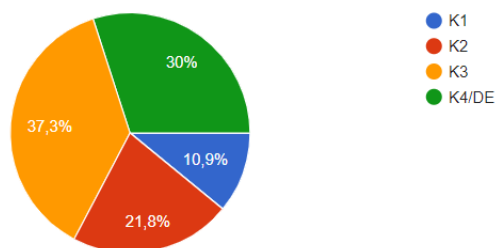
Etes-vous

110 réponses



A quelle promotion appartenez-vous ? (répondez en fonction de votre année 2018/2019)

110 réponses



8.3 ANNEXE III : Entretien avec Laura

Laura, nous sommes le 09/05/2019 et j'ai quelques questions techniques à vous poser en tant qu'orthophoniste à propos : de la neurophysiologie du langage, de la communication avec les patients et de la langue des signes.

[Q1] : « Le langage articulé et la langue des signes sont-ils traités par les mêmes zones du cerveau ?

Ce n'est pas si simple. Globalement les images visuelles sont traitées par l'hémisphère droit tandis que la syntaxe ou la grammaire propre à la LSF sont traitées par l'hémisphère gauche tout comme le langage parlé/articulé. »

[Q2] : « L'aire de Broca située dans l'hémisphère gauche participerait alors à la compréhension de la LSF ?

Nous pouvons supposer que plusieurs zones sont impliquées, dont l'hémisphère droit qui traite le positionnement dans l'espace. Une étude en IRM serait pertinente pour décrire exactement les aires impliquées. »

[Q3] : « A qui peut être profitable la LSF ?

La langue des signes français peut s'avérer utile aux Trisomie 21, à certaines formes d'autismes, aux enfants cérébro-lésés particulièrement les IMC (infirmités motrices cérébrales), etc. Elle est très adaptée aux sourds et quasiment uniquement à eux car même en apprenant cette langue, cela peut s'avérer inutile si le cercle intime et familial ne la pratique pas. »

[Q3 bis] : « Le terme de LSF est employé pour caractériser la langue académique des signes français. Mais il existe de nombreuses variantes régionales que nous pourrions comparer à des dialectes, patois ou spécificités locales. Ces langues peuvent parfois être très distinctes même si géographiquement proches. »

[Q3 ter] : Pour répondre à cette question Q3 Laura nous a évoqué l'exemple d'un de ses patients, sourd originaire de Lyon. *« Je parvenais difficilement à le comprendre parce qu'il utilisait des signes très différents de ceux que j'ai moi-même appris à Paris. Cela dit, les sourds signants ou gestuels se comprennent entre eux, même s'ils sont de régions différentes. Il en va de même pour deux sourds de nationalités différentes. La langue des signes n'est pas universelle, pourtant deux sourds arriveront plus vite à se comprendre que deux entendants parlant deux langues étrangères. »*

[Q4] : «La LSF peut-elle être une solution envisagée pour un patient aphasique ?

L'absence d'études aux vues des cas rarissimes que cela représente ne nous permet pas de répondre à cette question de façon catégorique.

Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses. Supposons qu'un patient bilingue (entendant mais élevé dans une famille de sourds) subisse un AVC. Si ses lésions vasculaires ont épargné la fonction motrice volontaire et fine mais qu'elles ont lésé l'hémisphère gauche (la parole), alors il pourrait peut-être communiquer par signes. Pour autant l'apraxie peut venir perturber ce langage et quand bien même la syntaxe serait touchée... »

Apraxie : Trouble dans la réalisation de gestes. Peut se traduire par exemple par l'impossibilité de faire ses lacets ou de recopier un mouvement dans l'espace. Ce trouble rend très difficile l'apprentissage de la LSF.

[Q4 bis] : *« L'apprentissage d'une nouvelle langue à partir de l'âge adulte est plus compliqué que durant l'enfance. En effet, un bébé bercé par la langue de ses parents va naturellement développer sa langue maternelle sans « efforts ». Tandis qu'un adulte, ayant subi de surcroît un traumatisme cérébral avec possible troubles cognitifs ou de la concentration aura d'autant plus de difficulté à apprendre une toute nouvelle langue. »*

[Q5] : « En cas de patient aphasique de type Wernicke avec atteinte de la compréhension. La compréhension gestuelle de la LSF serait-elle également touchée comme la compréhension verbale ?

Tout dépend du type de difficulté que présente le patient :

- *Si l'accès au sens des mots/signes est préservé, alors nous pouvons supposer que la LSF peut être utile. Cependant les cas d'aphasie avec surdité verbale mais sans atteinte sémantique associée sont rarissimes.*
- *Si le système sémantique est atteint alors la LSF est inefficace car le sens des mots comme des signes est touché. Une communication par LSF est donc aussi bien entravée que la parole. »*

Surdité verbale : *Le patient entend des sons, il ne présente pas de déficit sensoriel. Il sait qu'il s'agit de parole mais il est incapable d'en analyser les sons.*

Atteinte sémantico-lexicale : *Le patient reconnaît les mots et l'aspect français de la langue mais n'accède pas pour autant à la signification des mots. Par exemple « C'est quoi une cascade ? »*

[Q6] : « Les notions de compréhensions orale et écrite sont-elles totalement différentes ?

Oui elles le sont. Chez la plupart des aphasiques l'oral est meilleur que l'écrit. Chez la personne avec une surdité verbale ou apraxie de la parole, la compréhension de l'écrit est supérieure à celle de l'orale. »

[Q7] : Quels moyens adoptés pour tout patient présentant des troubles du langage ou de la communication ?

- *S'entretenir avec l'orthophoniste du patient pour connaître les moyens préférentiels de communication du patient en particulier, même si cela nécessite une démarche supplémentaire lors d'une prise en charge en libéral*
- *Parler lentement*
- *Laisser le temps à l'information d'être reçue et décodée*
- *Faire des phrases courtes et simples*
- *Annoncer une seule idée à la fois*
- *Montrer en même temps que parler*
- *Vérifier la compréhension à chaque étape*
- *Parler face à face (attention aux habitudes de continuer à parler en décrochant le téléphone, en se retournant etc.)*
- *Vérifier la fiabilité du oui et du non (à l'oral et à l'écrit)*

[Q 8] : Quels moyens d'aide à la communication existent-ils ?

- *Tobi*
- *Kikoze (charcot SLA)*
- *Pictogrammes*
- *Ecriture*
- *Le makaton*
- *LPC (parlé complété) permet à l'enfant de comprendre mais n'est pas un moyen de communication car ne permet pas à l'enfant de s'exprimer à son tour.*
- *Bliss*
- *Voix synthèse*
- *Communication alternative augmentée : pousser le patient à communiquer quels qu'en soient les moyens (gestes, dessins, écrits, tablette, parole etc.)*

8.4 ANNEXE IV : Echange avec Amélie

Questions envoyées à Amélie

Amélie,

Dans le cadre de mon mémoire kiné. J'ai interrogé des professionnels entendants qui travaillent avec des sourds mais finalement peu de professionnels sourds.

Accepteriez-vous de répondre à quelques questions ? Certaines pouvant être personnelles. Vous n'aurez qu'à répondre seulement aux questions qui vous conviennent. Pourrai-je utiliser vos réponses dans le cadre de mon mémoire ! N'hésitez surtout pas à me reprendre si je n'utilise pas les bons termes, les bonnes formules, si mes questions sont trop abruptes/ indiscrettes/ personnelles ou qu'elles suggèrent la réponse.

Quand avez-vous été « diagnostiquée » sourde ?

Avez-vous compris ce que cela voulait dire ?

Comment on réagit vos parents ? Sont-ils sourds ou entendants ?

Vous portez des implants cochléaire :

- **En avez-vous fait la demande ?**
- **Est-ce que cela est douloureux ?**

Lorsque nous nous sommes croisées vous avez dit que la communauté sourde est divisée à propos des implants. Et que vous n'êtes plus considérée comme sourde parce que vous entendez grâce aux implants.

- **Quelles conséquences cela a eu pour vous, votre identité, sur votre intégration / appartenance aux communautés sourdes ou entendants ?**

Je me demandais, **l'accès à certains métiers sont-ils interdit aux Sourds ? Est-ce la société ou les Sourds eux-mêmes qui s'interdisent-ils l'accès à certains métiers ? Ce que je veux dire est, avez-vous pu choisir votre métier librement ?** Ou bien vous a-t-on appris dès l'enfance que tel ou tel métier est difficile voire impossible à pratiquer en tant qu'individu sourd.

Quand avez-vous découvert l'existence d'un EHPAD spécialement conçu pour accueillir des résidents sourds et la structure même du réseau sourd Nord de France ?

J'ai lu et compris que pour les entendants, être sourd représente un handicap. Tandis qu'un sourd de naissance ne ressent pas de manque puisque l'ouïe n'a jamais été présente. **Qu'en pensez-vous ? Cette affirmation vous semble-t-elle vraie ? Est-ce la société qui est handicapante ?**

Quel conseil donneriez-vous à un kinésithérapeute entendant non-signant qui prend en charge un patient sourd venu sans interprète ? Comment améliorer les conditions des sourds chacun à son échelle ?

Avez-vous rencontré un kinésithérapeute sourd ?

Via mon mémoire je cherche à informer d'autres étudiants kinésithérapeutes sur les moyens à notre disposition pour parler avec des patients sourds. Et que cela fait partie de notre formation de briser l'isolement dont les sourds peuvent souffrir. Selon moi, en tant que paramédicaux nous devrions être capables de prendre en soin tous les patients qui se présentent à nous.

Avez-vous des conseils me donner, des notions à aborder, pour mener à bien ce projet ?

Merci d'avance pour votre aide et votre temps !

Emmanuelle COPIGNY stagiaire kiné école de Berck.

Réponses d'Amélie

Pour répondre aux questions, j'ai décidé de te raconter sous forme d'histoire et d'explications.

Je m'appelle Amélie, j'ai 26 ans. Je suis actuellement aide-soignante à l'EHPAD SFS de Capinghem. Je suis une salariée SOURDE, bilingue Français/LSF, en poste depuis 6 ans.

Je suis sourde profonde bilatérale de naissance. Ma surdité a été diagnostiquée de suite, du fait, que mon papa est sourd lui aussi. J'ai également une sœur qui a une très légère déficience auditive qui ne nécessite pas un appareillage.

Lorsque mes parents ont appris ma surdité, ils n'ont pas été sous le choc, car ma maman avait déjà un visu sur la surdité, du fait que mon père était sourd. Elle avait acquis quelques notions, et savait à peu près à quoi s'attendre.

Je suis issue d'une famille entendant, auquel parmi elle figure 2 personnes sourdes : mon père et moi. J'ai été appareillé (appareils auditifs) dès l'âge de 4 mois. J'ai donc été prise en charge précocement dès l'âge de 5

mois, pour un travail de rééducation orthophonique, corporelle ... J'ai été suivie au CRESDA De Pont-à-Marcq par le personnel SAFEP dans un 1^{er} temps (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) jusqu'à mes 3 ans, et par la suite, le relais avec le SSEFIS (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire), jusqu'à mes 20 ans. Parmi l'équipe, dès petite, j'ai été suivie par un phoniatre, un médecin ORL très présent, une psychomotricienne, des orthophonistes, des éducatrices spécialisées, une psychologue. Ce personnel a accompagné mes parents pour me permettre une bonne intégration, et également tout le long du parcours scolaire dès petite ... L'équipe leur a permis de découvrir le monde de la surdité, les appareillages, le mode de vie, les avantages, les inconvénients, les aides aussi ...

J'ai donc grandi dans un monde entendant, avec des lacunes. Grâce à cet accompagnement, j'ai pu bénéficier des cours adaptés, une attention plus poussée. Les choses se compliquent par la suite, mais cette équipe a tout fait du mieux. Et surtout, MOI.

L'élément essentiel sur ce maillon est moi-même. Et le soutien de ma famille, du CRESDA.

Je n'ai jamais bénéficié d'interprète, ni pour mes études (BEP CSS, BAC ST2S, aide-soignante). J'ai pu compter sur cette équipe jusqu'au BAC, sur le soutien des professeurs, sur le soutien de quelques élèves qui me comprenaient.

Il faut savoir que c'est très difficile, d'être une personne sourde parmi les entendants. Puisque je devais m'adapter aux autres, faire plus d'efforts, ce qui me donnait beaucoup de fatigue ! Et les entendants ne peuvent pas comprendre ce que peut vivre un sourd (sauf si la personne a quelques notions de surdité).

L'oralisation à longueur de journée, me demandait une concentration extrême.

A force de courage, de volonté, je suis devenue celle que je suis à aujourd'hui.

La langue des signes est arrivée plus tard, je l'ai apprise grâce à mon père. Et me suis décidée à utiliser cette langue lorsque je suis arrivée au lycée. Au travers des bouquins, de mes recherches, du soutien de papa ... Je me suis encore plus perfectionnée, surtout lorsque j'ai entrepris mon 1^{er} poste de travail : celui d'aide-soignante

La langue des signes m'a sauvé. Et je suis épanouie avec cette langue.

Je possède donc une double identité : oralisation/LSF. Mais, il n'est pas facile de vivre avec tous les jours.

Pourquoi ? Parce que j'ai cette facilité de m'adapter aux autres, et je peux combiner les 2 en même temps.

Lorsque je suis face à une personne entendant seule, je peux me débrouiller dans la limite où la personne articule bien (autrement ce n'est pas possible). Et je peux utiliser la LSF face à une personne sourde, avec laquelle je suis plus à l'aise.

Ceci est gratifiant pour certain, et ceci est un point supplémentaire à mon identité de sourde.

Je voudrais souligner une importance : Je suis née sourde, et Jamais, je ne serai une entendant !

Je vis avec les avantages et les inconvénients de ma double identité malentendante/Sourde.

Concernant mes implants cochléaires, c'est moi qui ai pris cette décision. Je voulais essayer ce que cela pouvait m'apporter. Mes appareils auditifs, étaient de qualité très médiocre.

J'ai donc effectué une première demande, et j'ai eu mon 1^{er} implant en Juillet 2012 (sur le côté qui marchait le moins bien au cas où ce serait un échec). Le résultat a été positif après rééducation orthophonique, et ai fait poser mon 2^e en Avril 2015.

Entre un appareil auditif et un implant cochléaire, ce sont 2 choses très différentes. Ma 2^e vie a commencé lorsque j'ai été implanté. Les sons sont très précis, et ce fut le début des grandes découvertes : tout comme le son d'une feuille de papier, la voix de ma maman, la musique ...

Cela a été une renaissance.

Mais, Mais ! mon identité de sourde, est et sera toujours là. Et jamais, je ne la déclinerais 😊. Puisque sans implants, je vis dans un monde silence, et la LSF est très présente. Cela peut être très avantageux, au passage.

La plupart du temps, lorsque je suis chez moi, mes implants ne sont pas portés... Je les utilise en famille, en société, au travail ...

Les implants cochléaires, sont un sujet très sensible pour la communauté sourde pure LSF. Puisque implantation = entendant. Or, pas du tout ! L'implant cochléaire est une aide auditive, tout comme les appareils auditifs, sauf que ceci est une gamme au-dessus avec intervention chirurgicale.

De plus, on peut voir que beaucoup sont mécontents des implantations, car c'est douloureux.

Or, si le suivi a bien été fait, et que les réglages ont été ajustés, il n'y a pas de raison d'avoir mal... Or, de mon cas, cela s'est toujours bien passé. Je ne me suis pas sentie agressée.

Certes, depuis mon implantation, je suis perturbée parfois sur des bruits, et je suis toujours à la découverte ! Mais je ne les regrette pas. Certains sons me sont devenus insupportables, c'est vrai. Quand je suis avec la communauté sourde, je m'adapte à eux, tout comme les entendants qui s'adaptent à moi du fait de ma surdité. C'est donnant-donnant.

La culture sourde est très diversifiée et riche ! Et à l'opposé de la culture entendante.

Dans le monde des sourds, les personnes sont des personnes vivantes, avec des gestuelles, des expressions ... Il n'existe pas de barrière entre sourds. Et il n'y a pas de gestes interdits, à ma connaissance ...

En terme grammatical, les phrases sont courtes et simple ! Les phrases complexes ne seront pas comprises. Nous parlons avec nos mots à nous.

Pour que la langue soit reconnue, les sourds se sont battus ! et se battent toujours pour que l'accessibilité soit plus grande. Les sourds se considèrent comme des êtres entiers, et non pas handicapés, avec une langue à part, les signes.

Nous sommes des êtres LIBRES ! et sans retenue. Bien sûr, il y a une modération à prendre en compte mais chaque individu sourd est différent ... Or avec les entendants, eux ont appris les cadres, la grammaire, les postures à adopter ... Comme par exemple : pointer du doigt est vilain pour un entendant mais pas pour un sourd ...

Accès aux métiers :

Selon moi, il n'existe pas de métiers interdits. Nous avons bien des sourds devenus Avocat, professeur, conducteur de camions, secrétaire, ingénieur, comédiens ...

Avec des postes adaptés, et des aides extérieurs/internes, nous pouvons valoriser le métier. C'est bien la société qui empêche l'accessibilité aux sourds.

Etant plus jeune, je voulais faire un stage dans une clinique vétérinaire pour être auxiliaire véto. La réponse qui m'a été apportée est que cela sera compliqué sur le poste téléphonique. J'avoue que c'est vrai, mais si on adapte le poste par une discussion par caméra qui introduit des sous titres, cela pourrait être possible, je pense. Et de plus, cela permettrait à tous de pouvoir téléphoner (les sourds pourraient contacter directement par Visio, pour être en égalité avec tous).

Je prends un autre exemple que j'ai vécu dans mon parcours scolaire : j'étais en BEP CSS, seule sourde dans le lycée. Une professeure m'a dit : Que vient-elle faire là ? Elle n'a pas sa place ici, parmi les entendants. L'accès au métier sanitaire est impossible pour elle, elle n'entendra pas les sonnettes, n'arrivera pas à comprendre les besoins d'une personne ... Ou alors, de la part d'une professionnelle de santé lors de ma formation aide-soignante, qui a eu les mêmes propos.

Cela a été un gros choc pour moi et ceux qui m'ont suivi. Je leur ai démontré qu'une sourde n'est pas une personne bête, et que je pouvais être capable de le faire !

Après avoir démontré mes capacités, mes atouts, et surtout avoir pris le temps d'expliquer comment communiquer et se comporter avec une personne sourde, je leur ai cloué le bec ...

Ces personnes se sont excusées du jugement rapide ! Comment peut-on juger, avant que la personne en situation de handicap ne démontre ses capacités ? C'est impensable.

Pour résumer, c'est bien la société qui « interdit » l'accès aux sourds.

J'ai donc pu choisir mon métier librement, celui de devenir aide-soignante, ce que je suis actuellement. Je voudrais évoluer encore plus.

Chacun est libre de choisir un métier qu'il veut, et on peut l'obtenir avec des aides et postes adaptés.

Dans mon travail, j'ai la chance d'avoir un poste adapté à ma surdité : présence d'interprète pour les transmissions entre équipe pluridisciplinaire, téléphone de service avec vibreur pour mieux percevoir les sonnettes, communication par SMS via le téléphone de service, équipe professionnelle sensibilisée à la LSF pour mieux vivre et travailler ensemble ...

L'existence de l'EHPAD, n'est pas une découverte pour moi. Je savais qu'un projet EHPAD était en construction. Lorsque j'ai fait ma formation aide-soignante à LOMME, l'EHPAD qui se situait juste derrière, venait d'ouvrir les portes (Janvier 2013).

Je suis entrée dans cet établissement, via un stage pendant cette formation AS. Et j'ai obtenu un contrat dès Août 2013, et un CDI en Novembre 2013. L'établissement cherchait des professionnels sourds pour pouvoir accueillir une population de sourds, et vivre tous ensemble avec la mixture Entendant/Sourds, qui est le principe de cet établissement unique en France.

L'EHPAD Saint François des Sales est le seul établissement en France, à accueillir une population âgée sourde. Et est équipé pour que le vivre-ensemble se passe bien (vitres transparentes permettant une communication facile, flashes dans les chambres ...).

Le réseau Sourd et Santé, est un réseau composé d'interprètes, médiateurs ... Ceci est complètement à part. Il intervient dans l'EHPAD, juste pour des interprétariats/médiations lorsqu'un résident a un RDV extérieur, ou en interne après sollicitation RDV.

Le réseau est présent au sein de notre EHPAD, car l'établissement leur loue les locaux.

Etre sourd représente un handicap pour les entendants, mais pour nous ?

Un sourd, est une personne qui n'a pas ou a perdu brutalement le sens de l'ouïe.

Pour une personne qui n'a jamais porté d'appareils, et qui est un pur LSF, l'absence de l'ouïe ne sera pas importante.

En revanche, une personne qui porte des appareils auditifs, n'aura pas le même ressenti. Elle éprouvera le besoin d'entendre un peu, surtout lorsque celle-ci se trouve sur un lieu de travail ou sur un évènement important. Le port d'appareils dans cette situation sera essentiel. Mais une fois, que ce moment sera passé, l'identité de sourd reprendra le dessus.

Exemple : je porte mes implants la journée au travail, ou en famille, mais lorsque je retrouve mon intimité, mes implants seront retirés et mon moyen de communication sera la LSF, et le silence.

Tout dépendra avec qui je suis bien sûr.

La langue des signes est une langue vivante !! Avec ses expressions. Très important dans une communication.

Et, Il y a toujours un souci, un conflit socio-culturel, comme une espèce de guerre entre 2 mondes. Tu es sourd, donc tu dois être avec les sourds signants, sinon tu es entendant. Et c'est difficile quand quelqu'un est implanté, car on aimerait pouvoir se dire, je ne suis pas sourd, je ne suis pas entendant, je suis MA PERSONNE.

Conseils pour le métier kiné, dans la relation soignant/soigné :

A ma connaissance, je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer un kiné sourd.

J'ai côtoyé des kinés entendants, qui ont mis en place leurs efforts pour un meilleur travail entre moi et le professionnel.

Si je peux vous donner un conseil, à vous tous : SOYEZ VOUS-MEME !

Si vous faites l'effort de vous adapter au patient sourd, il vous le rendra. C'est bien vous qui devriez fournir des efforts pour que le travail soit efficace.

Comment ?

- *Si vous n'avez pas de notions de base LSF, faites des mimes SIMPLE*
- *Mettez-vous toujours à la hauteur du patient, et parlez bien en face tout en articulant bien et en adaptant votre débit de parole. Si vous articulez trop, il peut y avoir incompréhension. Surtout qu'un sourd a toujours besoin de la lecture labiale (Pas trop près ni trop loin).*
- *Ayez toujours votre port de tête et bouche dégagée (si la barbe est trop longue et cache votre bouche, un sourd ne pourra pas comprendre ce que vous dites)*
- *Si la communication est impossible, n'hésitez pas à écrire sur papier avec des mots simple ! Ne faites pas de phrases ...*
- *Ne tournez jamais le dos face à un patient, ou, ne le surprenez pas par derrière. Rappelez-vous qu'il est sourd donc ne vous entend pas. Restez toujours dans son champ de vision.*
- *Faites marcher les expressions de votre visage avec les signes employés, c'est très important ! Le sourd s'identifie aux expressions.*
- *Essayez de vous sensibiliser à des mini-formations LSF, ou des vidéos pour apprendre des mots de base comme le bonjour. Il existe également une application « ELIX » qui est un dictionnaire français/LSF.*
- *Avertissez toujours votre patient, si un élément perturbe la séance (téléphone, sonnette ...). Sinon il pensera que la conversation est finie et peut prendre pour une impolitesse.*
- *Et surtout, n'hésitez pas à vous faire répéter, pour être sûr que le patient a compris, ce que vous demandez comme travail.*

Je te souhaite pleins de bonnes choses, et espère que j'ai répondu à tes questions.

J'ai fait du mieux que j'ai pu en y passant du temps.

Je le redis une dernière fois : SOYEZ VOUS-MEME ! Et vive l'accessibilité !

A bientôt, Amélie.

8.5 ANNEXE V : Echange avec Gabriel

Gabriel,

Nous nous sommes croisés fortuitement à l'escalade et je vous ai expliqué que j'écris un mémoire sur la communication avec des patients sourds en kinésithérapie. Cette idée fait suite à ma rencontre, lors d'un stage, avec un patient sourd. J'ai éprouvé beaucoup de difficultés à lui expliquer son traitement, à être pédagogue, à poser de simples questions ou à comprendre ses réponses. Or comment soigner un patient si je ne suis pas capable de comprendre ce qui ne va pas, où il a mal, comment il a mal etc. ?

Lors de mon premier envoi j'avais écrit plusieurs pages de questions. J'étais justement au début de mes recherches et vous avez bien fait de ne pas me répondre directement. Cela vous aurait demandé un investissement temporel et personnel trop important. En outre j'ai pris le temps d'effectuer mes recherches et ainsi d'atténuer de nombreuses interrogations.

Je vous laisse répondre librement aux questions suivantes qui, je l'espère, permettront de rendre un mémoire rendant service à la communauté Sourde.

[Q1] : Dans un premier temps j'aurai besoin que vous vous présentiez : âge, travail, loisirs, âge où la surdité a été découverte, votre parcours scolaire, métier.

42ans

Directeur du Développement chez Sourline (service client accessible pour les personnes sourdes)

Football, Escalade, voyage,

Surdité survenue suite à une méningite

Niveau Bac PRO génie Mécanique et productique

[Q2]: Où et à quel âge avez-vous appris la LSF ? En combien de temps avez-vous appris à signer, à parler (maîtriser l'oralisation), à lire sur les lèvres ?

J'ai appris la LSF à l'école à Amiens suite à ma surdité survenue à 5ans

J'ai appris la LSF en très peu de temps. Puisque c'est devenu ma langue visuelle naturelle

J'ai maintenant quelques questions rhétoriques à vous poser en tant que Sourd.

[Q3] : Pour vous, être sourd c'est quoi ?

Être sourds c'est vivre exclu de la société

[Q4] : Etre sourd est-il un handicap (invisible) ? une identité ?

Pour moi la surdité n'est pas un handicap. C'est la société qui nous attribue ce statut. Et c'est à cause de ce handicap invisible que les sourds sont obligés de se rassembler en communauté afin de ne pas être victime d'isolement. C'est le fait de vivre en communauté qui crée une identité sourde.

[Q5] : Pensez-vous que la LSF devrait être obligatoire à l'école comme l'anglais par exemple ? Et notamment obligatoire dans le médical comme pour les médecins, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières etc. ?

C'est IMPERATIF ! Il faut même le commencer dès la naissance.

[Q6] : Pourquoi notre société priorise-t-elle l'oralité? Ou pourquoi est-elle si peu adaptée aux autres formes de communication ?

Excellente question, Je m'interroge moi-même sur la réponse à apporter.

Je pense que le vrai problème c'est que la surdité est vue comme une maladie, c'est donc pris en charge médicalement. Et donc les gens du ministère de la santé pensent avant tout business : vendre des appareils auditifs, vendre des implants cochléaire, « vendre du rêve » aux familles désespérées quand ils apprennent que leur enfant est « handicapé auditif ». Aucun accompagnement des familles par la LSF juste vendre un appareil et vanté les mérites de l'oralisation. Or pas mal de parents ont fait le choix de ne pas appareiller ces enfants ... et ils sont donc dans l'oubli !... je vous épargne la suite de leur vie : pas d'école adapté avec LSF... et donc par exemple pas de kiné en LSF !

À présent je souhaite vous poser des questions plus pratiques.

[Q7] : Savez-vous s'il existe des kinésithérapeutes sourds ?

Oui il existe des kinés sourds, des podologues, ...

[Q8] : Comment s'est passée votre rééducation avec un kinésithérapeute ? Signait-il ? A-t-il eu du mal à vous expliquer le traitement ou vous comprendre ?

Ma rééducation s'est bien passé ; mon kiné n'avait pas besoin de beaucoup parler.

Par contre c'était pas évident de se faire comprendre. On se débrouillait avec des gestes et je pouvais suivre en lisant sur les lèvres

[Q9] : Les sourds consultent-ils tardivement voire pas du tout (le temps de trouver un interprète, que le conjoint soit disponible, trop compliqué de trouver un professionnel soignant qui signe) ?

Je ne sais pas, en tout cas pour moi, je consulte tardivement ou parfois pas du tout. C'est d'ailleurs le cas en ce moment, j'ai une grosse entorse et je ne cherche pas à consulter de kiné.

[Q10] : Quel conseil donneriez-vous à un entendant qui ne signe pas pour prendre en séance un patient sourd qui vient sans interprète ou conjoint entendant ? D'ailleurs cette situation arrive-t-elle dans la vraie vie ?

Cela arrive très souvent oui, et mon conseil est d'être très patient, beaucoup d'empathie. Faire le max pour se faire comprendre des 2 cotés.

[Q11] : Constatez-vous que dans la communauté sourde les axes de prévention médicaux sont méconnus ou mal compris ? Par exemple les dépistages (sida), les méthodes de protection virale ou bactérienne pendant les périodes de grippe, ou la conduite à tenir en cas de canicule etc.

Le manque d'accessibilité pour les personnes sourdes est très fort oui.

C'est pour cela que j'en ai fait mon métier

Enfin dans la dernière partie vous trouverez des questions plus personnelles, à propos de votre vécu ou vos ressentis.

[Q12] : Avez-vous souffert de votre surdité ? Peut-on en faire une généralité dans la communauté sourde?

Nous souffrons surtout d'un manque de reconnaissance ; et beaucoup d'exclusion dans la société. C'est pour cela que les sourds se rassemblent souvent en communauté afin de ne pas être en situation d'isolement.

[Q13] : Etes-vous à l'aise à l'écrit ? Pour un entendant, passer par l'écriture avec un patient sourd est-il une bonne solution selon vous ?

En règle générale, une personne sourde n'est pas très à l'aise avec l'écriture. Le meilleur moyen de communication est la langue des signes.