



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON SUD - CHARLES MERIEUX



ANNEE 2015

N°

LE MEDECIN GENERALISTE ET LE PATIENT SOURD

Etude qualitative des représentations des médecins généralistes concernant les patients sourds,
à partir d'entretiens semi-dirigés de médecins en région Rhône-Alpes.

THESE

Présentée à l'université Claude Bernard Lyon 1

Soutenue publiquement le jeudi 8 janvier 2015

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Eva PREGNIARD

Née le 16 juin 1984 à Lyon (69)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2014-2015

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Bruno GUIDERDONI

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire

LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato-Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FRANCO Patricia	Physiologie
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique

SEVE Pascal
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
THOBOIS Stéphane
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
TRONC François

Médecine Interne, Gériatrique
Thérapeutique
Physiologie
Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BONMARTIN Alain
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

MASSIGNON Denis
METZGER Marie-Hélène
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric
VIART-FERBER Chantal

Biochimie et Biologie moléculaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Hématologie – Transfusion
Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

KOCHER Laurence
MILLAT Gilles
PERRAUD Michel
PERROT Xavier
PONCET Delphine

Hématologie ; Transfusion
Anatomie et cytologie pathologiques
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Physiologie
Biochimie et Biologie moléculaire
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BELOT Alexandre
BREVET Marie
BRUNEL SCHOLTES Caroline
COURAUD Sébastien
COURY LUCAS Fabienne
DESESTRET Virginie
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
RASIGADE Jean-Philippe

Pédiatrie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Pneumologie
Rhumatologie
Cytologie – Histologie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.

Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
GRANGE Jean-Daniel
GUERIN Jean-Claude
MOYEN Bernard
PERRIN Paul
PLAUCHU Henry
TRAN-MINH Van-André

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Bactériologie – Virologie : Hygiène hospitalière
Psychiatrie Adultes
Ophtalmologie
Pneumologie
Chirurgie Orthopédique
Urologie
Génétique
Radiologie et Imagerie médicale

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON SUD - CHARLES MERIEUX

LE MEDECIN GENERALISTE ET LE PATIENT SOURD

Etude qualitative des représentations des médecins généralistes concernant les patients sourds, à partir d'entretiens semi-dirigés de médecins en région Rhône-Alpes.

Thèse d'Eva PREGNIARD

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr. François-Noël GILLY	Faculté de médecine Lyon Sud
Membres :	Pr. Christian DUBREUIL	Faculté de médecine Lyon Sud
	Pr. Roland CHAPURLAT	Faculté de médecine Lyon Est
	Pr. Xavier LAINE	Faculté de médecine Lyon Est
	Dr. Guillaume LABELLE	
Invité :	Me Samira SOFIANE	

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Jean Noël GILLY

Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail et de l'enseignement que vous nous avez dispensé durant notre externat.

Nous vous adressons notre profonde gratitude pour votre sollicitude passée et actuelle.

Nous espérons que la qualité de ce travail ne trahira pas la confiance que vous nous avez accordée.

A MESSIEURS ET MADAME LES MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Christian DUBREUIL

Nous vous sommes très reconnaissants de votre enseignement et de votre accompagnement passés.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Soyez assuré de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Roland CHARPURLAT

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté aussi promptement de porter votre jugement sur ce travail.

Nous vous remercions de votre bienveillance. Soyez assuré de toute notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Xavier LAINE, notre directeur de thèse

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse avec objectivité et de m'avoir guidé tout au long de cette année. Que ce travail soit à la hauteur de votre confiance.

Merci pour votre soutien et l'intérêt que vous avez su porter sur le sujet.

Merci pour votre grande patience, vos conseils avisés, et pour nos échanges sur la course à pied.

Monsieur le Docteur Guillaume LABELLE,

Merci tout d'abord à l'ami qui a accepté d'être membre de notre jury. C'est un honneur de vous avoir à nos côtés.

Merci de l'intérêt que tu as su porter sur le sujet, pour ton organisation ces derniers mois pour me permettre de travailler sereinement, pour ton professionnalisme et tes conseils toujours bienvenus tant sur le plan professionnel que personnel. Que notre amitié perdure sur ces mêmes bases.

Madame Samira Sofiane, invitée

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury et nous donner un avis représentatif de la population Sourde.

Soyez assuré de ma sincère estime.

A CEUX QUI ONT PARTICIPE A MA THESE DE PRES OU DE LOIN

Monsieur de Professeur Alain MOREAU lors de la formation N Vivo

Monsieur le Docteur Benoit MONGOURDIN pour vos conseils éclairés.

Madame RIVOIRE la bibliothécaire de Lyon Sud

AUX MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX RHONE-ALPINS

Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions lors de nos entretiens, merci de nous avoir livré vos impressions et vos expériences.

A CEUX QUI ONT PARTICIPE A MA FORMATION

Aux professeurs et médecins de la Faculté de Lyon Sud qui nous ont transmis leur savoir et leur passion pour la médecine.

Aux membres de l'administration de la faculté Lyon Sud, en particulier Me RIMOUX, la bibliothécaire Me RIVOIRE pour leur gentillesse et leur aide précieuse lors de notre cursus et de la préparation de la thèse.

A nos co-internes : Rime, Marie, Laure, Gaëlle, Mélanie, Mathilde, Maxime, Greg, Guillaume, Mathieu, Thomas et Rebecca pour les bons moments comme pour les plus difficiles.

A nos maitres de stage : Dr. BROSSET, Dr. BERNELIN-PALE, Dr. BOUIT, Dr. LANGIN, Dr. FARJAS qui nous ont fait partager leur passion pour la médecine générale. Pour nous avoir montré un autre côté de la médecine, plus proche du patient, plus humaine, et plus sportive aussi.

Aux équipes des services et des cabinets (particulièrement au cabinet de la Saulaie) par lesquels nous sommes passées, qui nous ont apporté conseils, soutien, et qui nous ont fait confiance.

A l'équipe et les élèves de VISUEL.

A la nouvelle équipe de l'UASS de Lyon, à ma super consœur et amie Laura.

Mesdames les interprètes : Emilie DERT et Pascaline MICHEL

Merci d'avoir accepté de traduire la soutenance de notre thèse.

Merci pour l'intérêt que vous nous avez porté.

A MA FAMILLE,

A mes parents sans qui je ne serais pas là aujourd'hui, qui ont toujours cru en moi, et qui m'ont enseigné les bases du travail, du partage et du respect de l'autre. Maman, merci pour ta relecture.

A Matthieu pour ton ouverture d'esprit, ton grain de folie, et tes voyages.

A ma marraine, mon parrain, mes cousins et ma Juliette, mes grands-parents, pour vos conseils et votre soutien tout au long de mes études et plus encore.

A Christelle, même de loin.

A ma belle-famille de cœur : Blandine qui m'écoute toujours avec attention, François pour nos taquineries et votre relecture. Mes beaux-frères et belles-sœurs: Paul toujours de bons conseils et merci de m'avoir fait confiance, Constance pour ta bonne humeur et les envies de voyages que tu sèmes, Anne parce que « l'essentiel c'est d'être médecin », Claire pour ton amour de la vie et du vin, Yann et Gaël pour les footings... Et la cousinerie pour ces bons moments passés et à venir. A Cécile, ma binôme de course...

A ceux qui ne sont plus là : Papy, Karin, Mamy, Papi et qui je pense auraient été fier d'assister à cette soutenance.

A MES AMIS qui m'ont accompagnée avant et pendant cette thèse, pour votre amitié et votre soutien sans failles.

Pour tous ceux qui ont bien voulu me donner leur avis de dernières minutes, les relectures, parce que je ne vous dis jamais assez Merci.

A Marianne, pour tout ce que tu m'as apporté en tant qu'amie et consœur, et pour ta résilience.

A Claire- Marie, d'être toujours là après toutes ses années.

A Lucy, ma coloc du bout du monde toujours et encore...

A Alice, ton calme et ta sérénité. A Cécile pour ton vrai faux calme, tes coups de gueule, tes rêves...

A "Pepette" pour toutes nos discussions, ton humour et surtout pour m'avoir supporté 6 mois en stage...

A Mehdi, pour nos footings et tes conseils toujours avisés.

Aux sudistes : pour toutes les soirées, les coups de gueule, les vacances... Greg pour ta générosité, Gaëlle pour ta force, Carole pour tes conseils de dernière minute, MelayM et Thibault pour les moments plus ou moins studieux au « Cha », à Cécile et PY, à Thomas.

A la Valence team : premier stage d'interne et déjà de belles rencontres : Marie, Rime, Mélanie, Gaëlle et Laure. Marie et Mélanie pour votre sagesse, à Rime pour nos discussions et danses endiablées.

Aux nombreux moments de découvertes et de dépaysement à la Réunion avec Etienne, Laurène, Pauline et Payet Girl.

A toutes les belles valeurs ajoutées !

A Lucie, et à tous les autres de France ou d'ailleurs...

A la fine équipe de dentaire et de spinaliens avec qui je passe toujours de bons moments.

A la relève ;-)

Et à Griotte, notre mascotte, qui m'a tenu compagnie pendant la rédaction de ce travail...

A AYMERIC,

Mon chéri, mon coach sportif (tu m'as poussée dans mes retranchements et jusqu'à la saintésprint), mon aventurier ;-), mon ami. Merci pour ton amour serein, qui est une force au quotidien.

Merci pour ta patience (si si !), ton soutien, tes relectures, et ton français.

Merci d'être toi, de me suivre jusqu'au bout, d'avoir été là, d'être là, et de croire en moi.

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS:

ACP	Approche Centrée Patient
CODA :	Children Of Deaf Adults
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DMG :	Département de Médecine Générale
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
LSF :	Langue des Signes Françaises
MG :	Médecin Généraliste
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RDV :	Rendez-vous
UASS :	Unités d'Accueil de Soins des Sourds

Table des matières

INTRODUCTION :	20
GENERALITES :	21
1. La surdité :	21
a. Définitions :	21
b. Epidémiologie :	21
c. Communications chez un patient sourd :	22
d. La culture sourde :	24
2. Déficience et handicap :	25
a. La déficience :	25
b. Le handicap :	25
c. Situations de handicap :	26
3. Relation médecin-patient	27
a. La relation médecin-patient : relation duelle	27
b. L'approche centrée patient (ACP) :	28
MATERIELS et METHODES	29
1. Méthode utilisée	29
2. Population et recueil de données	29
3. Réalisation des entretiens :	29
4. Analyse des données	30
RESULTATS	31
1. Population médicale étudiée	31

2. Communication en amont de la consultation :	33
a. Prise des rendez-vous :	33
b. Tenue du dossier médical:	34
c. Joindre un patient :	35
3. Les patients sourds :	36
a. Les représentations du patient sourd et de la surdité sont nombreuses :	36
b. Comment nommer les sourds :	36
c. Faible fréquence :	37
d. Etiologies de la surdité :	38
e. Handicap, déni :	39
f. Illettrisme	39
g. Les modes de communication d'un patient sourd :	40
h. Comparaison à des patients ne parlant pas français :	41
i. La souffrance du patient sourd :	42
j. Stratégie de « coping » :	43
4. Communication lors de la consultation :	44
a. Mode de communication :	44
b. L'examen clinique lors de la consultation : déroulement	51
c. Le tiers dans la consultation :	58
d. Troubles de communication :	61
5. La relation médecin-patient :	62

a.	Relation facilitée quand le patient est déjà connu :	62
b.	Relation comparable à d'autres patients ou à des entendants.	63
c.	Approche centrée patient :	64
d.	L'importance des techniques de communication:	65
e.	Remède médecin :	66
f.	Difficulté dans la relation	67
g.	Difficulté de mettre en place des astuces devant une faible fréquence:	69
h.	Cas particulier du médecin signeur :	69
6.	Ressenti du médecin généraliste	70
a.	Manque de confidentialité ?	70
b.	Appréhension, frustration de la part du médecin	70
c.	Consultation énergivore ?	72
d.	Sentiment d'incompétence :	72
e.	Nécessité d'être plus attentif	73
f.	Sentiment de malentendu de la part du médecin :	74
g.	Intérêt d'une consultation spécialisée ?	74
	DISCUSSION	75
1.	Analyse des résultats :	75
a.	Les patients sourds :	75
b.	Communication :	79
c.	Tiers	83

d. Le ressenti de la relation médecin–patient :	85
e. Perspectives	91
2. Limite de l'étude :	92
L'équipe de recherche :	92
Conception de l'étude :	92
Analyse des données :	93
CONCLUSIONS	94
BIBLIOGRAPHIE	96
ANNEXES	99

INTRODUCTION :

On dénombre en France, selon les sources, environ cinq millions de patients déficients auditifs (1). C'est une population très hétérogène. Il a été démontré dans la littérature que la population sourde avait moins accès aux soins que la population générale (2)(3) . Depuis la loi handicap de 2005 (4), les patients sourds doivent pouvoir avoir accès aux soins. Suite à cette loi, il est du devoir des soignants et de l'administration de la santé de donner à ces patients la liberté de choisir leurs soignants (5). Mais cela est difficile actuellement ; il est en effet malaisé pour les personnes sourdes d'avoir accès à une information claire et adaptée car la majorité des soignants se sentent démunis par méconnaissance de la spécificité sourde (3). Cependant, il existe en France des unités d'accueil de soins des sourds et malentendants dans quelques régions.

Nous avons appris lors de notre cursus d'externat l'importance de l'information claire, loyale et adaptée suite à l'instauration de la loi du 04/03/2002 (6), élément qui a été confirmé pendant de notre internat lors nos stages hospitaliers et ambulatoires. En outre, ayant de la famille proche sourde, c'est tout naturellement que nous nous sommes penchées sur cette question.

C'est dans ce contexte qu'est ressortie l'importance du médecin généraliste et la question de l'accessibilité aux soins des patients sourds. Le généraliste est reconnu comme le premier maillon d'accès aux soins, d'informations et de prévention sur la santé, il est le pivot de l'approche centrée patient. (7)

En tant que futur médecin généraliste, il nous semble intéressant de faire le point sur la prise en charge globale des patients sourds en médecine générale.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer les représentations qu'ont les médecins généralistes des patients sourds, et l'objectif secondaire est d'identifier leur ressenti au sujet de la relation médecin-patient sourd.

Pour répondre à ces objectifs nous avons réalisé une étude qualitative.

GENERALITES :

1. La surdité :

a. Définitions :

D'une façon générale, la surdité est un symptôme, défini par une baisse de l'audition, quelle que soit son importance, quelle que soit son étiologie. Elle peut être uni- ou bilatérale. Elle peut être de transmission, de perception ou mixte.

Nous rappelons qu'une cophose est une surdité totale et que l'hypoacousie est une baisse de l'audition légère à modérée (8).

Les étiologies de la surdité sont très diverses, elles peuvent être acquises ou congénitales.

Chez l'enfant il existe la surdité permanente néonatale (SPN) qui est le déficit sensoriel le plus fréquent, sa prévalence est estimée à 1 pour 1000 naissances. Elle entraîne régulièrement des troubles de la communication, du langage (surdité pré-linguistique) ainsi que du développement cognitif, si celle-ci n'est pas dépistée précocement (3).

A noter parmi les termes qui semblent inacceptables en 2014 : « sourd et muet », en effet les personnes sourdes parlent peu car très souvent la surdité est apparue avant l'apprentissage du langage, très rare sont ceux qui sont réellement muets (9).

b. Epidémiologie :

Il est très difficile d'avoir des chiffres exacts sur la prévalence de la surdité. On estime qu'il existe environ 4 à 5 millions de déficients auditifs en France, parmi eux 300 000 personnes seraient sourdes profondes dont 200 000 devenues sourdes à l'âge adulte ; soit environ 100 000 sourdes depuis l'enfance. On compte donc en France un sourd pour 1000 personnes (10), soit par extrapolation moins de un sourd dans une patientèle de médecine générale.

c. Communications chez un patient sourd :

- Le français parlé. (3)

Pour les sourds pré-linguaux, c'est une langue qu'ils acquièrent au prix de nombreux efforts et d'une rééducation orthophonique intensive.

- Langue des Signes Française (LSF) :

Langue *française*, car elle diffère en fonction des pays. La langue des signes est une langue vivante, avec sa propre grammaire et syntaxe (lieu-sujet-action). Le parlement européen a approuvé une résolution concernant la langue des signes le 17 juin 1988, il a alors demandé à tous les états membres d'adopter des résolutions dans son sens. La LSF n'a été officialisée en France qu'à partir de 2005 avec la loi handicap (11).

C'est une langue visio-gestuelle, « *elle permet un accès total à toutes les caractéristiques de la parole et autorise l'échange à plusieurs locuteurs. Elle illustre la pensée visuelle sourde* » (12).

La dactylologie est un alphabet manuel, elle ne fait donc pas partie à proprement parler de la langue des signes. C'est un moyen de faire un emprunt à la langue orale pour épeler les noms propres par exemple, ou pour les mots pour lesquels il n'existe pas encore de signe.

- Le français signé :

Il suit la syntaxe de la langue française (sujet-verbe-complément) à la différence de la LSF. C'est un intermédiaire entre la langue parlée et la langue des signes.

- La lecture labiale :

Autrement dit la lecture sur les lèvres. Il est clairement spécifié dans la littérature française et internationale qu'un sourd même très habitué à la lecture labiale, ne comprend qu'un mot sur trois en moyenne, le reste de la compréhension se fait grâce à la suppléance mentale (9) (13). De plus, plus longue est la discussion, plus difficile est la concentration donc la compréhension de la personne sourde. A noter que les techniques de lecture labiale ne sont pas nécessairement connues des patients devenus sourds.

- Langue Parlée complétée (LPC) :

C'est un système phonétique visuel qui vient compléter la lecture labiale, elle n'est pas utilisée de façon courante. Elle est surtout utilisée lors de l'apprentissage de la langue orale à l'école.

- L'écrit.

Il faut savoir que 80% de la population sourde est illettrée (14) (15).

d. La culture sourde :

Il existe en France quelques 300 000 locuteurs de la LSF (10) parmi eux il y a l'entourage de Sourds, les enfants entendants de parents sourds (CODA), les éducateurs, les interprètes, les sourds eux-mêmes.

Nous ne pouvons pas parler de Surdité sans évoquer la culture Sourde. L'essor de la culture Sourde survient dans les années soixante-dix, aux Etats-Unis puis en France. C'est ce que l'on appelle le réveil Sourd. On assiste en France   une révolution identitaire dans les années 80. C'est suite à ses différents mouvements d'affirmation de soi des Sourds que l'on a commencé à désigner le Sourd avec un « S » majuscule pour les sourds en tant que personnes, en tant que réalité sociologique ou anthropologique. Alors que sourd avec un « s » minuscule désigne le sens physiologique du terme tel que la d ficiance auditive (14) (16).

La communauté Sourde se distingue par sa préférence pour l'utilisation de la LSF, c'est une culture propre aux membres de la communauté des Sourds. Ceci avait déjà été mis en évidence dans d'autres pays tel qu'aux Etats-Unis par le linguiste Harry Markovitz. (14) (17).

Il est ainsi essentiel de saisir la complexité de la population sourde : les patients sourds qui signent, les patients sourds oralistes, ou les malentendants généralement oralistes.

La surdité constitue donc un symptôme. Les étiologies sont très diverses, de plus le vécu et la situation de handicap ressentie par les patients sont différents en fonction de l'âge de survenue de la surdité. (1)

2. Déficience et handicap :

« *La déficience et le handicap sont les deux faces d'une même réalité. La première renvoie à son aspect physique, la deuxième à son aspect social. Les deux peuvent être mesurées* ».

Bernard Mottez. 1981 (14)

a. La déficience :

Elle désigne les altérations de la fonction organique ou de la structure anatomique, tel qu'un écart ou une perte importante. La surdité est donc une déficience : déficit auditif. Cela va permettre de désigner les limitations de l'activité d'un patient sourd, ou les restrictions de participations qui vont, elles, dépendre des situations dans lesquelles va se trouver le patient. Il n'existe pas de limitations d'activité ou de restrictions de participation dans une famille où toutes les personnes sont sourdes. En revanche quand ces dernières sortent du cercle familial et sont face à la société, elles peuvent être limitées dans la communication avec autrui.

b. Le handicap :

Selon la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS 22 mai 2001) le handicap est le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation ».

En France, la loi 2005-102 : « *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.* » (4)

Cette définition négative recouvre un aspect social.

La surdité est un handicap invalidant car invisible. La surdité et le handicap qui en découle sont très hétérogènes en fonction des personnes sourdes, de leur degré de surdité, du niveau socio-économique et du monde dans lequel les patients évoluent (monde de Sourds versus monde d'Entendants).

c. Situations de handicap :

Un patient sourd ou malentendant dans une réunion avec des entendants, est en situation de handicap, il ne va pas comprendre la conversation, se fatiguer à la lecture labiale, et se retrouver mis de côté.

Inversement un entendant peut se retrouver en situation de handicap lors d'un regroupement de personnes sourdes qui signent. Si l'entendant ne sait pas signer il se sentira mis de côté, il ressentira donc un sentiment de handicap.

3. Relation médecin-patient

« Ce que le malade attend de son médecin, c'est trouver dans les conseils de ce dernier les éléments de sa décision propre ; il ne cherche pas à savoir ce que le médecin ferait à sa place, mais bien ce que lui, malade, déciderait s'il possédait les connaissances médicales voulues ; ce qu'il veut c'est que compte soit tenu de ses faiblesses, de ses volontés, de ses idées sur la vie, sur la douleur et sur le bien-être. La partie se joue donc à deux. Et c'est presque toujours une partie douloureuse, ou le médecin sert de soutien et non de donneur d'ordres. » Hamburger (La Puissance et la Fragilité).(18)

« Des liens d'une telle force, des entremêlements si étroits, au cours de ces batailles douloureuses ressemblent à une histoire d'amour. Et j'oserai user de ce mot pour ce que peut ainsi devenir la relation médecin-malade » Hamburger (Le Miel et la Ciguë) (18)

Le médecin généraliste est le premier recours pour les patients. Il nous semblait important de rappeler les bases d'une relation médecin patient dans le cadre de ce travail.

a. La relation médecin-patient : relation duelle

La relation médecin patient est basée sur une relation de confiance entre l'acteur de santé et le demandeur. La relation de confiance doit être partagée par les deux protagonistes de la relation.

Selon la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (19) il existe un contrat tacite qui lie le médecin à son patient (et actuellement une déclaration de médecin traitant).

Selon la WONCA (18), la médecine générale permet un accès ouvert et non limité aux patients. Il existe une prise en charge de tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

b. L'approche centrée patient (ACP) :

L'approche centrée patient est un concept important dans ce travail, car la prise en charge des patients sourds doit être globale tant d'un point de vue de leur déficience, de leur handicap ressenti, et d'autres pathologies potentiellement associées. Pour une prise en charge optimale et globale du patient, la médecine générale repose sur un modèle "bio-psycho-social".

La première dimension de l'ACP vise à comprendre le patient en explorant la perspective du patient. Puis elle vise aussi à comprendre le patient dans sa globalité bio psycho sociale. Dans l'approche centrée patient il existe une compréhension mutuelle, c'est-à-dire qu'il faut créer une bonne relation et une alliance thérapeutique entre le médecin et le patient.

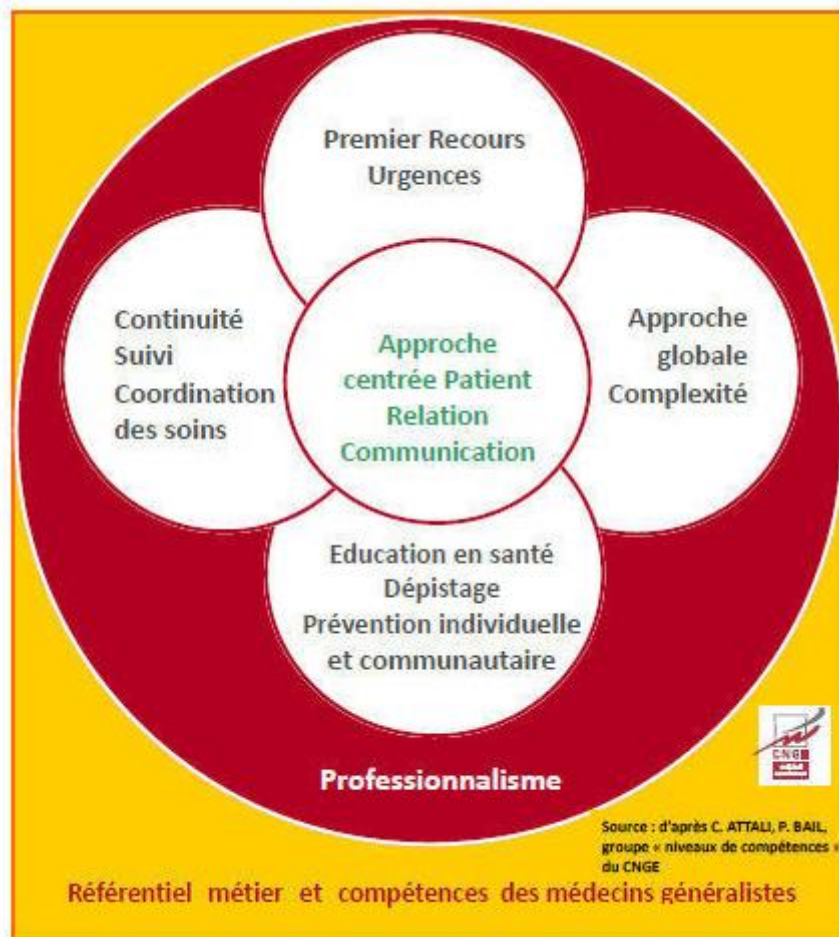


Figure 1 : « Marguerite » des compétences du médecin généraliste (20).

MATERIELS et METHODES

1. Méthode utilisée

Ce travail a été réalisé à partir d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

2. Population et recueil de données

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné de médecins généralistes, c'est à dire diversifié et équilibré en termes de milieu, de mode et de structure d'exercice, de sexe, d'âge.

Après avoir contacté dix-huit médecins par mail ou par téléphone, douze entretiens ont été réalisés entre mai et septembre 2014, quatre médecins ayant refusé, et deux n'ayant pas répondu. Afin de ne pas les influencer, le contexte de la recherche leur avait été présenté partiellement.

Chaque médecin a donné son consentement oralement. Les enregistrements audio ont été anonymisés, puis supprimés.

3. Réalisation des entretiens :

Le canevas d'entretien semi dirigé a été élaboré à partir de la lecture de la bibliographie, après discussion avec notre directeur de thèse, et d'autres généralistes enseignants. (cf. annexe n°2)

L'entretien comportait une première partie permettant de caractériser le médecin. Puis il explorait par des questions ouvertes à semi-dirigées, la manière dont les médecins se représentaient le patient sourd, comment se déroulait une consultation avec un patient sourd, enfin comment ils ressentaient la relation médecin - patient sourd.

Les entretiens ont été menés avec une certaine neutralité attentive afin de ne privilégier ou minimiser aucun aspect de la discussion.

Les entretiens individuels ont été réalisés soit à notre domicile, soit à leur domicile, soit à la faculté, ou enfin dans leur cabinet médical pour la majorité d'entre eux. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrit sur l'ordinateur avec le logiciel de Word®.

4. Analyse des données

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel N vivo 10®. Un double encodage thématique des données a été effectué dans le but d'une triangulation des données. Aucune nouvelle thématique concernant la question de recherche n'a été relevée à partir du douzième entretien. L'étude a donc été menée jusqu'à saturation des occurrences marquant la fin du recueil.

RESULTATS

1. Population médicale étudiée

Participants	Sexe	Âge (années)	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Années d'installation
1	F	30-39	Urbain	Groupe	< 10 ans
2	H	30-39	Urbain	Groupe	< 10 ans
3	F	> 60	Urbain	Seul	> 30 ans
4	F	40-49	Urbain	Seul	10-19 ans
5	H	40-49	Rural	Groupe	10-19 ans
6	H	50-59	Rural	Groupe	20-29 ans
7	F	< 30	Semi-rural	<i>Non applicable</i>	<i>Non applicable</i>
8	F	30-39	Rural	MSP	< 10 ans
9	F	30-39	Rural	MSP	<i>Non applicable</i>
10	H	> 60	Rural	MSP	> 30 ans
11	H	50-59	Urbain	Groupe	20-29 ans
12	F	40-49	Semi-rural	Groupe	< 10 ans

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés

Douze médecins généralistes ont donc été interrogés : sept femmes et cinq hommes.

Cinq médecins généralistes exercent en ville, cinq dans le rural, et deux dans le milieu semi-rural. La majorité des médecins généralistes interviewés travaillent dans des cabinets avec d'autres généralistes. Seulement deux médecins généralistes sont installés seuls.

Les MG 7 et MG9 ne sont pas encore installées, le MG 9 est en attente de collaboration dans une maison de santé pluridisciplinaire (MSP).

La majorité des médecins généralistes interrogés ont moins de 50 ans.

Participants	Département	Enseignant	Maitre de stage	Pratique de la LSF	Durée de l'entretien
1	69	NON	OUI	NON	19:55
2	74	NON	NON	NON	20:43
3	38	NON	NON	NON	21:43
4	69	NON	NON	NON	38:04
5	26	OUI	OUI	NON	17:05
6	38	NON	NON	NON	21:28
7	69	NON	NON	OUI	27:35
8	69	NON	NON	NON	21:34
9	69	NON	NON	NON	31:01
10	42	NON	OUI	NON	28:21
11	69	NON	OUI	NON	34:01
12	69	NON	NON	NON	22:37

Tableau 2 : Caractéristiques de formation des médecins interrogés

A noter que seul le MG 7 est locutrice de la langue de signes, et que le MG 11 est un médecin d'origine étrangère parlant français.

Les entretiens ont durés entre 17 minutes 05' et 38 minutes 04' soit une moyenne de 25 minutes environ.

Après l'analyse des entretiens ainsi que du codage, voici les cinq grandes catégories qui ont émergées des verbatims.

2. Communication en amont de la consultation :

Les médecins ont décrit comment se déroulait la prise de rendez-vous, la manière dont ils pensaient pouvoir joindre leur patient en cas de besoin, ainsi que la tenue des informations dans le dossier médical informatisé (pour tous).

a. Prise des rendez-vous :

Parmi les douze entretiens : cinq MG avaient un secrétariat sur place (MG 1, 5, 6, 8, 9), cinq MG avaient un secrétariat téléphonique (MG 2, 3, 4, 11, 12). Nous ne savons pas quel était le système de secrétariat pour le MG 10. Quant au MG 7, elle ne faisait que des remplacements lors des entretiens.

Les médecins généralistes interrogés mentionnent plusieurs systèmes de prise de rendez-vous : de visu, par téléphone par des proches, par SMS, par minitel autrefois, par fax. D'autres mentionnent des consultations sans rendez-vous. L'un d'entre eux (MG 9) propose l'utilisation du courriel.

MG 3 : *” soit par mail soit par sms, et qu'avant c'était difficile pour prendre des rendez-vous par exemple, (...) J'en ai quelques-uns qui utilisaient le minitel (...) c'est vrai que, que les nouvelles technologies, facilitent les choses.”*

MG 5 : *” soit ils téléphonent, ... je sais pas comment ils se débrouillent, (...) elle vient souvent, (...) on est dans un petit village, donc c'est facile, elle habite pas loin, donc elle passe dans le coin, et hop elle prend rendez-vous à mes secrétaires de visu.”*

MG 7 : *”c'était un cabinet sans rendez-vous.*

MG 9 : *”si notre mail était écrit sur notre ordonnance, [...] ça serait un moyen pour eux de prendre rendez-vous, parce que la secrétaire [...] regarde le mail [...] plusieurs fois par jour”*

MG 10 : *”J'en avais une, celle qui avait ce syndrome de Usher, elle prenait ses rendez-vous par fax”*

MG 12 : *”c'était quelqu'un d'autre qui appelait pour la personne, et le patient de Y, il vient sans rendez-vous, [...] il est dans la salle d'attente et il te fait coucou”*

La prise de rendez-vous par les patients peut être un frein pour l'accès aux soins.

MG 7 : *"quand quelqu'un est malade, un entendant, il appelle il dit ben voilà je peux venir tel jour, tel heure, et on lui dit oui tout de suite, un sourd, et soit il faut qu'il se déplace, mais bon comme plein de gens il travaille, donc [...] il peut pas se déplacer, ou alors il faut demander à quelqu'un d'autre, d'appeler pour lui (...) il y a des sourds, qui se pointent au cabinet sans prendre rendez-vous (...) c'est vrai que le médecin que je remplaçais, me disait qu'il en voyait pas mal, des patients sourds, dans le quartier, parce que je pense qu'ils prennent pas rendez-vous, et donc du coup ce problème-là est squeezé. "*

Nombres d'entre eux admettent que la prise de rendez-vous pour les patients est compliquée. Est-ce que le fait de prendre un rendez-vous pour un patient sourd est un frein à l'accès aux soins ? Est ce qu'il y a une majoration du nombre de consultations aux urgences comme les populations à bas niveau socio-économique ?

MG 6 : *"c'est pas moi qui m'en occupe, faudrait presque interroger les secrétaires, parce qu'effectivement ça doit être un peu compliqué "*

MG 7 : *"j'en voyais quand même pas mal, surtout aux urgences "*

MG 11 : *"Et effectivement la prise de rendez-vous (...), ça peut être un problème"*

b. Tenue du dossier médical:

La tenue du dossier médical informatisé passe par la mise à jour des antécédents et des pathologies en cours. Certains médecins interrogés pensent à renseigner que le patient est sourd, lit ou non sur les lèvres, et la personne à contacter en cas de besoin.

MG 5 : *"mais nous en tant que médecin généraliste on sait, donc là j'ai marqué en gros sur le dossier « lit sur les lèvres » "*

MG 9 : *"un patient sourd par exemple, je pense que nos dossiers sont assez bien fait, et que, euh, du coup, il y a, quand on les connaît ces patients-là, il y a toujours un lien dans le dossier, personne à contacter, sœur, amis, voilà"*

c. Joindre un patient :

Plusieurs soulignent qu'il peut être difficile de joindre un patient sourd.

MG1 : *"Alors quand ils sont sourds et en famille ça va, mais s'ils sont sourds et isolés ça devient un peu compliqué..."*

MG9 : *"on pourrait par texto, mais bon après, j'aime pas trop déjà laisser un message sur un répondeur à quelqu'un qui entend, j'aime pas parce que, voilà on sait pas qui."*

MG10 : *"ben faut que j'y passe chez lui, "*

3. Les patients sourds :

a. Les représentations du patient sourd et de la surdité sont nombreuses :

La surdité est perçue comme une déficience invisible, un handicap, un trouble de communication. Le patient sourd qui parle ou non. La perception de la vie : comparaison entre perte de l'audition et perte de la vue.

MG 2 : *"le handicap, la perte d'un sens, euh... perte de communication, enfin le déficit, et oui, globalement le déficit"*,

MG 3 : *"je définis comme malentendant parce qu'ils entendent quand même, même s'ils n'entendent pas très bien...."*

MG8 : *"qu'ils sont vraiment dans leur bulle, "*

MG9 : *"elle peut faire des phrases entières, ce qui n'est pas le cas avec un, avec quelqu'un qui est sourd"*

MG10 : *" la vie en définitive elle passe, la perception du monde autour de nous, en définitive passe beaucoup plus par l'ouïe que par la vue (...)"*

MG 11 : *" je pense surtout à des gens qui sont étiquetés sourd et muet, qui n'ont jamais su communiquer vraiment qui ont vraiment une surdité profonde (...) Moi je dirais que l'audition est plus importante dans la communication que la vision..."*

b. Comment nommer les sourds :

Il existe dans les entretiens de nombreux termes pour nommer la surdité : malentendant, sourd, vrai sourd, surdité totale. " Problèmes d'oreilles" MG 4 ; " problèmes d'audition " MG 4 ; " sourde de naissance " MG 5, " sourde profonde " MG 6, " légèrement ou fortement malentendants " MG 3, 6 " sourds d'oreilles " MG 11, MG 12 ; " sourd-muet " MG 5, 11 ; " vrais sourds profonds " MG 6 ; " patients fortement malentendants " MG 6 ; " sourd et sourd " MG 4, 8.

Existerai-t-il des faux sourds ?

c. Faible fréquence :

Nous nous accordons à dire que tous les médecins interrogés ont peu de patients sourds dans leur patientèle, qu'il s'agisse de médecins généralistes jeunes ou plus âgés.

MG1 : *"j'en n'ai pas vu beaucoup"*

MG2 : *"c'est pas évident parce que j'en ai pas beaucoup voire pas du tout"*

MG3 : *"J'en n'ai pas beaucoup, très peu"*

MG4 : *"c'est une pathologie que je connais pas bien, qu'on voit peu"*

MG5 : *"j'en n'ai pas beaucoup. "*

MG6 : *"j'en n'ai pas une tonne. (...) j'ai pas cette expérience (...) je pense qu'au niveau statistique, si on rapporte à la population médicale, c'est 0.5 à 1 sourd profond par patientèle de médecin, "*

MG9 : *"c'est pas quelque chose de très fréquent. "*

MG10 : *"Les vrais sourds, j'en ai connu deux. "*

MG11 : *"les patients sourds c'est un peu compliqué parce que j'en n'ai pas énormément. (...) J'en ai quelques-uns, j'en ai toujours un ou deux sur le feu, on va dire. "*

MG12 : *"j'ai été confronté mais pas beaucoup de fois..."*

d. Etiologies de la surdité :

Nous avons pu mettre en évidence deux catégories de sourds : les surdités congénitales ou de l'enfance versus les presbycousies ou les surdités survenues à l'âge adulte.

Une hétérogénéité des étiologies ressort nettement des entretiens : " surdité de l'enfant " MG 2, 4 ; " rubéole congénitale " MG 3 ; " *surdité familiale* " MG 6 et 10 ; " *otospongiose* " MG 6, " *surdité professionnelle* " MG 6 ; " *agénésie de l'oreille* " MG6 ; " *surdité congénitale* " MG 2, 3, 5, 7 ; presbycousie MG 7, 8 ; 11 ; " *syndrome de Usher* " MG 10 ; " *méningite* " MG 8.

Il ressort des entretiens que les médecins généralistes voient très peu de sourd profonds mais essentiellement des patients malentendants.

MG3 : "on voit plus les **rubéoles de la maman**, on voit plus des choses comme ça c'était une des grandes causes de surdité... (...) dû à des **problèmes ORL** (...) **presbycousie**, donc euh à partir de 70-75-80-90 et plus, (...) j'ai plus de malentendants qui sont des **maladies évolutives**, par destruction de euh tympan, nerf auditif"

MG4 : "des **otites séreuses**. (...) J'ai de temps en temps des **surdités brutales chez les adultes**. (...) J'ai eu des **complications de grippe, de surdité**, ça m'a un peu marqué, pareil, **surdité brutale**, on a aussi des histoires de névrite"

MG6 : "j'ai une sourde profonde, que j'ai diagnostiqué à la naissance qui doit je pense être implanté, mais qui a une **maladie génétique horrible**, qui est, avec un retard mental majeur, qui est en institution (...) je n'ai pas de sourd profond, j'ai des malentendants"

MG 8. " des syndromes génétiques ou familiaux plus ou moins rare. "

MG 10 : "Disons que 80 % des malentendants sont des presbycousies (...)"

e. Handicap, déni :

Ils mentionnent le handicap possiblement ressenti par le patient sourd quel que soit son âge. Ils soulignent l'impression de déni de la surdité chez des patients âgés.

MG2 : *"le médecin n'a pas peur de de, du patient à cause du handicap"*

MG4 : *"ce patient, je pense qu'il minimise son handicap donc il le masque, la preuve c'est qu'au début j'ai pas compris moi, et que je me suis dit euh... (...) ils aiment pas trop non plus qu'on parle de leur handicap, quoi, en tout cas avec ce patient-là"*

MG6 : *"ça se voit pas sur elle qu'elle est sourde"*

MG11 : *"ceux que ça handicap, c'est ceux qui veulent être handicapés (...)"*

f. Illettrisme

Certains médecins ont mentionné la possible difficulté de lecture de leurs patients sourds.

MG1 : *"ceux qui savent pas lire (...) quand ils savent écrire"*

MG5 : *"ils n'écrivent pas tous"*

MG11 : *"une bonne partie qui est analphabète... (...) des sourds, qui savent pas lire et écrire [...] à part le fait qu'ils ne savent pas parler, et bien m'entendre, bon c'est quand même un handicap complémentaire, "*

g. Les modes de communication d'un patient sourd :

Onze médecins sur les douze disent ne pas savoir signer. Se pose alors la question de la communication avec un patient sourd. Certains soulignent méconnaître les moyens de communication possibles (MG 4, 9). Il existe des sourds qui parlent plus ou moins bien, plus ou moins clairement. Les patients qui parlent bien ou de façon compréhensible ne sont pas vu vraiment comme des sourds (MG 2, 3, 8) *"Tous les gens que je vois parlent"* (MG 3)

Le MG 7 qui a l'habitude d'avoir des patients sourds n'apporte pas de considération sur le degré de surdité des patients qu'elle rencontre : *"le plus important c'est pas le degré de surdité, c'est le mode de communication à privilégier "*

Lors des entretiens plusieurs médecins ont parlé de **langage des signes**. (MG 1, 2, 6, 8, 10) et d'autres ou les mêmes ont parlé de la **langue des signes** (MG 1, 3, 6, 7, 9). Existerait-il un amalgame entre langage et langue des signes ?

Certains insistent sur les troubles de la parole que peuvent avoir les patients sourds, les mettant en difficulté pour communiquer.

MG4 : *"il me parlait bizarrement, avec des troubles de l'articulation. "*

MG 5 : *"parce que heureusement avec les sourds que j'ai, on arrive bien à communiquer, j'ai pas cette difficulté-là, j'en n'ai pas qui parle avec des signes, donc ceux-là que je n'ai pas, je serais bien embêté. "*

MG7 : *"c'était des patients sourds [...] qui étaient dans la langue des signes, qui n'oralisaient pas vraiment"*

MG8 : *"elle parle, elle a une voix bizarre, mais elle parle, c'est pour ça que je pense pas que ça soit depuis toujours, [la surdité] "*

MG11 : *"deux dans mes souvenirs, qui savaient s'exprimer, [...] audible mais avec **manque de beaucoup de mots**, donc vraiment **très compliqué à comprendre**. "*

MG12 : *"il est sourd du coup il articule très mal (...) il annonce des choses (...) qui parle mal du fait de sa surdité. Et la difficulté vient plus [...] c'est la parole, parce que toi, c'est pas toi qui n'entend pas. "*

h. Comparaison à des patients ne parlant pas français :

Nous notons aussi que le patient sourd est souvent comparé aux patients ne parlant pas français devant les difficultés d'expression et de compréhension qui en résulte. En effet les médecins les comparent devant les difficultés d'expression en français. Cependant, les représentations de ce point de vue, entre les médecins, ne sont pas homogènes.

MG1 : *"pour moi c'est pas pire que quelqu'un qui ne parle pas du tout français"*.

MG3 : *"c'est pas plus problématique de communiquer avec des, des gens sourds, que des gens qui sont turques et qui parlent pas français (...) Donc voilà, moi j'ai plus de problème avec ces gens-là, qu'avec les gens sourds, "*

MG3 : *"si j'imagine un patient sourd qui signe et qui parle pas le français, comme nous, et qui communique uniquement à travers une autre langue, ben j'aurai, **j'aurai peut-être les mêmes difficultés qu'avec des étrangers** qui parlent pas français, "*

MG5 : *"j'en n'ai pas qui parle avec des signes, donc ceux-là que je n'ai pas, je serais bien embêté. **Je le vois quand j'ai des gens qui sont étrangers**"*

MG8 : *"aussi gêné que quelqu'un qui ne parlerait pas la langue, (...) le problème des sourds ou des étrangers qui parlent pas ta langue, c'est exactement le même problème "*

MG11 : *" c'est **comme une langue étrangère** que je comprends pas "*

i. La souffrance du patient sourd :

Les patients sourds sont vus comme des patients qui peuvent être isolés au sein de la société ou de leur entourage. Il existe un sentiment de souffrance, d'être malheureux, angoissé voire de dépression face à l'incompréhension ou aux difficultés de communication avec leurs proches, les professionnels de santé, et plus globalement avec les entendants.

Il peut même exister une frustration d'une part lors de la consultation en cas d'incompréhension réciproque, d'autre part si les patients sont accompagnés mais qu'ils n'osent pas aborder un motif sensible (gynécologique, psychologique, intime).

Un des médecins, maître de stage, (MG 5) souligne la difficulté lors de la consultation quand il est en présence de son interne, car la patiente perd des informations lorsque ces derniers ne font pas attention suffisamment à elle, ou lorsque la patiente se retrouve en consultation directement avec l'interne qui n'a pas l'habitude.

MG 5 : *"le fait de ne pas pouvoir communiquer correctement, on devient très rapidement agressif, (...) agressive par moment, quand elle se fait pas comprendre (...) je pense qu'elle a dû souffrir. (...) souvent avec mes internes, [...] elle comprend pas forcément ce qu'on lui a dit et elle interprète, "*

MG 7 : *"il doit y avoir une souffrance, ou une frustration, de se dire oh le médecin il a pas dû bien comprendre le problème, et j'ai pas bien compris ce qu'il m'a expliqué (...) les gens ils restent avec leur angoisse avec leur trucs qu'ils ont pas compris, euh, ça doit être assez terrible (...) quand t'es patient, ... t'as besoin de soins, et il y a une telle angoisse quand t'es malade, quand t'es pas du milieu médical, tu dois avoir une telle angoisse, t'as tellement d'angoisse à apaiser"*

MG 10 : *"les gens sont malheureux (...) ces gens-là développent des dépressions (...) donc je suis malheureux parce que je suis autiste, je suis autiste malgré moi (...) c'est souvent des gens qui sont dépressifs, mais pour cette simple raison là, ils sont coupés du monde. (...) ils ont une souffrance morale, c'est évident,*

Ils peuvent avoir besoin d'être plus rassuré.

MG 5 : *”ce qu’elle a besoin c’est souvent que je la rassure, regarder beaucoup ses oreilles, ses tympans, parce que comme elle a des appareils, souvent que ça se bouche. (...) il y a une inquiétude de perdre encore plus l’audition, elle entend encore un petit peu, et dès qu’il y a un truc au niveau de son oreille, alors là c’est le branle-bas de combat”*

j. Stratégie de « coping » :

« Coping » est un terme anglo-saxon qui désigne les facultés d’adaptations ou d’ajustement à un stress par des personnes.

Les médecins interrogés décrivent donc les patients sourds comme des personnes qui s’adaptent généralement socialement, aux médecins, à leur entourage, et compensent les potentiels troubles de communication avec d’autres moyens.

MG 3 : *” j’en n’ai pas tant que ça, mais tous ceux que j’ai, ils se débrouillent quoi, ils vivent leur vie. (...) donc ils se débrouillent tout seul”*

MG 6 : *”Et puis éventuellement je pense que les gens, ils compensent, c’est-à-dire ils font prendre rendez-vous par quelqu’un d’autre (...) par contre eux les sourds profonds s’adaptent aux autres (...) le sourd il va se démerder pour adapter son handicap à la vie de tous les jours, ils savent très bien le faire, alors, voire même arriver avec le matériel pour communiquer, j’imagine, ... (...) c’est eux qui s’adaptent, plus que nous qui nous adaptons”*

MG 11 : *” ils font ce qu’ils peuvent, ils ont souvent quand même appris à signer, ils ont souvent appris à se débrouiller le mieux possible”*

MG 12 : *” c’est des gens qui ont trouvé des parades pour se débrouiller dans la vie. (...) Ça va être, eux s’adaptent, toi tu t’adaptes, mais forcément moins facilement qu’eux parce que tu ne l’es pas au quotidien comme eux quoi. ”*

4. Communication lors de la consultation :

La consultation du médecin généraliste est basée sur la communication, sur l'examen clinique, et la présence ou non d'un tiers. Tiers qui peut influencer ou non la consultation.

Nous allons premièrement détailler les modes de communication utilisés telle que la posture du médecin pendant la consultation, la communication à l'écrit, verbale ou non verbale.

Puis nous détaillerons le déroulement de l'examen clinique, et enfin l'importance du tiers lors des consultations.

a. Mode de communication :

Les médecins interrogés ont mis en place plusieurs systèmes afin de communiquer avec les patients sourds lors des consultations.

Ils relèvent l'importance de leur adaptation lors de la consultation.

MG 2 : *"un patient sourd, ça m'évoque une **adaptation nécessaire** [...] pour lui offrir la **même qualité de travail** qu'avec une personne bien entendante (...) tout à fait comparable à d'autres adaptations nécessaires pour d'autres patients (...) je pense que [...] dans ces consultations-là, [...] la technique que j'ai mise en place, de rapprochement, on **modifie** [...] **les standards de la consultation** où le médecin est derrière son bureau, et le patient de l'autre côté, là il faut bouleverser un peu tout ça et en général les patients aiment bien, car ils sentent qu'il y a **une adaptation du médecin**"*

MG 3 : *"il faut adapter un peu les choses, c'est tout..."*

MG 8 : *"avec la surdité on arrive à trouver des parades (...) je m'adapte"*

MG 9 : *"je pense qu'on essaye de s'adapter"*

MG 12 : *"tu peux te débrouiller (...) je trouve que c'est quelqu'un, c'est quand même une population où on arrive à s'adapter. "*

- **La posture lors de la consultation :**

Les médecins adaptent donc leur posture lors de la consultation : " regarder " le patient (MG 7), se mettre " en face " du patient (MG 6, 7, 8, 11, 12), " se rapprocher " (MG 2), faire attention à ne pas regarder l'ordinateur qui peut être source de confusion pour le patient, donc se repositionner en face du patient (MG 4, 5, 11, 12).

MG 7 : *"Là il faut poser le stylo, et signer, être sûre qu'il a bien compris et recommencer [...] Il y a des raccourcis qu'on peut pas faire. (...) je peux pas être à l'ordinateur. Comme on peut faire avec les entendants, où on écrit l'ordonnance et puis on lui explique en même temps. "*

MG 12 : *"il faut lui parler bien en face (...) L'ordinateur facilite pas, parce que t'es toujours sur ton ordinateur [...] je me recadre, et je me mets bien en face pour lui parler bien en face"*

- **Ecriture lors de la consultation.**

Les médecins utilisent simplement le papier ou d'autres supports pour l'écriture, tel qu'une ardoise « magique » ou à l'écriture effaçable, ou même l'écran d'ordinateur (MG 5, 10).

Le MG 7 explique qu'elle aimerait avoir en consultation une planche anatomique type Weleda® sur laquelle il serait possible de dessiner. Mais le MG 3 précise que l'écrit peut être difficile avec des patients âgés qui en plus ne voient pas bien.

MG 1 : *"y en a qui venaient directement avec leur papier et leur crayon en posant directement leurs problèmes où là la communication était plus facile"*

MG 3 : *"Et quand les gens ne comprennent pas je vais écrire. "*

MG 5 : *"j'écris à la main, (...) j'écris à l'écran, "*

MG 6 : *"pour des patients fortement malentendants, des systèmes d'ardoise magique, et sinon pour les vraiment sourds, et ben on écrit, bloc rhodia "*

MG 8 : *"je sors mon papier, et on parle comme ça, enfin on parle, façon de parler, j'écris, et puis elle me répond verbalement systématiquement. (...) voilà après je vais passer par le papier, avec des mots, des mots simples"*

MG 10 : *"mon écran d'ordi est toujours visible par le malade.(...) et puis quand j'avais des sourds j'avais un système pour grossir à l'écran.(...) ça leur permettait de suivre. "*

MG 12 : *" passer **un peu par le manuscrit**, (...) ben diagnostic, t'écris ton, le diagnostic que t'as, angine ou quoique ce soit, voilà, tu le marques, (...) voilà, **t'as quand même l'écriture qui te permet, qui te permet d'avancer**"*

Du fait, de la surdité des patients, les médecins sont amenés à utiliser plus de supports papiers : soit sur l'ordonnance ou grâce à des dépliants transmis par l'INPES par exemple (MG 12).

MG 1 : *"je vais avoir des informations écrites qui sont beaucoup plus importantes notamment au niveau des ordonnances que pour quelqu'un, avec qui j'aurai pu le dire à l'oral mais je peux pas remplacer tout ce qui passe à l'oral par l'écrit"*

MG 9 : *"j'essaye toujours de bien détailler mes prescriptions, "*

MG 11 : *" j'ai comme habitude de montrer l'ordonnance, montrer les médicaments que je prescris, et les choses que je trouve importante (...) je mets une flèche ou je mets une étoile de façon qu'il y a des choses que moi je trouve intéressant et important dans une ordonnance."*

L'aide de **supports visuels** lors de la consultation est bienvenue et régulièrement utilisée par quelques médecins généralistes : telle que l'ordinateur pour montrer des photos ou des images : *" il y aurait une image, ça remplacerait mes mots, il pourrait lire en même temps, sur internet, je pense que ça pourrait être un bon moyen d'expliquer une pathologie "* (MG 9), des planches anatomiques, des dessins.

MG7 : *"le visuel il est toujours privilégié au long discours même en langues de signes, tu fais un bon dessin et ... ça prend une minute et tout est capté (...) je pense que ça serait mieux d'avoir un outil comme ça"*

Un des médecins (MG 5) se posait la question de l'existence d'interprète par internet, de logiciel : *" des aides par ordinateur (...) est ce qu'il n'y a pas des logiciels qui filmerait la personne et qui traduirai ce qu'il dirait ?*

- **Communication verbale:**
 - Technique de lecture labiale

MG1 : *"une façon d'essayer de bien articuler (...) de parler moins vite que d'habitude (...) il y a ceux qui lisent sur les lèvres alors là ça va. (...) mais **le choix des mots est beaucoup plus important**..."*

MG2 : *"alors je m'arrange pour qu'il y ait une **bonne visibilité de ma bouche** s'il lit sur les lèvres, "*

MG3 : *"des gens qui savent lire sur les lèvres"*

MG5 : *"j'essaye **d'articuler** (articule en le disant) parce qu'elle lit sur les lèvres"*

MG6 : *"s'il lit sur les lèvres "*

MG9 : *"j'essaye souvent de **parler lentement**"*

MG11 : *"il y en a qui lisent sur les lèvres"*

MG12 : *"Mais avec elle je parle pas spécialement fort, je parle **face à elle**, quoi. (...) elle lit sur les lèvres. "*

- Parler plus fort

Les médecins parlent parfois plus fort avec les patients sourds.

MG6 : *"bêtement on a des cabinets insonorisés, on **élève la voix** (...) ça m'oblige de parler un peu plus fort "*

MG8 : *" il suffit de **hausser le ton**, "*

MG10 : *"**tu le gueules** et lui gueule pour te dire aussi les choses. "*

MG11 : *"**Faut parler trop fort** (...) il faut crier (...) on hurle dans la tête pour qu'ils nous comprennent"*

- Parler plus grave :

Les médecins MG 10 et 11 ont l'habitude de parler grave avec les patients qui ont une presbyacousie.

MG10 : *"dire aux gens : dites aux gens qui veulent, qui vous crient après de parler grave (parle avec une voix très grave), et vous les entendrez mieux. Ah oui c'est vrai je les entends mieux. "*

- La technique du stéthoscope à l'envers :

Le MG 11 explique qu'il lui arrive parfois avec les patients âgés de mettre le stéthoscope dans leurs oreilles et de parler dans le pavillon. C'est une technique qui paraît anecdotique.

- **Communication non verbale**

Avec les patients sourds, les médecins vont avoir tendance à favoriser la communication non verbale tel que des mimes, des signes, des gestes, le toucher, le regard.

- La gestuelle, le mime :

Sans forcément utiliser la langue des signes, le patient et le médecin vont utiliser des gestes et des signes ou montrer les parties du corps.

MG 1 : *” je serais incapable de comprendre la langue des signes en tant que telle, mais par contre quelqu’un qui me fait des gestes ou une communication, je pense qu’il y a quelque chose qui passe même sans signer ”*

MG 8 : *”je lui mime, quand je veux qu’elle respire, je lui montre comment (mime) respirer, (...) gestuel, oui, même si, même si c’est pas le langage des signes, c’est quand même un peu plus gestuel*

MG 9 : *” c’est des messages qui peuvent être dit par des signes de tête, ”*

MG11 : *”on essaye de savoir ce qu’il se passe, on fait beaucoup de mouvements avec les mains, on indique vous avez mal là, vous avez de la fièvre (montre sa tête), il y a un certain nombre de mouvements qui veulent dire quelque chose en général, on essaye de se comprendre”.*

MG12 : *”tu fais de la gestuelle, quoi, aussi, voilà”*

- Le visuel :

Le visuel va être plus important. Comme on vient de le voir précédemment, le face à face va être privilégié pour une meilleure communication, donc les regards, l’expression du visage seront plus démonstratifs.

MG 11 : *”et au lieu de tendre l’oreille de mon côté, c’est plutôt de regarder le visage, ”*

○ Le toucher

Certains médecins vont aussi utiliser le toucher pour rassurer, être plus tactile par rapport à une consultation avec un entendant qu'ils pourront rassurer verbalement par exemple.

MG8 : *" plus tactile, parce que ça effectivement ils l'ont, voilà, ils le percutent tout de suite, (...) cette dame j'ai tendance à la rassurer en lui mettant la main sur l'épaule, ce que j'irai pas faire avec un entendant normal"*

?? MG 11 : *Et si ils ont mal au ventre, bon, et ben on va essayer de savoir où est ce qu'ils ont mal, et... on essaye de savoir un peu plus précisément*

b. L'examen clinique lors de la consultation : déroulement

L'examen clinique fait partie de la consultation médicale (MG 11).

Les médecins de l'étude font une différence entre l'interrogatoire et l'entretien avec le patient, et l'examen physique. Il apparaît donc que l'examen clinique est compartimenté surtout pour le MG7.

Ils soulignent avoir des difficultés de communication lors de l'interrogatoire.

MG 7 : *"tu peux pas faire le raccourci d'examiner ton patient et de lui expliquer en même temps, [...] il y a la partie j'examine où c'est que l'examen, et après on s'assoit et j'explique tout, (...) je peux pas écrire et signer en même temps (...) Donc il y a toujours deux temps bien distincts obligatoires"*

- **L'examen clinique est plus rigoureux :**

MG 9 : *"je pense que j'essayerai d'être ... assez **méthodique**, pour pas que ça parte dans tous les sens, (...) qu'on puisse comprendre, pour que lui il puisse comprendre, et que moi je puisse comprendre"*

MG 12 : *"aller plus directement aux choses, et de peut-être pas dévier à droite et à gauche, (...) il faut être plus concentré"*

- **L'entretien lors de la consultation :**

Les médecins interrogés trouvent que l'entretien ou l'interrogatoire va être plus est plus froid, voire un peu simpliste toujours en fonction les moyens de communication possible. De plus, ces derniers perçoivent une conversation moins fluide.

Les médecins vont plutôt rester concentré sur un seul motif, et peut être faire moins de prévention (MG1). Aussi les motifs de consultation plus intime, ou psychologique seront difficiles à traiter par les médecins.

- Interrogatoire simplifié :

Un médecin parle de relation alimentaire (MG 10), de corrélation avec la médecine pédiatrique (MG 11) ou vétérinaire (MG 11). L'entretien sera pauvre et concis. (MG 1)

Ils accentuent le fait qu'il existe un manque de fluidité (MG 1) lors de l'entretien.

MG 1 : *"C'est **moins fluide**. Alors la personne qui savait écrire et qui avait l'habitude ça allait à peu près, mais pour les autres c'est beaucoup moins fluide. "*

MG 8 : *" y a pas cette interaction hyper rapide, je trouve, [...] on va pas se permettre une blague parce que le temps qu'elle la lise et ... c'est déjà tombé, quoi (...) je vais passer par le papier, avec **des mots simples** (...) c'est le côté moins rapide qui manque "*

L'interrogatoire apparait clairement comme le moment le plus important de la consultation, de l'examen clinique (MG 12). En effet, il va permettre au médecin d'avoir déjà une idée diagnostique.

Devant la simplicité de l'interrogatoire, ils font le lien avec la médecine pédiatrique (MG 8, 11). Il ressort un « manque d'échange » (MG 4), un manque de précision (MG 1), un sentiment de blocage de ne pas pouvoir aller plus loin que l'examen physique (MG 5).

MG 1 : *"On répond à la question posée (...) on fait beaucoup moins de prévention (...) on se **concentre sur une question principale** (...) **des réponses courtes et des questions courtes** (...) essayer d'aller à l'essentiel (...) donc des fois de donner des explications un peu simpliste par facilité.(...) **J'ai l'impression de simplifier ma médecine**"*

MG 2 : *"Il faut rester basique, et faut rester sur l'essentiel"*

MG 4 : *”Enfin moi mes patients, ils viennent pour leur parcours etc, mais sinon on parle d’autres chose, je leur demande comment ils vont, enfin voilà, y a une relation, mais lui, il vient pour son médicament je le vois, je l’interroge, comment vous allez, ninin... c’est hyper froid (...) il rentre, et il repart (...) ça va pas bien loin quand on répond par oui ou par non”.*

MG 8 : *”Arrivé à faire comprendre qu’on a mal quelque part ça va, mais s’il faut peaufiner son interrogatoire, effectivement, **ça va être plus compliqué.** [...]un bébé il parle pas et on l’examine quand même”*

MG 9 : *” je vais peut-être moins creuser, (...) plus à l’essentiel”.*

MG 11 : *”en général en médecine, disons, moi je constate de plus en plus que 80 % des diagnostics quand les gens ils sont deux minutes dans notre cabinet quand on dit rien et qu’on écoute, donc quelqu’un qui ne peut pas parler, on peut essayer de l’écouter, mais il manque quand même la communication verbale.... **C’est plus difficile**”*

○ En fonction du motif de consultation

La communication lors de l’examen clinique sera plus ou moins facilitée par le **motif de consultation** du patient. Un motif de consultation « simple » telle qu’une angine, une gastroentérite sera plus facile à gérer (MG 5, 9).

Nous mettons donc en évidence l’existence d’un frein dans la communication en cas de problème psychologique, voire psychiatrique ou plus intime : consultation gynécologique (MG 1), ou problème urologique masculin (MG 10).

MG 1 : *”C’est aussi très compliqué pour tout ce qui est psychologique, un mal être, pour moi un mal être psychologique, une souffrance, une dépression euh... ça devient... ça devient **ingérable**”*

MG 5 : *”s’il vient me voir parce qu’il est en train de faire une dépression, **je vais être démun**i, je sais pas comment je vais pouvoir faire”*

MG 9 : *”Après si c’est un problème un peu plus, [...] grave, si c’est une douleur thoracique par exemple, alors là ça peut être vite compliqué, parce que là l’interrogatoire il est*

important. ” ”si c’est un problème un peu, je sais pas d’ordre psychologique, ça peut être vraiment plus difficile (...) parce que c’est des pathologies qui vont nécessiter, peuvent nécessiter le dialogue et [...] on pourra pas verbaliser”

MG 10 : *”Dès que tu rentres dans les problèmes de gynéco, de contraception (...) c’est des gens qui sont exclus de tout ce qui est consultation psychologique.(...) parce que la psycho sans se comprendre, c’est pas terrible”*

MG 11 : *”mais avec certaines pathologies ça reste compliqué s’il y a un garçon ado qui vient accompagner sa maman pour des problèmes gynécologiques (...) c’est toujours gênant de poser des questions un peu dans l’intimité on n’a pas les réponses”.*

Le MG 11 admet qu’il se sent incompétent en cas de problème psychologique, et parle d’une consultation spécialisée en langue des signes.

MG 11 : *” parce qu’on peut pas communiquer, et dans les problèmes de dépression, on est un peu diminué (...) après la souffrance psychologique c’est difficile à mesurer, et je pense que là, le rôle d’une consultation spécialisée [...] peut avoir sa place.*

- **Examen clinique physique :**

- Difficulté lors de l'examen ?

L'examen gynécologique pour le MG 1 paraît plus difficile, surtout en ce qui concerne l'explication et le contact avec la patiente.

MG 1 : *"un truc difficile une consultation gynéco en langue des signes, (...) j'ai beaucoup de mal à imaginer les... l'information, déjà à la base, parce que c'est quand même assez précis. Et puis un examen gynéco sans croiser le regard de la patiente et sans pouvoir lui dire attention j'y vais là [...] du coup c'est des patients que je pourrais suivre plus mal parce que j'aurai pas tendance à leur proposer."*

- Examen physique objectif :

D'autres médecins sont au contraire plus rassurés par l'examen physique à proprement parlé car il est standardisé et leur paraît objectif.

MG 4 : *"l'examen ça me gêne pas trop après j'explique aux gens que je vais les examiner, etc, donc c'est pas le contact physique du tout",*

MG 8 : *"Ben faudra bien faire avec, un bébé il parle pas et on l'examine quand même. (...) pareil, surtout que l'examen, il est standardisé à peu près, chez à peu près tous les médecins, donc ils me tendent le bras, pour la tension, enfin ils ont l'habitude, "*

MG 9 : *"dans l'examen il y a quand même une grosse part d'objectivité (...) c'est objectif, une palpation même s'il peut pas montrer, un ventre souple, c'est un ventre souple, ... (...) hein, une tension, une auscultation".*

- **Durée de la consultation :**

- Prendre le temps :

Est-ce qu'un patient sourd entraîne une augmentation de la durée de consultation ?

MG 5 : *"on prend le temps, et on répète (lève les bras et tape sur la table, d'un style c'est évident), c'est évident je suis au service du patient qui vient me voir, ça va durer plus longtemps mais c'est pas grave"*

MG 7 : *"j'avais envie de prendre le temps aussi. (...) voilà ça va être un peu plus long, ça va peut-être me mettre en retard un peu, mais c'est pas grave. (...) prendre le temps de l'explication"*

MG 9 : *"peut-être du coup qu'on pourrait prendre plus de temps parce que c'est pas souvent (...)prendre un peu plus de temps pour voilà, le patient qui est plus lourd que la moyenne, sur ma consultation"*

- Consultation plus longue ?

La consultation est-elle réellement plus longue, ou elle paraît-elle plus longue au médecin parce que plus compliquée ?

Est-ce que prendre le temps lors d'une consultation est un choix ou une « obligation » ? Cependant le MG 5 explique que si le patient ne comprend pas, la consultation sera plus courte, car le temps de l'entretien sera inexistant, la consultation va se limiter à l'examen, il n'y aura pas de vraie relation.

MG 2 : *"ça prend du temps (...) Mais je ne dirais pas que c'est chronophage. (...) Et donc ça prend forcément un petit peu de temps mais sur le temps global de la consultation c'est pas, c'est pas une problématique"*

MG 3 : *"Donc ça prend un peu plus de temps qu'une consultation normale, mais par chance, je consacre une demi-heure à chacun de mes patients"*

MG 5 : *"Quand je la reçois je n'adapte pas du tout mon temps de consultation. J'ai une consultation toutes les vingt minutes, si j'ai du retard, j'ai du retard, voilà, "*

MG 7 : *”peut-être un peu plus long, où il va falloir se faire comprendre, si t’es un médecin qui, pour qui c’est important quoi, que ton patient ait compris, (...) c’est **toujours des consultations plus longues...** ”*

MG 8 : *”à part chez ceux chez qui ça ralenti, du coup même nous, enfin même moi je perds le fil, parce que on n’a plus l’habitude (...) ça **ralenti beaucoup l’échange.** ”*

MG 9 : *”c’est compliqué, **ça prend tout de suite plus de temps,** (...) parce que s’il fallait tout écrire quand... ça prendrait vraiment beaucoup. Après c’est peut être faux, hein parce que je sais pas peut être que ça prend pas tant de temps que ça et qu’on peut arriver à écrire l’essentiel pour se faire comprendre”*

MG 11 : *”pour le patient sourd, c’est pareil parce qu’il a une communication qui est différente de la moyenne des gens, donc **il faut faire plus attention, ça prend plus de temps.** ”*

MG 12 : *”Par contre pour le patient de X **ça prend plus de temps. Parce que c’est plus lourd d’écrire, ça prend plus de temps***

- **Majoration de demande d’examens complémentaires ?**

Est-ce qu’une mauvaise compréhension, ou un entretien pauvre peut favoriser une augmentation de prescriptions des examens paracliniques ?

MG 11 : *”Je pense qu’on est un tout petit peu plus enclin de demander des examens complémentaires : comme une prise de sang, échographie, électrocardiogramme si l’âge le justifie.... Donc, on, je pense que je suis un tout petit peu plus consommateur d’examen complémentaire pour les personnes sourdes, mais j’en suis pas sûr”*

c. Le tiers dans la consultation :

Le tiers dans la consultation peut être vu comme une aide mais aussi comme un frein dans la relation duelle.

- **Présence d'un tiers : proche, famille**

Les médecins font une différence entre les accompagnants proches du patient ou les interprètes. Ils peuvent se sentir gêner lors de la consultation mais concèdent que c'est une aide. Ils perçoivent le tiers comme une aide surtout lors de l'interrogatoire, pour donner plus de détails, ou pour insister sur des points que le patient n'a peut-être pas compris.

Aucun des médecins interrogés ne parlent d'expériences de consultation avec un interprète en langue des signes.

MG 1 : *"Mais ça reste une aide, ça reste une **aide importante**, c'est appréciable quand il y a quelqu'un qui vient. (...) alors comme une aide, c'est toujours **dérangeant d'avoir à faire à une personne extérieure** à ..., mais là pour le coup comme une aide. (...), j'ai jamais eu qu'à faire à des personnes de la famille proche mais du coup **qui peut interpréter les, les doutes, les langages**, enfin en voyant comment la personne réagit, savoir si ça lui convient ou pas, et des fois ré insister là où moi j'aurai pas forcément vu que l'information était pas passé, ça c'est vachement important. "*

MG 4 : *"Ben pour moi **c'est plus facile**, c'était plus facile, parce que j'avais quelqu'un qui traduisait, enfin pas qui traduisait mais qui m'expliquait un peu les choses quand même (...) parce que la relation était quand même compliqué (rire), moi ça m'a aidé, ça m'a aidé à pouvoir parler, en fait, parce qu'en fait ce patient quand je lui parlais, oups flop quoi, (rire)"*

MG 5 : *"qu'il y ait des accompagnants, peut être que ça serait pas mal.(...) il y a des éducateurs, des fois voilà, et pourquoi il n'y aurait pas des **interprètes**"*

MG 9 : *"la personne va pouvoir nous raconter, je sais pas, le début des symptômes par exemple, ou s'il a l'impression qu'il est différent de d'habitude, ou quand est-ce que ça a commencé..., il va pouvoir **amener des détails sur l'histoire de la maladie**, c'est surtout ça en fait (...)on pourrait imaginer qu'il y ait un, que la personne sourde, plus son, qu'il y ait*

quelqu'un avec elle qui parle la langue des signes, et puisse me retranscrire, mais ça en pratique..."

*MG 11 : "qui connaît bien son bébé, et qui dit : il est différent, que d'autres jours. Donc si le sourd, si l'accompagnant dit mais... il ou elle est différent que d'habitude, **on fait plus attention**. On écoute surtout la tierce personne et on regarde l'autre"*

- **Retentissement sur la consultation :**

Il peut exister une gêne pendant l'entretien lors de la présence d'un tiers, comme nous l'avons vu lors d'une consultation pour un motif gynécologique ou psychologique (MG 10, 11).

Est-ce que le patient a confiance en la personne qui l'accompagne, ou est-ce que le tiers ne va pas se sentir coupable en cas de problème le concernant ? Par exemple si le tiers est l'enfant ou le conjoint.

Est-ce que la traduction est fidèle à ce que dit le médecin ou le patient ? En faisant le parallèle avec les patients étrangers de sa patientèle, le MG 10 dit prendre systématiquement des interprètes de visu ou par téléphone. Il paraît inquiet quant à la « traduction » du proche.

*MG 3 : "sauf que l'interprète, je sais pas si c'est quelqu'un de la famille ou si c'est quelqu'un d'étranger, de neutre... si c'est quelqu'un de la famille il peut y avoir interprétation de la question, et donc ça sera pas répercuté... (...) mais c'est ça le problème, la difficulté c'est quand on passe par l'intermédiaire, par un intermédiaire, c'est que **cet intermédiaire soit assez neutre pour traduire sans mettre son grain de sel**"*

MG 10 : "un proche, c'est la famille qui, qu'il malmenait pour finir. Parce que pour finir il donne les choses avec son interprétation, à lui qui sont forcément pas juste. (...) Ce que tu peux pas faire devant les gens qui t'accompagnent, devant des gens qui sont pas, à qui tu ne fais pas confiance. T'es obligé de garder ça pour toi"

MG 11 : "il y a un certain nombre de gens qui s'organise pour avoir de la famille qui sait signer, ça rend la chose plus facile, (...) Le traducteur c'est pas quelqu'un d'assermenté donc il va pas forcément tout dire comme c'est fait. Et c'est ça, on voit très bien, on voit une discussion pendant une minute et demie, bon j'exagère, euh, qui est traduit en deux mots, ça veut dire qu'il manque quelque chose"

- **Absence d'un tiers :**

Le médecin a tendance à trouver la consultation plus compliquée en termes de communication en absence d'un tiers pour aider à la traduction.

MG 2 : *"je ne sais pas comment je pourrais faire si j'étais en face d'un patient avec une surdité complète et ... qui ne sait pas lire sur mes lèvres. (...) S'il n'est pas accompagné euh moi j'ai pas... voilà... (Moue de dépit) **c'est là où il y a un problème**"*

MG 9 : *"ben je vais voir ça comme plus difficile s'il vient tout seul, "*

d. Troubles de communication :

Nous tenons à notifier ici les troubles de la communication des médecins avant de détailler leur vécu de la relation médecin patient sourd, car ceux-ci s'intriquent dans la relation.

Le manque de détails, de nuances, d'intonations dans la verbalisation des questions et de l'entretien sont autant de frein à la communication du médecin et de son patient. (MG 1, 9, 10)

De nombreux médecins sont gênés lorsque le patient ne maîtrise pas leurs moyens de communication habituels : lecture, écriture, lecture labiale, ne pas entendre malgré des appareils, troubles visuels avec une surdité plus ou moins importantes, voire ne pas savoir signer non plus.

MG 4 : *"l'échange est compliqué"*

MG 5 : *"il n'y a rien de pire que de ne pas arriver à communiquer. "*

MG 7 : *"il y a des sourds profonds qui ne signent pas, et ça c'est, j'ai l'impression de me retrouver comme un, comme un médecin généraliste qui ne connaît pas les signes ou la langue des signes, et là je pense que j'ai la même problématique que tout le monde et ça bloque (...)on se sent un peu dans une impasse, et je me dis que ça doit être la même chose que doit ressentir un médecin avec un sourd avec qui il ne sait pas du tout signer"*

MG 10 : *"il n'a pas les nuances, parce que tu gueules (parle fort en exagérant) (...)c'est que la communication elle n'est pas bonne, et qu'il manque les nuances, et qu'il manque la relation vraie"*

Pour pallier aux problèmes de communications, les médecins proposent ou ont constaté que la consultation peut être préparée par le patient : soit par l'écrit, soit avec un tiers (MG 1, 5, 6).

5. La relation médecin-patient :

Lors d'une consultation ou d'un suivi d'un patient, la qualité de relation médecin- patient ou médecin malade est fondamentale, son rôle sera essentiel dans les soins du patient.

Il n'existe pas de relation normale, ni idéale, mais il existe des facteurs qui permettent d'avoir une relation de bonne qualité : telle que l'ancienneté du suivi, l'empathie, les techniques de communication du médecin, la relation de confiance qui s'instaure entre les deux acteurs.

MG 7 : " *Il n'y a pas de relation idéale, [...] faut déjà qu'elle commence bien, faut que les, les éléments ils soient là.* "

a. Relation facilitée quand le patient est déjà connu :

La relation médecin patient sourd est très souvent « *confortable* » (MG 3) quand le médecin connaît déjà le patient. Ils sont habitués l'un à l'autre et réciproquement. Le médecin a déjà mis en place des systèmes de communication et des adaptations comme nous venons de le voir. Il connaît son patient de ce fait la relation peut être comparable de la relation entretenue avec un patient entendant.

La relation est aussi facilitée en cas de motif de consultation « simple ».

MG 1 : " *à force de se connaître, on commence à interpréter les signes et c'est beaucoup plus fluide, et là ça peut devenir toujours difficile mais plus sympathique, j'arrive plus à interpréter les émotions et les réponses mais ça prend plus de temps, il faut 3 ou 4 consultations pour savoir comment la personne réagit (...) il me faut un peu plus de consultations pour être à l'aise* "

MG 2 : " *en fait finalement [...] une fois la technique un peu rodée, les consultations se passent plutôt bien [...] justement il faut tester des manières de se poster par rapport au patient* "

MG 4 : " *je m'habitue [...] ce que je veux dire par là, c'est que ce patient je le revois régulièrement* "

MG 9 : " *si on l'a connaît on a déjà pas mal d'info il y a les mots, des consultations précédentes, donc ça aide* "

MG 12 : *”Mais maintenant j’ai pris l’habitude. Je la regarde bien en face, tu te corriges. Enfin moi je me suis corrigée assez rapidement avec elle”*

b. Relation comparable à d’autres patients ou à des entendants.

Lors de leur consultation, certains médecins insistent sur le fait qu’ils traitent le patient sourd comme tous les autres patients. Ils considèrent qu’il n’y a pas plus de difficulté avec ces patients qu’avec d’autres patients.

MG 2 : *”finalement quand on reste sur l’essentiel on peut espérer rester efficace avec ces patients [...] qu’ils soient soignés comme n’importe qui. (...) comme avec d’autres patients qui présentent aussi d’autres handicaps (...) offrir la même qualité de travail qu’avec une personne bien entendante”*

MG 3 : *”c’est pas des gens à part, c’est des gens comme les autres, avec leur particularité ”*

MG 4 : *” faut faire avec [...] parce que c’est des patients comme les autres”*

MG 7 : *”il n’y a pas beaucoup de différence avec une consultation... normale quoi”,*

MG 12 : *”c’est une relation facile comme avec les autres que je vois”*

c. Approche centrée patient :

L'une des compétences reconnues du médecin généraliste est d'adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient. Ceci est particulièrement retrouvé dans les entretiens.

- **Le patient au centre de la relation**

MG 5 : *" c'est tout basé sur l'approche centrée sur le patient (...) faut qu'il y ait une alliance thérapeutique importante avec lui "*

MG 10 : *"j'ai toujours considéré que le malade était le premier à être au courant de ce qui lui arrive"*

- **L'empathie**

C'est une faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent selon le Larousse. Selon les médecins et le confort de la relation entretenu avec un patient sourd, être empathique est plus ou moins difficile.

MG 3 : *"il y a plus d'empathie, [...] comme on a donné beaucoup, on reçoit beaucoup, et donc ça devient une relation confortable, c'est ça que je mettrais plus en avant, plus que de facilités. C'est une relation chaleureuse, mais plus facile, moins facile, je saurais pas dire."*

MG 9 : *"Donc on peut faire ressentir de l'empathie, par nos attitudes, de poser les mots, [...] mais euh pour eux [...] je pense que c'est difficile"*

- **Relation de confiance**

La relation de confiance fait partie de la relation médecin patient.

MG 2 : *"je pense plutôt bonne, parce que les patients qui ont un handicap, sont assez rapidement, enfin leur avis sur le médecin en question, (...) ils accordent leur confiance assez rapidement quand ils sentent qu'il y a une communication qui peut bien passer et donc si l'adaptation du médecin est suffisante à leur goût. (...) À partir de ce moment-là, si le patient sent que ce n'est pas un problème, je pense qu'il se sent en confiance"*

MG 3 : *”pour moi la patientèle malentendante [...] c’est des gens avec qui [...] je donne beaucoup de moi-même, [...] ça marche dans les deux sens j’ai un retour positif dans une relation agréable (...) je pense qu’elle [la relation] est chaleureuse dans la mesure où vous leur donnez le maximum de ce que vous pouvez leur donner, ils sont très reconnaissants, et du coup, [...] c’est une relation... confortable”*

MG 5 : *”ben elle a confiance avec moi, les autres ils sont confiances”*

d. L’importance des techniques de communication:

Les techniques de communication du médecin généraliste sont la base du bon déroulement d’une consultation. Elles sont toutes aussi importantes que l’examen clinique.

Parmi les techniques de communication mises en place par les médecins interrogés, on retrouve : la reformulation des propos du médecin et du patient, la répétition de la part du médecin, et la répétition du patient pour s’assurer de sa bonne compréhension.

MG 2 : *”si [...] j’ai une difficulté pour comprendre une plainte ou un symptôme, on va dire que c’est pas grave, il y a une **possibilité de reformuler** et de passer un petit peu plus de temps (...) s’assurer que le message passe (...) ça peut être un tout petit peu plus compliqué chez la personne malentendante, il faut peut-être approfondir [...] peut être reposer une question et ne pas hésiter à dire est ce que vous avez compris ? (...) il faut inviter le patient, peut-être plus que quelqu’un d’autre, [...] à dire qu’il n’a pas compris certaines choses”.*

MG 3 : *”j’essaye de faire plutôt de la qualité que de la quantité, même si j’ai toujours fais la qualité avec la quantité (...) on trouve toujours s’ils ont pas compris, **une périphrase**, une façon [...] d’expliquer les choses (...) les ajustement au niveau du langage, être plus précis, de trouver le bon mot, de trouver un autre mot s’il n’est pas compris, enfin voilà, c’est de l’exercice de la langue française, c’est pas spécialement de la médecine....”*

MG 5 : *”je vérifie bien que, qu’on s’est compris, voilà... (...) je fais beaucoup de **reformulation**, dans les deux sens, pour être sûr qu’elle m’a compris, je lui demande de répéter. (...) c’est évident je suis au service du patient qui vient me voir”*

MG 6 : *”surveiller que tout a bien été entendu (...) s’assurer que le message important a été bien compris, surtout s’ils ont des anti coagulants, ou des choses dont on veut être persuadé que le message est bien passé (...) faire reformuler”*

MG 7 : *”être sûre qu’il a bien compris et recommencer, (...) donc euh, voilà l’objectif c’était d’être sûre qu’il ait compris, c’était mon objectif, quoi. (...) j’avais envie que, que le patient ait compris, quoi (...) sauf que je signe pas très bien, peut-être qu’il fallait répéter, du coup je répétais”*

MG 8 : *”ça peut arriver, je me répète, (...) pas de problème, il suffit de faire répéter quoi. ...”*

MG 11 : *” je pense que j’ai une écoute qui est différente, mais c’est même pas parce que je suis étranger, mais c’est que je parle quatre langues relativement bien, (...) Je pense que nous [les médecins actuels], on a appris quand même des techniques de communication qui font qu’on est un peu plus à l’écoute avec les patients. Bon j’ai pas des consultations en 5 minutes bâclées ”*

e. Remède médecin :

Le remède médecin représente la fonction apaisante et guérissante du médecin pour le patient, cela montre aussi une satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin.

MG 7 : *”les gens ils étaient contents (...) c’est assez gratifiant d’avoir ce rôle-là quand tu es médecin. D’avoir le rôle apaisant du médecin finalement. ”*

f. Difficulté dans la relation

- **En cas de consultation non prévue :**

La consultation « non prévue » qui plus est, avec un patient sourd, est vécue différemment en fonction du mode de fonctionnement des médecins. Le MG 12 sait que son confrère au cabinet fonctionne sans rendez-vous avec son seul patient sourd. Elle s'adapte donc si elle doit le voir. Elle souligne qu'elle prendra son temps exceptionnellement dans ce cas-là. Le MG 11 quant à lui indique que les patients sourds sont comme les autres patients et qu'il ne fait pas de « favoritisme », cela fonctionne bien ainsi. Le MG 7 et 9 sont en difficulté quand une consultation est non prévue dans leur planning. Ces derniers préfèrent savoir à l'avance qu'un patient sourd est prévu pour se préparer à l'accueillir.

MG 7 : *"Directement ouais, et du coup ça crée une tension chez le médecin, ah, c'est la consultation surprise, (...) t'es énervé, donc je me dis que c'est pas l'idéal (...) pour une bonne relation médecin patient.(...) je me dis est ce que la relation elle est pas déjà... un peu faussée, quoi, quand le médecin il s'y attend pas"*

MG 7 : *" Faut être disposé à recevoir ton patient, ça commence par ça, je pense. Il n'y a pas de relation idéale, après euh, faut déjà qu'elle commence bien "*

MG 9 : *"Si c'est prévu et que tu peux te bloquer une plage plus longue aussi, si c'est imprévu et ben voilà on s'adapte"*

- **Liées aux troubles de la communication :**

La relation médecin patient et la communication lors de la consultation médicale sont étroitement liées. Pour le MG 5, il considère qu'en l'absence de problèmes de compréhensions il n'y a pas de difficulté lors de la relation avec les patients sourds.

MG 1 : *"ce côté explication (petite pause) qui me manque parce que j'aime bien expliquer (...) c'est assez déstabilisant. "*

MG 4 : *"enfin voilà, y a une relation, mais lui, il vient pour son médicament je le vois, je l'interroge, comment vous allez, ninin... c'est hyper froid, quoi...(...) Tac Tac Tac point, il rentre, et il repart (...) ça va pas bien loin quand on répond par oui ou par non, hein "*

*MG 11 : " il manque quand même la communication verbale.... **C'est plus difficile**"*

MG 11 : "après la souffrance psychologique c'est difficile à mesurer, et je pense que là, le rôle d'une consultation spécialisée [...] peut avoir sa place"

- **En cas de la présence d'un tiers :**

La présence d'un tiers peut être une aide lors de la consultation, et l'entretien, cependant cela peut être un frein pour la relation médecin patient.

*MG 8 : "j'essaye quand je peux, j'essaye quand même de faire que le tiers n'empiète pas trop, parce que j'en ai quelques-uns où vraiment c'est que l'épouse qui répond, et du coup lui, certes il entend pas, mais alors en plus il participe à rien. Donc **j'essaye [...] que ça reste une relation directe**"*

MG 10 : "je faisais toujours attention à lui transmettre au fur et à mesure ce qu'on disait d'essentiel. (...) Donc je faisais toujours attention. C'est un problème de d'attention individuelle ça. "

MG 11 : "et pour le patient sourd, c'est pareil parce qu'il a une communication qui est différente de la moyenne des gens, donc il faut faire plus attention, ça prend plus de temps".

- **Manque de lien :**

Le médecin considère que la relation avec un patient sourd se rapproche d'une relation alimentaire, simplifiée.

MG 10 : "privé de relation, euh de relation psychologique vraie. Parce que la relation psychologique nécessite des nuances dans ce que tu dis, "

g. Difficulté de mettre en place des astuces devant une faible fréquence:

Les médecins généralistes ne voient pas assez de patients sourds pour pouvoir mettre en place des astuces pour améliorer leur relation. Cependant ils font preuve de capacité d'adaptation vis-à-vis de leurs patients.

MG 6 : *" c'est de l'intentionnel, je vois mal les médecins se mettre tous à parler la langue des signes parce qu'ils auront un sourd dans leur carrière, un sourd profond (...) le problème n'est pas suffisamment prégnant pour qu'on s'investisse, à mon avis, "*

MG 11 : *"Il n'y en a pas assez pour qu'on aille vraiment s'investir (...) je dirais les consultations avec les sourds ... ne sont pas assez fréquentes pour que je puisse en tirer des conclusions pertinentes, c'est plutôt des anecdotes dans ces cas-là".*

MG 12 : *"je vois pas assez fréquemment pour me poser la question (...) Parce que la seule que j'ai en régulier c'est elle, et elle se débrouille très bien"*

h. Cas particulier du médecin signeur :

Le MG 7 est un médecin qui connaît la langue des signes, elle l'utilise lors de ses consultations avec les patients sourds signeurs. Cette dernière insiste sur le fait que la relation était agréable avec les patients sourds car elle s'adaptait ainsi à leur mode de communication. La relation était avantagée avec le sourd. Tout en étant plus confortable pour le patient, le médecin souligne que cela lui demandait plus de concentration qu'avec un patient entendant.

MG 7 : *"c'est vrai que j'avais une relation privilégiée avec les patients sourds, (...) Un patient qui signe, un patient qui est dans la langue des signes française, (rire) de préférence".*

MG 7 : *"c'est un effort pour moi, c'est pas très reposant (...) parce que c'est pas mon mode de communication nature (...) Finalement, c'est rare pour eux d'avoir des médecins qui signent".*

6. Ressenti du médecin généraliste

a. Manque de confidentialité ?

La plus part des médecins audités soulèvent le problème de confidentialité de la consultation avec un patient sourd. En effet celui-ci semble régulièrement accompagné. De plus les médecins peuvent parler plus fort dans des cabinets parfois mal insonorisés.

MG 6 : *”d’ailleurs on les entend bien quand elles parlent un peu plus fort, si la porte est ouverte, elles crient éventuellement un peu plus fort au téléphone.”*

MG 8 : *”quand on parle [...] d’une infection urinaire c’est un peu plus gênant (...) Là où ça gêne, [...] ici on est bien isolé, c’est la confidentialité. Parce qu’on sait très bien que la salle d’attente, elle entend toute la conversation,”*

MG 10 : *”ces gens-là ils sont privés de confidentialité (...) c’est dans les cabinets, [...] t’as toujours, une mauvaise insonorisation, [...] et le patient sourd par définition, c’est le patient euh, dont la vie médicale ou la vie privée, euh, n’existe pas”*

b. Appréhension, frustration de la part du médecin :

Lors des consultations avec des patients sourds, plusieurs médecins disent ressentir une appréhension, un manque d’échange et avoir des difficultés pour avoir une relation de bonne qualité. Sont-ils gênés ou mal à l’aise par une méconnaissance de la pathologie secondairement au fait que ces consultations sont peu fréquentes?

MG 4 : *”il y avait un échange, on pouvait se comprendre, mais ça a jamais passé (...) j’arrive pas à avoir une relation comme avec les autres patients... (...) moi c’est le face à facequi me gêne. (...) j’ai du mal à avoir un contact. (...) je me sens mal à l’aise (...) pathologie que je connais pas bien (...) Je pense que ça vient du fait que j’en vois pas beaucoup aussi”*

MG 9 : *”c’est la peur d’être mal compris...”*

Le MG 7 qui sait signer souligne qu’elle s’est sentie mal à l’aise lors d’une consultation avec un patient sourd locuteur de la langue des signes, mais portugaise : *« j’étais pas à l’aise, parce qu’on se comprenait pas en fait »*

De plus, il existe un sentiment de frustration de la part des médecins car ils ont l'impression de ne pas maîtriser la consultation. (MG 1, 7, 9, 10). En effet, lors d'une consultation avec un de ses patients sourds qui a des troubles sexuels, le MG 10 est insatisfait de sa relation car le motif et donc la communication étaient difficiles.

MG 1 : ” pour moi c'est frustrant parce que j'ai l'impression de ne pas faire la même médecine qu'avec quelqu'un qui comprendrait bien (...) **J'ai l'impression de simplifier ma médecine** (...) parce que j'ai l'impression d'être beaucoup moins complète qu'avec quelqu'un qui parle ”

MG 7 : ”Je pense pour un médecin. C'est toujours arrivé d'avoir un patient qui parle pas ta langue, ou tu sens que, c'est frustrant pour les deux (...) ça doit être frustrant quand t'as un patient avec qui tu peux pas communiquer, ”

MG 9 : ”je pense quand on voit une personne malentendante, on n'a l'impression de pas avoir tous, tous les éléments ”

Certains ont peur de penser que le patient, étant sourd, n'est pas en mesure de comprendre les explications.

MG 1 : ”C'est pas très satisfaisant parce que j'ai l'impression d'être beaucoup moins complète qu'avec quelqu'un qui parle. (...) de considérer souvent à tort mais que comme il parle pas bien il comprend pas bien donc des fois de donner des explications un peu simpliste par facilité. ”

MG 9 : ” **d'avoir l'impression qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre en fait.** Alors que C'est totalement faux, (...) mais le fait d'avoir quelqu'un en face de soi qui n'entend pas, et qui a souvent un regard interrogatif, ça me renvoie un peu cette image-là, mais cette personne est tout à fait normale intellectuellement, mais, et il faut pas que je lui parle comme à une débile ”

c. Consultation énergivore ?

De part, l'effort d'adaptation réalisée, les consultations avec des patients sourds sont ressentis comme énergivores : “ *c'est un effort pour moi, c'est pas très reposant pour moi* ” (MG 7), “ *c'est très fatigant* ” (MG 11).

Le MG 11 ne ressent pas de réelle appréhension mais avoue que les consultations avec les patients sourds sont compliquées “ *heureusement je n'ai pas un afflux énorme de patients sourds, parce que ça me prend la tête (...) Mais ça rend encore plus compliqué, aussi plus riche la consultation*”.

d. Sentiment d'incompétence ?

Les médecins se sentent démunis surtout en ce qui concerne la prise en charge psychologique comme nous l'avons montré précédemment “ *ça devient ingérable, l'entretien sans parler la langue. (...) donc ça c'est un peu frustrant.* ” (MG 1)

Il ressort même un sentiment d'impuissance voire d'incompétence qui peut être ressenti comme une “ *réelle souffrance* ” selon le MG 7. Le médecin en se projetant au-delà que la consultation elle-même a “ *l'impression de ne pas avoir toutes les informations* ” (MG 9) lors de la consultation.

MG 5 : “*alors je sais qu'il y a des aides, mais je pense que je me sentirais pas compétent*”

MG 11 : “*Si je réfléchis, j'y réfléchis je crois que j'aurai un tout petit peu moins confiance dans mon examen clinique.* ”

e. Nécessité d’être plus attentif :

Certains médecins n’ont pas d’appréhension concernant les consultations avec les patients sourds, elle est vécue comme une consultation lambda, avec ses particularités propres : ses adaptations nécessaires, sa durée, ses difficultés, ils soulignent l’importance d’être malgré cela plus attentif aux demandes et au besoin du patient.

MG 2 : “ *je dirais qu’avec une personne malentendante, [...] il n’y a pas du tout cette appréhension*”.

MG 5 : “ *je suis pas particulièrement inquiet, ça va bien se passer (...) je le sais mais je suis pas train de me dire, tiens je vais recevoir un patient avec un problème d’audition, je commence pas par ça. (...) je le vois pas, pas sur les sourds, parce que heureusement avec les sourds que j’ai, on arrive bien à communiquer, j’ai pas cette difficulté-là*”

MG 7 : “ *C’est-à-dire qu’il faut être déjà bien disposé (...) j’ai pas peur (...) oui je me sens bien*”

MG 8 : “ *non ça me gêne pas (...) C’est un peu plus posé, quoi. [...] ça me dérange pas. (...) c’est pas un obstacle*”

MG 11 : “ *ça fait partie de notre métier, d’interpréter tous les signaux possibles, et d’en faire le mieux possible, et de faire, comprendre après ce qu’il faut faire.(...) pour le patient sourd, c’est pareil parce qu’il a une communication qui est différente de la moyenne des gens, donc il faut faire plus attention*”

MG 12 : “ *j’ai pas une appréhension avec le patient sourd*”

f. Sentiment de malentendu de la part du médecin :

Il peut exister un malentendu de la part du médecin si ce dernier n'est pas informé de la surdité du patient, cela peut en effet fausser son opinion, voire son ressenti du patient lors de la consultation. Ces situations peuvent être fréquentes lors d'une première entrevue si le patient ne prévient pas le médecin dès le début.

MG 4 : *“Au début je pense que c'est des psy, la plupart du temps, c'est un psycho je sais pas quoi [...] au bout d'un moment, il me dit mais j'entends pas bien j'ai un problème d'oreille [...] et à chaque fois c'est quand je les interroge parce qu'ils me disent pas le problème”*

MG 5 : *“ça se voit pas sur elle qu'elle est sourde, donc les gens font pas attention, et comme ils font pas attention, ils l'a considèrent comme quelqu'un qui entend bien et donc, on peut se poser des vraies questions”*

MG 8 : *“il y en a qui entendent moins bien et qui ne te le disent pas”*

g. Intérêt d'une consultation spécialisée ?

Un des médecins s'interroge sur l'intérêt de consultations spécialisées en langue des signes. Est-ce qu'une consultation par un médecin au fait des troubles de communications des patients sourds ne serait pas la solution. Ne serait pas une ouverture à une relation médecin – patient plus solide, plus confortable, si le patient et le médecin étaient sur le même mode de communication.

MG 11 : *“je pense qu'il faut les réserver pour des consultations, où votre spécificité est importante, donc c'est dans la communication (...) Faut considérer comme un problème de communication, et faut essayer de résoudre le problème de communication. (...) une spécialité qui est la communication avec les sourds et muets (...) en faire une vraie spécialité.”*

DISCUSSION

1. Analyse des résultats :

L'étude des données qualitatives a permis de décrire de façon intéressante la vision des médecins généralistes concernant les patients sourds, ainsi que leur ressenti en ce qui concerne les modes de communication et la qualité leur relation avec le patient.

Plusieurs thèmes sont ressortis des résultats du codage des entretiens. Les représentations du patient sourd, les modes de communication en amont et lors de la consultation, le vécu de celle-ci, et enfin relation médecin-malade.

a. Les patients sourds :

De manière générale, les médecins interrogés sauf le médecin qui signait (MG 7) ont peu de sourds dans leur patientèle. Ils font la différence entre les sourds congénitaux ou d'enfance et la presbyacousie. La faible fréquence de la surdité permanente bilatérale décrite dans la patientèle des médecins interrogés est cohérente avec la littérature.

Les étiologies décrites dans ce travail sont nombreuses. Surdité congénitale, pré linguale, post linguale de l'enfant, surdité brutale, infectieuse, syndrome génétique (le syndrome de Usher par exemple) et presbyacousie sont autant d'étiologies que de prises en charge et d'abord du patient différentes. En effet, pour le syndrome de Usher (MG 10): le patient a une surdité associée à des troubles visuels. La communication va être grandement modifiée d'une part car le patient est sourd, et d'autre part car ce dernier est malvoyant. (17).

Ensuite, nous avons pu voir à travers les entretiens que la terminologie pour "le patient sourd" est variable d'un médecin à l'autre : "vrai sourd"; "sourd-muet", sourd profond, malentendant, avec toutes les graduations possibles. La thèse de C. Audran dénombre neuf manières de nommer les Sourds. Que nous apprend la variabilité de désignation employée par les médecins interrogés ? Probablement que leur connaissance dans ce domaine est limitée (9,12,21), où ne sont-ils pas à l'aise avec cette problématique ?(13,17) Peut-il s'agir d'un déni de la surdité ? Existe-il une façon de parler politiquement correcte ? La surdité peut représenter d'une part la surdité - pathologie et la surdité - problématique sociale. Mottez (14) a écrit respectivement en 1993 et en 1996 « Les Sourds existent-ils ? » « Une entreprise de

dénomination : les avatars du vocabulaire pour désigner les sourds aux XIX et XXème siècle » dans lequel il mentionne les difficultés de nommer les Sourds.

Il est légitime en lisant les verbatims de se poser alors la question : existe-t-il des faux sourds ou des faux entendants et vrais entendants ?

Il est en effet délicat de faire la part des choses entre les patients sourds signeurs qui ne parlent presque pas (du fait que leur langue maternelle est la LSF) et les patients sourds qui parlent de façon plus ou moins intelligible. Rappelons aussi que tous les sourds ne signent pas. Mais ce n'est pas parce qu'un patient parle, qu'il entend, car *"être sourd - ou non – est plutôt un état. Et cela ne se voit pas"* B. Mottez p 123 (14).

Après la difficulté pour désigner les sourds, nous nous apercevons que les médecins évoquent naturellement les moyens de communication de leur patient. Peu témoignent de patients signeurs dans leur patientèle. Les médecins connaissaient-ils réellement le moyen de communication propre de leurs patients ? C'est-à-dire leur langue maternelle ou leur langue de vie : le français, ou la langue des signes ? Il est intéressant de voir que les médecins parlent parfois de langage des signes ou de langue des signes. Nous rappelons que la langue des signes est relativement récente (9,14). Elle a été reconnue comme langue à partir des années soixante-dix aux Etats Unis puis au début des années quatre-vingt-dix en France avec le réveil sourd. En effet avant cela, le mime, le langage gestuel des sourds, ou la communication avec les mains n'était donc pas reconnue et taboue. C'est en 2005, la France a légiféré en ce sens : la langue des signes a été reconnue comme une langue propre.

Devant un français parfois approximatif, une difficulté à entrer en communication avec certains patients sourds, la majorité des médecins fait le rapprochement des sourds avec les patients ne parlant pas français: (MG 1) *“pour moi c’est pas pire que quelqu’un qui ne parle pas du tout français”*. Se posent alors les questions suivantes : est-ce une culture ou une langue différente ? Barnett (23) met en évidence en effet des similitudes entre la communauté Sourde et d’autres minorités culturelles.

La différence de culture et de langue peut être un frein à la communication et à la compréhension de chaque protagoniste lors de la consultation. En effet, la culture Sourde et la langue des signes sont différentes de la culture et de la langue française. (14,22) C’est une culture est basée sur l’iconicité, le visuel et non sur l’audition.

Quelques médecins de notre étude (MG 1, 5, 11) ont mentionné des troubles de compréhension de l’écrit chez leurs patients sourds. Ces médecins sont donc au fait qu’il existe un nombre important de sourds illettrés (6,7,8). En effet, une forte prévalence d’illettrisme dans la population sourde est bien connue, le niveau de français est très variable d’un sourd à l’autre. Dans la littérature, il existe régulièrement une association entre les sourds et un bas niveau socio-culturel.

De telles différences culturelles, linguistiques, et les difficultés à l’écrit, révèlent un réel handicap social dans cette population. Les entretiens réalisés le démontrent, pourtant malgré cela, les médecins soulignent les facultés d’adaptation de leur patient au système : *“ils se débrouillent tout seul”* (MG 3), *“ils compensent (...) le sourd il va se démerder pour adapter son handicap à la vie de tous les jours”* (MG 6) *“c’est des gens qui ont trouvé des parades pour se débrouiller dans la vie”* (MG 12). Les patients Sourds mettent en place des stratégies de *“coping”*, d’adaptation, voire de résilience. Le MG 12 trouve d’ailleurs que les patients s’adaptent mieux qu’elle. Les sourds ont probablement de bonnes capacités d’adaptation dans la vie quotidienne, mais est-ce réellement le cas lors de l’accès aux soins ? Nous n’avons pas pu confronter ces résultats à la littérature.

Malgré cela, les médecins voient qu'il existe une possible souffrance, un isolement, voire même de la peur et de l'appréhension chez ces patients quant à l'accès aux soins. Steinberg et al. (16) et Barnett (21) lors d'études qualitative et quantitative avec des patients sourds ont mis en évidence que les accès aux soins pour ces personnes était souvent associés à un stress, à de la peur, et à des émotions négatives (14,25). Il ressort aussi une frustration de ne pas pouvoir aborder tous les sujets lors d'une consultation avec un médecin seul ou avec un tiers *"il doit y avoir une souffrance, ou une frustration, de se dire oh le médecin il a pas dû bien comprendre le problème, et j'ai pas bien compris ce qu'il m'a expliqué"* (MG 7).

Le MG 1 a l'impression de ne pas faire autant de prévention qu'avec des patients entendants. L'accès à la prévention ou au dépistage n'est pas évident pour les sourds (26). L'INPES a développé sur son site de nombreuses informations en langue des signes, mais sont-elles connues et sont-elles adaptées à la population Sourde ?(27).

Les sourds se posent beaucoup de questions au sujet des IST ou des cancers, car ils ne peuvent pas avoir les réponses dans leur langue, ou alors les réponses ne sont pas adaptées (3,25). En effet il peut en ressortir un besoin de réassurance pour des motifs qui peuvent paraître bénins *"ce qu'elle a besoin c'est souvent que je la rassure, regarder beaucoup ses oreilles (...) il y a une inquiétude de perdre encore plus l'audition,"* (MG5).

b. Communication :

- **En amont de la consultation, la communication à distance**

Les médecins soulignent qu'il est important de mettre à jour le dossier médical, et de consigner les antécédents du patient (28). Ils consignent aussi le moyen de communication du patient sourd : "lecture labiale" (MG5). Afin de faciliter la prise en charge et la continuité des soins entre confrères, les médecins ayant évoqué la tenue du dossier médical sont tous en cabinet de groupe.

La mise à jour du dossier médical fait partie des compétences du médecin généraliste (29) tant d'un point de vue médical que légal. Il est intéressant que les médecins mettent à jour les données du patient telles que les pathologies importantes ainsi que les moyens ou la langue de communication.

Les rendez-vous sont pris dans la majorité des cas par les secrétaires, il aurait donc été judicieux d'avoir l'avis ces dernières sur la prise des rendez-vous. Régulièrement les patients demandent à un de leurs proches entendants de prendre rendez-vous pour eux. Les médecins ont souligné la difficulté concernant la prise de rendez-vous. Le MG7 pense que cela peut être un frein aux consultations médicales. Les difficultés de la communication téléphonique induisent des malentendus, et favorisent les venues au cabinet sans prendre rendez-vous, mettant ainsi le médecin en situation délicate.

Il est rarement fait état dans les entretiens d'une prise de rendez-vous par mail, texto, et aucun ne parle de visiophonie (système de plus en plus fréquent car cela permet aux Sourds de s'exprimer directement en langues des signes). Dans l'article d'Amoros et Al (28) les rendez-vous sont pris le plus souvent par courriel. Le MG 7 insiste sur le fait qu'elle voyait beaucoup plus de Sourds aux urgences qu'au cabinet. Les patients consulteraient ils plus souvent dans les cabinets sans rendez-vous ou aux urgences pour contourner la prise de rendez-vous (16)? Les patients sourds interrogés dans l'article de Barnett (21) avouent se rendre directement aux urgences plutôt que de prendre rendez-vous avec leur médecin généraliste.

Enfin la confidentialité est limitée d'autant plus si le patient demande à un de ses proches de prendre rendez-vous pour lui. Il a alors l'impression de ne pas avoir d'intimité. Le problème se pose d'autant plus quand il s'agit d'un motif intime ou psychiatrique (30).

- **Pendant la consultation :**

La communication demeure une préoccupation importante pour les médecins généralistes lors de l'abord d'un patient et en l'occurrence d'un patient sourd.

Il existe comme pour les étiologies de la surdité, une hétérogénéité des modes de communications mis en place par les médecins généralistes.

- Communication Verbale

Globalement les médecins interrogés ont une bonne connaissance des outils à installer lors de la consultation. Même si ces outils ne font pas tout, ils sont les bases de la communication avec un sourd. On voit à travers les entretiens que les médecins mettent en place des adaptations de postures dans leur cabinet, autour du bureau : parler en face du patient, articuler, parler calmement, éviter de regarder l'ordinateur tout en parlant au patient. Ce sont autant de techniques de communication qui ont été décrites par la littérature et par les patients eux-mêmes (16,21). Aucun n'a évoqué le problème de la lumière, comme par exemple se mettre face à la lumière et non pas dos à celle-ci, car le contre-jour rend moins visible les expressions et la bouche du médecin (9).

Enfin nombreux d'entre eux ont parlé de la lecture labiale. C'est un système de communication important, mais largement surestimé. La lecture labiale peut s'avérer très difficile pour un sourd, d'autant plus lors d'une consultation médicale où il existe un stress et une angoisse de compréhension. On rappelle que la compréhension par la lecture labiale passe par une suppléance mentale car en moyenne 1 mot sur 3 est compris directement. (9,31) . De plus certains patients n'ont jamais appris à lire sur les lèvres (surdité tardive, presbycusie). Le Dr. Dagrón mentionnent les "*illusions de la compréhension des Sourds avec la simple lecture labiale*"(24).

Les médecins essaient de parler plus fort ou plus grave, ce qui amène des problèmes de confidentialité.

Enfin, n'oublions pas les sourds sachant lire sur les lèvres mais ayant des troubles visuels (Usher, DMLA ou cataracte chez les patients âgés).

Il est intéressant de constater que peu de médecins interrogés se sont posés la question du mode de communication privilégié du patient. Peu ont évoqué la langue des signes.

- Communication non verbale :

Même si pour la majorité des médecins, la langue des signes leur est inconnue, ils utilisent régulièrement une communication non verbale (32). Celle-ci est plus importante qu'avec des patients entendants, elle passe par des gestes, des mimes, le toucher pour rassurer, comme le décrit le MG 11 : *“on fait beaucoup de mouvements avec les mains, il y a un certain nombre de mouvements qui veut dire quelque chose en général, on essaye de se comprendre”*, ou le MG 8 : *“j'ai tendance à la rassurer en lui mettant la main sur l'épaule, ce que j'irai pas faire avec un entendant normal”*.

Finalement presque tous les médecins ont parlé de l'écriture. Les médecins ont cité plusieurs supports : ardoise magique ou Wéléda®, papier, écran d'ordinateur. Ils utilisent ces moyens de communication très régulièrement. Cependant les capacités de lecture et de compréhension de l'écrit des Sourds sont à prendre en compte, à savoir que la syntaxe français écrit – langue des signes est différente (16). De plus les informations délivrées sont souvent plus concises qu'à l'oral, il paraît difficile de noter toutes les indications sur une ordonnance. Certains médecins comme le MG 1 ont l'impression de simplifier leur médecine. Dans la littérature, on retrouve régulièrement l'exemple de la prévention contre le tabagisme avec le slogan: *“ fumer tue... fumer nuit gravement à votre santé ”* (3) , ce message a mal été compris par la communauté Sourde, cela s'est transformé : *“ fumer la nuit tue ”*. C'est pour cela qu'il faut toujours se méfier d'une communication à l'écrit avec ces patients, car elle peut être source de malentendu.

- Supports :

Ils vont aussi utiliser des images, des dessins, comme Dagron et Amoros et Al (24,28) le décrivent. Les sourds fonctionnent grâce à un mode visuel.

L'ordonnance est aussi régulièrement utilisée comme support (MG 1, 9, 11) avec plus d'informations notifiées. Cependant le MG 1 ne veut pas *“noyer”* son patient sous trop d'informations qu'elle n'aurait pas pu expliquer. Le MG 11 insiste sur le fait qu'il explique régulièrement ses prescriptions au patient. Les médecins concernées soulignent aussi qu'ils ne

peuvent pas tout noter, donc ils sélectionnent les peut-être les informations les plus importantes, ou pertinentes. “ le choix des mots” est peut-être plus important (MG 1).

Ils utilisent ces supports pour s’assurer que le patient ait bien toutes les informations, tout en vérifiant qu’il ait bien compris celles-ci

- La langue des signes française

Même si la langue des signes est anecdotique par rapport à la langue française, elle peut avoir son importance dans le lien médecin-patient sourd. C’est la médecin généraliste signeuse qui en parle le plus ouvertement. Elle trouve que les patients sourds signeurs plus en confiance et à l’aise dans ce mode de communication. Il semble évident que pour un motif simple la langue des signes ne sera peut-être pas une obligation mais s’il s’agit de diagnostic grave, ou d’un motif plus complexe, elle devient une langue de choix. “ *Une personne en demande de soins doit avoir la possibilité de s’exprimer, comprendre et être comprise dans la langue où elle n’a pas d’obstacles. Cela évite, parfois des diagnostics tardifs, des traitements inadaptés. Cela évite toujours des souffrances supplémentaires.* ” Dagron, Les Silencieux.(24) .

Une étude américaine a montré en 2006 que les patients sourds préfèrent consulter les médecins qui connaissaient la langue des signes eux même (16) ou qui sont accompagnés d’interprète.

En diminuant ainsi les risques de malentendus ou d’incompréhension entre médecins et patients, cela rend la consultation plus confortable pour chacun des protagonistes

En définitive, le médecin s’adapte au patient sourd par ces différentes techniques de communications. Nombre d’entre eux souhaitent donner une information comme à un patient lambda mais sentent une différence, un frein. Il est évident que les bases d’une bonne relation entre les deux acteurs sont la communication et l’échange.

c. Tiers

La présence d'une tierce personne lors de la consultation, est globalement vécue comme une aide ou un atout lors de la consultation. En effet, il peut servir de traducteur, d'aide à la compréhension de la part du patient ainsi que du médecin: MG 1 : « *ça reste une aide importante* », ou MG 4 « *c'était plus facile, parce que j'avais quelqu'un qui traduisait, enfin pas qui traduisait mais qui m'expliquait un peu les choses quand même* », MG 9 : « *il va pouvoir amener des détails sur l'histoire de la maladie* », MG 11 « *On écoute surtout la tierce personne et on regarde l'autre* ». Le tiers peut être important pour compléter l'interrogatoire par exemple.

Malgré cela certains médecins trouvent qu'il y avait ici aussi un manque de confidentialité et de neutralité. Par exemple le MG 11 : « *Le traducteur c'est pas quelqu'un d'assermenté donc il va pas forcément tout dire comme c'est fait.* » Ou le MG 3 : « *si c'est quelqu'un de la famille il peut y avoir interprétation de la question, et donc ça sera pas répercuté* », ou enfin le MG 10 : « *Parce que pour finir il donne les choses avec son interprétation, à lui qui sont forcément pas juste. (...) Ce que tu peux pas faire devant les gens qui t'accompagnent, devant des gens qui sont pas, à qui tu ne fais pas confiance* ».

En effet, les proches du patient sont souvent présents lors des consultations, mais couramment les patients trouvent cette présence inadéquate. Ils peuvent se sentir régulièrement exclu de la consultation (16), ou ressentir la présence de cette tierce personne comme intrusive. Les médecins essaient de limiter ce sentiment : « *je faisais toujours attention à lui transmettre au fur et à mesure ce qu'on disait d'essentiel* » (MG 10) ou « *j'essaye quand même de faire que le tiers n'empiète pas trop* » (MG 8).

Pour autant, aucun des médecins n'a eu recours à un tiers professionnel. Les MG 5, 10, et 11 admettent que cela pourrait être bénéfique dans la relation médecin-patient. L'intérêt de l'interprète selon le MG 10 est fondamental lorsqu'il va s'agir d'un motif psychologique ou intime (problème urologique ou gynécologique relaté dans les entretiens).

Le MG 10, tout comme le Dr. Dagron (24), doute de l'éthique d'une consultation d'un patient sourd avec un proche. En voyant l'accompagnant comme une aide mais aussi comme un obstacle dans la consultation, les médecins interviewés sont sur la bonne voie.

En effet, il paraît préférable d'avoir une aide neutre lors de la consultation tel qu'un interprète français / langue des signes. L'interprète suit un code éthique et déontologique, il est soumis au secret professionnel. Les trois règles déontologiques fondamentales des interprètes sont: la neutralité, la fidélité, le secret professionnel (33). L'interprète se place à côté du médecin, légèrement en retrait de ce dernier pour diminuer le risque de triangulation et favoriser la relation duelle du médecin avec son patient. L'interprète est un véritable outil de communication lors de la consultation. (21,24) (p 184). Les patients témoignent régulièrement d'expériences opposées avec et sans l'interprète. Avec l'interprète les informations données lors de la consultation sont plus claires pour les patients sourds.

Cette situation peut être difficile pour le médecin, mais il faut voir dans cette triangulation un transfert des compétences du médecin vers l'interprète pour un meilleur confort du patient en terme de communication.

Un des médecins (MG 5) se posait la question de l'existence d'interprètes par internet, de logiciel : *« des aides par ordinateur (...) est ce qu'il n'y a pas des logiciels qui filmerait la personne et qui traduirai de qu'il dirait ? (...) à la limite ils se trimbalent même avec leur clé USB avec le logiciel dessus, de manière à ce qui le prête aux professionnels de santé. »* Il existe en effet depuis peu un système innovant qui permet aux usagers sourds de communiquer avec leur interlocuteur via une webcam, grâce à une plateforme d'interprète Français-LSF. (34,35)

Depuis la loi sur le Handicap (4,36) et l'accessibilité aux soins, la question de l'information donnée aux patients sourds est primordiale. Une information claire loyale et adaptée (6) ne peut l'être qu'avec des moyens de communication adaptés aux patients et non pas seulement aux médecins.

De surcroît, malgré la présence d'un tiers, qu'il soit professionnel ou non, il paraît fondamental de garder le patient au centre de la consultation, chose que les médecins ont souligné (MG 10, 11). (37)

Enfin, il paraît fondamental de rappeler aux patients sourds qu'en tant que médecin, nous sommes soumis au secret médical car les patients sourds ont peu de confidentialité dans leur relation médecin-patient dû à la présence fréquente d'un tiers (proche, famille, amis, collègue).

d. Le ressenti de la relation médecin-patient :

La relation médecin-patient et son ressenti sont deux penchants interdépendants de la consultation de médecine générale.

- **Examen clinique :**

Il est à noter que les médecins interrogés distinguent lors de l'examen clinique, d'une part l'entretien ou l'interrogatoire, et d'autre part l'examen physique..

D'une part l'**entretien** est un moment qui peut être éprouvant autant pour le médecin que pour le patient car c'est un moment privilégié de discussion. Si la communication ne passe pas, ce moment est souvent vécu comme frustrant par les médecins. Cette difficulté est décrite dans la thèse de C. Audran (12). Le MG 12 dit ressentir un handicap probablement plus important en communiquant avec un patient sourd, que le sourd lui-même avec le médecin. Finalement on retrouve un handicap partagé, car la communication donne un sentiment de frustration aux deux protagonistes. Des deux côtés il existe une rupture du lien, d'une part oral et de l'autre visuel quand le médecin entendant ne signe pas ou qu'il n'y a pas d'interprète (21,26). Le MG 7 partage lors des entretiens que les patients sourds qui la voyaient signer, étaient soulagés et très contents de pouvoir communiquer dans leur langue. On peut comparer par exemple, cela à un français vivant au Japon mais ne parlant pas la langue, il serait malheureux de ne pas pouvoir accéder aux soins dans sa langue.

Globalement, les médecins trouvent que la consultation est moins fluide (2,5) qu'elle manque de spontanéité, cependant ils trouvent l'examen est plus rigoureux, déclarent être plus concentrés sur le motif principal, et moins se disperser. Le MG 1 se sent un peu démuni par rapport aux explications qu'elle va fournir à son patient. D'autres médecins vont aussi trouver que la discussion est simplifiée, plus concise, moins détaillée, ce qui est aussi mis en évidence dans la thèse de C. Audran (12).

Ralson et al. (38) met lui aussi en évidence une consultation avec un patient sourd plus compliquée qu'avec un entendant.

Enfin la fluidité de l'entretien va être aussi influencée par le motif de consultation. Si le motif de consultation est "simple" type virose, les médecins vont se sentir plus à l'aise que devant une demande plus "psy", où l'entretien médical est fondamental.

Par ailleurs, **l'examen physique** d'un patient sourd est quant à lui réalisé de la même façon qu'avec un patient entendant. L'examen physique en médecine générale semble être standardisé (MG 9), objectif (MG 11), et rassurant par rapport à l'entretien (MG 4). Mais la MG 1 ne se sent pas à l'aise lors d'une consultation gynécologique car elle a l'impression de ne pas pouvoir expliquer son examen, de perdre le lien visuel qui lui semble important avec les patients sourds, et de ne pas préparer suffisamment la patiente aux gestes de l'examen.

Devant le peu de confiance en son examen clinique, surtout en son interrogatoire, le MG 11 se demande s'il n'a pas tendance à demander plus **d'examens complémentaires** : biologie, échographie, radiographie. Dans ses ouvrages, Dagron, mentionne un surcote économique et des explorations inutiles conséquences des incompréhensions voire des malentendus entre le médecin et le patient.

- **La souffrance du médecin**

Ces malentendus et incompréhensions semblent être sources de souffrance pour le patient, mais également pour le médecin. Toutefois, les avis divergent sur ce point de vue.

Certains médecins appréhendent la consultation avec un patient sourd (MG 1, 4) d'autres sont plutôt sereins ne considérant pas que ce sont des consultations à "problèmes" (MG 2). Mais ceux qui sont gênés ou qui trouvent déstabilisant de ne pas avoir toutes les cartes en mains, finissent par passer outre le problème de communication et s'adaptent.

Pourquoi existent-ils une appréhension, un sentiment de frustration, ou la peur d'être mal compris ? Un sentiment d'impuissance voire d'incompétence est probablement présent pour la majorité des médecins généralistes. Ils le reconnaissent et semblent ouverts aux formations ou aux sensibilisations voire aux informations par les patients eux-mêmes (MG 5) surtout chez les jeunes médecins.

Certains pensent à tort qu'étant donné sa surdité, le patient n'est pas en mesure de comprendre les explications. MG 9 *"mais le fait d'avoir quelqu'un en face de soi qui n'entend pas, et qui a souvent un regard interrogatif, ça me renvoie un peu cette image-là"*

- **La relation médecin-patient sourd, en médecine générale :**

Déjà en 1998, Me Gillot se posait la question de la relation médecin – patient sourd, et de leur prise en charge de ces derniers. Où en sommes-nous maintenant après la loi sur l’information des patients, la loi handicap, et l’officialisation de la langue des signes comme langue vivante en France ?(39)

« Dans un domaine où le respect de la personne humaine prend tout son sens, peut-on imaginer les difficultés que rencontre un sourd qui n’a que la LSF lorsqu’il consulte un praticien ignorant ce mode de communication ? Doit-on faire abstraction du probable malaise du médecin dans cette situation de handicap partagé ? Quelles sont les modalités possibles de dépassement de cette situation ? Autant d’interrogations légitimes pour lesquelles peu de réponses sont disponibles. » (Rapport Gillot, 1998)

Comme l’énonçait Bernard Mottez sociologue des Sourds : *« il faut être au moins deux pour qu’on puisse commencer à parler de surdité. La surdité est un rapport. C’est une expérience nécessairement partagée »* (14)

Même si la prévalence est faible, et que les médecins trouvent ne pas avoir assez de recul pour mettre en place des astuces améliorant leurs consultations, ils font preuve d’une capacité d’adaptation lors de leurs entretiens. Après l’analyse des entretiens nous voyons que les médecins généralistes veulent offrir des soins à leur patients sourds comme à n’importe quel patient. Ils font leur possible pour avoir une relation satisfaisante autant pour eux que pour leur patient.

A noter que parmi les médecins interrogés certains faisaient partie de groupe Balint (MG 3 et 6), de groupe de pairs (MG 1, 5, 11) ou avait une formation de thérapie cognitivo-comportementale (MG 3). Cela peut laisser penser que ces médecins sont à l’écoute de leur patient et de leurs demandes, et qu’ils ont une approche centrée patient pour une prise en charge optimale.

L’approche centrée sur le patient est largement reconnue comme une compétence fondamentale de la médecine générale. Elle peut être délicate dans ce contexte, en effet la méconnaissance de la culture Sourde, et de la langue peut être source d’inconfort (21). Cependant, l’un des rôles prépondérants des généralistes est de s’adapter à la personne qui le consulte. Nos entretiens montrent que les médecins souhaitent avoir une relation médecin-

patient sourd semblable aux autres patients. La relation médecin patient est d'autant plus confortable que le patient est connu du médecin, et qu'il a pu mettre en place progressivement des techniques d'adaptation lors du suivi médical.

Nous avons pu ressentir aussi de la satisfaction lors des entretiens. En effet, de nombreux médecins ressentent (MG 1, 2, 3) une certaine reconnaissance ou de gratitude de la part de leurs patients, d'autant plus que le suivi est ancien. Le MG 3 parle de relation « *confortable* » et « *chaleureuse* », quant aux MG 2 et 5 ils trouvent qu'une relation de confiance s'installe surtout quand le patient se sent en confiance. Les médecins interrogés attachent de l'importance dans le bien être de leur patient. Il existe bien une relation médecin-patient sourd. La MG 7 trouve sa relation avec les patients sourds privilégiée car elle utilise la langue des signes lors des consultations et les patients lui en sont reconnaissants. (16)

- **La compréhension : pilier de la relation**

Les médecins ont le sentiment que la consultation a été un succès si la communication est passée et que le patient en a compris les tenants et les aboutissants. Le médecin peut se sentir désemparé s'il se rend compte qu'il n'a pas su comprendre ce que souhaitait le patient ou le motif principal de la consultation.

Une appréhension peut apparaître peut s'instaurer autant chez le médecin que chez le patient, car les deux protagonistes de la consultation font face à un défi de taille dans la relation médecin-patient : la capacité à se comprendre et à entrer en relation (24).

Les médecins invitent régulièrement le patient à les prévenir en cas d'incompréhension, mais aussi à les faire répéter pour être sûr que les informations données aient été comprises. Ils n'hésitent pas à reformuler si besoin : “ *il y a une possibilité de **reformuler** et de passer un petit peu plus de temps (...) il faut inviter le patient à dire qu'il n'a pas compris certaines choses* ” (MG 2), “ *on trouve toujours s'ils ont pas compris, **une périphrase**, une façon, d'expliquer les choses* ” (MG 3), “ *le problème du patient sourd , (...) il dit oui mais il a pas compris quoi, voilà l'objectif c'était d'être sûre qu'il ait compris, c'était mon objectif, quoi* ” (MG 7).

Mais les MG 2, 6, 7 insistent sur le fait que souvent les patients sont “*bons élèves*” et n'osent pas dire qu'ils n'ont pas compris, d'où le risque d'erreur ou d'incompréhensions. Souvent les patients sourds n'osent pas faire répéter et répondent « oui, oui ». Il est donc important en tant

que médecin généraliste de s'assurer que l'information a été saisie car la consultation avec un patient sourd est souvent source de malentendu même si réalisé dans leur mode de communication habituel. Enfin ils signalent l'importance d'être disponible et de prendre le temps d'écouter le patient, même si cela peut s'avérer difficile.

Il existe régulièrement des situations insolites en médecine générale, la consultation avec un patient sourd peut en être une. Elle permet de prendre du recul sur sa pratique habituelle, en effet les médecins interrogés ne s'étaient jamais posés la question de prise en charge et de la communication avec un patient sourd. Cela leur a permis de d'envisager ces consultations sous un autre angle. Il est évident qu'en étant généralement plus compliquée et complexe qu'une consultation lambda, cela enrichi aussi la relation médecin patient.

En médecine générale, peu de décisions peuvent mettre rapidement en jeu le pronostic vital du patient. Mais une inobservance des traitements médicamenteux ou des règles hygiéno-diététiques (par exemple lors d'une traitement par AVK ou pour un diabète) suite à une incompréhension de la part du patient, peut retarder une bonne prise en charge. Par contre, en chirurgie si un patient sourd doit se faire opérer, la littérature est formelle : il faut un interprète pour que le patient ait une information adaptée à son mode de communication afin de lui présenter de façon précise les avantages et les risques de la chirurgie. Pourquoi ne pas le faire aussi dans les prises en charge au long cours et dans l'éducation des patients sourds au cabinet de médecine générale ? En effet, l'information fait désormais partie, comme le diagnostic ou la thérapeutique du travail du médecin. Enfin dans ce genre de moment important de la relation médecin malade, il paraît fondamental d'avoir recours pour le patient à quelqu'un de certifié, et non pas à un proche.

La relation médecin patient est souvent déséquilibrée : d'un côté le savoir médical et scientifique et d'un autre coté le patient. La relation médecin patient sourd est elle aussi déséquilibrée mais surtout en terme de communication sauf dans un domaine où le patient sourd est plus compétent : "l'adaptation de la communication sourd-entendant" (24) MG 12 *"c'est des gens qui ont trouvé des parades pour se débrouiller dans la vie. (...) eux s'adaptent, toi tu t'adaptes, mais forcément moins facilement qu'eux parce que tu ne l'es pas au quotidien comme eux quoi."*

La relation médecin-patient type existe-t-elle ? Il semble que non. Il n'existe pas non plus de relation médecin-patient idéale, tout est à travailler avec chaque nouveau patient, avec son environnement, sa culture, sa langue, ses mécanismes (20,32). Il existe donc autant de relations, que de patients et de médecins. L'essentiel est qu'il subsiste un sentiment de confiance entre les deux acteurs. Le médecin se doit d'avoir un rôle bienveillant , et de remède (37), comme le souligne le MG 7 *“les gens ils étaient contents,(...) c'est assez gratifiant d'avoir ce rôle-là quand tu es médecin. D'avoir le rôle apaisant du médecin finalement.”*

Ceci a permis de mettre en évidence la perception que les médecins ont de leurs soins avec les patients sourds même si cette population n'est pas très fréquente dans leur patientèle. Ils ont pu exprimer ce qui est important pour eux et les difficultés qu'ils éprouvent concernant les patients sourds. En effet les attentes des patients sont différentes en fonction de leur origine de leur culture ou de leurs motifs de consultation.

e. Perspectives

Sept ans après le travail de Candice Audran dans la région de Nantes, les mêmes problématiques sont retrouvées chez les médecins généralistes de notre étude. Depuis 2007, il n'y a pas eu de grandes évolutions malgré la loi handicap et l'augmentation des plateformes de soins des patients sourds en France (16 unités)

L'appréhension et le sentiment d'incompétence ressentis par le médecin peut s'améliorer probablement grâce à une sensibilisation de cette spécificité Sourde, et à la culture Sourde, lors de formation, lors de sensibilisation pendant les études de médecine en deuxième ou troisième cycle, voire à l'hôpital aux divers soignants. Les sensibilisations peuvent être réalisées en binômes ou trinômes : médecins – interprètes – soignant sourds lors de mise en situation. Dans l'étude de Hoang (17), les étudiants étant en stage dans une communauté Sourde ont de meilleures connaissances de la prise en charge de l'accès aux soins des patients sourds.

De futures études pourraient évaluer d'une part, la vision des médecins généralistes sur la prise en charge de leur propres patients sourds dans les unités d'accueils et de soins de patients sourds, d'autre part faire une évaluation sur le ressenti du parcours de soin des patients sourds en France.

2. Limite de l'étude :

L'équipe de recherche :

L'enquêteur était novice et a expérimenté là sa première étude qualitative. Le manque de connaissance du chercheur a été contrebalancé par une recherche bibliographique sur la méthodologie et par l'expérience du directeur de thèse, formé et expérimenté à la réalisation d'études qualitatives.

La réalisation d'un guide d'entretien détaillé a pu limiter les biais d'investigation par exemple le manque d'entraînement à la réalisation d'entretiens par l'investigateur.

Le mode de recrutement s'est fait selon un mode indirect limitant le risque d'une relation établie préalablement à l'étude. Toutefois, les MG 1, 2, 3 connaissaient déjà le chercheur. Cette relation préétablie a pu influencer leurs réponses. En tant que limite de l'étude mais aussi de force. En effet, une limite car cela pouvait inhiber la réponse des médecins généralistes, mais une force aussi car ceux-ci étaient plus à l'aise devant une personne qu'ils connaissaient déjà.

Conception de l'étude :

L'échantillon de médecins interrogés était non randomisé mais raisonné, conformément aux usages en recherche qualitative. Il rassemblait des médecins généralistes d'exercices et d'horizons diversifiés.

La retranscription des entretiens n'a pas été retournée aux participants pour s'assurer de sa fidélité. Le retour des MG aurait pu valider la crédibilité de l'étude en confirmant que la retranscription correspondait aux idées exprimées, mais inversement cela aurait pu être un moment de censure de leur part. De plus, un biais de mémorisation n'est pas à exclure.

Analyse des données :

Deux chercheurs ont participé à l'étude. Un logiciel de codage (N'Vivo 10 ®) a été utilisé. Ce logiciel a permis d'aider le chercheur dans l'analyse des verbatims et dans le repérage de leurs occurrences. Les résultats ont été décrits par thèmes répondant à la question de l'étude.

In fine, très peu de médecins avaient dans leur patientèle des patients Sourds profonds, sauf le médecin qui signalait. Quant aux médecins qui ne signaient pas, on peut supposer qu'ils n'étaient pas au fait que leurs patients Sourds signaient car eux même ne signant pas, ils n'utilisaient pas ce mode de communication lors des consultations.

CONCLUSIONS

Cette étude qualitative nous a permis de déterminer les principales représentations des médecins généralistes concernant les patients sourds.

A partir d'entretiens semi-dirigés, il apparaît que les consultations concernant les patients sourds sont peu fréquentes dans la patientèle de médecine générale. De ce fait, le ressenti des médecins lors de la consultation médicale est aussi divers que le sont les étiologies de la surdité. Les médecins font fréquemment le lien entre la relation avec un patient sourd et un patient étranger qui ne parle pas français. Enfin, ces entretiens ont mis en relief la méconnaissance de la spécificité des Sourds et de leur culture par le médecin généraliste.

Le problème de communication étant au centre de la relation, et bien qu'il existe de nombreux moyens de communications (verbale, non verbale, écrite et langues des signes) ainsi que la mise en place de mécanismes d'adaptation, il persiste de la part des médecins généralistes face à ces patients, une appréhension et un sentiment d'incompétence. Malgré cela, le médecin reste profondément désireux de maintenir une relation médecin-malade de bonne qualité.

Suite à ces considérations, il paraît raisonnable de mettre rapidement en évidence le mode de communication privilégié du patient pour améliorer la communication lors de la consultation.

A travers ce travail, nous avons pu confirmer que l'accès aux soins des personnes sourdes peut être difficile. Cependant, ce problème restant peut fréquent dans le cadre de la consultation de médecine générale, l'enjeu paraît être celui de la santé publique. Ainsi l'ouverture de l'Unité d'Accueil et de Soins des patients Sourds (UASS)   Lyon semble être une opportunité pour les patients sourds et leurs médecins généralistes. La présence de médecin signeur et d'interprète français / Langue des Signes Françaises (LSF) permettra une "relation médecin – malade" avec ces patients dans leur mode de communication habituelle. La perspective de cette unité est de permettre aux patients sourds de devenir acteur de leur santé et d'acquérir une autonomie dans l'accès aux soins. Et, au-delà, on peut espérer le développement d'un réseau entre cette unité, les médecins et les professionnels paramédicaux de ces patients.

CONCLUSIONS

Cette étude qualitative nous a permis de déterminer les principales représentations des médecins généralistes concernant les patients sourds.

A partir d'entretiens semi-dirigés, il apparaît que les consultations concernant les patients sourds sont peu fréquentes dans la patientèle de médecine générale. De ce fait, le ressenti des médecins lors de la consultation médicale est aussi divers que le sont les étiologies de la surdité. Les médecins font fréquemment le lien entre la relation avec un patient sourd et un patient étranger qui ne parle pas français. Enfin, ces entretiens ont mis en relief la méconnaissance de la spécificité des Sourds et de leur culture par le médecin généraliste.

Le problème de communication étant au centre de la relation, et bien qu'il existe de nombreux moyens de communications (verbale, non verbale, écrite et langues des signes) ainsi que la mise en place de mécanismes d'adaptation, il persiste de la part des médecins généralistes face à ces patients, une appréhension et un sentiment d'incompétence. Malgré cela, le médecin reste profondément désireux de maintenir une relation médecin-malade de bonne qualité.

Suite à ces considérations, il paraît raisonnable de mettre rapidement en évidence le mode de communication privilégié du patient pour améliorer la communication lors de la consultation.

A travers ce travail, nous avons pu confirmer que l'accès aux soins des personnes sourdes peut être difficile. Cependant, ce problème restant peut fréquent dans le cadre de la consultation de médecine générale, l'enjeu paraît être celui de la santé publique. Ainsi l'ouverture de l'Unité d'Accueil et de Soins des patients Sourds (UASS) à Lyon semble être une opportunité pour les patients sourds et leurs médecins généralistes. La présence de médecin signeur et d'interprète français / Langue des Signes Françaises (LSF) permettra une "relation médecin - malade" avec ces patients dans leur mode de communication habituelle. La perspective de cette unité est de permettre aux patients sourds de devenir acteur de leur santé et d'acquérir une autonomie dans l'accès aux soins. Et, au-delà, on peut espérer le développement d'un réseau entre cette unité, les médecins et les paramédicaux de ces patients.

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux



Carole BURBILON

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)



Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 12/12/2014

Vu, le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

1. Lelièvre F, Sander M-S, Tallec A. Handicap auditif en France : apports de l'enquête HID 1998-1999 [Internet]. 2012 juin [cité 16 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13453>
2. Mellerin I. Difficultés d'accès aux soins pour les patients sourds: place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients sourds signeurs des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.
3. Sitbon A. Le rapport à la santé des personnes sourds et malentendantes, quelles spécificités? INPES; 2012 avr p. 6. Report No.: 25.
4. 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.
5. HAS. Synthèse accès des soins des personnes handicapées [Internet]. 2008 [cité 2 juill 2014]. Disponible sur: http://www2.univ-paris8.fr/ingenierie-cognition/master-handi/etudiant/projets/site_lsf/def_lsf/definition.php
6. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
7. Porlon K, Université Claude Bernard (Lyon). Perceptions des médecins généralistes à propos de l'approche centrée sur le patient en fonction de leur expérience relationnelle professionnelle. S.l.: s.n.; 2013. 1 p.
8. Collège Français d'ORL et CCF [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/DCEMECNitems294.html>
9. Davenport SL. Improving communication with the Deaf Patient. J Fam Pract. 1977;4(6):1065-8.
10. Dagron J. Les Silencieux. Chroniques de vingt ans de médecine avec les Sourds. Presse pluriel. 2008.
11. Code de l'éducation - Article L312-9-1. Code de l'éducation.
12. Audran C, Ridoux I. Les sourds et la représentation que les médecins généralistes ont de leur soin: enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes. [France]; 2007.
13. Ebert DA, Heckerling PS. Communication with deaf patients. Knowledge, beliefs, and practices of physicians. JAMA J Am Med Assoc. 18 janv 1995;273(3):227-9.
14. Mottez B. Les sourds existent-ils? L'Harmattan. Paris; 2006. 388 p.

15. Les définitions / De quoi parle-t-on ? / Illettrisme / Accueil - Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme [Internet]. [cité 21 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions>
16. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health Care System Accessibility. *J Gen Intern Med.* mars 2006;21(3):260-6.
17. Hoang L, LaHousse SF, Nakaji MC, Sadler GR. Assessing Deaf Cultural Competency of Physicians and Medical Students. *J Cancer Educ.* 1 mars 2011;26(1):175-82.
18. Hamburger J. *L'aventure Humaine.* Flammarion. France; 1992. 172 p.
19. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - Article 7. 2004-810 août 13, 2004.
20. Moreau A, Kellou N, Supper I. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer.* 2013;24(110):10.
21. Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: A guide for medical education. *Acad Med.* juill 2002;77(7):694-700.
22. Dagron J. *Sourds et soignants, deux mondes, une médecine.* Paris: In Press; 1999. 173 p.
23. Barnett S. Clinical and cultural issues in caring for deaf people. *Fam Med.* 1999;31(1):6.
24. Dagron J. *Les Silencieux : chroniques de vingt ans de médecine avec les sourds.* Presse pluriel. 2008.
25. Sitbon A. Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) Présentation de l'enquête et premiers résultats. France: INPES; Report No.: 29.
26. McKee MM, Barnett SL, Block RC, Pearson TA. Impact of Communication on Preventive Services Among Deaf American Sign Language Users. *Am J Prev Med.* juill 2011;41(1):75-9.
27. Publics déficients auditifs - Accueil [Internet]. [cité 30 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/lst/default.asp>
28. Amoros T, Bonnefond H, Martinez C, Charles R. Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. *Santé Publique.* 2014;26(2):205-14.
29. WONCA Europe. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [Internet]. [cité 1 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
30. Steinberg AG, Sullivan VJ, Loew RC. Cultural and Linguistic Barriers to Mental Health Service Access: The Deaf Consumer's Perspective. *Am J Psychiatry.* 1 juill 1998;155(7):982-4.

31. Charles R, Bonnefond H. Le généraliste et les sourds : première partie culture sourde et médecins. Médecine. nov 2009;401-3.
32. Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. The relation between deaf patients and the doctor. Rev Bras Otorrinolaringol. févr 2009;75(1):147-50.
33. Code éthique des membres de l'AFILS [Internet]. [cité 25 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.afils.fr/index.php/code-ethique>
34. Centre d'interprétation Elision Accueil - WebSourd [Internet]. [cité 4 déc 2014]. Disponible sur: <http://accueil.elision-services.com/websourd.php>
35. Accès des personnes sourdes ou malentendantes à la téléphonie : L'expérimentation lancée par Marie-Arlette CARLOTTI [Internet]. [cité 4 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/acces-des-personnes-sourdes-ou,17018.html>
36. HAS. Haute Autorité de Santé - Accès aux soins des personnes en situation de handicap - Rapport de la commission d'audition publique [Internet]. [cité 10 juin 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique?xtmc=&xtcr=2
37. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. France; 1957. 419 p.
38. Ralston E, Zazove P, Gorenflo DW. Physicians' Attitudes and Beliefs About Deaf Patients. J Am Board Fam Pract. 5 janv 1996;9(3):167-73.
39. Gillot D. Les droit des sourds : 115 propositions : rapport au Premier Ministre. Paris; 1998.

Non cités :

Aubin-Auger I, Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

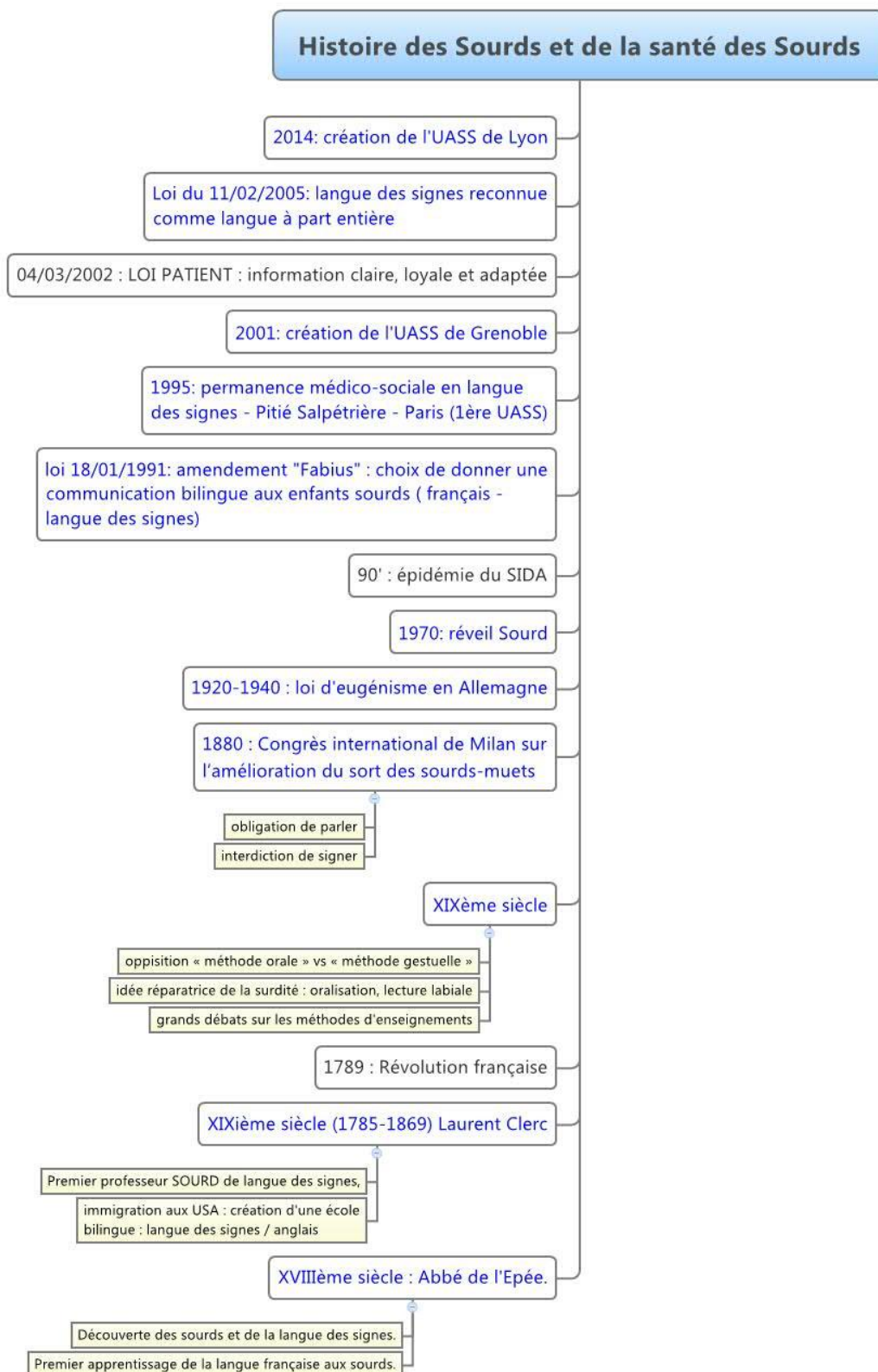
Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2ème éd. France: Armand Colin; 2007

Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. GMSanté et CNGE. St Etienne; 2011. 215 p.

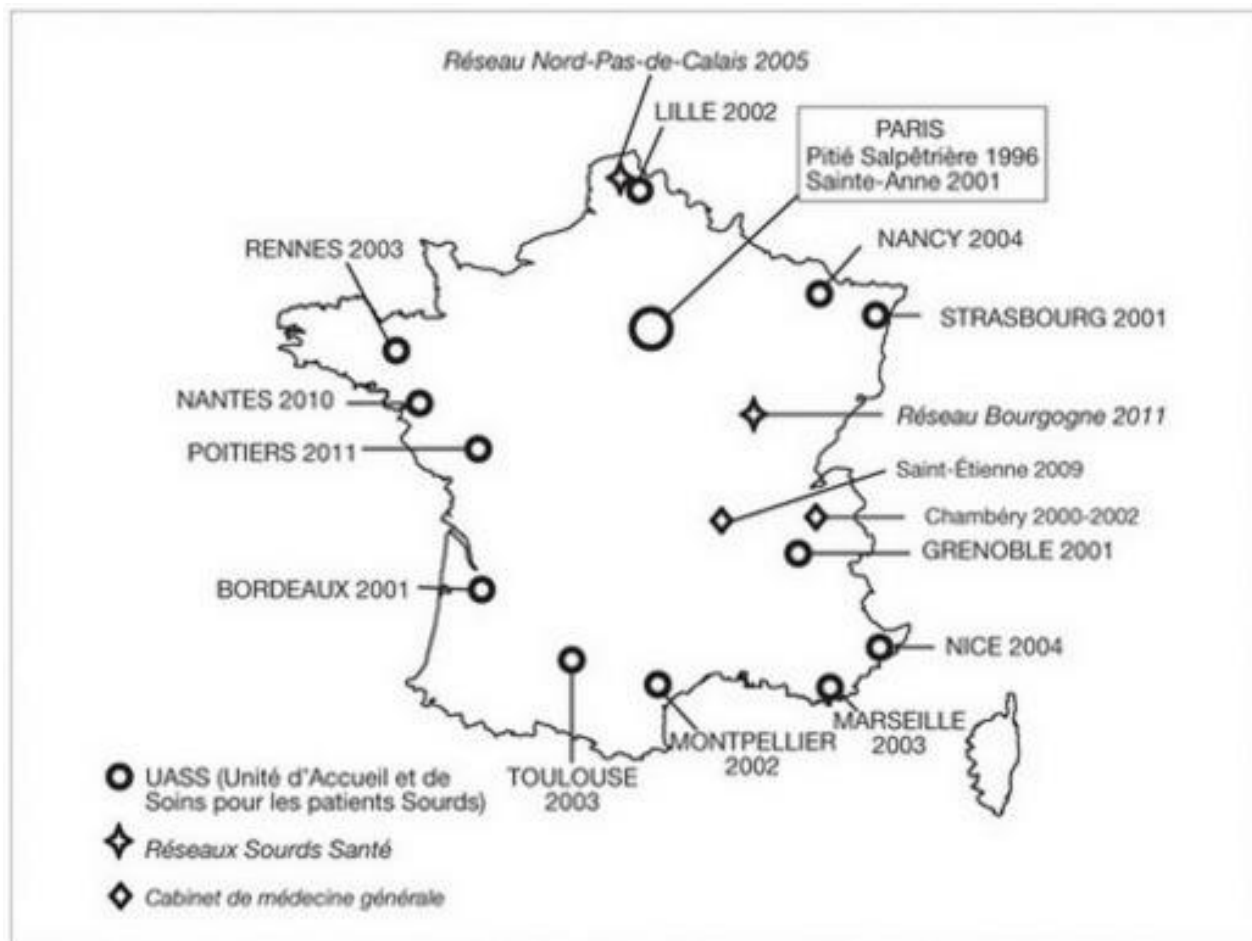
Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. [Cité 2 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 :



Annexe 2 : Dispositifs médicaux adaptés aux sourds en France. (Date de création) (28)



Annexe 3 : premier canevas d'entretien

Quelques définitions :

La surdité : Diminution très importante ou inexistance totale de l'audition qu'elles soient acquises ou congénitales.

La surdité constitue un symptôme et des étiologies très hétérogènes, de plus le vécu et la situation d'handicap ressentie par les patients est différente en fonction de l'âge de survenue de la surdité.

Nous avons ciblé les patients Sourds de naissance ou avant l'acquisition de la parole, les patients sourds signant (la langue des signes françaises) et les malentendants de naissance aussi.

La Langue des Signes Françaises (LSF) est une langue officielle depuis 2005, elle permet au personne sourde de communiquer entre elle grâce à un canal « visio-gestuel », et non pas comme les entendants à un canal « audio-vocal ».

Présentation du sujet de thèse :

« Bonjour, merci de me recevoir, je suis remplaçante en médecine générale, je prépare ma thèse de médecine générale. J'étudie les représentations que peuvent avoir les médecins généralistes au sujet des patients sourds ou malentendants, ainsi que l'évaluation des difficultés et des freins dans la relation médecin-patient Sourd.

Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits secondairement sur ordinateur.

Les données collectées sont strictement anonymes et les enregistrements seront détruits. »

1. Fiche médecin :
 - a. Age/ Sexe
 - b. Mode d'exercice : cabinet de groupe ou seul /
 - c. Milieu d'exercice : ville, semi rural, rural
 - d. Maître de stage, enseignants ?
 - e. Nombres d'année d'exercice ou d'installation
 - f. Proche ou non d'une Unité d'Accueil et de Soins en Langue des Signes (Grenoble) ou d'un médecin consultant en LSF?
 - g. Activités autres ?
2. Epidémiologie :

Pourriez-vous me donner les connaissances que vous avez dans les patients sourds ou malentendant ?

(Connaissez-vous l'existence des consultations en LSF au CHU de Grenoble ? ou la possibilité d'avoir un interprète en LSF ? ou l'existence de 2 médecins signeurs à St Etienne ?

Nombre de patients Sourds rencontrés ? ou dans la patientèle ?)

3. Représentations du patient sourd

- Que représente pour vous un patient sourd ou malentendant ?
- Quelle est votre expérience personnelle concernant les patients sourds

4. Relation médecin-patient Sourd

- Comment se passe pour vous une consultation en pratique avec un patient sourd ?
- (Durée ? Répétition ? Fluidité de la conversation ?)
- Quelles sont les difficultés ou obstacles que vous avez pu ressentir lors des consultations avec ces patients ? Quelles difficultés avez-vous mis en ressenti dans la relation médecin patient ? (communication, traduction ? compréhension ?), comment qualifieriez-vous votre relation médecin patient sourd ?
- Pourriez-vous me raconter une ou plusieurs expériences de consultations. (Moyens de communications utilisés, Délivrance de l'information)
- Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour surmonter vos difficultés ? (communication, interprète ? écrit ? adressé à un confrère signant ?)

5. Frustrations ressenties lors de la relation médecin patient ?

6. Comment pourrait on vous aidez à améliorer vos consultations avec un patient sourd ?
quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge en médecine générale des patients sourds.

« Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude »

Annexe 3 : deuxième canevas d'entretien

« Bonjour, je m'appelle Eva Prégniard. Merci de me recevoir et d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Je suis actuellement remplaçante en médecine générale. Je travaille ma thèse, dont le thème concerne les médecins généralistes et les patients sourds.

Mon travail s'intéresse plus particulièrement à la relation du médecin généraliste et du patient Sourd.

Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits secondairement sur ordinateur.

Les données collectées sont strictement anonymes et les enregistrements seront détruits. »

7. Je vais commencer par vous poser quelques questions d'ordre général.

Pouvez-vous me parler de votre exercice ? Votre lieu d'exercice ? Depuis quand vous exercez ou êtes-vous installés ?

8. Pouvez-vous me parler de votre expérience des patients sourds ?

a. Pouvez-vous me précisez comment se déroule ce genre de consultation ?

i. Pouvez-vous me parlez de la prise de rendez-vous ou quand vous avez essayé de joindre votre patient ?

b. Comment se déroulait la consultation en ce qui concerne la communication ? Quels sont les moyens de communication que vous pourriez utiliser lors d'une consultation ?

c. Comment ressentez-vous la relation médecin - patient sourd ?

i. Quelles sont les difficultés ou les facilités que vous avez ressenties avec les patients sourds ?

Ou quelles sont les difficultés ou les facilités que vous pourriez ressentir avec un patient sourd ?

9. Avez-vous quelque chose à ajouter, des suggestions ?

« Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude. »

Annexe 5 : Retranscription des entretiens (12)

Entretien n°1 (MG1) 19 :55

Le 13 mai 2014, entretien à mon domicile à Lyon, médecin généraliste de 32 ans, installée depuis 3 ans dans un cabinet de groupe en ville dans le Rhône. Maître de stage des internes en MG (Stage chez le praticien niveau 1). Activité de médecine générale exclusive.

Secrétariat sur place

Interviewer : Alors heumm... est ce que tu as déjà rencontré des patients sourds ?

MG1 : Oui

I : et euh... dans ta patientèle ? et euh et ...comment ça s'est passé ?

MG1 : (temps de réflexion) euh... moi je signe pas, donc les... J'en ai pas vu beaucoup et ou... la plupart des conversations se faisaient par écrit et ...

I : ok

MG1 : voilà, c'est vrai que l'entretien est quand même beaucoup plus concis, c'est plus des réponses courtes et des questions courtes, et il y a beaucoup moins de choses qui ressortent d'un entretien... c'est assez déstabilisant.

I : Et du coup, euhm... au niveau de la fluidité de la conversation ?

MG1 : C'est moins fluide.. Alors la personne qui savait écrire et qui avait l'habitude ça allait à peu près, mais pour les autres c'est beaucoup moins fluide. Et on se concentre sur une question principale, et on fait beaucoup moins de prévention... de questionnement autre. On répond à la question posée, il y a moins d'explications..... C'est pas très satisfaisant parce que j'ai l'impression d'être beaucoup moins complète qu'avec quelqu'un qui parle.

I : Et donc du coup au niveau de la durée de tes consultations, comment ça se déroulait, comment.. ?

MG1 : je suis incapable de savoir si c'est plus long ou plus court parce que ça prend plus de temps mais il y a beaucoup moins de sujets qui sont abordés... euh je dirais que c'est à peu près kif kif, à peu près équivalent. Par contre y a tout le coté ...examen (air) qui est très difficile parce que pendant que la personne est examinée euh... on peut pas parler ... alors il y a ceux qui lisent sur les lèvres alors là ça va mais euh estce que je vous fais mal là...euh quelqu'un qui lit pas sur les lèvres euh c'est... c'est assez compliqué.

I : Et euh quand ... est-ce que tu avais l'impression de répéter souvent les mêmes choses ou qu'ils te faisaient répéter ou de toi répéter ? (temps de réflexion) Enfin est-ce que tu avais une impression de répétition ?

MG1 : non, non ... D'ailleurs peut être pas assez mais non je n'ai pas l'impression de redondance ou d'incompréhension en tout cas, alors je sais pas si c'est parce qu'ils n'osaient pas poser des questions ou si parce que c'était clair mais en tout cas non.

I : Donc du coup euhm au niveau de ta représentation que tu as du sourd, qu'est-ce que tu peux dire de ça, comment tu peux représenter un sourd, comment tu te représentes un sourd?

MG1 : (voix certaine) et ben de façon assez diverse en fait, c'est parce que, c'est quelqu'un avec qui j'ai plus de mal à communiquer mais comme je pourrais avoir avec quelqu'un qui parle pas du tout la langue, c'est un peu cet équivalent-là. C'est-à-dire que quand ils lisent le français... ben finalement c'est pas si compliqué que ça même si c'est plus... Moins fluide. Y a aussi ceux qui sont accompagnés et ceux qui sont tous seuls. Parce que des fois ils sont accompagnés de quelqu'un qui signe et qui traduit donc c'est... là c'est plutôt comme quelqu'un qui parle pas bien...euh ... après y a ceux qui savent pas lire et ... qui sont on va dire très fortement mal entendants-là c'est un peu plus compliqué...

J'ai l'impression de simplifier ma médecine euh... voilà.. D'essayer d'aller à l'essentiel et de pas forcément ... et pas forcément, et de considérer souvent à tort mais que comme il parle pas bien il comprend pas bien donc des fois de donner des explications un peu simplistes par facilité.

I : Est-ce que tu avais un ressenti au niveau, enfin est ce que tu avais l'impression qu'il y avait un niveau socio-économique qui était toujours le même ?

MG1 : non

I : Ou comment, est-ce que tu avais l'impression ... ?

MG1 : j'en ai pas beaucoup mais j'en avais qui combinaient le fait de pas parler de pas signer, moi je ne signe pas, et de ne pas écrire, et ça devient complètement dur et y en a qui venaient directement avec leur papier et leur crayon en posant directement leurs problèmes où là la communication était plus facile... donc non..

I : et qu'est-ce que tu, enfin qu'est-ce que tu connais de la langue des signes (LS)

MG1 : pas grand-chose, je sais pas du tout signer, je sais même pas dire bonjour, je sais, je sais que c'est une langue que ...euh... elle est pas internationale et chaque pays a son, son, son langage, que c'est plutôt pour moi c'est plutôt ça peut être par son mais surtout par idée euh ... mais c'est à peu près tout. Grosso modo je serais incapable de comprendre la langue des signes en tant que telle, mais par contre quelqu'un qui me fait des gestes ou une communication, je pense qu'il y a quelque chose qui passe même sans, même sans signer, mais après j'en sais pas plus.

I : et euh est ce qu'il y a d'autres choses qui te viennent à l'idée dans tes appréhensions dans une consultation avec un sourd ?

MG1 : Ouais c'est ce côté eum... ce côté explication (petite pause) qui me manque parce que j'aime bien expliquer et le côté pendant l'examen. Ça pour moi c'est mm.. euh... c'est très dur parce que si , si on n'a pas ciblé exactement le .. le problème avant, il peut pas dire stop, il peut pas dire aië, il peut pas dire un peu, il peut pas dire beaucoup, on peut y aller avec le regard et le toucher, mais c'est quand même moins précis.. mais ouais de passer... Je réponds plus à une question plutôt que prévention et ressenti.

Euh.. C'est aussi très compliqué pour tout ce qui est psychologique, un mal-être, pour moi un mal-être psychologique, une souffrance, une dépression euh... ça devient... ça devient ingérable, l'entretien sans parler la langue ça devient... donc ça c'est un peu frustrant.

I : Et euh , du coup au niveau de ta qualité de la relation, tu, tu la sens, oui tu la sens frustrante ?

MG1 : alors frustrante.. Au moins pour les premiers entretiens, parce que les personnes que j'ai vues une fois ou deux en remplacements c'est très très frustrant. Après il y a des personnes qui sont pas complètement sourds, il y a en a deux, il y a une vraie sourde et une pas complètement sourde j'avoue, mais euh qui parle pas du tout, mais à force de se connaître mine de rien, on commence à interpréter les signes et c'est beaucoup plus fluide, et là ça peut devenir toujours difficile mais plus sympathique, j'arrive plus à interpréter les émotions et les réponses mais ça prend plus de temps, il faut 3 ou 4 consultations pour savoir comment la personne réagit pour voir le signe qu'elle fait au moment où ben voilà le signe qui fait pour dire stop aië beaucoup, pour comprendre un petit peu... c'est... Même si le langage est un peu universel, mais il me faut surtout, il me faut un peu plus de consultations pour être à l'aise. Mais oui pour moi c'est frustrant parce que j'ai l'impression de ne pas faire la même médecine qu'avec quelqu'un qui comprendrait bien.

I : et Du coup euh , est-ce que tu as, est-ce que tu établis quand même une relation médecin , enfin est-ce que tu as l'impression que ta relation médecin-patient elle est établie ou c'est quand même quelque chose de difficile à établir ?

MG1 : Pour moi c'est quelque chose de plus difficile, ça dépend beaucoup des patients, j'en ai une avec qui passe bien, les autres je ne les ai pas vus assez souvent pour savoir mais pour moi c'est plus difficile.

I : euh .. Est-ce qu'il y a une situation qui t'as marquée parmi tes consultations ? Des situations rencontrées qui étaient faciles, difficiles ? Ou qui t'ont marquée ?

MG1 : non j'ai rien qui me vient... non la seule chose c'est qu'il y en a une qui est vraiment, que tu avais vu, qui est vraiment sourde-muette, enfin qui fait pas un son, du coup qui faisait tout par écrit, c'est le silence de la consultation. Parce que du coup moi je faisais plus de bruit du tout, je me retenais de faire du bruit et c'est ... c'est assez particulier, parce que je me suis demandée si je continuais à parler ou pas, parce que ceux qui sont très malentendants ou j'ai un doute je continue à parler en même temps que j'écris, mais là on faisait tout par écrit et donc du coup, y avait beaucoup moins d'échanges de regard parce que chacun regarde la feuille au moment où il écrit et euh... et du coup c'est, c'est alter... oui c'est ça c'est alterné et c'est vraiment tout silencieux, quoi... Il y a des moments t'as envie de dire des choses et tu te dis oh ben par écrit c'est beaucoup trop long donc euh, donc tu le fais moins et t'as pas, t'as pas les sons t'as pas l'intonation qui... comme dans un échange mail tu sais pas si c'est pour rire pas pour rire, enfin y a pas d'intonations qui peut mettre le sentiment derrière une question ou une réponse. Une réponse OUI est- ce que c'est oui un peu, ou est-ce que c'est oui beaucoup.... (Réflexion) ouais c'est vraiment le silence de cette consultation qui m'a fait bizarre.

I : tu n'as pas le langage non corporel ?

MG1 : non... (temps de réflexion) enfin un tout petit peu, en fonction que les gens froncent les sourcils ou non en écrivant, mais le choix des mots est beaucoup plus important... euh y a oui y a pas tout ce qui va avec, y a pas les images parce que, parce que les regards se croisent pas, y a pas les modulations, y a les inflexions les choses comme ça et c'est, c'est plus difficile...

I : et tu ressens vraiment que tu ressors que l'essentiel ?

MG1 : Oui, mais du coup c'est ... je ne vais pas dire que ça déshumanise mais ça enlève tout un côté psychologique tout ce qui est doute, tout ce qui est hésitation, tout ce qui est peur, pour moi ça ... ça ressort pas, ça ressort que si la question revient plusieurs fois par écrit, ou là je vois que je suis passée à côté, que j'ai pas répondu vraiment à, à ce qui était derrière mais autrement ça ressort pas beaucoup.

I : euh, du coup quand tu parlais des moyens trouvés pour pallier aux difficultés de la communication, tu utilisais : ben les regards un petit peu, le toucher c'est difficile, et puis l'écrit...

MG1 : la lecture sur les lèvres si ça, une façon d'essayer de bien articuler et puis de montrer les choses et puis l'écrit quand ils savent écrire. Mais essayer d'accompagner certains mouvements de bien articuler, de parler moins vite que d'habitude, euh ça peut aider, on voit qu'ils s'accrochent, grosso modo, ils s'accrochent sur ce que tu dis sur tes mimiques faciales donc c'est compliqué, mais en mélangeant tout, je pense qu'il y a quand même quelque chose qui passe.

I : euh au niveau de ton information, quand tu délivres une information à ton patient sourd, même si t'en as pas rencontré beaucoup, en fonction des informations que tu vas lui délivrer, comment tu ressens la délivrance de ton information ? Au niveau du diagnostic, est-ce que tu as l'impression que ça a été compris ? Comment tu... ?

MG1 : alors, oui, oui je pense que l'information (*réflexion*) concrète est comprise, par contre c'est moins précis, parce que tout ce qui peut être euh ajouter comme précision, je vais pas forcément tout remettre par écrit, alors je vais avoir des informations écrites qui sont beaucoup plus importantes notamment au niveau des ordonnances que pour quelqu'un, avec qui j'aurais pu le dire à l'oral mais euh, mais je peux pas remplacer tout ce qui passe à l'oral par l'écrit. Donc tout ce qui euh prévention petit moyen, confort, euh ... ça ça passe, ça ça passe pas (temps de réflexion), je veux pas noyer les gens sous des papiers de c' que j'aurais pas pu dire, donc je remplace pas par du papier.... Du coup ça, ça passe pas (voix basse).

Après coté diagnostic, euh oui mais je vérifie pas qu'ils aient bien compris, j'ai l'impression que ça passe mais c'est vrai que j'ai pas, j'ai moins une vérification de ce qu'ils ont pu euh recevoir que je pourrais avoir à leur raconter (voix basse)...

I : euh (réflexion) et euhm pour revenir au niveau des moyens dans ta communication, du coup il y a l'écrit, la lecture labiale, y a un petit peu les regards, et est-ce que tu as eu souvent à faire à des tiers dans les consultations ?

MG1 : oui un accompagnateur familial le plus souvent.

I : Et comment tu ressens la consultation avec une tierce personne ?

MG1 : alors comme une aide, c'est toujours dérangeant d'avoir à faire à une personne extérieure à ..., mais là pour le coup comme une aide. Le danger c'est de ne parler qu'à la personne qui entend et plus du tout, de rompre le lien visuel qu'on pourrait avoir avec la personne sourde, mais pour moi c'est quand même une aide justement pour donner tous ces compléments qu'elle traduit pas forcément en direct, mais euh... je sais qu'il y aura quelqu'un qui au moins.. au moins a eu ça à un moment. Donc il faut essayer de trouver un moyen, donc des fois j'essaye de trouver le moyen de regarder la personne sourde pendant que l'autre elle traduit, mais si elle traduit en langage des signes, la personne sourde ne peut pas me regarder (*rire gêné*). Mais ça reste une aide, ça reste une aide importante, c'est appréciable quand il y a quelqu'un qui vient.

I : euh et tout à l'heure, tu, oui ?

MG1 : Plus pour comprendre, mais c'est important pour ce que je transmets, mais plutôt pour qu'elle me transmette ce que la personne demande notamment si quelque, si c'est un traitement, j'ai jamais eu qu'à faire à des personnes de la famille proche mais du coup qui peut interpréter les, les doutes, les langages, enfin en voyant comment la personne réagit, savoir si ça lui convient ou pas, et des fois ré insister là où moi j'aurais pas forcément vu que l'information était pas passée, ça c'est vachement important.

I : oui ils te disent oui oui mais qu'en fait ...

MG1 : voilà, la façon de dire oui, la façon de poser une question, de savoir si ça passe, si ça passe pas et insister.

I : ils sont plus une aide pour toi, du coup c'est une aide pour toi, et pour le patient

MG1 : oui, oui, en plus, ça, ça se voit bien quand ils commencent à parler entre eux sans passer par moi c'est que il y a quelque chose qui n'est pas clair à un moment, donc c'est que j'ai pas été claire, on n'a pas répondu à la demande du patient, et est-ce qu'il faut refaire quelque chose. (Silence)

I : Est-ce que, est-ce que dans ta formation, t'as eu l'occasion d'accéder à des formations sur la prise en charge d'un sourd, est ce que ...

MG1 : pas spécifiquement, non.

I : comment euh est-ce que tu penses que ça serait important, si ?

MG1 : je pense que ça serait important que ça soit proposé, après je suis pas sûre, qu'il y ait une prise en charge spécifique, je pense pas qu'il y ait une formation ... pour moi c'est pas pire que quelqu'un qui ne parle pas du tout français.

A ceci près qu'il y a les intonations qui passent quand même. Mais euh je suis pas sûre qu'il y ait une prise en charge spécifique, par contre proposer des options langue des signes, ça peut, ça me semblerait intéressant.

I : oui qu'est-ce que tu penses de l'intérêt d'une formation, d'une FMC, ou d'une découverte ?

MG1 : ça, ça pourrait être intéressant, l'autre chose qui pourrait être intéressante c'est y a ... des livrets, des supports visuels qui avaient été faits, j'avais vu par l'APHP, l'APHP à Paris, mais qui sont en rupture. Des plaquettes pour les sourds, et les gens qui parlent pas du tout la langue sur des signaux qui avaient été étudiés ça, ça serait vachement bien qu'on ait, qu'on puisse avoir accès à ça. Et puis oui à la limite une initiation mais oui... je sais pas si ... parce que après c'est pareil c'est intéressant si on commence, quand on en sent le besoin, si on voit plusieurs personnes mais avant de voir plusieurs personnes... c'est plutôt assez rare et c'est une cerce vicieux... après ça se saura... mais de là à aller faire une formation dessus, je suis pas sûre que je m'inscrirai.

I : Est-ce que tu avais entendu parler des consultations en langue des signes françaises, en LSF euh avant,

MG1 : pas du tout

I : ou des consultations par des médecins généralistes qui signent ?

MG1 : pas du tout, c'est intéressant, jamais entendu parler, jamais avant toi mais non de ces consultations par des gens qui savent vraiment parler.

I : autres choses ? Est-ce que d'autres choses dont tu voulais parler, est ce que tu vois des solutions possibles à des consultations un petit peu plus optimales ? D'avoir un ressenti un petit peu plus optimal sur...

MG1 : moi la plaquette, ça pourrait m'aider beaucoup, (rire) complètement, mais elle sort plus. Euh... autrement se faire accompagner, mais bon en général ceux qui peuvent le font déjà et pis pour les autres, on fait ce qu'on peut mais ... euh. Par exemple, un truc difficile une consultation gynéco en langue des signes, j'ai beaucoup de mal (silence). J'ai beaucoup de mal à imaginer, j'ai beaucoup de mal à imaginer les... l'information, déjà à la base, parce que c'est quand même assez précis. Et puis un examen gynéco sans croiser le regard de la patiente et sans pouvoir lui dire attention j'y vais là..... euh ouais du coup c'est des patients que je pourrais suivre plus mal parce que j'aurais pas tendance à leur proposer. Voilà.

I : et ben voilà, je sais pas si t'as d'autres choses à ajouter, je te remercie d'avoir participé à mon étude.

MG1 : Je rajoute comment joindre un patient sourd ? Réguler un INR chez un patient sourd par téléphone, ou l'appeler parce que les résultats qui sont pas bons, ou prendre un rdv, ça c'est ...

Alors quand ils sont sourds et en famille ça va, mais s'ils sont sourds et isolés ça devient un peu compliqué...

Le 24 mai 2014, entretien à son domicile, médecin généraliste de 38 ans, installé depuis presque 8 ans dans un cabinet de groupe en ville en Haute-Savoie. Pas de stagiaire. Activité de médecine générale et d'expertise médicale.

Secrétariat téléphonique.

Interviewer : Qu'est-ce que t'évoque la surdité ?

Médecin Généraliste 2 : le handicap, la perte d'un sens, euh... perte de communication, et le, enfin le déficit, et oui, globalement le déficit, c'est euh, sans limite de mot ?

I : oui tu dis ce que tu veux. Ce que tu as envie de dire...

MG2 : après je dirais aussi pour être un peu positif le progrès, parce que voilà, il y a des progrès qui ont été faits dans ce domaine-là, il y a sûrement encore du chemin à faire mais quand même, il y a des choses qui ont été faites qui permettent aux malentendants ou aux personnes atteintes de surdité complète de quand même communiquer avec leur entourage euh... (*Réflexion*) et l'apport de l'électronique et des sciences les plus avancées voilà, aux services des appareils euh ou des implants pourquoi pas, voilà pour terminer sur une note positive.

I : Qu'est-ce que ça t'évoque la surdité tu me l'as dit, et qu'est-ce que ça t'évoque un patient sourd ?

MG2 : un patient sourd, ça m'évoque une adaptation nécessaire euh pour pour lui offrir la même qualité de travail qu'avec une personne bien entendant.

I : hum

MG2 : donc adaptation.

I : est-ce que tu peux me raconter, si ça te vient, ta dernière consultation avec un patient sourd, comment ça s'est passé ?

MG2 : et bien c'est pas évident parce que j'en ai pas beaucoup voire pas du tout, euh c'est des personnes qui sont atteintes de surdité mais pas complète donc euh, la dernière en date ça devait être quelqu'un qui était appareillé, euh, mais malgré l'appareil, qui avait des difficultés de compréhension donc euh.. Dans ses cas là en général, je me déplace, je me rapproche et pis je parle fort pour que quand même le dialogue, ou alors je m'arrange pour que il y ait une bonne visibilité de ma bouche si il lit sur les lèvres, et là c'était un peu le cas, donc ça s'est plutôt pas mal déroulé du coup dans ces conditions ... mais il y a eu besoin d'adaptation.

I : de ta part ? Et puis de la part du patient ?

MG2 : oui, oui

I : hum, comment t'as eu l'impression, euh , au niveau de la fluidité de la consultation comment ça s'est passé ?

MG2 : il n'y a pas eu , euh, y a pas eu de quiproquo, y a pas eu d'anxiété supplémentaire à cause du handicap présenté par la personne, euh du fait de l'adaptation euh (*réflexion*) moi j'ai quand même réussi à recueillir les renseignements qui m'intéressaient euh ... et ... enfin c'est ce que la personne parlait bien aussi donc ça c'est sûr que, euh , y avait pas de mutisme associé, donc, euh, c'était quand même un peu plus facile, c'était une personne qui s'exprimait, qui a compris mes questions et donc il répondait de manière orientée aux questions donc c'était pas difficile. Cette consultation-là, c'était pas difficile.

I : est-ce que tu as l'impression que cela t'as pris plus de temps, que c'était chronophage ?

MG2 : non, non parce que la personne, je connaissais son cas, donc je n'ai pas mis longtemps pour me mettre dans les dispositions pour que justement la consultation puisse se dérouler. Euh.. Cette consultation -là, ce n'était pas la première avec cette personne-là, et en fait finalement euh une fois la technique un peu rodée, euh, les consultations se passent plutôt bien euh justement il faut tester des manières de se poster par rapport au patient et puis à la manière de parler, à la.... Mais je ne dirais pas que c'est chronophage. C'est tout à fait comparable à d'autres, à d'autres adaptations nécessaires pour d'autres patients, ça rentre, ça rentre dans les mêmes problématiques de l'abord d'une personne qu'on connaît pas forcément. Et donc ça prend forcément un petit peu de temps mais sur le temps global de la consultation c'est pas, c'est pas une problématique.

I : et euh, avec cette consultation, ou avec d'autres consultations avec des patients sourds, est ce que t'as eu d'autres ... enfin quels ont été tes moyens de communication ?

MG2 : Verbal uniquement puisque euh y avait pas de cophose, y avait pas de surdité complète. Euh (*réflexion*) et donc y avait pas de difficulté euh... pour que la communication se passe bien. Après euh c'est vrai que je ne sais pas comment, comment je pourrais faire si j'étais en face d'un patient avec une surdité complète et ... qui ne sait pas lire sur mes lèvres, par exemple. S'il n'est pas accompagné euh moi j'ai pas... voilà... (*Moue de dépit*) c'est là où il y a un problème. Mais moi ça c'est jamais produit mais voilà, c'est là où se produit un problème, c'est quand justement nous on ne sait pas le, quand on connaît pas le langage des signes, et qu'on ne peut pas s'exprimer avec quelqu'un de malentendant, complètement quoi, qui du coup ne peut absolument pas comprendre ce qu'on lui dit.

I : Donc du coup en fait pendant ta consultation, ou pendant les consultations que tu as eues avec des patients malentendants finalement plus que sourds complets,

MG2 : oui oui

I : C'est ça ? tu n'as pas eu recours à un tiers ? Où le patient est accompagné par un tiers.

MG2 : non,

I : Euhm.. On va parler des difficultés que tu aurais pu rencontrer, dans des consultations, même si tu en as pas eu beaucoup. Qu'est-ce que, au niveau de la relation médecin patient, est-ce que tu as ressenti des difficultés, comment tu peux décrire ta relation médecin patient ?

MG2 : Plutôt bonne, je pense plutôt bonne, parce que les patients qui ont un handicap, sont assez rapidement, enfin leur avis sur le médecin en question, ou un autre professionnel mais là en l'espèce sur le médecin en question, leur avis, ils accordent leur confiance assez rapidement quand ils sentent qu'il y a une communication qui peut bien passer et donc si l'adaptation du médecin est suffisante à leur goût. Alors... euh, moi je pense que dans dans dans ces consultations là un petit peu la technique que j'ai mise en place, de rapprochement, on modifie un peu les.. ; euh comment dire euh, les standards de la consultation où le médecin est derrière son bureau, et le patient de l'autre côté, là il faut bouleverser un peu tout ça et en général les patients aiment bien, car ils sentent qu'il y a une adaptation du médecin et qu'il a, que le médecin n'a pas peur de de, du patient à cause du handicap donc euh à partir de là je trouve que ça se passe bien, et que les, et que euh, oui, oui les patients se sentent en confiance et que même si il y a une difficulté pour s'exprimer ou pour, ou si, voilà, moi j'ai une difficulté pour comprendre une plainte ou un symptôme, on va dire que c'est pas grave, il y a une possibilité de reformuler et de passer un petit peu plus de temps, après ça s'est jamais mal passée il n'y a jamais eu de difficulté de relation.

I : Est-ce que toi tu appréhendais un peu la situation ?

MG2 : pas du tout

I : tu t'es pas senti pas capable à gérer cette situation.

MG2 : non, vraiment, pas du tout, et je dirais même que j'appréhende beaucoup moins cette situation-là plutôt qu'avec quelqu'un, de, de, qui parle une langue étrangère et qui ne sait absolument pas parler français, où là, ça peut être très chronophage, il peut y avoir un stress qui se forme parce qu'il y a une incompréhension complète, et qu'on a aucun moyen, même avec des écrits des dessins des choses comme ça, voilà je dirais qu'avec une personne malentendante, c'est un peu bizarre mais non, il n'y a pas du tout cette appréhension.

I : Est-ce que ça t'est arrivé de ressentir une sensation de frustration, de ne pas arriver à aller au bout de ton information, que ton information n'était pas forcément comprise de manière optimale ?

MG2 : non, non euh non parce qu'on part sur quelque chose de simple,

Il faut rester basique, et faut rester sur l'essentiel et euh pour l'instant lors des consultations avec des personnes malentendantes, l'essentiel est toujours passé, alors c'est sûr que ça peut poser problème sur des détails sur des choses surajoutées mais finalement quand on reste sur l'essentiel on peut espérer rester efficace avec ces patients et voilà qu'ils soient, qu'ils soient soignés comme n'importe qui.

I : tu n'as jamais été amené à avoir à annoncer un diagnostic de la maladie grave ou de maladie chronique à annoncer, à ce genre de patient ?

MG2 : non jamais, non ça ne m'est jamais arrivé, donc du coup je sais pas.

I : Est-ce que tu as une impression de répétition dans ta consultation ? Lui, il te fait répéter, ou que toi tu as l'impression de toujours répéter la même chose pour qu'il comprenne ?

MG2 : c'est pas toujours, mais ça peut arriver qu'il y est une répétition effectivement. C'est pas problématique en soi parce qu'il n'y a pas de honte à répéter, il n'y a pas de honte à faire répéter. Euh ... Il faut quand même s'assurer que le patient en face comprenne, euh... de temps en temps c'est le patient qui fait répéter, mais à la rigueur moi je préfère. Plutôt que le patient qui acquiesce qui opine du chef en disant d'accord d'accord d'accord et puis en fait qui comprend pas, et c'est là où on peut avoir des bricoles. Mais euh, moi je pense que le médecin comme avec n'importe quel patient pour s'assurer que le message passe, c'est là où ça peut être un tout petit peu plus compliqué chez la personne malentendante, il faut peut être approfondir euh peut être reposer une question et ne pas hésiter à dire est ce que vous avez compris, est ce qu'il y a d'autres choses, il faut inviter le patient, peut-être plus que quelqu'un d'autre, il faut inviter le patient à, à dire qu'il n'a pas compris certaines choses.

I : finalement tu n'as pas l'impression que c'est différent, que c'est comme avec tous les autres patients que t'as...

MG2 : si, si ... non y a peut-être juste, juste cet aspect à surveiller, que la personne ait bien compris, simplement. Parce qu'avec, avec d'autres, avec les personnes qui n'ont pas ce handicap, euh on peut espérer que, bon voilà, euh le message soit passé, mais euh, non t'as raison, ça peut très bien, certains patients qui n'ont pas du tout de handicap auditif, peuvent tout à fait avoir la même attitude c'est-à-dire ...dire au médecin ok j'ai compris j'ai compris parce qu'ils ont peut-être honte de dire au médecin qu'ils ont pas compris. Donc c'est pas forcément lié à la surdité.

I : et tout à l'heure tu disais qu'avec, finalement qu'avec le patient dont tu parlais, que tu avais réussi à établir une relation de confiance au bout de quelques consultations, tu sentais que c'était plus, toi tu étais plus à l'aise et que le patient était plus à l'aise, et que du coup vous aviez une relation plutôt confortable.

MG2 : oui oui tout à fait, comme avec d'autres patients qui présentent aussi d'autres handicaps, enfin à partir du moment où la personne se sent bien dans le cabinet parce qu'elle estime qu'en face d'elle, elle a un médecin qui n'a pas peur du handicap qu'elle ne lui renvoie pas une image d'une personne euh... comment dire... à problème. Faut pas que ça soit un problème. À partir de ce moment-là, si le patient sent que ce n'est pas un problème, je pense qu'il se sent en confiance, et qu'il se sent bien avec le médecin, et ça passe.

I : euh dernière petite chose, est-ce que tu as eu l'occasion d'avoir des formations sur la surdité ou sur les patients malentendants ?

MG2 : aucune

I : pas de FMC, pas de formation,

MG2 : aucune

I : tu te souviens pas qu'à la fac ?

MG2 : non ça c'est certain.

I : et est-ce que tu as l'impression que ça t'as manqué ? que ça te manque ?

MG2 : ça aurait été intéressant, bien sûr, je pense que ça prend pas non plus (réflexion) euh... beaucoup de temps pour euh... pour sensibiliser les futurs médecins là-dessus, et que ça devrait, effectivement, mais pourquoi pas, qu'il y ait une intervention, je sais pas dans quel cadre mais euh qu'il y ait euh, peut être avec une petite mise en situation euh... au cours d'un TP quelque chose comme ça. Ça pourrait être intéressant. Où il y a un étudiant qui fait un euh... patient malentendant et un étudiant qui fait le médecin et puis on regarde un petit peu entre guillemets le dialogue de sourds (rire).

I : euh Est-ce que tu penses ? euh... Qu'est-ce que tu penses d'une initiation à la langue des signes, alors c'est sûr c'est pas évident à mettre à organiser mais voilà qu'est-ce que tu en penses ?

MG2 : Moi je pense que, c'est, hum ça, je pense que euh... en général, il n'y a pas forcément besoin, parce que la situation, enfin si moi je me base sur mon expérience à moi qui est quand même limité, mais si je raisonne à mon échelon individuel, j'en ai pas le besoin, donc je ne sais pas si on peut proposer ça à titre systématique à tous les médecins, ça serait intéressant sur la base du volontariat, ça aurait peut-être du succès d'ailleurs, mais à titre systématique, former les médecins au langage des signes, est ce que, est ce que c'est réalisable ? Déjà en terme euh de temps de formation et ça s'ajoute, s'ajoutera à déjà pas mal de choses. Mais, euh, mais je pense que, spontanément à mon avis, certains médecins, s'ils ont dans leur clientèle, beaucoup de patients euh alors là, pour le coup en surdité totale et avec des gros problèmes de communication, euh pour eux c'est indispensable, c'est indispensable, ça doit être fait mais si c'est pas le cas ça devrait être proposé effectivement sur voilà, sur la base du volontariat aux médecins qui en auraient besoin.

I : Et enfin est ce que tu as entendu parler des pôles de soins et santé pour sourds et malentendant, en Rhône Alpes il y a Grenoble ?

MG2 : non

I : Est-ce que tu en avais déjà entendu parlé ? Est-ce que tu as des patients qui ont consulté là-bas ?

MG2 : non, en fait sur XX, on a sur l'hôpital, euh on a une consultation multi disciplinaire qui s'appelle HANDI consult, et qui, qui en fait accueille toutes sortes de patients handicapés, que ce soit moteur, ou malentendant effectivement. Je ne sais pas s'ils ont une structure, euh, comment dire, euh, comment dire euh, s'ils ont des interprètes qui parlent le langage des signes ou des personnes qui sont capables de faire euh, de faire le lien, euh je crois que c'est surtout pour les handicaps moteurs mais il me semble que la vocation c'est tout type de handicap, donc euh, à mon avis voilà pour les sourds et malentendants ça doit être possible aussi, mais euh... non j'ai pas, non je connais pas les structures sur le CHU à Grenoble, non je connais pas du tout (dubitatif).

I : et est-ce que tu avais vu passer des plaquettes ?

MG2 : non plus.

I : et si jamais tu pouvais en avoir ? Des plaquettes qui sont distribuées, tu penses que ça serait intéressant, ouais des plaquettes.

MG2 : un petit dépliant ?

I : oui comme tu pourrais avoir pour l'annonce d'une MST, enfin j'exagère

MG2 : ouais, ouais, mais non je comprends.

I : enfin voilà

MG2 : euh oui pourquoi pas. Après le problème c'est l'information envoyée au médecin risque d'être noyé avec pas mal d'autres courriers qui arrivent et par forcément retenir l'information des médecins, mais oui ça peut être une idée, euh sinon il y a pas mal de médecins qui fonctionne en FMC, ça peut peut-être être pas mal de voir dans les cercles de FMC si il peut y avoir un intervenant qui tourne et qui fasse une réunion là-dessus, ça peut être tout à fait intéressant. Mais euh informer les médecins sur le langage des signes et pour les solliciter, je ne sais pas trop quelle est la meilleure, quelle est la meilleure voie ? mais un dépliant, ouais c'est une bonne idée mais il y a déjà énormément de choses qui nous arrivent au cabinet et du coup ça risque d'être un tout petit peu rapidement lu et classé verticalement (rire)...

I : voilà est- ce que tu avais d'autres choses à ajouter ?

MG2 : d'autres choses à ajouter ? Euh (*réflexion*) ... non mon avis est quand même assez euh... Restreint parce que justement je n'ai jamais eu à faire à un patient sourd complètement, enfin complètement malentendant donc du coup j'ai jamais non plus été mis en difficulté dans cette situation-là. Donc, bon. ça reflète pas forcément. Je pense que je verrais les choses différemment effectivement le jour où je verrais un patient, où il va falloir que je me démène, peut-être d'écrire ou ouais... Ça m'ait déjà arrivé avec une personne âgée de faire la consultation en écrivant... (*Réflexion*), là c'est sûr que ça prend du temps. Mais voilà après simplement que mon avis ne reflète pas forcément

I : ok, Je te remercie d'avoir pris le temps de participer à mon étude.

Le 17 juin 2014, 17h15, entretien du Dr.... à son cabinet, dans une pièce à coté, médecin généraliste d'une soixantaine d'année, elle voudrait partir à la retraite à la fin de l'année. Ce médecin est installée en ville dans l'Isère, seule. Elle partage son local avec un ostéopathe. Elle est installée depuis une trentaine d'année.

Secrétariat téléphonique.

Interviewer : [...] [présentation] (rire)

Donc je vais commencer par vous poser des petites questions plutôt d'ordre général, pour savoir ce que vous faites, depuis vous êtes installée-, (rire) si vous avez d'autres activités, qu'est-ce que vous faites, enfin voilà...

MG3 : Bon je commence à répondre là ?

I : oui.

MG3 : alors, euh, ... je suis médecin depuis, et installée depuis 31 ans, euhm je fais de la médecine générale, je fais ... avec une orientation en mode d'exercice particulier d'homéopathie et d'acupuncture, ce qui m'amène à faire aussi beaucoup de prévention du coup. Plus du préventif que du curatif. Et je vois énormément énormément d'enfants, après ... Qu'est-ce que j'ai comme formation ? J'ai une formation de psychologie clinique et d'orthophoniste.... Donc ce qui m'a amenée à avoir peut être des approches différentes avec tout l'ensemble de ma patientèle.

I : hum

MG3 : voilà, ... qu'est-ce que je fais en plus ? Ben déjà pas mal de choses, puisque je fais des, des... Ah oui et puis je fais aussi de la nutrition, concrètement de la nutrithérapie, ce qui n'est pas tout à fait pareil, et en nutrition.

I : ok

MG3 : donc du coup... formation de en PNL , pratique neurolinguistique, en... qui touche un peu à l'hypnose et tout ça, et puis, euh... dans le cadre de la nutrition, on travaille aussi sur les techniques cognitivo-comportementales.

I : d'accord, Les TCC

MG3 : les TCC voilà c'est ça. Voilà en gros c'est ça, et c'est déjà pas mal.

I : du coup vous disiez ça fait une trentaine d'année, ok ; Maintenant, on va un peu parler de l'expérience que vous avez pu avoir avec des patients sourds.

MG3 : alors, ce qui est bizarre, c'est qu'il y en a pas tell... j'ai des gens malentendants, soit malentendants de naissance, soit malentendants ; appareillés, je veux dire malentendants appareillés, euh... mais j'ai plus de malentendants qui ont ? des maladies évolutives, par destruction de euh tympa, nerf auditif, machin, donc c'est des gens qui sont pas , qui ont eu un début de vie euh normale, c'est pas des sourds profonds donc on n'a pas de soucis, ceci dit ce qui a facilité les choses, c'est quand même les nouvelles techniques, parce qu'avec ces gens-là, ils communiquent soit par mail soit par sms, et qu'avant c'était difficile pour prendre des rendez-vous par exemple, ouais donc ça a été ... voilà. J'en ai quelques-uns qui utilisaient le minitel (rire) le premier truc mais bon c'était pas très pratique, pas très ... voilà. J'en ai quelques-uns, mais des gens sourds profonds

I : hum

MG3 : euh... J'en n'ai pas beaucoup, très peu. Et dans le dépistage d'enfants sourds, j'en ai eu, j'en ai fait plus quand j'étais plus jeune médecin que maintenant. J'en vois beaucoup moins, je sais pas pourquoi, est ce que... Je ne sais pas s'il y a moins de surdité de l'enfance, bon c'est vrai qu'on dépiste des enfants qui entendent mal mais qui sont, mais qui sont, qui ont besoin d'être appareillés, mais des sourds, vraiment des sourds profonds, j'en vois peu, j'en n'ai pas vus depuis très longtemps. Alors que je me souviens de quelques années en arrière où j'ai fait le diagnostic, quoi, que c'est clair, avec la formation que j'ai, y a pas , et que je vois beaucoup d'enfants, je vois un gamin de 6 mois qui a un comportement particulier, et hop je l'ai envoyé pour faire un dépistage.

I : et c'était quand ça ?

MG3 : J'en n'ai pas vu depuis ... pfff je dirais 15 – 20 ans

I : hum

MG3 : enfant sourd profond. Alors que je vois beaucoup d'enfants, tant mieux !

I : oui, tant mieux, peut être que le dépistage se fait à la maternité, ...

MG3 : c'est possible, ou est ce qu'il y a d'autres choses... ou est ce qu'il y a des maladies... c'est vrai qu'il y a moins, ya certaines maladies qu'on voit plus donc...

I : hum

MG3 : on voit plus les rubéoles de la maman, on voit plus des choses comme ça c'était une des grandes causes de surdité...

I : hum

MG3 : donc je sais pas. En tout cas euh, des surdités de personnes adultes qui deviennent sourds et qui perdent l'audition pour X, Y raisons, pour X, Y maladies, j'en ai pas mal quand même, ouais

I : hum, d'accord, et

MG3 : alors que je définis comme malentendants parce qu'ils entendent quand même, même s'ils n'entendent pas très bien....

I : hum, c'est sûr. Et du coup est-ce que vous pouvez me préciser comment se déroule, euhm

MG3 : de consultations ?

I : oui , ce genre de consultation ?

MG3 : normalement, en essayant, euh... de parler plus lentement, et quand on se comprend pas on utilise papier, papier crayon. Hum c'est pas si souvent que ça. Et donc la prise de rendez-vous, c'est vrai que, que les nouvelles technologies, facilitent les choses.

I : oui, vous disiez par sms par mail

MG3 : oui, ça facilite, beaucoup.

I : et en ce qui concerne, les moyens, la communication, de là, pendant la consultation ?

MG3 : j'ai pas la sensation d'avoir de problèmes particuliers. Sauf que je prends peut-être plus le temps de parler lentement. Mais Voilà. Et quand les gens ne comprennent pas je vais écrire. A la limite c'est plus facile c'est plus facile qu'avec des gens qui parlent pas le français. (*rire*), ou mal de français, j'ai...voilà on trouve toujours s'ils ont pas compris, une périphrase, une façon, d'autres d'expliquer les choses. Si c'est quelque chose qu'ils n'ont pas compris. Donc ça prend un peu plus de temps qu'une consultation normale, mais par chance, je consacre une demi-heure à chacun de mes patients, donc euh , ça va

I : oui, hum, ½ heure ? En fait au niveau du temps, vous disiez que ça prenait plus de temps...

MG3 : oui, mais bon sur une ½ heure, j'ai le temps... je veux dire, ce que je ferais peut être en 20 min, là je vais peut-être utiliser la demi-heure pleine....(Réflexion)

I : ok, et euh, les moyens de communication : le papier, parler plus lentement

MG3 : oui

I : et quand vous êtes en consultation, avec des patients sourds, est- ce que ça arrive qu'ils soient accompagnés ?

MG3 : (réflexion), pas forcément, j'en n'ai pas tant que ça, mais tous ceux que j'ai, ils se débrouillent quoi, ils vivent leur vie.

I : ils se débrouillent ?

MG3 : oui, je veux dire, ils n'ont pas besoin d'être accompagnés. C'est plus compliqué pour les malvoyants, ... pas pour la communication mais pour se déplacer. Ceux que je vois ils se déplacent, donc ils se débrouillent tous seuls, donc ... voilà accompagnés ou pas accompagnés.

I : pour la consultation, vous n'avez pas recours au tiers ? Enfin à la personne qui les accompagnent ?

MG3 : pas forcément, pas forcément, puisque ce sont des gens qui sont... Tous les gens que je vois parlent, ils parlent, ils parlent, c'est pas des gens qui signent, mais je pense que si on devait passer par un langage, si c'était des gens, euhm, des personnes sourdes malentendantes qui ne parlent pas ou peu, qu'il fallait signer, oui il me faudrait un interprète. Après ça ne m'est jamais arrivé

I : en fait y a pas de sourds complets ?

MG3 : non... non j'en n'ai jamais eu en 30 ans, j'en ai vu aucun.

I : donc la communication...

MG3 : oui la communication elle se passe correctement, normalement, avec juste parfois, les ajustements au niveau du langage, être plus précis, de trouver le bon mot, de trouver un autre mot s'il n'est pas compris, enfin voilà, c'est de l'exercice de la langue française, c'est pas spécialement de la médecine...

I : et comment, comment vous ressentez la relation médecin – patient sourd ?

MG3 : ben, je pense qu'elle est chaleureuse dans la mesure où vous leur donnez le maximum de ce que vous pouvez leur donner, ils sont très reconnaissants, et du coup, ils sont, c'est une relation... confortable, parce que elle est dans, il y a beaucoup d'empathie.... Dans les deux sens, je pense...parce que justement vous avez donné, vous êtes dans la disponibilité ... c'est ma pratique, elle est un peu comme ça que je suis, et ma réputation que j'ai, dans ma ville, sur la ville de Vienne où je suis, considérée comme un des médecins qui écoute le plus.

I : qui coute le plus ?

MG3 : qui Ecoute le plus,

I : ah qui écoute le plus

MG3 : qui est le plus écoutant

I : ah j'ai compris qui coute le plus, pardon, (rire)

MG3 : peut-être aussi (rire), qui donne le plus, qui a le plus d'écoute.

I : ... euh donc la relation elle est donc confortable, vous ne diriez pas que vous avez des difficultés.

MG3 : non pas plus que ça,... pas plus qu'avec quelqu'un qui est complètement fou et complètement qui... (rire)

I : et euhm est-ce que vous, si vous trouvez que vous n'avez pas de difficultés, vous trouvez que justement, est ce que vous avez mis en évidence des facilités avec ce genre de patients ?

MG3 : facilités ? je dirais pas ça comme ça, mais quand je dis qu'il y a plus d'empathie, c'est là où il y a , c'est peut être ça, comme on a donné beaucoup, on reçoit beaucoup, et donc ça devient une relation confortable, c'est ça que je mettrais plus en avant, plus que de facilités C'est une relation chaleureuse, mais plus facile, moins facile, je saurais pas dire. ...

I : et est ce qu'il y a des consultations, qui vous ont marqué ? Dans votre expérience ?

MG3 : non pas spécialement, non, c'est des gens dont je me souviens, parce que j'en n'ai pas tant que ça, des gens qui sont sourds appareillés, j'en ai pas... et appareillés des deux oreilles, qui ont des problèmes de communication... mais la plupart des gens de ceux que j'ai, sont des gens devenus sourds à l'âge adulte

I : oui vous n'avez pas beaucoup de patients qui sont sourds..

MG3 : de l'enfance, naissance ou surdité acquise de l'enfance, j'en ai très peu... et dans les enfants que j'ai dépistés et qui étaient malentendants souvent, avec le temps ils ne sont plus appareillés

I : hum

MG3 : parce qu'ils ont pu être soignés.

I : quand vous dites qu'ils ont pu être soignés ?

MG3 : beaucoup c'était des surdités, dû à des problèmes ORL, de voilà, après avoir eu des traitements, tympano machin euh.. Certains mêmes ont eu pendant 1 an un appareillage pour les aider à passer des caps, et maintenant, et ben, ... ils ont pas de séquelles, après ils ne sont plus dans le handicap, mais je veux dire le handicap surdité n'est pas un handicap majeur au niveau de ma consultation

I : vous ne vous sentez pas handicapé de ce handicap

MG3 : non, non, ça ne me pose pas de problème, juste qu'il faut adapter un peu les choses, c'est tout... réflexion

I : est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ? Des suggestions ? Des questionnements ?

MG3 : c'est difficile parce que ça ne me pose pas de problème, je ne me pose pas vraiment de questions, moi c'est pas des gens à part, c'est des gens comme les autres, avec leur particularité, enfin je veux dire que c'est pas plus problématique de communiquer avec des , des gens sourds, que des gens qui sont turques et qui parlent pas français, et que , et que je pose des questions, et que c'est le mari qui traduit et qu'il ne traduit que ce qu'il veut , ou ... et ça , ça m'agace souvent , parce que c'est clair qu'il a pas traduit ce que j'ai dit, et puis que quand ces personnes viennent, je pense à une femme en particulier et qui vient avec sa fille, je pense, on n'est pas du tout dans le même type de relation, et même elle, elle n'a pas la même relation avec moi que quand elle est accompagnée du mari.... Donc voilà, moi j'ai plus de problème avec ces gens-là, qu'avec les gens sourds,

I : et dans votre patientèle, vous en avez aucun du coup qui signent

MG3 : non aucun

I : enfin qui a besoin de ça pour communiquer

MG3 : non aucun qui ne communique qu'avec la langue des signes, j'en ai aucun, donc du coup, c'est ... je sais pas, si c'est des gens qui signent, ils seraient accompagnés de gens qui puissent servir d'intermédiaire donc on passerait par une traduction,

I : hum

MG 3 : je sais pas, alors est ce que ça ferait pareil ou pas ? je sais pas ?

I : et, justement, est-ce que, quelles difficultés vous pourriez ressentir justement avec ce genre de patients ?

MG3 : est-ce que je peux imaginer ?

I : oui

MG3 : si j'imagine un patient sourd qui signe et qui parle pas le français, comme nous, et qui communique uniquement à travers une autre langue, ben j'aurais j'aurais peut-être les mêmes difficultés qu'avec des étrangers qui parlent pas français, sauf que l'interprète, je sais pas si c'est quelqu'un de la famille ou si c'est quelqu'un d'étranger, de neutre... si c'est quelqu'un de la famille il peut y avoir interprétation de la question, et donc ça sera pas répercuté... et j'aurai le même problème qu'avec ma famille turque par exemple, quand c'est le mari. Si c'est quelqu'un de neutre... et ben il y aura une communication qui se fait, à travers une traduction, mais il n'y aura pas ... d'interprétation du traducteur, qui va traduire que ce qu'il veut bien traduire, parce que j'espère toujours... voilà, mais c'est ça le problème, la difficulté c'est quand on passe par l'intermédiaire, par un intermédiaire, c'est que cet intermédiaire soit assez neutre pour traduire sans mettre son grain de sel

I : hum, et... (Réflexion)

MG3 : ouais, je sais pas, y en a pas, j'en vois pas des gens qui signent, mais je pense que ça existe...

I : oui sûrement

MG3 : ça existe, l'autre jour, j'étais... j'étais dans une salle, fff il y avait du bruit, on s'entendait pas parler on s'entendait pas communiquer, et la table d'à côté, c'était des sourds qui signaient, et ben je disais ouh ben eux ils communiquent (rire)

I : ils n'étaient pas gênés

MG3 : non ils étaient pas gênés, alors qu'on pouvait pas parler, parce que le bruit était trop fort. Voilà (rire)

I : pas de ...

MG3 : non mais, pour moi la patientèle malentendante c'est comme, comme c'est des gens avec qui je passe, je donne beaucoup de moi-même, je pense, ça marche dans les deux sens j'ai un retour positif dans une relation agréable, voilà, conclusion.

I : très bien, je vous remercie d'avoir participé à mon étude

MG3 : je vous en prie,

[...] pause

(la médecin après me parle des patients sourds qu'elle a dans sa patientèle : 1 couple de sourd et malentendant, un monsieur sourd aussi, elle énumère, je lui propose de remettre l'appareil en route)

Je voulais dire que je pensais que j'ai pas beaucoup de sourds jeunes, ou, voilà, j'ai 4-5 personnes entre autres en tout depuis 10 ans, qui sont des gens qui savent lire sur les lèvres, c'est des gens, beaucoup de gens sont sourds, surdité de presbyacousie, donc euh à partir de 70-75-80-90 et plus, certains sont appareillés et ça aide à la communication, et ceux qui sont appareillés et qui entendent pas c'est difficile, parce que là on n'arrive pas à leur parler, et en plus ils voient pas clair, ils lisent pas sur les lèvres et ils sont vexés quand on écrit les choses... Donc on a affaire au problème du vieillissement, et d'acceptation du vieillissement, c'est lié à la surdité, mais c'est aussi lié à la malvoyance pour ces gens-là. Et ça, là, la communication elle est difficile. Parce que... parce qu'ils entendent pas, qu'ils savent pas lire sur les lèvres, soit qu'ils ont pas leur appareil, soit ils ont un appareil qui corrige pas

I : ils sont pas habitués, ou ils ne le mettent pas...

MG3 : oui, j'en ai qui les mettent, mais j'en ai une qui est allée voir un ORL pour lui changer d'appareil, elle a repris son vieil appareil en disant il m'a transformé mon vieil appareil j'entends plus avec, mais elle supporte pas le nouveau, ... et c'est des gens qui vont pas utiliser les nouvelles technologies, donc on peut pas communiquer avec eux, ils prennent pas leur rdv, il faut que ça soit quelqu'un qui prennent leur rdv, pas en direct, et puis, le papier crayon ça marche pas, pas bien

I : parce que ?

MG3 parce qu'ils lisent pas bien, qu'ils voient pas clair, euh... qu'est-ce que vous avez écrit ? Comme ils arrivent pas à lire, donc tu redis mais ils entendent pas

I : oui

MG3 : on tourne autour du pot, donc ça c'est les gens âgés, ça c'est plus compliqué

I : donc vous avez plus de mal avec les gens qui du coup n'ont jamais vécu avec la surdité, et qui ont du mal à s'adapter,

MG3 : Voilà

I : plutôt que ceux qui sont déjà sourds

MG3 : ceux qui sont sourds, et qui acceptent leur surdité, et le handicap fait partie de leur vie, on est, zéro problème. Le problème, c'est comme tout handicap, c'est celui qui survient tardivement dans la vie et qui est pas intégré, mais quel que soit le handicap

I : hum

MG3 voilà.

Le mercredi 18/06/2014, vers 18h au cabinet du médecin. Téléphone éteint et sonnerie de la porte d'entrée aussi. On est assise l'une en face de l'autre. Médecin généraliste d'environ 45 ans. Elle est installée seule en ville dans le Rhône, elle partage son local avec une ostéopathe. Elle est installée depuis 20 ans.

Secrétariat téléphonique

MG4 : vous préparez votre thèse ? C'est ça ?

I : **ben oui, il faut un jour**

MG4 : vous avez fini depuis combien de temps ?

I : **j'ai fini depuis mars 2013**

[Présentation de l'entretien, discussion]

I : **du coup je vais vous poser des petites questions pour savoir un petit peu qu'est-ce que vous faites ?**

MG4 : un profil

I : **qu'est-ce que vous faites comme exercice, si vous faites que de la médecine générale, ou d'autres médecines... ou euh... que vous me parliez un peu de vous.**

MG4 : moi je fais de la médecine générale euh, très cartésienne, et très classique. (*rire*) déjà. J'ai pas d'orientation... je dis ça parce que j'ai une patiente, il y a 2 jours, une que je ne connais pas, qui m'a dit je vous appelle... parce que voilà je suis en train de rechercher un médecin, un médecin un peu particulier, je travaille avec un naturopathe, est ce que vous avez une orientation particulière ?, une prise en charge globale du patient ? (*rire*) alors je dis ben oui je prends en charge globalement le patient, mais je vous préviens tout de suite la bobologie c'est pas pour moi. (*Rire*) Donc euh... elle est pas venue. Donc voilà comment je suis.

I : **non non mais...**

MG4 : je n'ai pas d'orientation, si, j'ai une orientation qui est de la gynéco

I : **d'accord**

MG4 : parce que j'ai passé un DIU de gynéco il y a ... euh ça doit bien faire 10 ans pas loin, et j'essaye de plus en plus, de plus en plus de faire de la gynéco, parce que la médecine générale, j'en ai un peu euh... je commence un peu à saturer. Je suis installée depuis ... avril 95

I : **d'accord, ça fait bientôt 20 ans.**

MG4 : ben ouais bientôt 20 ans,

I : **ok**

MG4 : donc euh... ça fait quelques années que je fais beaucoup de gynéco ce qui me va très très bien parce que du coup, je suis pas forcément le médecin traitant des gens, ils viennent me voir que pour la gynéco euh... après la gynéco classique hein et du coup ça me va très bien. Je fais beaucoup de pédiatrie aussi

I : **hum**

MG4 : parce que je fais les suivis de grossesse jusqu'au 5^{ème} mois

I : **oui, du coup elles reviennent**

MG4 : du coup généralement, elles me ramènent les bébés derrière, donc ça j'aime bien... euh voilà, j'ai, je suis toujours toute seule, j'ai essayé une tentative d'association, (*rire gêné*) ça a duré deux ans, et j'ai arrêté tout de suite, ça s'est mal passé. Donc en fait euh, ... c'est aussi pour ça que je suis repartie à faire de la gynéco, parce que j'en avais un peu marre, j'avais saturé (*voix basse*), et sinon au niveau ... j'ai une clientèle très jeune en fait. Alors je vois de la pathologie parce qu'il en faut toujours. En fait j'avais repris la ... euh... le cabinet d'un médecin qui partait à la retraite

I : **d'accord**

MG4 : donc en fait je suis partie avec un pool de personnes qui avaient toutes un peu le même âge que lui, en gros

I : **oui,**

MG4 : de pool de personnes âgées, qui petit à petit ont disparu parce qu'ils sont décédés, ou qui ont vieilli, donc comme le quartier a explosé

I : hum

MG4 : parce qu'il n'était pas comme ça du tout ce quartier, et euh du coup j'ai une population beaucoup plus jeune avec des enfants, donc c'est pour ça que ça m'amène beaucoup de gynéco et de pédiatrie, voilà

I : ok, donc vous avez du monde

MG4 : oui j'ai du monde

I : donc vous êtes en ville, est-ce que vous avez des stagiaires, ou des internes ou des externes ?

MG4 : non, alors je voudrais mais j'arrive pas à trouver le temps. En fait c'est ça. On m'a sollicité plusieurs fois, j'avais des binômes d'autres médecins généralistes qui voulait, qui voulaient faire avec moi... faudrait trouver le temps. J'aimerais bien le faire, je pense parce que je suis en train de lever le pied quand même, que je sais que je suis qu'à la moitié de mon exercice (grimace), euh en gros j'ai encore 20 ans, j'ai fait une grosse saturation il y a 3 ans, j'ai fait un gros burnout, donc c'est pour ça que je suis repartie d'un rythme un peu différent, du coup euh... je bosse plus le jeudi

I : oui

MG4 : alors j'ai une remplaçante qui vient de temps en temps le jeudi, qui va beaucoup me dépanner à l'automne euh... (*Grimace*) mais du coup j'ai quand même pas mal baissé mon activité. Voilà

I : et pour vous c'est plus agréable aussi

MG4 : ben ouais c'est plus agréable, parce que on n'a moins la tête dans le guidon, et les patients on n'en peut plus, et on arrive plus à les supporter (*rire*)

I : oui c'est ça

MG4 : (*rire soulagement*)

I : parfois je me dis déjà au bout d'un an...

MG4 : et oui encore quelques années à tenir, c'est pas pour tout de suite, alors pour l'instant je continue en libéral, mais je suis pas sûre de tenir en libéral

I : d'accord

MG4 : à un moment je voulais, en fait j'avais une orientation soins palliatifs aussi

I : oui

MG4 : quand j'étais interne, j'ai fait 3 semestres en soins palliatifs

I : d'accord

MG4 : j'ai ma thèse en soins palliatifs aussi, avec le XX, je sais pas si vous connaissez ?

I : si, j'ai une de mes amies qui est assistante chez elle, 2, non 3 qui sont assistantes chez elle

MG4 : ah, oh, c'est mon mentor XX,

I : mais là elle va pas tarder à partir ?

MG4 : ben oui elle arrive bientôt à l'âge de la retraite XX, et euh à un moment, je voulais je voulais faire des ½ journées en palliatifs à l'hôpital, mais j'ai pas réussi à m'organiser, c'est compliqué d'arriver à faire hôpital et cabinet.

I : hum

MG4 : ou alors il faut avoir, en fait au début quand je me suis associée c'était aussi pour faire ça, je m'étais dit mais je vais faire venir, en fait il y a un deuxième cabinet, bon maintenant il y a une ostéo, mais y avait de la place pour un deuxième cabinet, et je me disais que ça va pouvoir me permettre de lever le pied

I : hum

MG4 : et de partir deux ou trois ½ journées et puis comme ça s'est super mal passé, euh après il a fallu redémarrer à fond et

I : hum, recarburer

MG4 : mais le stagiaire, je pense que je vais quand même y repenser parce que je trouve ça bien, même pour moi, c'est quand même vachement enrichissant d'avoir un stagiaire

I : et puis, les internes, c'est bête mais c'est vrai, les internes de niveau 2, là, finalement quand ça se passe bien, vous laissez le cabinet

MG4 : c'est clair, oui c'est clair, donc voilà, il faut que je me réintéresse au problème, parce que je pense qu'il y a plein de possibilités parce qu'il manque de médecins

I : et puis ça permet

MG4 : ça permet un échange, ça permet un échange, ma remplaçante, elle m'avait demandé de passer la journée avec moi, c'était la première fois qu'on me demandait, j'avais trouvé ça génial, avant de remplacer, elle m'avait dit est ce que je peux venir une journée, et j'avais trouvé ça génial en fait, j'avais trouvé super, alors ça prend du temps c'est clair, mais comme je suis dans une période où je lève plutôt le pied et j'essaye de faire plutôt de la qualité que de la quantité, même si j'ai toujours fait la qualité avec la quantité, donc justement il y a un moment où les journées, elles font pas 48h (rire ++)

I : non.

MG4 : j'ai trouvé ça génial, du coup je pense que je vais recommencer

I : mais du coup ça prend du temps

MG4 : ça prend du temps, mais j'étais agréablement surprise que mes patients aiment bien

I : oui ils aiment bien, hum

MG4 : c'est une bonne expérience pour tout le monde, donc faut que je réétudie le problème. Pour moi ça peut me booster

I : oui, je sais que je suis encore jeune pour dire ça, mais je sais que j'aimerais bien avoir des externes ou des internes, alors pour le moment vu que je suis en train de ... faut que je travaille un peu ça (montrant mon dossier de thèse)

MG4 : donc je pense que je vais le faire

I : et donc dans votre expérience, est ce que euh, d'une façon générale, oui est ce que vous pouvez me parler de votre expérience avec les patients sourds ?

MG4 : surtout les enfants

I : les patients sourds.

MG4 : ouais donc moi je dis surtout les enfants, y a beaucoup d'enfants. Comme je fais de la pédiatrie avec les histoires des otites séreuses

I : hum hum

MG4 : on voit quand même pas mal de gamins qui entendent pas bien, donc c'est vrai que régulièrement, j'hésite pas à envoyer chez un ORL pour faire des dépistages, pour voir un peu ce qu'il se passe, et des fois on a des grosses surprises, donc ça c'est la forme pédiatrique, donc là il y en a quand même très régulièrement.

I : d'accord

MG4 : Tous les gamins aussi qui ont des troubles orthophoniques

I : oui..

MG4 : quand on envoie en orthophonie, faut pas oublier qu'il y a un problème d'oreilles, c'est pas forcément là-haut que ça se passe, en tout cas c'est pas forcément un problème..., euh, mais ça peut être aussi un problème d'oreilles... Moi aussi, c'est souvent que j'avais tendance à l'oublier ça, et euh... et c'est vrai que les orthophonistes, souvent, euh, maintenant j'ai plus de réflexes, mais me disaient attention est-ce qu'il y aurait pas un problème d'oreilles en même temps. Donc c'est pas un hasard qu'on trouve en même temps des problèmes d'audition

I : oui, du coup

MG4 : voilà.. Après chez les adultes j'en ai moins, j'ai quelques patients des vrais sourds,

I : oui

MG4 : mais pas beaucoup, pas beaucoup, euh, j'ai de temps en temps, mais il y a n'y pas si longtemps que ça des surdités brutales chez les adultes, j'en ai eu une dame il n'y a pas longtemps, je crois que j'ai un bouchon (rire) j'ai mis du cérulyse pendant une semaine...; mais comment vous savez que c'est un bouchon ? ben parce que c'est le pharmacien qui m'a dit de mettre le cérulyse, d'accord.... Venez regarder, donc on est allé voir, elle avait les tympanes impeccables, elle avait rien du tout, surdité brutale, 50%

I : d'accord, d'un coup

MG4 : d'un coup

I : c'est pas pareil que...

MG4 : j'en n'ai pas eu souvent mais là de temps en temps, et quand je l'ai réinterrogé, mais elle dit mais non j'entends pas bien, elle me dit qu'elle a des acouphènes et baisse de l'audition, du coup là elle est en train de faire un bilan chez l'ORL.

I : d'accord, ce n'était pas un bouchon

MG4 : j'ai eu des complications de grippe, de surdité, ça m'a un peu marquée, pareil, surdité brutale, on a aussi des histoires de névrite et compagnie

I : avec une surdité

MG4 : avec une surdité aussi

I : c'est pas typique

MG4 : non mais on en a aussi, voilà, mais c'est quand même essentiellement les enfants

I : et dans les patients adultes que vous avez, et qui du coup sont sourds, euh ils sont sourds soit brutalement, soit ils sont sourds depuis l'enfance

MG4 : d'origine congénitale, oui

I : et avec ces patients là, ça se passe comment ?

MG4 : c'est dur, je trouve, c'est dur

I : comment vous ressentez

MG4 : je me sens mal à l'aise, je me sens mal à l'aise parce que des fois ils ne le disent pas forcément, enfin, il y a aussi surdité et surdité. Il n'y a pas si longtemps que ça j'ai eu un patient qui est arrivé, il m'a pas dit tout de suite qu'il avait une surdité mais le le l'échange était quand même assez surprenant, il me comprenait bien, il parlait avec des troubles de l'articulation, des troubles quand même, il parlait quand même correctement, ce n'était pas une surdité totale, et (rire gêné), sur le coup je me dis mais il est débile, enfin ?... ? Mais au bout d'un moment il a fini par dire oui oui oui, parce que lui il avait complètement oublié dans les antécédents, ah oui mais j'ai un problème d'oreilles (*me montre son oreille*). Ahhhhhhhhhhhhhhhhh (*rire*) mais je suis pas très à l'aise avec les gens comme ça.

I : d'accord, vous vous sentez pas...

MG4 : euh... je trouve que l'échange est compliqué, l'échange est compliqué,

I : et donc comment vous avez fait pour passer au-dessus ?

MG4 : et ben faut faire avec, (*rire*) parce que c'est des patients comme les autres (*rire*)

I : oui...

MG4 : et euh... donc après ... et alors, ben du coup moi j'ai fait plus attention aussi ... parce que moi je parle vite, donc je lui dis mais fallait me le dire, que vous aviez un problème de surdité, donc du coup je me suis un peu repositionnée, en me disant parce qu'au début je me suis dit mais il comprend pas, il fait exprès, euh il répond pas à mes questions, enfin, en tout cas ce patient là, je comprends pas ..

I : hum

MG4 : mais je... des fois il y a des patients surprenants aussi, hein, et (*rire*) au niveau psy, et là , et après j'ai dit merde, c'est moi qui suis à côté de la plaque, donc après je me suis repositionnée, euh, bon c'est moi qui parle vite, qui a pas compris qu'il était sourd, donc là, mais je suis pas sûre qu'ils apprécient euh... bon, ... après je lui dis ben je vais parler plus doucement, oui oui oui je comprends, enfin, ils aiment pas trop non plus qu'on parle de leur handicap, quoi, en tout cas avec ce patient-là

I : d'accord, vous avez l'impression que... , il se sentait handicapé

MG4 : oui

I : que si on en parlait il se sentait handicapé

MG4 : oui, d'ailleurs, il me l'avait pas dit, par exemple quand je l'ai interrogé il ne m'a pas parlé de sa surdité.

I : ça faisait pas partie

MG4 : non

I : de ses maladies

MG4 : non, non, et du coup, quand je le revois parce qu'il a de l'HTA, et euh... et plusieurs fois j'en ai parlé, il n'aborde pas le sujet, enfin il veut pas en parler, hum

I : donc lui il parle bien, enfin il parle avec une voix un peu

MG4 : ouais, il a, il a des problèmes d'articulation, mais on le comprend bien, mais on sent qu'il articule d'une façon très différente,

I : oui

MG4 : mais sur le coup je me suis demandé s'il n'était pas handicapé.. euh cérébral moi en fait (*rire*), pas du tout c'étaient les oreilles, du coup j'ai reparlé plus doucement... en essayant, euh... en fait je pense que je me comporte de façon anormale, mais ...

I : comment ça anormale ?

MG4 : parce que du coup je parle plus doucement, parce que je prends en charge son handicap en fait, et euh.... Ouais j'étais pas à l'aise, et du coup je , je pense que je me positionne par rapport à ça, en me demandant est- ce qu'il comprend, est- ce qu'il me comprend pas, est ce qu'il m'entend , est ce qu'il m'entend pas, euh... voilà donc je parle plus doucement, j'essaye d'être en face de lui quand je lui parle, et moi tatata (*montre qu'elle parle vite*) je parle aux gens, mais effectivement il percuté pas,

I : hum

MG4 : et j'ai une autre petite jeune fille, pareil, mais que je vois très rarement, qui euh... et que c'est pas moi qui la suit, et je vois de temps en temps, mais pareil j'avais oublié l'autre fois qu'elle avait des problèmes de surdité ... congénitale aussi, et euh elle parlait pas , donc, elle a 12 ans, pareil sa mère me l'a amenée, et puis, j'avais marqué dans le dossier, mais je me souvenais pas j'avais dû la voir une fois, y a longtemps il y a 2 ou 3 ans, et donc là je la revois là, et puis je voyais qu'elle parlait pas et , et euh, je dis à la mère, elle est réservée, machin, mais, et là elle me dit (*rire*) mais elle entend pas bien elle a un problème d'oreilles (montre son oreille), et là je me dis ahhhhh, et je suis pas à l'aise,

I : d'accord.

MG4 : même avec la gamine, la gamine de 12 ans, du coup je savais pas si elle entendait correctement comment il fallait, enfin, si, sa mère m'a dit, elle était appareillée en fait, maintenant les appareillages on les voit pas hein, ils sont super bien faits, comme ça c'est génial, et du coup la mère m'a dit mais si si elle est suivie, vous pouvez lui parler etc... mais la gamine elle répondait pas spontanément par contre, elle était hyper en retrait, et sa mère me disait que ça posait problème à l'école..

I : et euhm .. Tout à l'heure vous disiez y a surdité et surdité, qu'est-ce vous vouliez dire par surdité et surdité ?

MG4 : c'est quand que je vous ai dit ça ?

I : quand vous avez dit euh, vous avez parlé du monsieur qui était, qui était pas sourd au départ, que vous ne saviez pas qu'il était sourd, et puis après qui vous a dit oui oui j'ai un problème d'oreilles

MG4 : le monsieur là,

I : oui, ils disent pas le mot surdité ?

MG4 : jamais

I : il dit je suis pas sourd

MG4 : jamais

I : enfin ils ne disent pas je suis sourd

MG4 : non, comment il m'a dit ? Non surdité ça jamais, le monsieur, il m'a dit je suis sourd, la dame pour sa fille ne m'a pas dit qu'elle était sourde, ni qu'elle avait un problème de surdité, elle m'a dit vous savez elle a un problème d'oreilles, voilà, le monsieur m'a dit je suis sourd. Ben je parlais du principe, parce qu'en plus le monsieur dont je vous parle, je sais pas exactement quelle est l'importance de sa surdité, il a ? parce qu'en plus il m'a dit oui je suis plus suivi par les ORL etc... donc il est appareillé quand même, mais euh... j'ai pas trop de choses,

je sais que c'est congénital quand il m'a expliqué et tout ça, parce que c'est un nouveau patient, je ne le connais pas depuis longtemps et euh... j'ai pas trop abordé le sujet avec lui en fait, donc quand je dis surdité.. je l'imagine qu'à la façon dont il parlait

I : oui

MG4 : il devait pas avoir une surdité euh... totale, sûrement pas, il pouvait pas parler comme il parlait quand même

I : parce que vous avez vu des patients qui étaient avec une surdité totale ? Et qui parlaient du coup encore moins bien ?

MG4 : non, non, mais j'imagine qu'il parle encore moins bien, enfin j'imagine. Ma mère, était, enfin j'étais un peu sensibilisée, ma mère était dans, était instit et elle travaillait avec des sourds, elle a eu des sourds intégrés dans sa classe, mais euh, euh, c'est vrai, que, mais sur ce monsieur j'en sais pas trop, je sais trop, tant que ça, s'il est sourd, quand je réfléchis un peu

I : et pourquoi vous vous sentez pas à l'aise ?

MG4 : c'est une pathologie que je connais pas bien, qu'on voit peu, moi en tout cas j'en vois pas beaucoup, euh euh.... Chez l'adulte hein, on parle bien chez l'adulte. Chez l'enfant c'est très différent. Chez l'enfant c'est très différent parce qu'en plus chez l'enfant, euh, on s'en rend pas toujours compte

I : oui

MG4 : moi la plupart du temps je suis passée complètement à côté, après, c'est des enfants qui sont quand même agités, enfin, y a des, y a des troubles du comportement qui font qu'on s'alerte, mais, et puis l'enfant c'est très différent, voilà, on a un enfant on va pas lui dire est-ce que vous entendez pas bien, hein ?,

I : hum

MG4 : c'est pas la même chose. Mais l'adulte je pense que je connais pas bien, en fait c'est ça

I : et du coup, la relation que vous avez avec le patient, comment vous la ressentez, comment ça se passe ?

MG4 : je suis pas à l'aise. (*rire gêné*)

I : comment vous avez pu pallier à vos difficultés ?

MG4 : je m'habitue, (*rire*) ce que je veux dire par là, c'est que ce patient je le revois régulièrement, là maintenant je le connais depuis 2 ans, donc je le revois un peu et cetera. Ceci dit la relation est particulière. C'est un, euh, y a des patients avec qui ça passe super bien, très vite, enfin voilà, avec un relationnel, lui c'est J'ai du mal, quoi, j'ai du mal à avoir un contact.

I : est-ce que vous trouvez que c'est ce patient-là avec lequel vous avez du mal à avoir un contact ou c'est généralement tous les patients sourds avec lesquels vous avez du mal à avoir un contact ?

MG4 : c'est pas que ce patient, lui il est très mal

I : il est ?

MG4 : il est mal à l'aise

I : lui aussi, il est mal à l'aise

MG4 : ah ouais non mais, la consultation c'est, enfin j'arrive pas à discuter avec lui. Enfin moi, mes patients, ils viennent pour leur parcours etc., mais sinon on parle d'autres choses, je leur demande comment ils vont, enfin voilà, ya une relation, mais lui, il vient pour son médicament je le vois, je l'interroge, comme vous allez, ninin... c'est hyper froid, quoi...

I : d'accord

MG4 : j'arrive pas à, à.. à avoir une relation comme avec les autres patients... ;

I : vous avez l'impression que c'est un peu simpliste ?

MG4 : ouais, c'est très médical hein

I : d'accord

MG4 : Tac Tac Tac point, il rentre, et il repart,

I : d'accord

MG4 : en fait je sais pas grand-chose de lui

I : parce que de lui-même, il va pas forcément

MG4 : non, non, il parle pas, il parle pas, il répond à mes questions, point barre, il a aucune plainte, enfin c'est très froid comme relation, ouais

I : et avec la petite fille aussi ?

MG4 : avec la petite jeune fille, ah ouais, ouais, elle je ne la vois pas souvent aussi, donc c'est très différent, euh et elle, elle était mal à l'aise, j'ai senti qu'elle était vachement en retrait et que sa mère a parlé pour elle... ouais, à 12 ans, et puis j'ai dû la voir 2-3 fois en quelques années,

I : donc ça fait pas beaucoup

MG4 : ouais

I : et euh du coup, quel moyen de communication vous avez pu utiliser pendant la consultation ou les autres consultations que vous avez pu avoir avec des sourds ou malentendants dans votre carrière, dans votre expérience

MG4 : et ben on fait ce qu'on peut (*rire gêné*), parce que moi je parle normalement la plupart du temps, après euh ceux que j'ai vus ils parlaient quand même un peu, donc il y avait un échange, on pouvait se comprendre, mais ça a jamais passé, ouais

I : vous vous sentez pas à l'aise

MG4 : je me sens pas à l'aise, est ce que ça vient de moi ? je pense que ça vient du fait que j'en vois pas beaucoup aussi, et que effectivement, si, j'étais en train de me poser la question si je suis comme ça avec d'autres handicaps ? Oh, j'ai une autre patiente qui est sourde aussi, mais elle c'est différent, il y a aussi une infirmité motrice et cérébrale donc elle est amenée par sa maman, donc là y a pas d'échange, parce que c'est la mère qui parle à la place. C'est une adulte de 35 ans. Donc là c'est sûr la relation elle est forcément plus que limitée

I : ouais

MG4 : mais je pense que c'est parce que j'ai pas l'habitude, voilà

I : et euh, vous avez des formations ?

MG4 : non, je suis pas allée en ORL,

I : ouais

MG4 : euh... non, j'ai lu des articles des choses comme ça, mais je suis plus à l'aise en gynéco (*rire*)

I : on peut pas être à l'aise partout...

MG4 : mais je pense que ça vient surtout des pathologies qu'on voit, c'est forcément, mais c'est vrai que c'est un, une pathologie dont j'ai pas l'habitude... mais plus chez les enfants.

I : et quand Comment, mise à part à part le fait que vous soyez mal à l'aise mais c'est quand même un gros point puisque vous l'avez dit plusieurs, fois. Ces difficultés ce sont toujours les mêmes ? Est-ce que c'est des difficultés concernant la communication, l'examen, l'interrogatoire ?

MG4 : non c'est l'échange face à face, l'examen ça me gêne pas trop après j'explique aux gens que je vais les examiner, etc, donc c'est pas le contact physique du tout, non c'est le face à face, c'est quand euh... ils arrivent, c'est quand je les interroge, c'est quand j'essaye de savoir un peu des choses, et souvent c'est un peu le flop, non l'examen ne me pose aucun problème.

I : il y a un manque de fluidité

MG4 : ouais voilà, c'est ça, il y a un manque d'échange, ouais il y a un manque de fluidité c'est ça, ... donc ya pas le relationnel qu'on peut avoir avec un autre patient.....

I : est-ce que vous pouvez me parler de la prise de rendez-vous ? Ou quand vous avez essayé de joindre les patients si vous avez besoin de les joindre.

MG4 : ah... Alors la prise de rendez-vous, euh... (*réflexion*), et ben c'est lui qui m'appelle, ah ben je comprenais rien au téléphone, maintenant je le reconnais, quand il m'appelle, parce que je reconnais sa voix, donc c'est lui qui m'a appelé la première fois, donc j'ai fixé le rdv moi-même et euh j'ai pas dû mettre le nom correctement, parce que souvent, c'est pas toujours moi qui répond au téléphone, c'est soit moi, soit le secrétariat, donc euh.... La plupart du temps c'est moi qui l'ai vu, et qui l'ai eu au téléphone et euh. ; Maintenant je le reconnais, donc je sais qui c'est, ... ou euh... il y a en a un autre aussi (*réflexion*). Le téléphone pose moins de problème... bizarre.... Hein non moi c'est le face à face qui me gêne.

I : et tout à l'heure vous parliez de la compréhension, que vous aviez du mal à comprendre, que lui avait peut-être du mal à comprendre, et euh

MG4 : en fait c'est que surtout, ce patient, je pense qu'il minimise son handicap donc il le masque, la preuve c'est qu'au début j'ai pas compris moi, et que je me suis dit euh... c'est quoi le problème quoi, et j'en ai, et en en parlant j'ai deux autres patients comme ça, pareil, c'est-à-dire, on les voit la plupart du temps ils parlent pas du handicap, ils parlent pas de ... la plupart du temps c'est des gens que je connais pas, en fait, donc ils sont, j'en ai eu un autre comme ça, donc il est venu, il m'a pas dit qu'il était sourd, et pareil, je me dis mais bizarre, j'arrive pas à ... j'arrivais pas, je trouvais qu'il y avait un relationnel compliqué, euh ... et c'est, exactement la même façon, et au bout d'un moment, je lui dis, mais euh, mais je lui dis : vous prenez des médicaments ? (l'air étonné, questionnement) au début je pensais, l'autre patient dont je vous parle, je pensais qu'il prenait des neuroleptiques par exemple

I : ah d'accord

MG4 : et ouais parce que, mais pourquoi il me parle comme ça, il me parlait bizarrement, avec des troubles de l'articulation, enfin voilà, et je me dis mais il est ensuqué, il prend des médicaments ? Au début je pense que c'est des psy, la plupart du temps, c'est un psycho je sais pas quoi (*rire*) qui j'ai en face de moi, et pareil, au bout d'un moment, il me dit mais j'entends pas bien j'ai un problème d'oreilles (me montre l'oreille)... ahhhhhhhhhhhhhhhh (*rire*) voilà, en voilà un autre, et à chaque fois c'est quand je les interroge parce qu'ils me disent pas le problème,

I : d'accord

MG4 : et voilà, lui je comprenais pas, les médicaments, mais à chaque fois c'est le face à face,

I : ok c'est ça qui... et dans les rdv du coup c'est par téléphone,

MG4 : ouais

I : il n'y a pas d'autres systèmes ?

MG4 : non, non, je fais pas de prise par internet,

I : et euh donc aucun patient qui, enfin les patients sourds que vous avez croisés ils parlent bizarrement,

MG4 : ouais

I : mais y en a aucun qui ne parle pas

MG4 : non aucun,

I : que vous avez vus, il y en a aucun qui parle pas

MG4 : non qui ne parle pas du tout, j'en n'ai aucun, je n'ai que des patients comme ça, moi. Qui sont, ouais ouais, parce que l'autre, je me dis mais il prend des neuroleptiques (*rire*) et oui, oui

I : oui mais en fait vous en avez quelques-uns

MG4 : ben oui, mais voyez ça c'est quelqu'un que j'ai pas vu régulièrement, euh, ça doit être, je n'ai pas dû le revoir d'ailleurs, c'est en en parlant que je me suis dit mais oui, oui, y en a un autre.

I : et pourquoi vous pensez que vous en avez du coup pas beaucoup ?

MG4 : j'en sais rien, euh, (*réflexion*) parce que c'est des gens jeunes que j'ai vus, et j'ai une population jeune quand même, ben, ... je sais pas ... (*réflexion*) très bonne question (*rire*) j'en sais rien, je sais pas, (*réflexion*), ou alors c'est des gens que je ne revois pas, ou qui ne me marquent pas, parce que vous voyez en en parlant, j'en ai quelques-uns qui reviennent, et euh... ouais, ouais,... je sais pas

I : il y a d'autres situations qui vous ont marquée où vous ne vous êtes pas sentie confortable ?

MG4 : avec d'autres patients que des problèmes de surdité ?

I : non, je tourne encore autour du pot, non avec des patients malentendants, des patients sourds.

MG4 : non

I : et dans les patients que vous avez croisés, est ce que vous avez dû avoir recours à un tiers ?

MG4 : ouais, le, le, le patient dont je vous parle tant, euh je lui avais demandé la deuxième consultation de venir accompagné par sa femme..

I : et sa femme elle est entendante ?

MG4 : ouais, ce qu'il n'avait pas très bien pris sur le coup

I : d'accord

MG4 : et en fait il comprenait pas pourquoi je lui demandais ça , et sa femme était pas malentendante, avec sa femme j'ai pu quand même, alors là plus de problème (*rire*), donc sa femme, je lui ai quand même parlé, je lui ai demandé pourquoi, etc., nananna, je lui dis, elle, il est venu qu'une fois avec sa femme, parce que je voulais savoir un petit peu plus de choses, et euh, mais lui l'avait pas très bien pris la première fois, euh, je sais pas pourquoi j'avais fait venir sa femme (*réflexion*)...

I : et euh quand la consultation, elle s'est passée, et que vous étiez tous les 3, ça s'est passé comment la relation avec le patient ?

MG4 : Ben pour moi c'est plus facile, c'était plus facile, parce que j'avais quelqu'un qui traduisait , enfin pas qui traduisait mais qui m'expliquait un peu les choses quand même , et euh... et qui parlait du handicap d'une façon assez, euh... euh sans être bloquée, sa femme elle en parlait d'une façon assez ouverte, quoi, alors que lui , je comprenais qu'il n'avait pas trop envie d'en parler... c'est pour ça qu'il n'avait pas bien apprécié que je fasse appel à sa femme, mais euh... la relation était plus facile, mais par un intermédiaire.... (*Réflexion*)

I : hum, l'intermédiaire ça ne vous a pas gêné ?

MG4 : non pas du tout

I : avec le patient ?

MG4 : non, ben non parce que la relation était quand même compliquée (*rire*), moi ça m'a aidée, ça m'a aidée à pouvoir parler, en fait, parce qu'en fait ce patient quand je lui parlais, oups flop quoi, (*rire*), et j'avais pas, j'avais en face de moi quelqu'un qui me répondait par oui ou par non, quoi,

I : ok

MG4 : donc euh, ça va pas bien loin quand on répond par oui ou par non, hein

I : et avec sa femme du coup, la conversation était un petit peu plus riche ?

MG4 : alors lui, il parlait plus facilement, parce que souvent elle, elle s'adressait à lui, elle s'adressait à lui quand je lui demandais alors, est-ce que nanan je lui posais des questions, elle faisait un peu, elle faisait un peu le traducteur,

I : hum

MG4 : donc c'était plus facile, peut être pour lui aussi, effectivement c'était sa femme qui était là, donc ouais,

I : d'accord.... est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter, des suggestions, des questionnements, des choses qui vous viennent à l'esprit ?

MG4 : hum, non pas particulièrement

I : juste une chose, vous avez parlé de handicap, et vous vous êtes demandé si avec les autres handicaps vous aviez du mal ?

MG4 : ouais, ouais

I : et du coup ?

MG4 : ben non, non parce que, par exemple les autres handicaps c'est les malvoyants, heu... ça me pose pas trop de soucis parce que je trouve que la communication est plus facile, les malvoyants, euh, on peut avoir un échange à mon avis, plus simple, euh, après les handicaps moteur c'est autre chose, mais en tout cas les malvoyants non, euh, non je pense que l'histoire des oreilles, ça me, ça me met pas forcément bien à l'aise, mais parce que je pense que j'ai pas l'habitude

I : d'accord, parce que dans votre histoire personnelle, professionnelle il y a pas quelque chose qui pourrait ...

MG4 : aucune, (*rire*) non aucune

I : et bien je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes petites questions.

Le mardi 24/06/2014, vers 13h, à la faculté de Rockefeller dans une salle à côté du DMG.

Entretien avec le Dr. n°5. On est assis l'un en face de l'autre. Médecin généraliste d'environ 40 ans. Il est installé dans un cabinet de groupe dans la Drôme en zone rurale, depuis environ 12 ans, activité de médecine générale avec petite orientation ostéopathie et psychothérapie de soutien. Il est aussi responsable d'une structure de soins pour adulte handicapés.

Secrétariat sur place

I : [présentation] Je vous pose des petites questions d'ordre général au début, ben du coup qu'est-ce que vous faites, si, enfin quelle médecine générale vous faites, où est-ce que vous exercez, depuis quand vous exercez, enfin un peu tout ça quoi.

MG5 : donc je suis médecin généraliste, installé depuis 12 ans, si je me trompe pas, mais je me trompe sûrement parce qu'on a tendance à minimiser, dans le nord de la Drôme, dans un cabinet de groupe actuellement 5. Je suis aussi tuteur, je reçois des internes et des externes, ce qui fait du monde dans le cabinet, des fois, ce qui peut être une source de difficultés pour les patients un peu euh... justement je pense à une de mes patientes qui est sourde, voilà, euh.. ou sinon, je suis médecin généraliste, je fais tout, euh... petit jusqu'au grand. Euh, je travaille aussi, enfin j'ai quelques patients handicapés, mais ils sont pas tous sourds, donc c'est pas, voilà...

I : pas d'activité particulière, d'orientation particulière ?

MG5 : je fais un petit peu d'ostéo, et sinon j'aime bien faire un peu de psychothérapie, donc je fais beaucoup de psychothérapie de soutien

I : d'accord, ok, donc ça fait douze ans, enfin une douzaine d'années que vous êtes installé. Est-ce que si vous êtes tuteur, vous donnez des cours à la fac de temps en temps ?

MG5 : oui oui

I : groupe de pairs ?

MG5 : je fais partie d'un groupe de pairs, j'ai un groupe de pairs, suis tuteur, je donne des cours sur l'ado, sur l'approche centrée patient, sur la dépression, voilà, euh.... comme formation effectivement, je me forme régulièrement, j'explose mon quota à chaque fois, qui est tout petit maintenant, voilà, euh, voilà, je suis papa, j'ai 5 enfants, ils vont tous bien, et je suis vice-président de l'ARCHE de la vallée, qui est une association d'hébergement de personnes handicapés,

I : d'accord,

MG5 : de polyhandicapés.

I : ok, ... ok, et ben maintenant on va en venir au vif du sujet. Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience avec les patients sourds ?

MG5 : oui, j'en n'ai pas beaucoup, j'en ai au moins une que je vois souvent, euh, qui est sourde de naissance qui lit sur les lèvres, euh, et c'est parfois source de difficultés, il faut souvent, je fais beaucoup de reformulation, dans les deux sens, pour être sûr qu'elle m'a compris, je lui demande de répéter. Parce que des fois, c'est ce que je disais au début, c'est que, souvent avec mes internes, voilà elle comprend pas forcément ce qu'on lui a dit et elle interprète, et comme c'est une personne handicapée, euh, qui est souffrance par rapport à ça des fois, voilà, un petit rire, un petit sourire et elle peut interpréter ça comme on se moque d'elle

I : oui

MG5 : et là, euh, j'ai au moins une fois, elle me l'a fait remarquer, j'aime pas votre interne, alors que moi je le connais, je sais, , c'est quelqu'un d'adorable, il s'est moqué de moi, alors qu'il ne s'était pas moqué d'elle c'est sûr, il n'y avait pas de , il n'y avait pas, pas de soucis par rapport à ça, donc c'est des fois difficile. Euh... ça c'est une patiente. J'ai... euh Quand je la reçois je n'adapte pas du tout mon temps de consultation. J'ai une consultation toutes les vingt minutes, si j'ai du retard, j'ai du retard, voilà, mais de toute façon ce n'est pas une grosse consommatrice, elle aime pas les médicaments, donc c'est un peu, donc c'est bien, elle aime bien se soigner euh, avec les plantes, mais toute seule, donc ce qu'elle a besoin c'est souvent que je la rassure, regarder beaucoup ses oreilles, ses tympans, parce que comme elle a des appareils, souvent que ça se bouche. Sinon elle est, euh...Mais quand je la vois, je suis pas particulièrement inquiet, ça va bien se passer, mais voilà c'est une consultation où je fais attention, encore plus que d'habitude, à ce que je dis, je parle plus doucement, j'essaye d'articuler (articule en le disant) parce qu'elle lit sur les lèvres, voilà, je peux pas, si je regarde mon ordinateur en même temps (bouge la tête pour qu'on ne voit pas ses lèvres), elle va pas m'entendre, donc vraiment je fais attention à elle, pour qu'elle me comprenne et je vérifie bien que, qu'on s'est compris, voilà...

I : et oui, que vous vous êtes compris. Et comment ça se passe avec cette patiente, ou d'autres patients sourds que vous avez, en ce qui concerne les prises de rendez vous ?

MG5 : alors les prises de rendez-vous, effectivement, ben, soit ils téléphonent, ... je sais pas comment ils se débrouillent, mais je crois qu'elle vient souvent, elle, en tout cas elle vient souvent, et parce que effectivement au téléphone ils s'entendent pas, on est dans un petit village, donc c'est facile, elle habite pas loin, donc elle passe dans le coin, et hop elle prend rdv à mes secrétaires de visu. Elle, je crois qu'elle passe à chaque fois pour prendre le rdv, euh j'ai d'autres patients, euh je crois qu'ils ont des appareils pour augmenter le téléphone

pour entendre. J'en ai un, j'y pense au fur et à mesure, qui est d'ailleurs considéré comme un travailleur handicapé par sa surdité... il fait un travail qui n'a pas de lien avec le son mais voilà. Il est content parce qu'il a pu être embauché grâce à ça, parce qu'il est considéré comme travailleur handicapé alors qu'il a un bac + 3.

I : d'accord, et ... la patiente que vous avez elle est appareillée ?

MG5 : oui elle est appareillée

I : et donc dans la conversation vous utilisez quoi comme moyen de communication ?

MG5 : elle lit sur mes lèvres donc je suis content, ou sinon ben sinon, j'utilise un écran

I : un écran ?

MG5 : un écran. J'écris

I : ah oui, d'accord ok, un écran, pas la tablette

MG5 : non j'ai pas de tablette, j'écris à l'écran,

I : ok

MG5 : ou alors j'écris à la main, mais bon j'écris tellement mal, que,

I : (rire) est ce qu'elle a besoin d'un tiers dans la consultation

MG5 : non, les sourds que j'ai et qui viennent me voir, j'ai pas de notion d'un tiers, non j'ai pas vu de tiers

I : ça se passe, vous la ressentez comment la relation avec cette patiente et avec les autres ?

MG5 : ben elle a confiance avec moi, les autres ils sont confiants, voilà...(réflexion) moi j'ai , je le sais mais je suis pas train de me dire, tiens je vais recevoir un patient avec un problème d'audition, je commence pas par ça. Après, comme j'ai l'habitude de m'adapter aux patients que j'ai en face de moi, je vais le faire, mais ça pas la première chose qui me vient à l'esprit.

I : d'accord, donc vous ne ressentez pas particulièrement de difficulté

MG5 : si on arrive bien à se comprendre non. J'ai pas de difficulté

I : et si vous n'arrivez pas à vous comprendre ?

MG5 : il n'y a rien de pire que de ne pas arriver à communiquer.

I : oui

MG5 : Comme moi c'est tout basé sur l'approche centrée sur le patient, si je le vois pas, pas sur les sourds, parce que heureusement avec les sourds que j'ai, on arrive bien à communiquer, j'ai pas cette difficulté là, j'en n'ai pas qui parle avec des signes, donc ceux-là que je n'ai pas, je serais bien embêté. Je le vois quand j'ai des gens qui sont étrangers

I : hum

MG5 : où, là,, ils sont pas sourds, mais ils comprennent pas ce que je leur dit, je suis paumé, je suis pas à l'aise, la consultation elle est pas, elle dure pas 20 minutes, elle dure 5 minutes, je fais l'examen clinique et c'est tout, quoi, parce que je peux pas aller plus loin.

I : et donc si vous vous retrouviez avec un patient sourd, qui signe, vous disiez, euh, ou du coup qui lit pas sur vos lèvres, comment ça se passerait ? Comment vous ressentiriez ?

MG5 : alors, comment je ressentirai, et ben, si, ça dépend de son niveau, et pourquoi il vient me voir, s'il vient me voir parce qu'il a une angine, ça va aller, mais s'il vient me voir parce qu'il est en train de faire une dépression, je vais être démuni, je sais pas comment je vais pouvoir faire, alors je sais qu'il y a des aides, mais je pense que je me sentirais pas compétent, alors je veux bien utiliser des aides... et apprendre avec lui, ça me dérange pas, mais faut qu'il y ait une alliance thérapeutique importante avec lui

I : des aides ?

MG5 : oui des aides, je crois qu'il y a plein de logiciels, ou je sais pas ils font des trucs bizarres, (réflexion) je sais pas (rire)

I : des aides ? Des aides par ordinateur ?

MG5 : des aides par ordinateur, il me semble qu'il y a des aides, ben

I : d'accord

MG5 : il me semble que j'ai entendu ça une fois, mais je me suis pas intéressé à la question puisque j'en n'ai pas eu besoin,

I : ouais

MG5 : donc, euh, moi je veux bien apprendre, mais il faut qu'il me fasse confiance

I : oui

MG5 : pour qu'il me fasse confiance il faudrait qu'il me connaisse déjà, c'est ça, et la difficulté c'est ça, c'est les gens que je connais, j'ai pas ce problème donc ça va bien,

I : d'accord, et donc je suis désolée, je reviens à la ... si jamais vous aviez des patients sourds, parce que pour l'instant ça se passe super bien, j'ai l'impression,

MG5 : oui, oui, oui

I : donc si jamais vous aviez un patient sourd, avec une difficulté de lecture labiale, ou une difficulté de compréhension autre

MG5 : oui parce que c'est vrai que les sourds ont du mal à parler aussi

I : voilà

MG5 : ça j'en ai rencontré ou c'est difficile, mais c'est pas mes patients, comme dans la vie de tous les jours, on prend le temps, et on répète (lève les bras et tape sur la table, d'un style c'est évident), c'est évident je suis au service du patient qui vient me voir, ça va durer plus longtemps mais c'est pas grave

I : donc du coup comment vous allez pouvoir contourner ces difficultés, mise à part le fait de prendre du temps, de reformuler comme vous disiez

MG5 : ben écrire, mais ils n'écrivent pas tous, et après il me semble qu'il y a des logiciels, mais, ou alors il faudrait aussi peut être qu'ils prennent du temps pour préparer la consultation un petit peu à l'avance, qu'il la prépare, qu'il arrive avec quelque chose d'écrit, qui est débrouillé, pour le dire à quelqu'un qui prenne le temps avant, qu'il y ait des accompagnants, peut être que ça serait pas mal

I : quand vous pensez aux accompagnants, vous pensez à qui ?

MG5 : ben des fois il y a des éducateurs, des fois voilà, et pourquoi il n'y aurait pas des interprètes.... Voilà je sais pas lire un sourd m... enfin un sourd-muet

I : oui, est ce que vous aviez d'autres choses à ajouter, des suggestions, des réflexions, des questionnements ?

MG5 : on voit à la télé des traductions simultanées (rire), ça a l'air facile comme ça, en fait, il faut regarder les gens, est-ce qu'il n'y a pas des logiciels qui filmeraient la personne et qui traduiraient de ce qu'il dirait ?

I : ah ça serai une bonne question, euh...

MG5 : ceux qui savent, ... à la limite ils se triment même avec leur clé USB avec le logiciel dessus, de manière à ce qui le prête aux professionnels de santé.

I : après je sais pas s'il y aurait un logiciel, ou alors qu'il est au bout de la ligne un interprète

MG5 : avec les moyens techniques maintenant, avec les caméras, ça serait possible, voilà, mais bon, comme toujours ça a un coût, moi pour l'instant, je n'en ai pas eu l'occasion,

I : d'accord, ok, ... (Réflexion), pas d'autres ?

MG5 : pas d'autres, alors qu'est-ce que je pourrais raconter d'autres ?, je réfléchis, je pense aux consultations, ... difficultés d'être compris, voilà, les interprétations qu'elle peut faire, puis, (réflexion) c'est quand même une source de souffrance pour le patient, de ne pas être compris, hein,

I : hum

MG5 : de pas pouvoir, voilà, c'est quelque chose, de difficile pour lui, pour moi, moi je, c'est plus long, mais c'est quelque chose qui peut être source aussi de violence, moi je vois, dans les institutions où j'ai rencontré quelqu'un, qui, qui était sourd, et qui était super violent, et quand on le voit maintenant on se demande comment, il est doux comme un agneau, et le fait de ne pas pouvoir communiquer correctement, on devient très rapidement agressif, Donc le fait de ne pas se faire comprendre ça peut être source, on voit plein de choses (il parle de l'écran du rétroprojecteur derrière nous dans la salle) les implants cochléaires... (rire)

I : ben oui (*image d'implant cochléaire sur le rétroprojecteur derrière nous*) pendant vos consultations vous n'avez pas ressenti d'agressivité de la part des patients

MG5 : sauf cette fois-là, où elle a cru qu'on se moquait d'elle, mais je pense qu'elle a l'habitude d'être agressive par moments, quand elle se fait pas comprendre, donc les gens, ça se voit pas sur elle qu'elle est sourde, donc les gens font pas attention, et comme ils font pas attention, il l'a considéré comme quelqu'un qui entend bien et donc, on peut se poser des vraies questions, quoi, mais nous en tant que médecins généralistes on sait, donc là j'ai marqué en gros sur le dossier « lit sur les lèvres »,

I : oui, et puis vous la connaissez ?

MG5 : oui, et puis elle a confiance en moi

I : et comment ça se passe avec vos internes, mis à part celui où elle pensait

MG5 : maintenant elle est très réticente, je sais donc je ne la laisse jamais seule avec mes internes, parce qu'elle n'a pas envie

I : elle ne se sent pas en confiance,

MG5 : voilà elle ne se sent pas en confiance, voilà, et puis la problématique, c'est justement comme elle lit sur les lèvres, si je me retourne vers mon interne (il se *tourne de côté de manière que je ne puisse pas lire sur ses lèvres*), donc elle perd, donc elle perd des informations, elle sait pas ce que je dis donc il y a toujours cette inquiétude, qu'est-ce qu'ils disent sur moi. Donc je pense qu'elle a dû souffrir, elle ne m'en a jamais parlé, mais je n'ai jamais posé la question d'ailleurs,

I : et heu, voilà, et la souffrance vous n'en parlez pas trop avec elle

MG5 : non je ne lui ai jamais posé la question, par contre c'est une, euh, il y a une inquiétude de perdre encore plus l'audition, elle entend encore un petit peu, et dès qu'il y a un truc au niveau de son oreille, alors là c'est branle-bas de combat, faut vite faire quelque chose, et dès qu'elle a un catarrhe tubaire, c'est la catastrophe,

I : donc elle entend

MG5 : elle lit sur les lèvres, mais elle entend des sons, donc après elle entend plus rien. Donc tout de suite elle s'inquiète.

I : des sourds complets, vous en avez pas,

MG5 : j'en ai un, il a un appareil, du fait qu'il a un appareil il entend

I : c'est un appareil externe, c'est pas un implant,

MG5 : c'est bon ?

I : ben ouais, merci d'avoir participé à mon étude.

Entretien ayant eu lieu le 1^{er} juillet 2014, au cabinet du médecin dans l'Isère, zone rurale. L'entretien a eu lieu face à face entre midi et deux heures. vers 13h30. Le médecin est installé depuis 25 ans, il est actuellement dans un cabinet de groupe de 6 médecins, donc 4 femmes.

Activité : médecine générale, médecin pompier, revue de morbi-mortalité, travaille avec HAS, groupe Balint et groupe de pairs au cabinet.

Secrétariat sur place.

I : [présentation] je vais vous poser des petites questions d'ordre général, et puis après on arrivera dans le vif du sujet, euh, et bien voilà qu'est-ce que vous faites dans la vie, qu'est-ce que vous faites comme médecine,

MG6 : je suis médecin généraliste, installé depuis 25 ans, demain, ici à XX, et accessoirement je travaille aussi à la haute autorité de santé (HAS), depuis que ça s'appelle l'ANDEM, puis l'ANAES, je suis chargé de mission, chef de projets dans divers trucs, dans le domaine neuro cardio vasculaire, et sur les revues de morbi-mortalité

I : d'accord

MG6 : j'ai une grosse activité en dehors de mon cabinet, ce qui m'a permis d'étendre mon cabinet et donc d'avoir maintenant 6 associés,

I : oui j'ai vu,

MG6 : et donc de me permettre de faire autre chose, même si 80 % de mon activité, c'est de la médecine générale.

I : ok

MG6 : et je suis médecin pompier accessoirement

I : ok c'est ce qu'elle m'avait dit (je pense à un autre médecin qui m'a conseillé de voir ce médecin-là), euh et du coup médecin pompier, médecine générale, HAS, euh vous êtes associé avec 5 médecins

MG6 : j'ai accessoirement 2 filles, mais qui sont grandes, (*rires*) qui n'ont plus besoin de moi, mais j'ai encore une vie de famille, et une vie de loisir, mais je travaille beaucoup effectivement

I : et euh, est-ce que vous avez des internes, des externes ?

MG6 : alors non, parce que ça a été une volonté de ma part, alors j'ai été sollicité de multiples fois par X, par enfin, par tous les gens de Lyon, mais je ne peux pas tout faire.

I : ça se comprend,

MG6 : donc j'ai essayé de lancer le bébé, à W et à Y pour qu'elles prennent des internes, elles se sont pas senties de se lancer dedans, ce que je déplore parce que, parce que je pense que le côté transmission dans ce métier, c'est important, ... ah oui je m'occupe aussi de 2 groupes de FMC X et Z, accessoirement..

I : vous êtes entre les deux, en fait,

MG6 : voilà je suis entre les deux, je travaille beaucoup à FORGEMI nord Isère, parce que c'est des gens qui ont été avec moi correspondants régionaux de l'HAS et l'ANAES, et puis je suis revenu un peu sur FMC X parce qu'ils se sont lancés dans la revue de morbi-mortalité, donc j'ai lancé des revues de morbi-mortalité ville-hôpital sur X depuis 1 an.

I : ok, d'accord, depuis an, d'accord, et tout à l'heure vous me parliez des groupes Balint

MG6 : oui donc, je travaille avec des groupes Balint depuis 25 ans, accessoirement c'est une autre de mes activités, donc on a un analyste qui nous gère depuis 25 ans, c'est le même, on est un groupe assez solide, qui a accrédité des gens, et un groupe pluri professionnel, ce qui est rare en Balint c'est-à-dire qu'il y a des médecins, des kinés, des infirmières...

I : ok, d'accord

MG6 : d'accord, ce n'est pas que des docteurs

I : ok je savais pas,

MG6 : c'est une transgression de la règle

I : mais mais c'est aussi intéressant ?

MG6 : oui c'est aussi, et puis je fais aussi toute une étude sur l'HAS sur les revues de morbi-mortalité pluri- professionnelle qui ont été publiées à l'HAS cette année,

I : ok, vous avez une bonne activité (rires)

MG6 : je suis un grand fou (rires)

I : c'est pas tout de suite la retraite ?

MG6 : non non, non encore une bonne dizaine d'année

I : non parce que le Dr....

MG6 : oui le Dr. ... mais non j'en suis encore à une bonne douzaine d'années

I : vous avez encore le temps de vous diversifier

MG6 : oui j'ai encore le temps de sévir sur le terrain (rires)

I : ok, je pense qu'on a le tour sur tout ce que vous faites

MG6 : ah oui et puis accessoirement,

I : oui ?

MG6 : on fait groupe de pairs et revue de morbi-mortalité à l'intérieur du même cabinet, du cabinet,

I : ok j'allais vous demander si vous faisiez encore des groupes de pairs

MG6 : donc on a un groupe de pairs mensuels, le cabinet plus 2 ou 3 personnes autour qui se sont accrédités, et qu'on transforme en revue de morbi-mortalité une fois tous les 3 mois.

I : ok, ça consiste en quoi les revues de morbi-mortalité ?

MG6 : on analyse tous les événements indésirables...

I : pas forcément mortalité

MG6 : non, non, ça peut être du presque d'accident, c'est aussi intéressant en terme de formation, sauf que c'est moins, mais bon quand on est dans le même cabinet et qu'on se connaît bien, je veux dire, on arrive facilement à sortir des cas douloureux, mais on n'est pas obligé de faire des cas douloureux pour faire des progrès, après l'idée c'est d'élaborer des pistes d'amélioration et de les mettre en place, et de les flécher pour voir comment on fait, pour améliorer notre pratique au quotidien.

[...]

I : [...] euh bon ben voilà, on va en venir au bruit

MG6 : au bruit ?

I : pardon, au vif du sujet,

MG6 : aux patients sourds

I : voilà aux patients sourds, est-ce que, donc pouvez-vous me parler de votre expérience avec les patients sourds.

MG6 : j'avoue que j'ai bien réfléchi avant que vous arriviez, j'en n'ai pas une tonne. Je, je pense que je n'ai pas de sourds, clairement... enfin si j'ai une, j'ai une sourde profonde, que j'ai diagnostiqué à la naissance qui doit je pense être implantée, mais qui a une maladie génétique horrible, qui est, avec un retard mental majeur, qui est en institution etc...(réflexion) donc, je la vois, deux ou trois fois par an pour des certificats parce qu'elle est en institution tout le temps.

I : oui,

MG6 : A part faire le diagnostic, globalement ce qui est déjà pas mal à la naissance, j'ai peu de contact avec cet enfant, et elle est, elle a un problème qui n'est pas que de surdité,

I : oui

MG6 : donc à mon avis c'est un peu compliqué d'en parler, sinon accessoirement je n'ai pas de sourds profonds, j'ai des malentendants, là par contre j'en ai plein, comme on en a tous. Mais par contre des vrais sourds profonds comme la fille dont on a parlé, j'en n'ai pas. Euh

alors quelle est la relation ? ben déjà un, c'est de les dépister, parce que souvent ils ne veulent pas en entendre parler, c'est le cas de le dire, et de les inciter dire : il faut trouver le bon moment pour se faire appareiller ni trop tôt ni trop tard pour que ce soit bien supporté, c'est un peu le message que j'essaie de leur faire passer, et puis ensuite de mettre des astuces en face pour être bien sûr que les messages pertinents sont entendus, parce que ils font comme si,

I : hum, hum

MG6 : donc éventuellement, ça peut passer un petit peu par l'écrit, etc... ou bêtement on a des cabinets insonorisés, on élève la voix, et on s'assure que le message important a été bien compris, surtout s'ils ont des anti-coagulants, ou des choses dont on veut être persuadé que le message est bien passé

I : vous dites, du coup les malentendants, ils sont jeunes, ils sont vieux ?

MG6 : alors en moyenne... euh, il y a tous les âges, j'en ai depuis 30 ans jusqu'aux grands âges, j'en ai où effectivement, ils m'en ont parlé, ils avaient des problèmes ils avaient 30-35 ans quoi, souvent dans des surdités familiales

I : ok

MG6 : ou des otospongiose des choses comme ça... Et puis il y a toute la troupe de, je dirais un peu anciens dans le coin, qui sont des anciens qui ont travaillé dans les, dans les ateliers un peu bruyants entre autres à RVI etc, et qui ont des surdités professionnelles, alors après, là aussi l'idée c'est de travailler sur la, un peu sur la reconnaissance en maladie professionnelle, voilà les aider à faire la déclaration de maladie professionnelle si toutefois ça marche. Je dirais que c'est peut être nos deux rôles les dépister et les conseiller au bon moment, et puis s'il y a de la maladie professionnelle derrière, essayer de faire aboutir leur dossier.

I : et donc euh, votre impression quand vous avez un patient sourd, un patient malentendant en face de vous, votre ressenti.

MG6 : (*réflexion*) je vous dis, un, m'inquiéter de ce que je vais lui dire va être bien perçu, éventuellement lui faire reformuler, et c'est des messages importants, qu'il ait bien percuté, parce que ils ont tendance à minimiser

I : ouais c'est ce que vous disiez ils font comme si

MG6 : voilà, ils font comme si, les gens c'est marrant devant le docteur, ils font bons élèves, tout le temps (*rires*)

I : c'est pas faux

MG6 : (*rire*)

I : même ces patients là ils font les bon élèves

MG6 : même ceux là

I : et est-ce que vous pouvez me préciser comment ça se passe pour la prise de rdv pour ces patients ?

MG6 : alors c'est pas moi qui m'en occupe, faudrait presque interroger les secrétaires, parce qu'effectivement ça doit être un peu compliqué, il doit y avoir certain loupé, en terme d'horaires mal entendus etc... alors je pense qu'ils compensent parce qu'ils viennent prendre éventuellement rendez-vous au cabinet, donc on leur fait un petit mot, il y a des petites fiches. Néanmoins il doit bien y en avoir qui prennent rdv et qui comprennent ou qui comprennent pas mais ça par contre c'est jamais moi qui le gère,.

I : c'est via vos secrétaires.

MG6 : oui toujours, moi je ne prends pas de rdv,

I : est ce qu'elles ont mis en place, est ce que vous savez si elles ont mis en place des systèmes ?

MG6 : faudrait leur demander, je pense pas, après comme elles sont là depuis un petit moment avec nous, donc elles connaissent ceux qui ont des difficultés, d'ailleurs on les entend bien quand elles parlent un peu plus fort, si la porte est ouverte, elles crient éventuellement un peu plus fort au téléphone. Et puis éventuellement je pense que les gens, ils compensent, c'est-à-dire ils font prendre rdv par quelqu'un d'autre

I : hum

MG6 : je me doute, mais comme c'est jamais moi qui gère la prise de rdv, je pourrais pas vous éclairer là-dessus.

I : euh, d'accord, la consultation, en termes de communication, vous essayez de reformuler,

MG6 : de les faire reformuler

I : de les faire reformuler, de parler plus fort si besoin d'écrire si besoin ? Est-ce que vous avez eu recours aux autres systèmes, est-ce que vous avez mis en place ?

MG6 : non euh, pour les domiciles, pour des patients fortement malentendants, des systèmes d'ardoises magiques, et sinon pour les vraiment sourds, et ben on écrit, bloc rhodia et puis voilà on écrit

I : et la compréhension à l'écrit, vous l'évaluez comment ?

MG6 : je l'ai jamais évalué, (étonné) ça m'est pas arrivé très souvent, mais je sais que j'ai une ou deux personnes que je ne suivais qu'à la maison et où effectivement on écrivait sur du 21 x 29.7, quand même en gros, une grosse police de caractère, on écrivait les messages importants, et je vous dis une ou deux fois, l'histoire de l'ardoise magique qui est bien pratique, parce que ça évite de noircir des tas de feuilles de papiers, puis on efface, on

I : ... et du coup comme vous la ressentez cette relation ?

MG6 : on est peut-être un peu plus attentif

I : comment vous vous sentez dans cette relation avec le patient

MG6 : ... (*réflexion*) je suis pas certain, que j'ai , si ce n'est qu'il faut que j'y pense, parce que comme je vous dis, ils font bons élèves, ils ne le disent pas tous, et donc ça m'oblige de parler un peu plus fort, ou plus distinctement, j'ai tendance à parler vite, donc ça je le sais, mais j'ai pas de difficulté relationnelle plus particulière... si ce n'est les convaincre, c'est plus dur de les convaincre quand on sent qu'ils ont une gêne, on leur demande surtout s'ils sont gênés dans la famille, dans les brouhahas des choses comme ça, c'est là qu'ils sont le plus souvent gênés, et donc de les inciter quand même à aller faire une audiométrie, et à aller se faire appareiller sans trop attendre qu'ils en n'aient plus le bénéfices, mais ça me pose pas un problème majeur, enfin , peut être les repérer, et être plus attentif quand on parle, voilà...

I : et si jamais avec votre patiente sourde, mais du coup c'est un peu compliqué parce qu'elle a , elle est polyhandicapé, donc imaginons que vous vous retrouviez avec un patient sourd complet, non polyhandicapé, juste avec cet handicap-là entre guillemets, euh, comment vous feriez au niveau de la communication, comment ça se passerait ?

MG6 : ça dépend, un, est-ce qu'il lit sur les lèvres ou pas ? Si on est en relation duelle, s'il lit sur les lèvres, je pense que c'est pas trop compliqué

I : ouais

MG6 : je lui parle en face et distinctement, et je vous dis j'ai pas le cas, à part cette gamine, qui est tellement polyhandicapé que la communication, elle est réduite à sa plus simple expression, c'est triste mais c'est comme ça, ça passe par les parents, euh, sinon voilà parler distinctement en face des gens s'ils sont vraiment sourds profonds, et éventuellement voilà, marquer les messages importants sur du patient, mais j'ai pas cette expérience, pour le coup j'ai pas cette expérience,

I : et en cas de difficulté, comment,...

MG6 : je n'ai jamais appris le langage des signes, et je ne suis pas certain, que je sois pas capable de le faire, à part d'en avoir dans son entourage, mais voilà ça pourrait être une solution mais bon, je crois que c'est très, c'est très euh... c'est de la bonne parole...

I : de la bonne parole ?

MG6 : ben c'est de l'intention, c'est de l'intentionnel, je vois mal les médecins se mettre tous à parler la langue des signes parce qu'ils auront un sourd dans leur carrière, un sourd profond

I : oui

MG6 : à moins d'en avoir dans la famille, mais là c'est un autre cas, c'est un éclairage qui n'est plus vraiment professionnel, ...

I : et est-ce que vous avez des patients qui sont fortement malentendants, et qui viennent avec une tierce personne ? Et du coup comment ça se passe dans ces cas-là ?

MG6 : ben des fortement malentendants, ben je vous dis à part cette enfant-là, j'en n'ai pas, les autres qui sont légèrement malentendants, c'est vrai que généralement ils viennent en couple, et il y a l'autre membre du coup qui est là pour euh... surveiller que tout a bien été entendu, c'est pas uniquement chez les sourds, que la maman elle vient avec, pour être sûre que le papi il a bien entendu (rires) mais ça c'est un autre problème, qui demande de la surveillance, donc voilà mais c'est souvent qu'ils viennent en couple dans ces cas-là. Ceux qui l'admettent, mais il y a toujours une période où... ils sont un peu dans le déni du problème et hein, parfois c'est la famille qui nous le dit, ben écoutez il entend de moins en moins mais il veut pas en parler...

I : hum, donc ils s'isolent un peu

MG6 : ben oui c'est des gens qui se renferment un peu, dès qu'il y a une fête de famille, ils se mettent dans un coin, ou ceux qui montent la télé....

I : ... euh, et du coup avec ces patients-là, avec vos patients malentendants, comment vous avez fait pour arriver à une relation confortable, où il y a une relation intéressante

MG6 : ben en fait le problème c'est que je les connaissais avec le problème, j'ai plus de nouveaux patients, j'en prends plus depuis des années, j'ai pas le temps, donc c'est des gens que je connais depuis 25 ans, 20 ans, donc la relation était déjà créée, la surdité est arrivée dans le package mais... . On s'est connus avant qu'ils soient sourds...

I : hum, d'accord, et des enfants ? Des enfants qui sont malentendants ?

MG6 : non, je vous dis la seule que j'ai, c'est au-dessus, c'est au-dessus à mon avis qu'on tape, non j'en n'ai pas, non, j'ai un gamin qui avait une agn sie d'oreille, mais qui entend très bien de l'autre côté, et qui va très bien en plus, y compris sur le plan scolaire, finalement, j'ai, j'ai lu votre message, c'est pas si fréquent que ça, des sourds profonds j'entends, des hypoacusies il y en a plein surtout d'un certain âge, mais des malentendants profonds, je sais pas si vous avez des statistiques, en terme de combien on en a dans une clientèle

I : j' ai les statistiques, mais voilà après, euh, ... je ne sais pas combien vous avez de patients ?

MG6 : patientèle ici 12 000.

I : et vous ?

MG6 : alors ça dépend c'est médecin traitant ou pas ?

I : oui mais à peu près, les médecins, les patients que vous voyez ?

MG6 : ouh, oh ça doit être à 2 000 quoi, ma liste sécu c'est 2 000, voilà

I : et bien, en regardant avec les chiffres, alors on est 60 millions à peu près en France, il y a 2 à 3 millions de malentendants sourds, déficients auditifs, euh... et il y a entre 150 000 et 200 000 sourds euh, qui signent, des sourds sourds qui signent, il n'y a pas de vrais chiffres.

MG6 : et si je me rappelle on est 200 000 médecins en France, 100 000 libéraux, 100 000 hospitaliers.

I : ah ben voilà : 1 par patient,

MG6 : 1 par médecin,

I : oui 1 par médecin,

MG6 : voilà, à la louche c'est ça,

I : par médecin, en fonction de l'âge du médecin, en fonction de...

MG6 : ouais c'est ça, on peut très bien ne pas en avoir, et je vous dis, moi j'en ai un, mais elle a pas  t e appareillable, parce qu'elle est tellement caractérielle, qu'elle arrache tout, enfin etc., donc je sais pas si elle sera implantée un jour... mais voilà, donc, euh ça fait pas un bel exemple, quoi

I : non mais

MG6 : mais néanmoins je pense qu'au niveau statistique, si on rapporte à la population médicale, c'est 0.5 à 1 sourd profond par patientèle de médecin,

I : oui c'est à peu près ça je pense, c'est ce qu'il me semblait. Est-ce qu'il y avait d'autres choses qui vous sont venus à l'esprit, des suggestions ?

MG6 : ben, par rapport à mon expérience du domicile, je me dis que ça serait bien d'avoir une ardoise magique ici, ... c'est pas un investissement majeur, et ça peut rendre service aussi, et dieu sait si on achète des tonnes de matériels et que finalement... et un truc aussi bête on l'a pas... bon après on peut mettre en police de caractère sur l'écran, mais c'est vrai, je me suis mis un peu en cours de route à l'informatique, mais je suis pas certain ... , je garde soigneusement mes dossiers papiers (me montre ses dossiers papiers), je suis pas certain que ça soit la première chose qui me vienne à l'idée, l'écran

I : hum, après ouais,

MG6 : après si on veut fait une communication avec quelqu'un, l'ardoise magique c'est bien

I : oui ,

MG6 : on efface, on reprend, alors que sur l'écran, ...   mon avis c'est pas bien réalisable, sur un plan ergonomique, il faut filer le clavier, et machin,

I : l'échange est plus limité

MG6 : oui

I : voilà, tout à l'heure vous parliez de la langue des signes, que vous ne vous voyez pas apprendre la langue des signes, parce que déjà vous n'avez pas de patient

MG6 : ouais et puis l'investissement serait faible, c'est pas que ça m'in intéresse, tout m'intéresse, mais on est obligé de se limiter, voilà je pense que les gens qui connaissent la langue des signes c'est des gens qui en ont dans leur entourage proche,

I : hum

MG6 : enfin j'imagine, quelques-uns que je connais qui parlent le langage des signes, c'est des gens qui en ont dans leur entourage proche, euh... mais, ... pour autant, est-ce que le problème, n'est pas suffisamment prégnant pour qu'on s'investisse, à mon avis, (*Réflexion*) voilà ça serait une solution mais il faudrait en avoir beaucoup, alors les ORL ça peut valoir le coup, par exemple,

I : oui

MG6 : quelqu'un qui fait de l'implantologie, des choses comme ça, je pense que ça vaut le coup, mais pour le , pour le nombre de gens qu'on va rencontrer, ... pour 1 sourd profond , moi, je sais pas une consultation par an, voilà, statistiquement je me dis que c'est, voilà, c'est un vœu pieux, mais personne ne le fera,

I : oui, après c'est complètement biaisé, on biaise notre activité

MG6 : parce que je pense, que par contre eux les sourds profonds s'adaptent aux autres, plus facilement que le médecin va s'adapter aux sourds, le sourd il va se démerder pour adapter son handicap à la vie de tous les jours, ils savent très bien le faire, alors, voire même arriver avec le matériel pour communiquer, j'imagine, ...

I : hum

MG6 : c'est eux qui s'adaptent, plus que nous qui nous adaptons, ...

I : vous pensez que vous, vous ne vous adapteriez pas ?

MG6 : on peut s'adapter à tout, mais je pense qu'il faut vraiment avoir une passion pour s'adapter à quelque chose, et se lancer alors qu'on n'en a pas l'utilité pratique tous les jours, d'abord, à mon avis on ne fait bien que ce qu'on pratique souvent, euh... J'ai plus de matériel à intubation, parce que je n'intube quasiment plus. J'ai pas de matériel, j'ai pas de sonde d'intubation, parce que j'ai plus l'occasion d'intuber à part une fois tous les 10 ans. Ce jour-là j'aurai toujours un camion de pompier qui m'amènera l'intubation, donc je vais pas m'équiper pour un truc que je fais jamais, et que je ferais mal

I : oui

MG6 : après voilà, c'est vraiment des choix rationnels dans l'exercice, on s'équipe des choses qu'on fait régulièrement ici, on a de la petite chirurgie, on a voilà... on a même un dermatoscope depuis peu, parce qu'on s'est mis à la dermatoscopie, voilà pour un truc qu'on fera très peu, ... ça se sélectionne de soi-même, on va investir sur les pratiques, de la formation qu'on va utiliser, d'ailleurs, on voit bien tous les gens qui font des formations qui ne sont pas en rapport avec leur pratique quotidienne, vous leur parler un an après, pfff, c'est tout oublié, c'est le problème des FMC, d'ailleurs, ...

I : ça c'est encore autre chose, d'autres petites choses ?

MG6 : non, non je vous dis j'avais un peu réfléchi quand j'avais vu la thématique, mais voilà à part une idée de matériel qu'on peut avoir sur soi, ou à domicile, quand on veut communiquer avec des gens très sourds, c'est à mon avis, le plus rentable et le moins cher, de façon pragmatique ça me semble être le truc que j'ai trouvé de plus simple, et je suis pas le seul à l'avoir trouvé

I : (rires) non je crois pas

MG6 : j'imagine

I : ok, et bien merci d'avoir accepté de répondre à mes questions

MG6 : bon courage pour la suite.

Entretien ayant eu lieu le 19 septembre 2014, à mon domicile, le matin vers 11h00. Le médecin est remplaçant depuis novembre 2013. Elle remplace actuellement dans la région lyonnaise dans des cabinets de groupes.

Activité : médecine générale, médecin signeur.

Secrétariat : dépendant de son lieu de remplacement.

I : [présentation] du coup, on en a déjà parlé un petit peu, mais, je vais te reposer, enfin je vais te poser des questions d'ordre général, du coup est-ce que tu peux me parler de ton exercice, depuis quand tu es diplômée ou en cours de diplôme, quand t'as fini, où est-ce que tu bosses, voilà qu'est-ce que tu fais..

MG7 : donc voilà, moi j'ai fait toutes les études à XX, externat et internat. Heum... j'ai pas encore validé mon DES, ni ma thèse car elle est en cours,

I : ouais

MG7 : donc tout ça à XX encore, euh... donc je remplace depuis novembre ... 2013, ça fait, pas encore 1 an, euh voilà... je fais que des remplacements pour l'instant, j'ai pas de projet particulier d'installation,

I : d'accord, du coup euh, au niveau, enfin au niveau de ton lieu de d'exercice, où c'est que tu remplaces le plus souvent...

MG7 : alors, j'ai beaucoup remplacé à XX, en bas de chez moi, j'ai fait un peu d'urgences médicales comme SOS médecin un peu

I : ouais

MG7 : à domicile, ... et là je remplace en ce moment, à ZZ dans un cabinet de groupe, et à YY aussi, là où j'habite, dans un cabinet de groupe. Ça me fait à peu près, ... ça me fait pour l'instant qu'un jour fixe par semaine avec les vacances, probablement que j'aurai d'autres jours fixes à YY par la suite.

I : ok, et euh... et du coup t'as deux petits

MG7 : ah oui j'ai deux enfants, et voilà, d'où le fait que je n'ai pas encore validé mon DES, et que j'ai pris du retard (rires)

I : normal, ça se comprend, euh, qu'est-ce que je voulais te demander... ah oui, est-ce que tu as fait des formations particulières, est-ce que t'as fait des DU....

MG7 : alors j'ai pas fait de DU,

I : enfin n'importe quoi... hein

MG7 : pas de formation particulière, je me suis contentée de la médecine générale dans son plus pur aspect (rires), sans sous spécialisation...

I : est-ce qu'il y a des choses qui te plairait de faire, est-ce que tu as des projets ?

MG7 : euh... ça c'est triste, non, (rires) non, parce que, ben j'aime bien toucher à tout, ... donc j'ai pas, il n'y a pas quelque chose en particulier qui me ...

I : c'est de la médecine générale aussi

MG7 : ouais c'est la médecine générale, la définition de la MG en soi- elle me plaît, j'ai pas d'envie particulière de ... alors je pense que ça viendra avec la pratique, je vais me dire que ça j'aime bien en faire, du coup j'en fais beaucoup et puis... je vais peut-être faire plus ça par la suite, mais je pense que c'est encore trop tôt, je pense pour....

I : ok, alors du coup, on va en venir au vif du sujet. Euh... s'il y a des choses qui te viennent à l'esprit t'hésite pas à me couper la parole,

MG7 : ouais

I : est-ce que tu peux me parler de ton expérience avec des patients sourds ?

MG7 : d'accord, alors, déjà, voilà, je suis mariée avec un sourd donc euh, j'ai commencé à apprendre la langue des signes en le rencontrant... j'ai poursuivi parce que voilà finalement on s'est mariés. Donc j'ai quand même une expérience de la langue des signes, donc c'est vrai que du coup même pendant l'internat, euh... ça arrive même à l'hôpital de rencontrer des patients sourds, et du coup ben c'est moi qu'on appelait parce que les gens savaient que je signalais un peu, donc c'est vrai que j'avais une relation privilégiée avec les patients sourds, déjà pendant les stages, ... j'étais LA, (rires) LE médecin des sourds à l'internat, donc même en pédiatrie pour les parents... Ils étaient hyper contents, ils me demandaient est ce que vous allez rester là, euh... donc euh non, voilà, je reste pas (rires), donc ils étaient

très tristes... Et ouais pendant mes remplacements, j'ai dû en voir 1 ou 2 patients sourds, avec qui j'ai pu signer du coup. C'était super agréable, pour eux et pour moi. C'était... ça doit être frustrant quand t'as un patient avec qui tu peux pas communiquer, on l'a déjà vu, avec les patients qui sont sourds mais parce qu'ils sont vieux, c'est toujours frustrant, mais quand t'arrives à dépasser ça, c'est plaisant pour le patient et pour le médecin je pense.

I : et quand tu dis que tu avais une relation privilégiée ?

MG7 : ben c'est-à-dire, ben c'était moi, ben le patient sourd, ben il était pour moi, quand j'étais là.

I : oui

MG7 : donc voilà, et puis les gens ils étaient contents, et....

I : et à Paris t'en voyais souvent ?

MG7 : alors oui à XX , j'en voyais quand même pas mal, surtout aux urgences, j'en ai vu quelques-uns par rapport à la pop, à la, la prévalence de la surdité profonde,

I : hum

MG7 : enfin la surdité congénitale, on va dire, j'en ai eu quand même pas mal, je trouve. A XX, c'est quand même, il y en a beaucoup, c'est, il y a une grosse communauté Sourde. C'est vrai que j'en ai vu beaucoup plus en pédiatrie, euh, des parents sourds qui emmenaient leurs enfants, que finalement des, des, des sourds eux-mêmes, qui venaient pour eux-mêmes.

I : et comment ça se passait, comment ça se passait au niveau de la consultation ?

MG7 : euh... ben au niveau de la consultation, je pense que c'est... ben déjà il y avait le, la surprise de voir que j'arrivais à signer donc on en parlait toujours un peu, il y avait toujours un temps où ils me demandaient comment ça se fait que je signe, etc... où j'expliquais ben voilà mon mari est sourd, donc j'ai appris les signes, oh c'est génial, toujours un, un moment de euh (*étonnée*)... rien à voir avec la consultation, et puis finalement la consultation... ben elle se passe à peu près comme les autres, ...

I : c'est-à-dire ?

MG7 : ... ben ... ils... (*Réflexion*) je, je signalais au lieu de ..., je sais pas comment dire, c'est-à-dire qu'il n'y a pas beaucoup de différence avec une consultation... normale quoi, mais sauf que je signe pas très bien, peut-être qu'il fallait répéter, ... j'avais envie que, que le patient ait compris, quoi

I : du coup tu répétais...

MG7 : du coup je répétais, et euh, c'était peut-être un peu plus long que les autres consultations, parce que j'avais envie de prendre le temps aussi et je connais tellement la problématique, de me dire, ben le problème du patient sourd dans, ... aux soins, ben il dit oui mais il a pas compris quoi, ... donc euh, voilà l'objectif c'était d'être sûre qu'il ait compris, c'était mon objectif, quoi.

I : c'était la compréhension du patient.

MG7 : la compréhension du patient. Alors que un entendant, il y a en a plein qui n'ont pas compris, et qui disent oui aussi, pour le coup, mais c'était moins mon souci Je pense.

I : d'accord, et du coup tu voyais, tu trouvais que tes moments avec le patient ça durait plus longtemps.

MG7 : ... euh, aux urgences, clairement oui, ça prenait plus longtemps, ouais, je sais pas pourquoi... Si ben voilà c'est, je faisais plus attention, probablement que je répétais, que je peux pas écrire et signer en même temps, c'est-à-dire que je peux pas être à l'ordinateur et. Comme on peut faire avec les entendants, où on écrit l'ordonnance et puis on lui explique en même temps. Là il faut poser le stylo, et puis euh, signer, être sûre qu'il a bien compris et recommencer, donc oui c'est ... Il y a des raccourcis qu'on peut pas faire.

I : ouais, tu fais plus attention, tu le regardes plus, quoi...

MG7 : ouais, je le regarde, t'es obligé. T'es obligé de le regarder. ...

I : donc tu..

MG7 : Ben je me pose, je peux pas examiner euh. Je peux pas l'examiner et, et lui expliquer en même temps, ce qu'on peut faire avec un entendant, c'est à dire on l'examine et en même temps on lui dit je vais vous donner ça, on gagne du temps, quoi. Là c'est pas possible. Faut bien l'examiner, après on se pose, et après on explique. Donc il y a toujours deux temps bien distincts obligatoires, c'est ...

I : obligatoire ?

MG7 : obligatoire, c'est-à-dire, tu peux pas faire le raccourci d'examiner ton patient et de lui expliquer en même temps, tu peux pas dire, il y a la partie j'examine où c'est que l'examen, et après on s'assoit et j'explique tout, souvent quand t'es aux urgences ou en même

consultation t'es pressé, donc tu examines et tu dis : ben je vais vous donner tel médicament faudra le prendre matin midi et soir, et puis après t'as plus qu'à rédiger, t'as déjà expliqué. Là tu peux pas faire ça.

I : du coup, tu prenais

MG7 : du coup le temps de l'examen, c'est le temps de l'examen, et après faut recommencer l'explication, avec un ... prendre le temps quoi, prendre le temps de l'explication.

I : et t'avais d'autres moyens de communication avec le patient sourd ?

MG7 : ben du coup l'écrit, du coup l'écrit, mais pas beaucoup du coup, comme je signalais un peu, finalement j'arrivais à me faire comprendre comme ça.

I : et tu signalais, tu utilisais un tout petit peu l'écrit, il y avait d'autres systèmes ?

MG7 : euh, (*réflexion*) non, non il n'y avait pas d'autres systèmes.

I : comment ça se passait quand il avait une autre personne ? Tu discutais directement avec la personne sourde ou tu passais par le tiers ?

MG7 : Ben du coup ... ah oui je vois ce que tu veux dire, ben à chaque fois que je les ai vu, ben soit c'était les parents, donc euh... les parents... étaient sourds et pas l'enfant, ou même l'enfant, ça m'est arrivé d'avoir un enfant sourd avec les parents sourds, euhm.... Ouais donc j'ai pas eu, ce, ce tiers dans la consultation... en tout cas, ça me, je m'en rappelle pas, comme je signalais, et puis je crois que tous les gens que j'ai vu ils étaient tout seul... ils étaient tout seul...

I : et quand tu étais au cabinet, quand t'as fait des remplacements ?

MG7 : ah, j'en n'ai presque pas eu, j'en ai eu 1, 1 seul, et en fait. Si je m'en rappelle il était portugais, et du coup c'était des signes portugais, et du coup on se comprenait pas très bien (*rires*) et du coup, ça a été,... on s'est compris mais c'était gênant, et du coup, il est, c'était un patient pas très patient, du coup il n'y a pas eu d'écrit. Il n'avait pas envie que euh... fallait faire très vite son ordonnance, il avait l'habitude... de l'autre médecin, même mes signes français, euh, ça l'avait pas ...

I : il.. Du coup toi tu te sentais pas à l'aise ?

MG7 : ben non, non, j'étais pas à l'aise, parce que, parce qu'on se comprenait pas en fait, et du coup j'étais un peu euh... pour le coup, un peu ... ouais surprise, et du coup j'ai pas pensé à écrire, ou, j'ai juste dit, bon, c'est pas les bons signes, quoi. (*rires gênés*), voilà, On a fini par se comprendre mais pour le coup ça a été laborieux.

I : d'accord, et au niveau des rendez-vous, et tout ça, comment ça c'était passé ?

MG7 : c'était un cabinet sans rendez vous

I : d'accord.

MG7 : donc que de la consultation libre, donc j'ai pas eu cette expérience de la prise de rendez-vous, pour les patients sourds, du tout, c'est pour ça qu'ils venaient dans ce cabinet, parce qu'ils n'avaient pas besoin de prendre rendez-vous

I : d'accord

MG7 : donc c'est vrai que le médecin que je remplaçais, me disait qu'il en voyait pas mal, des patients sourds, dans le quartier, parce que je pense qu'ils prennent pas rendez-vous, et donc du coup ce problème-là est squeezé. Ouais.

I : quand tu parles de ce problème là

MG7 : de la prise de rendez-vous

I : oui, tu penses que c'est un problème

MG7 : ah ben oui, je pense que c'est un, un frein, ça peut être un frein.

I : et pourquoi ?

MG7 : (*rires*) et ben, c'est ma thèse, parce que, parce que, quand quelqu'un est malade, un entendant, il appelle il dit ben voilà je peux venir tel jour, telle heure, et on lui dit oui tout de suite, un sourd, et ben soit il faut qu'il se déplace, mais bon comme plein de gens il travaille, donc euh, il peut pas, il peut pas se déplacer, ou alors il faut demander à quelqu'un d'autre, d'appeler pour lui, mais s'il vient pour des hémorroïdes, je me dis qu'il n'a peut-être pas envie de demander ... (*rires*) à un ami. Enfin voilà, c'est je pense, je pense, ça peut être gênant, et donc je pense que il y a des sourds, qui se pointent au cabinet sans prendre rendez-vous, et qui essaient de

I : directement

MG7 : directement ouais, et du coup ça crée une tension chez le médecin, ah, c'est la consultation surprise, quoi,

I : c'est-à-dire ?

MG7 : ben le médecin qui a l'habitude de prendre sur rendez-vous et qui a , qui voit son patient, qui arrive, euh, qui dit vous pouvez pas me prendre parce qu'il ne peut pas appeler, je pense pour le médecin, ça doit être, déjà tu commences la consultation un peu, ...

I : si tu es chez un médecin qui est sur rdv, et si ton patient il vient sans rdv.

MG7 : ouais,

I : ouais si finalement toi, t'es sans rdv

MG7 : ouais mais justement si tu ne l'es pas, je veux dire, ça peut être un frein dans ce sens-là. Donc je me dis, que les sourds, soit ils trouvent un médecin qui prend sans rdv, soit ils s'arrangent avec le médecin, mais je me dis est-ce que la relation elle est pas déjà... un peu faussée, quoi, quand le médecin il s'y attend pas, c'est pas le jour, et oh il y a ce patient sourd qui arrive..

I : d'accord, et qu'est-ce que tu veux dire, par la relation elle est un peu faussée ?

MG7 : ben si le médecin il est un peu agacé, que je pense que ça fausse la relation, quand le médecin est pas prêt à recevoir, ben voilà c'est la consultation surprise, qui se rajoute à... je me dis est-ce que ça fausse pas un peu, ... est-ce que ça met pas un frein du côté du médecin et du patient, de se dire bon il faut faire vite quoi, c'est la consultation en plus, bon je vais me dépêcher, c'est déjà un patient pour qui on a décidé qu'on prendrait pas le temps... alors que au contraire, ... enfin je sais pas si tu vois ce que je veux dire ?

I : si, que tu vas pas , enfin, si je comprends bien, ton patient, je vois, t'es au cabinet, comme quand tu as une urgence que tu n'as pas prévu,

MG7 : ouais c'est ça,

I : ton patient, euh... t'es à la bourre, et qu'il dit non mais il faut que vous me voyez aujourd'hui, et

MG7 : je peux pas repasser demain

I : et t'as pas envie

MG7 : t'as pas envie, mais

I : t'as pas envie de lui dire non, mais t'as pas envie de lui dire oui, et tu dis non ben je vais vous prendre mais ça me fait suer...

MG7 : voilà. Donc tu commences la consultation, mais

I : déjà t'es énervée

MG7 : t'es énervé, donc je me dis que c'est pas l'idéal pour une relation, pour une bonne relation médecin patient.

I : et c'est quoi du coup ton idéal de relation médecin patient ?

MG7 : ben je me dis déjà, ... il faut être bien disposé, quoi, faut être disposé à recevoir ton patient, ça commence par ça, je pense. Il n'y a pas de relation idéale, après euh, faut déjà qu'elle commence bien, faut que les, les éléments ils soient là. C'est-à-dire qu'il faut être déjà bien disposé, faut pas être pressé, pas être, commencer une consultation, oh putain je suis... Je vois, les seules fois où je vois, les consultations que tu commences en te disant oh la, je suis déjà à la bourre, faut que ça aille vite, en général ça se passe pas forcément très bien, t'es toujours un peu frustrée, mais t'as pas le temps, mais ça aurait été mieux de le faire, enfin.. c'est pas très agréable, du coup c'est des patients que t'as pas envie de revoir, forcément enfin, tu te dis, pfff. Je l'ai pas très bien vu, c'était un peu entre deux,

I : comme le patient que tu vois entre deux portes ?

MG7 : ouais, voilà, il te dit c'est juste pour une ordonnance, ... ouais, ben ouais, mais en plus quand t'es remplaçant, c'est pire, parce que c'est des gens que tu connais pas,

I : hum

MG7 : ben juste, euh... ben non quoi, moi, je vous connaissais depuis 10 ans, on dirait juste pour une ordonnance, mais là... (rires) donc le patient sourd, qui fait juste, qui arrive, c'est juste pour un médicament, c'est impossible de faire ça, donc forcément, t'es obligé de le prendre vraiment, mais, ...

I : et tu disais, que te mettre dans des bonnes conditions au début ?

MG7 : ben ça veut dire, tu le sais. Par exemple, tu le sais, tu vas voir tel patient à telle heure. Psychologiquement t'es prêt à te dire, voilà ça va être un peu plus long, ça va peut-être me mettre en retard un peu, mais c'est pas grave. T'es prévenu quoi, t'es conditionné à te dire ce patient-là arrive, ça va être un temps particulier.

I : un temps particulier ?

MG7 : ... ben peut être un peu plus long, où il va falloir se faire comprendre, si t'es un médecin qui, pour qui c'est important quoi, que ton patient ait compris, c'est pas tout le monde... mais si t'es conditionné à te dire, voilà ce patient là il vient ce matin. C'est prévu. Même si tu sais que ça va te mettre à la bourre, te mettre de mauvaise humeur, ben au moins c'est comme ça, tu sais qu'il va venir.... Voilà. Comme tous les patients, en fait.

I : Oui.

MG7 : comme tous les patients...

I : t'as toujours un patient que t'as pas forcément envie de voir, ou que tu appréhendes, mais au moins tu le sais.

MG7 : ouais, mais au moins tu le sais, mais s'il arrive comme ça entre deux, c'est toujours un peu difficile, et c'est ce patient-là qui arrive entre deux qui te dit (chuchote) c'est juste pour une ordonnance. C'est un peu grinçant, tu vois t'es, je trouve ça un peu stressant, (rires) mais...

I : du coup, je reprends, donc au niveau de tes moyens de communication, toi tu signes

MG7 : oui

I : donc pour toi ça fait partie des choses un peu faciles, en fait ?

MG7 : ouais, c'est ça. Ça me fait pas peur, de me dire... c'est pas... A la limite, j'aime bien, ah ben voilà, c'est quelque chose que je sais faire,

I : hum

MG7 : je suis un peu fière, quoi, de pouvoir signer, et d'avoir une relation privilégiée avec eux. Finalement, c'est rare pour eux d'avoir des médecins qui signent. Du coup, je pense que c'est une espèce (soupir de soulagement) de soulagement d'avoir quelqu'un en face qui arrive... à communiquer dans ton mode de communication, ça doit être... du coup c'est assez gratifiant d'avoir ce rôle-là quand tu es médecin. D'avoir le rôle apaisant du médecin finalement.

I : oui

MG7 : comme pour tout le monde, c'est assez gratifiant d'avoir un peu ce coté..

I : et donc la communication, tu signes, ça passe un peu par l'écrit, donc globalement, toi tu te sens bien ?

MG7 : oui je me sens bien, ouais

I : tu ne te sens pas frustrée ? T'as pas peur ?

MG7 : j'ai pas peur, non

I : et donc est ce que tu as encore des petites astuces, pour encore faciliter ?

MG7 : euh... des petites astuces... pour faciliter quoi ? La communication?

I : la communication, la consultation, la relation ?

MG7 : je pense pas, je pense que je n'en ai pas assez vu en plus pour me dire que j'ai des astuces, ... (*réflexion*), je pense pas en avoir assez vues, par contre, non j'ai pas d'astuces, mais j'ai peur, le jour où je suis installée ou je remplace régulièrement, et que je vois un patient sourd, que ça se passe trop bien, que je vais pas voir que des patients sourds très vite, après ? Voilà ça c'est quelque chose qui me, ça c'est mon angoisse...

I : pourquoi ?

MG7 : parce que j'ai pas envie, j'ai pas envie de faire que ça. Parce que je veux aussi voir des vieux, des bébés, d'autres pathologies, d'autres problématiques. et Je me dis, voilà, le patient sourd, c'est Alors il y en a des vieux, il y en a des jeunes, mais... c'est toujours des consultations plus longues...

I : toi t'as vraiment l'impression que c'est des consultations plus longues ?

MG7 : oui un peu plus longue, et c'est, et puis c'est un effort pour moi, c'est pas très reposant pour moi,

I :ok, tu penses ...

MG7 : que c'est gratifiant mais au bout d'un moment ça doit être épuisant pour moi de voir que des patients sourds, parce que c'est pas mon mode de communication naturel, donc euh... je pense ... j'adore en faire, mais je me dis que si je vois que ça, je vais être épuisée...

I : hum

MG7 : enfin j'ai un peu peur de ça,

I : d'accord, t'appréhendes en fait d'avoir que, que des patients sourds, et dans tous les patients sourds que t'as vu, t'avais des surdités différentes ?

MG7 : hum... (*Réflexion*) pas vraiment, pour ceux pour qui la communication posait vraiment problème, c'est en gros c'était des patients sourds ... profonds, on va dire, pas profonds, mais qui étaient dans la langue des signes, qui n'oralisaient pas vraiment, ou sinon c'est les gens malentendants qui ont l'habitude de parler à l'oral. Et puis je suis assez sensibilisée pour savoir : qu'on parle en face, que l'on articule.

I : hum

MG7 : C'est pas quelque chose qui me surprend, c'est familier pour moi.

I : oui

MG7 : donc non, j'ai pas l'impression d'avoir des degrés, et puis c'est pas quelque chose que je note, le plus important c'est pas le degré de surdité, c'est le mode de communication à privilégier, donc après, ...

I : hum

MG7 : voilà, par contre, il y a des sourds profonds qui ne signent pas, et ça c'est, j'ai l'impression de me retrouver comme un, comme un médecin généraliste qui ne connaît pas les signes ou la langue des signes, et là je pense que j'ai la même problématique que tout le monde et ça bloque,

I : c'est-à-dire un patient sourd qui signe pas ?

MG7 : ben il y a des patients qui sont sourds, euh... une surdité qui est assez importante, qui oralisent pas très très bien, parce que ils étaient plutôt dans une éducation oraliste, un peu entre deux,

I : hum

MG7 : où on signait pas trop mais il fallait oraliser, qui oralisent pas bien, qui signent pas bien, du coup, moi je suis un peu bloquée parce qu'avec la langue des signes ça passe pas très bien, et avec la communication orale non plus, ça j'en ai rencontré et ...

I : et tu étais plus en difficulté ?

MG7 : ah oui, du coup j'étais en difficulté, je me dis voilà, ça c'est, on se sent un peu dans une impasse, et je me dis que ça doit être la même chose que doit ressentir un médecin avec un sourd avec qui il ne sait pas du tout signer,

I : hum

MG7 : ouais je pense que là on retrouve... alors je sais plus comment, ... je pense que j'avais dû dessiner ou écrire.

I : et tu utilises, enfin quand tu dessines tu utilises... ?

MG7 : le papier

I : t'as pas une espèce d'ardoise magique ?

MG7 : ben non, mais tu sais que j'avais réfléchi à ça, quand je réfléchissais à un sujet de thèse, je voulais partir soit dans la communication, la communication pendant la consultation, soit en amont,

I : hum :

MG7 : et j'avais pensé à une ardoise type weleda, où tu sais, t'aurais fait le ... tu aurais déjà tout le corps dessiné,

I : oui

MG7 : avec des planches weleda avec le foie le rein,

I : oui

MG7 : pour pouvoir dessiner dessus

I : ah oui, c'est malin

MG7 : comme les trucs weleda ou tu colles des autocollants, ça doit se trouver des autocollants avec

I : de corps humain ?

MG7 : il y en avait dans les petits écoliers, des magnets du corps humain (*rire*)

I : (rire)

MG7 : et je me dis que tu pourrais dessiner dessus et effacer, ça pourrait être pas mal

I : ouais,

MG7 : je sais pas si tu vois ce que je veux dire ?

I : ben, pour utiliser des planches anatomiques, pour montrer

MG7 : voilà, mais en weleda, en effaçable ou tu peux expliquer en dessinant. Mais de toutes façons même pour les sourds avec qui tu signes ; le visuel il est toujours privilégié au long discours même en langue des signes, tu fais un bon dessin et ... ça prend une minute et tout est capté alors que ma langue des signes un peu châteaubleue branlante, on va dire (*rire*) c'est pas, je pense que ça serait mieux d'avoir un outil comme ça....ouais

I : et du coup, la relation, oui, clairement tu trouves que ta relation avec un patient sourd elle est privilégiée.

MG7 : oui clairement, la relation est privilégiée pour moi. Un patient qui signe, un patient qui est dans la langue des signes française, (*rire*) de préférence, je pense que oui.

I : est-ce que tu avais d'autres choses à ajouter, des choses qui te reviennent, des choses qui t'ont marquée ?

MG7 : euh...

I : des problématiques..

MG7 : des choses qui m'ont marquée ? c'est le , ah , le soulagement , quand , même en pédiatrie que le patient sourd qui voyait que je signais, cet espèce de ouf, mais vraiment (souffle, soupir soulagement) ouahw, super, grand sourire, genre, et là c'est parti, et ils s'arrêtent plus, et si j'ai compris il signe et signe, et je me dis ouahw, en effet il y a du boulot.

I : en effet, il y a du boulot

MG7 : il doit y avoir une réelle souffrance chez le médecin et

I : tu penses qu'il y a une souffrance chez le médecin ?

MG7 : je pense ouais, qu'il doit y avoir une souffrance de, ou une frustration, de se dire oh le médecin il a pas dû bien comprendre le problème, et j'ai pas bien compris ce qu'il m'a expliqué

I : une souffrance de la part du patient ? Et du médecin.

MG7 : et du médecin, ouais, c'est frustrant. Je pense pour un médecin. C'est toujours arrivé d'avoir un patient qui parle pas ta langue, ou tu sens que, c'est frustrant pour les deux, quoi

I : hum

MG7 : c'est frustrant pour les deux mais je me dis, quand t'es patient,... t'as besoin de soins, et il y a une telle angoisse quand t'es malade, quand t'es pas du milieu médical, tu dois avoir une telle angoisse, t'as tellement d'angoisse à apaiser. Comme tout le monde quoi,

I : oui

MG7 : donc le médecin c'est son rôle, et s'il, et si à chaque fois tu, on sent qu'on s'est pas bien compris, je me dis ouais il doit y avoir une souffrance, c'est à dire les gens ils restent avec leur angoisse avec leurs trucs qu'ils ont pas compris, euh, ça doit être assez terrible... je pense

I : comme les gens qui parlent pas la langue ?

MG7 : oui, c'est ça, c'est comme si moi, j'étais expat, dans un pays où voilà je parle pas très bien, j'apprends le chinois mais bon voilà c'est pas... ben voilà... donc à chaque fois que tu vas chez le médecin t'es stressé, tu comprends pas ce que le mec te dit, tu dis oui oui, tu crois que t'as compris, mais euh... c'est trop laborieux, je pense que ça doit faire le même effet.

I : ok, d'autres choses

MG7 : ben non, sauf si t'as d'autres questions.

I : ben non, merci d'avoir répondu à mes questions.

Entretien ayant eu lieu le 22 septembre 2014, au cabinet du médecin, à la pause déjeuner, vers midi et demi. Le médecin est installé dans une maison de santé depuis 1 an et demi dans le Rhône. 35 ans, maman de 2 enfants.

Activité : médecine générale.

Secrétariat sur place.

I : [présentation] je vais commencer à vous poser, ou à te poser des questions d'ordre général, est-ce que tu peux me parler de ton exercice, de là où tu travailles ?

MG8 : alors, moi j'ai 35 ans, je travaille dans une maison de santé avec deux associés, euh je fais de la médecine générale dans le grand sens du terme, euh, de la médecine de premier recours, de la gynéco, de la pédiatrie, des urgences, on a même une salle d'urgence, on fait vraiment de tout. J'ai des patients de 0 à... 106 ans, je crois, le plus vieux. Voilà, bon. Donc voilà.

I : est-ce que, depuis quand es-tu installée ?

MG8 : je suis installée vraiment depuis 1 an et demi, novembre 2012, j'ai remplacé pas mal avant, j'ai fait ... 5 ans de remplacements si je ne me trompe pas. J'étais, euhm, je suis arrivée ici en tant que remplaçante, j'ai fait un an de remplacement, avant de m'installer, en fait, en tant qu'associé directement. Voilà

I : ok

MG8 : Ça se passe très bien.

I : oui, j'ai l'impression, c'est les échos que j'ai eus. Est-ce que vous avez des internes, des externes...

MG8 : pas encore, c'est-à-dire qu'on a eu une interne, mes anciens associés, parce qu'il y a eu un changement d'associés, qui eux ont eu une interne au semestre dernier. Moi théoriquement je suis trop jeune pour avoir des internes, après ils sont tellement en manque que euh

I : oui

MG8 : ils seraient prêts à, voilà. Moi ça fait qu'un an et demi..., je préfère attendre un petit peu et ça viendra. Et puis qui dit maison de santé, dit forcément, normalement obligation d'étudiants.

I : ah oui ? C'est le deal ?

MG8 : oui c'est le statut, ouais,

I : pourquoi pas

MG8 : voilà. Ils vont pas nous tuer si on n'en prend pas mais, normalement oui

I : d'accord, parce que c'est intéressant, c'est une autre façon de travailler

MG8 : oui, mais c'est voilà, je trouve que je suis un peu jeune encore pour, ... je trouve c'est une pression, c'est compliqué à gérer,... pour moi.

I : hum, et est-ce que tu as fait des formations, des trucs un petit peu particuliers, ou comme tu disais tu fais vraiment la médecine ?

MG8 : non, je ne me suis spécialisée dans rien en particulier,

I : hum

MG8 : je fais de la médecine vraiment tout venant,

I : est-ce que tu as d'autres activités en dehors du cabinet ?

MG8 : non, non, je travaille à temps partiel, tiens ça, je l'ai pas dit. Volontairement, on travaille tous à temps partiel, on travaille tous, 3 jours dans le cabinet en fait.

I : d'accord, et vous tournez, c'est ça ?

MG8 : enfin on tourne, on a chacun nos jours fixes, mais euh du coup les patients sont habitués à, quand on n'est pas là, et que c'est urgent, ils voient n'importe lequel d'entre nous.

I : d'accord, ok, est-ce que j'avais d'autres questions ? ben si j'avais d'autres questions..

MG8 : j'espère, parce que sinon la thèse va être limitée..(rire)

I : (rire) oui c'est sûr, ça va être très limité. Non ben du coup on va en venir au vif du sujet. Est-ce que tu peux me parler de ton expérience avec les patients sourds ? Voilà.

MG8 : alors, je trouve qu'il y a sourd et sourd. Euh Parce qu'il y en a juste qui entendent un peu moins bien, il y en a qui entendent moins bien et qui ne te le disent pas et qui en fait c'est sa femme la fois d'après qui me dit mais en fait il n'a rien entendu mais il n'a pas osé vous le dire. Et j'ai une patiente qui n'entend rien. Mais vraiment. Surdité totale. Qui parle parce qu'elle a perdu après. Et elle on communique vraiment papier, elle arrive, à chaque fois, elle me demande vous vous rappelez de moi, et donc oui évidemment je me rappelle d'elle, je sors mon papier, et on parle comme ça, enfin on parle, façon de parler, j'écris, et puis elle me répond verbalement systématiquement.

I : d'accord.

MG8 : les patients, c'est vrai qu'on a tous à peu près le reflexe du patient très âgé, on a tendance à hausser la voix,

I : oui

MG8 : et en général ça suffit, et ceux qui sont appareillés, euh, j'en ai pas mal qui sont appareillés et qui... on a l'impression que l'appareil, là ou pas là ça sert pas à grand-chose, euh, j'essaye de penser à vérifier s'ils ont pas des bouchons, parce que c'est bien joli de changer l'appareil, ; mais s'il y a un bouchon ça sert à rien, c'est pas un obstacle, enfin pour moi en tout cas c'est pas un obstacle.

I : oui

MG8 : même, voilà, la dame on a trouvé un moyen de communiquer autrement, et puis ça se passe très bien.

I : et comment tu, comment ça se passe du coup pendant la consultation, est-ce que il y a, comment tu ressens les choses, enfin comment tu te sens toi ?

MG8 : avec les, les, les sourds légers, j'allais dire, et ben voilà il suffit de hausser le ton, et c'est pas du tout un souci. Et avec ceux qui n'entendent vraiment rien, ou avec la dame, la seule chose, c'est que ça ralentit beaucoup l'échange. On a vraiment, y a pas cette interaction hyper rapide, je trouve, qu'on peut avoir, j'allais dire avec, on va pas se permettre une blague parce que le temps qu'elle la lise et ... c'est déjà tombé, quoi.

I : oui

MG8 : Donc euh... C'est vrai que c'est pas du tout les mêmes rapports. C'est un peu plus posé, quoi. Mais en dehors de ça, ouais, ça me dérange pas.

I : ta relation, tu trouves que, je sais pas comment tu vis ta relation avec, est-ce que tu as d'autres patients sourds, et est-ce que t'as des patients sourds enfants ?

MG8 : Enfants, j'en ai pas,

I : ou enfant, ou ado, ou jeune adulte ?

MG8 : ni ado, jeune adulte j'en ai déjà vu mais, euh, honnêtement j'ai découvert en passant derrière eux qu'ils avaient un appareil mais ça m'avait même pas ni frappé, ni gêné, euh, sans plus. Et alors, les personnes âgées que j'ai, je trouve que la relation est la même. Sauf vraiment les très très sourds, où ça ralentit tellement la conversation que vraiment, systématiquement on finit par parler de ça, quoi, alors que les autres, ils n'auraient pas été sourds que ça aurait été pareil, je trouve.

I : d'accord, et pendant tes remplacements, est-ce que t'avais déjà rencontré des ?

MG8 : surdité simple, appareillés ou pas. Parce qu'il y en a quand même beaucoup, parce que soit ils veulent pas ça coûte trop cher, soit nous disent je me suis jamais habitué aux appareils

I : oui

MG8 : où là vraiment on est obligé de crier. Mais voilà, en dehors de ça.

I : ok

MG8 : Là où ça gêne, si, là encore ici on est bien isolé, c'est la confidentialité. Parce qu'on sait très bien que la salle d'attente, d'attente, elle entend toute la conversation, donc... c'est ce qui me gênerait, je dirais, dans la conversation, quand c'est pour un renouvellement et qu'on dit des choses banales et c'est très bien,

I : oui

MG8 : mais quand on parle d'une, je sais pas, d'une infection urinaire c'est un peu plus gênant.

I : oui. Et comment ça se passe pour la prise de rdv ?

MG8 : alors, euh, je dirais nous, c'est la secrétaire, qui fait. Euh, on a des patients, alors c'est pas forcément moi qui les voit, mais c'est clair, qu'ils viennent forcément ici, ils se déplacent, parce qu'ils nous disent moi par téléphone j'entends rien, la dame typiquement, elle au téléphone elle entend déjà pas le téléphone, donc elle risque pas de

I : d'accord

MG8 : elle risque pas d'appeler. Ils se déplacent, ils se déplacent assez facilement, ou ils font appeler, ils font appeler par un membre de la famille.

I : ok, et est-ce que ça arrive ? il n'y a pas d'autres systèmes ?

MG8 : il n'y a pas de prise de rdv par internet, il n'y a pas de choses comme ça. Non. Soit ils se déplacent, soit quelqu'un d'autre qui appelle,

I : d'accord.

MG8 : ou ils crient au téléphone, c'est des choses qui arrivent aussi.

I : oui, aussi. Et est-ce que parfois il y a des malentendus ?

MG8 : c'est déjà arrivé, j'en pense à un en particulier, du coup il vient, et il espère qu'on le prenne tout de suite, alors ça, nous on essaye quand même de, de mettre des barrières, parce qu'on prend quand c'est urgent, sinon c'est pas parce qu'il est sourd qu'on va le prendre avant, quoi.

I : oui

MG8 : donc voilà, on le recadre, et puis on lui dit qu'il faudra revenir à telle heure. Et ça se passe bien.

I : et la consultation, en ce qui concerne la communication tout à l'heure, ça se déroule comment ? Ça se déroule souvent pareil en fait ?

MG8 : oui, à part chez ceux chez qui ça ralentit, du coup même nous, enfin même moi je perds le fil, parce que on n'a plus l'habitude, les autres ça se déroule exactement de la même façon. Souvent, souvent c'est des, quand c'est des personnes âgées, c'est un couple, et il y a en a un des deux qui entend, il y a l'autre qui répète, très bizarrement souvent moins fort que moi, et la personne entend, il y a des trucs comme ça ou je me dis que ça doit être juste

I : l'intonation

MG8 : l'intonation de ma voix, ou l'habitude, je ne sais pas, autrement il y a l'aidant

I : et avec la consultation, et du coup la relation avec le tiers, ça se passe comment ? Toi tu le ressens comment ?

MG8 : j'essaie quand je peux, j'essaie quand même de faire que le tiers n'empiète pas trop, parce que j'en ai quelques-uns où vraiment c'est que l'épouse qui répond, et du coup lui, certes il entend pas, mais alors en plus il participe à rien. Donc j'essaie de parler encore plus fort pour qu'elle n'ait pas à répéter, et que ça reste une relation directe

I : oui

MG8 : je trouve que le tiers n'a pas à intervenir systématiquement, et euh, en général c'est des gens avec qui je m'entends bien parce que ça fait longtemps que je les vois et je peux me permettre de dire : *(fait le geste)* bon, madame stop, et je parle à monsieur, ce qui fait beaucoup rire monsieur en général, (rire)

I : et au niveau de l'examen, ça peut se dérouler ?

MG8 : pareil, surtout que l'examen, il est standardisé à peu près, chez à peu près tous les médecins, donc ils me tendent le bras, pour la tension, enfin ils ont l'habitude,

I : d'accord, il n'y a pas moment où le patient il ne comprend pas forcément ?

MG8 : ça peut arriver, je me répète,

I : d'accord,

MG8 : enfin voilà, euh, typiquement la dame qui n'entend rien, j'emmène pas mon papier pour l'examiner, donc je lui mime, quand je veux qu'elle respire, je lui montre comment *(mime)* respirer, et puis elle le fait, et ça se passe très très bien.

I : d'accord, et cette patiente-là, elle vient tout le temps seule ?

MG8 : oui parce que son mari est encore plus malade qu'elle, et du coup il est bloqué au lit

I : d'accord

MG8 : donc pas le choix

I : et cette patiente elle est sourde à cause de quoi ?

MG8 : elle a eu, ... je crois, je me demande si c'est pas depuis toujours... je sais plus comment elle s'appelle, je peux pas vérifier. (*Cherche sur son ordinateur*)... je sais pas, je vais dire une bêtise, par contre elle a zéro.

I : depuis toujours ?

MG8 : ben c'est ça, je sais pas si c'est depuis toujours ? Ou si elle a pas attrapé un truc, euh... comme je ne me souviens plus de son nom, je ne risque pas de te trouver ça, je te dirais une bêtise, ...

I : et elle parle

MG8 : elle parle, elle a une voix bizarre, mais elle parle, c'est pour ça que je pense pas que ça soit depuis toujours, je me demande si elle n'a pas fait une méningite.... Qui l'a rendue sourde.

I : d'accord, et, euh, est-ce que ça vous est déjà arrivé de croiser pendant vos remplacements des patients qui signaient ou...

MG8 : jamais ?

I : ou vous en avez entendu qui pouvaient signer à la maison, ou avec un tiers..

MG8 : non, parce que même là avec son mari, non, le langage des signes elle connaît pas, non je connais pas

I : ok, et euh, les difficultés ou les petites astuces que vous mettez en... Ou les difficultés que tu peux avoir avec les patients sourds...

MG8 : le seul truc qui pourrait me gêner, ça serait le patient sourd qui ne saurait pas lire. Parce que là effectivement sans langage des signes, on est quand même très bloqué, mais en dehors de ça, on trouve toujours la parade. Soit en répétant fort, ou en s'adressant en face de lui, il y en a qui lisent sur les lèvres, jamais vraiment été bloquée.

I : d'accord, et est-ce qu'il y a eu des moments, des, des, est-ce qui te vient des moments où il y a eu une incompréhension entre le patient et toi ? Ou difficile qu'il te fasse comprendre ce qu'il avait?

MG8 : alors pas dans le sens où je l'ai pas compris, mais dans l'autre sens. Toujours cette même patiente, j'avais été à domicile une fois justement pour son mari, il fallait l'hospitaliser, donc dès que je disais quelque chose, haa, c'était, tout de suite ah, elle avait l'impression que c'était la fin du monde, ça, c'est compliqué, rapidement de dire non non c'est pas grave, donc là le temps d'écrire « non c'est pas grave », la patiente elle a déjà, elle est déjà limite au bord du malaise,

I : d'accord

MG8 : et ça c'est ce côté rapidité qui manque, parce qu'on peut pas rassurer tout de suite. Je vais appeler les pompiers, on l'a dit, euh, voilà le temps qu'on écrive, non mais ça va, voilà c'est le côté, dans l'urgence c'est vrai que c'est compliqué à gérer.

I : et elle ne lisait pas sur les lèvres ?

MG8 : très peu, très peu

I : ça marche vraiment papier crayon,

MG8 : oui, ah ben oui, moi, il arrivait, j'arrivais chez elle, elle me tendait le papier, ben moi ici je fais pareil,

I : d'accord, ok, et du coup, est-ce qu'il y avait des astuces que t'as pu mettre en place ?

MG8 : ben non, à part le papier crayon, non pas trouvé. Mais j'ai pas cherché non plus, vu que ça marchait bien.

I : et, euh, donc la relation du médecin et du patient, toi tu la vis comment ?

MG8 : ben moi ça me gêne pas plus, après j'étais en train de me dire, si un truc en plus, plus tactile,

I : hum hum

MG8 : cette dame j'ai tendance à la rassurer en lui mettant la main sur l'épaule, ce que j'irai pas faire avec un entendant normal.

I : d'accord

MG8 : l'entendant normal, je vais lui dire : non mais ça va aller. Elle, je lui fais signe, je la regarde, et elle comprend ce que je veux lui dire.

I : d'accord.

(Téléphone des urgences sonne)

I : du coup, on était en train de parler, oui de la relation médecin-patient, et tu disais que ?

MG8 : plus tactile,... plus tactile, parce que ça effectivement ils l'ont, voilà, ils le percutent tout de suite, moi, si, et elle me le dit ça va, cette patiente-là elle me dit ça va aller, je lui fais signe que oui, et voilà. Ça, ça, c'est vrai qu'on se comprend plus comme ça.

I : il y a plus un langage non verbal

MG8 : gestuel, oui, même si, même si c'est pas le langage des signes, c'est quand même un peu plus gestuel effectivement...

I : est-ce que, est-ce qu'il y avait d'autres choses qui te venaient, des suggestions, des idées, des questionnements que t'as eu, des, des soucis, ou si tu t'es posé des questions pendant ces consultations ?

MG8 : moi je me demande juste pourquoi les gens ont autant de mal à être appareillés, ... euh parce que quand on les écoute. Les trois-quarts, hein, soit l'appareil ça sert à rien, soit, ça sert à rien je les mets pas, il y en a vraiment beaucoup beaucoup,

I : hum

MG8 : il y en a beaucoup, alors je sais pas s'ils les ont trop vieux ? je sais pas mais, je trouve ça impressionnant le nombre de gens qui,

I : parce que finalement dans tes patients, dans tes patients sourds euh, du coup tu disais sourd léger

MG8 : par rapport à l'autre dame, hein, parce qu'il y en a

I : oui oui

MG8 : parce qu'il y en a qui sont quand même bien cognés, par rapport à la dame, forcément ils entendent un peu.

I : ils, c'est à peu près les mêmes populations de patients

MG8 : c'est-à-dire ?

I : c'est plutôt des patients âgés ?

MG8 : oui, oui, je te dis j'en ai une ou deux qui sont très jeunes et appareillés, mais sinon, et eux, elles pour le coup elles sont habituées, c'est bien. Mais par contre les personnes âgées, moi j'en ai plein plein plein, qui s'habituent pas

I : et c'est venu petit à petit en fait

MG8 : ouais, après il y en a beaucoup, ils ont tellement l'habitude, je pense qu'ils s'y prennent trop tard, alors du coup ils vont s'habituer alors qu'ils sont vraiment dans leur bulle, c'est plus compliqué.

I : et ; donc oui, ils sont souvent accompagnés ?

MG8 : ils pourraient ne pas être accompagnés, souvent c'est que c'est des petits vieux en couple, et qu'ils viennent avec madame, mais il y en a qui s'en sortirait très bien, euh, tout seul en criant.

I : tu parles plutôt des messieurs à chaque fois ?

MG8 : j'ai beaucoup plus de messieurs sourds, que de dames sourdes, ou alors c'est qu'elles s'en sortent mieux, je sais pas. Mais j'ai beaucoup plus de messieurs. Vraiment. A part ma dame complètement sourde. Mais euh, j'en ai, mais pour le coup, avec l'appareil j'ai pas besoin de crier, mais par contre les messieurs ouais, pourquoi ? J'en n'ai pas la moindre idée mais c'est comme ça.

I : ok, donc aussi, t'as pas de chose ... ta relation avec ton patient, avec ce genre de patients, par rapport avec une relation que tu peux avoir normalement ?

MG8 : Encore une fois ça change pas grand-chose, ... je trouve pas que, ça les handicape peut être dans la vie de tous les jours, je pense pas que ça les handicape chez le médecin. Les seuls que ça peut handicaper, c'est ceux effectivement qui me le disent pas, c'est arrivé il n'y a pas si longtemps. Une dame qui m'a appelé pour me dire : attention en fait, il ne comprend pas. C'est vrai que moi il me l'a pas dit. Il me dit oui oui, et moi je pense que c'est bon, quoi.

I : hum hum

MG8 : après, j'ai fait attention, et je lui ai fait remarquer, je lui ai dit : et là vous avez compris ? Et du coup il m'a fait non, donc là on a mis les choses au clair, en lui disant : pas de problème, il suffit de faire répéter quoi. ... ceux que ça handicape, c'est ceux qui veulent être handicapés

I : d'accord, et il suffit de le dire. Toi tu sens pas handicapée ?

MG8 : non je m'adapte,

I : ça te gêne pas ?

MG8 : non ça me gêne pas

I : tu n'appréhendes pas ce genre de consultation

MG8 : non, non, même ma patiente complètement sourde, elle arrive toujours très gênée, parce qu'elle se dit qu'elle va passer plus de temps. Et c'est vrai. Je passe plus de temps à écrire, mais voilà on le sait c'est comme ça, de toute façon elle l'a pas choisi, (moue dubitative), non ça me gêne pas plus que ça. On s'adapte

I : ok, ok, donc, et ben je te remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Suite :

I : est-ce que tu as l'impression que c'est comme avec des patients qui ne comprendraient pas la langue ?

MG8 : ah, non là pour le coup je me sens handicapée avec des personnes qui ne comprennent pas la langue. Euh... Alors à XX, on n'en a quand même pas beaucoup qui ne comprennent pas la langue, faut bien dire ce qui est. Après, ça m'est arrivé il n'y a pas si longtemps, un monsieur, qui est d'origine africaine, qui lui parle très bien anglais, pas de chance moi non, très mal, donc euh. Et là pour le coup heureusement qu'il y avait sa femme. Donc les choses toutes bêtes : vous avez mal, ça allait, dès que c'était un peu plus poussé, ouh... non. Je trouve que c'est pas pareil. Autant avec la surdité on arrive à trouver des parades, autant la langue, je trouve ça plus compliqué.

I : en fait tu ne t'es jamais retrouvé en face d'un patient du coup sourd qui ne parlait pas ?

MG8 : non, non, moi ils ont toujours parlé.

I : ou qui parlaient très mal

MG8 : non jamais

I : et comment du coup tu te sentiras dans ces moment-là ?

MG8 : ben aussi gêné que quelqu'un qui ne parlerait pas la langue, sauf s'il écrit. Pareil, si on a une parade ben ça va. Sinon gestuel de toute façon y a pas le choix. Ça sera gestes. Arrivé à faire comprendre qu'on a mal quelque part ça va, mais s'il faut peaufiner son interrogatoire, effectivement, ça va être plus compliqué. Ben faudra bien faire avec, un bébé il parle pas et on l'examine quand même.

I : oui, et du coup quand tu parles de parade ?

MG8 : ben, euh, à part l'écriture et la gestuelle, j'en n'ai pas 40

I : et est-ce que avec une tiers, est-ce que tu penserais à faire venir quelqu'un d'autre ?

MG8 : si possible oui, mais encore faut-il arriver à lui faire comprendre. Parce que je pense que vraiment le sourd qui parle pas, enfin, l'exemple que tu as donné, à priori c'est qu'il a personne avec qui venir, sinon il serait venu avec quelqu'un, moi je me dirais ça

I : oui, et euh,

MG8 : euh, à priori.

I : donc justement si tu étais avec quelqu'un qui ne parlait pas du tout, euh, toi tu te sentiras comment ?

MG8 : en difficulté, après voilà, quitte à ...soigner ? Aïe, ou des choses comme ça, en espérant que ça soit pas quelque chose de plus compliqué à expliquer

I : qu'est-ce que tu veux dire par quelque chose de beaucoup plus compliqué ?

MG8 : ben, euh, dire j'ai mal je pense que, ça doit pas être si compliqué que ça à mimer, euh .. je sais pas moi ça brûle quand je fais pipi, ... elle va pas faire pipi devant moi, enfin, voilà. par exemple. C'est vrai qu'il y a des choses qui sont quand même plus difficile..

I : ok, et, euh,

« re » pause

I : oui voilà on parlait de ça... (Réflexion)

MG8 : il peut y avoir des interprètes ?

I : à l'hôpital, euh ? Si sûrement

MG8 : des interprètes je me rappelle qu'il y a en avait, langage des sourds je me suis jamais posée la question.

I : après, il doit y avoir des gens qui signent, et je sais pas s'il y a des... c'est pas dans tous les hôpitaux, moi j'étais aux urgences à Villefranche ... et je crois pas, il y avait des gens qui parlaient russe. Je me souviens d'une patiente russe, donc on avait fait appel à quelqu'un d'autre. Mais c'est même pas un interprète.

MG8: non, ben non

I : c'est quelqu'un du personnel, qui parle une langue qui signale qu'il parle une langue

MG8 : je sais parce que moi je parle Z, à l'hôpital je l'avais signalé, donc ils venaient me chercher

I : et ben voilà, mais du coup c'est pas comme un boulot d'interprète

MG8 : mais normalement ils sont sensés avec une espèce, des correspondants, alors je sais pas par où il passe, si c'est les ambassades, ou j'en sais rien, mais normalement si t'as une liste

I : oui je pense

MG8 : mais en langage des signes tu ne peux pas faire venir la personne, donc c'est... ah moins d'avoir quelqu'un dans le personnel

I : ou après de fonctionner avec la vidéo, ou tout un ...

MG8 : mouais, c'est pas encore ça.

I : tout un système à mettre en plus, voilà.

Entretien ayant eu lieu le 22 septembre 2014, au cabinet du médecin, à la pause déjeuner, vers treize heures. Le médecin est remplaçante régulièrement dans une maison de santé depuis 3 mois dans le Rhône. Maman d'une petite fille.

Activité : médecine générale. Activité d'urgences

Secrétariat sur place.

[...]

I : bonjour

MG9: donc moi je suis pas installée

I : c'est pas grave, j'ai interviewé une médecin vendredi qui n'est pas installée non plus, qui est remplaçante et du coup ben on verra bien, ça fait pas changer... je pense pas. Je pense que c'est intéressant aussi, du coup t'as fait des remplacements toujours au même endroit ?

MG9 : ouais j'ai été pas mal en Ardèche, j'ai été pas mal en ZZ, et j'ai eu un bébé, donc du coup ça fait un peu loin

I : d'accord. [Présentation] du coup je vais commencer par te poser des petites questions d'ordre général, où tu travailles, qu'est-ce que tu fais, voilà

MG9 : d'accord

I : enfin me parler de toi

MG9: (rires) c'est des questions ouvertes ?

I : ouais ouais, tu me parles de tout ce que tu veux..

MG9 : ben je suis remplaçante ici depuis 2 mois, ouais je suis arrivée fin juin, début juillet,

I : ouais

MG8 : euh je recherchais plutôt un cabinet rural, en fait, c'est pour ça que je suis venue ici

I : d'accord

MG9 : parce que sinon j'allais en ZZ au X.

I : ah oui, mais je pense qu'on s'est croisées

MG9 : tu y as été là-bas ?

I : moi j'étais à Y

MG9 : ah d'accord, ah t'as pas fait le stage, l'URGAP ?

I : si, si mais il y a 2 ans

MG9 : je l'ai fait quand ce truc, en 2011, t'étais avec qui toi comme

I : oui c'est ça, je l'ai fait en 2011, ah non attends, je l'ai fait en 2011 ? Ah non je l'ai fait en 2012, je l'ai fait en 2012, après que je sois rentrée de la W,

MG9 : ben voilà moi je suis un peu branchée, enfin j'aime... j'aime beaucoup ma pratique de médecine générale, après j'aime bien tout ce qui est urgences, donc c'est pour ça que du coup que j'étais là-bas.

I : oui

MG9 : là c'est un peu compliqué du coup, mais, je pense que je vais y retourner de temps en temps pour des petites gardes.

I : d'accord

MG9 : et voilà j'ai eu un bébé, donc j'ai besoin d'un truc régulier, c'est pour ça que je suis venue ici

I : ok, et tu sentais pas t'installer au X ?

MG9 : euh, partir là-bas, avec mon conjoint? ça aurait un petit peu compliqué... mais sinon niveau pratique j'aurai adoré ouais.

I : ouais ici, c'est pas encore tout à fait ça, mais je pense que tu peux avoir

MG9 : ben ouais ici, en fait ici, on n'est quand même pas très loin, de... des hôpitaux, donc en fait, voilà

I : c'est quand même moins urgences qu'au X, déjà à Y on n'avait pas la même pratique qu'au X

MG9 : oui, ben oui, parce que vous êtes pas loin de, il y a Z qui n'est pas très loin,

I : ouais

MG6 : il y a W, donc euh, ça

I : non , non

MG6 : c'est pas pareil

I : c'était pas pareil, quand j'en discutais avec les internes

MG9 : le X c'est vraiment isolé, donc euh, du coup puis l'accès est un peu plus compliqué, donc, euh

I : ouais tu mets un peu plus de temps.

MG9 : c'est pas pareil. Mais bon ici, c'est varié aussi,... c'est pas non plus de la médecine de ville. Moi j'aurai jamais pu de la médecine en ville.

I : c'est autre chose,

MG9 : hum, voilà il en faut pour tous les goûts

I : il en faut pour tous les goûts, estce que du coup euh, elle m'a dit [...] que vous aviez pas d'internes ni d'externes pour l'instant

MG9 : non pas pour l'instant

I : est-ce que du coup t'as fait des, des formations en plus, des DU, est ce que t'as des petites choses que tu aimes bien faire en plus,

MG9 : ouais

I : une activité à coté

MG9 : pour l'instant j'ai pas d'activité à coté, euh, l'année dernière j'ai fait Paul Savy, les conférences, c'est un truc de FMC

I : ouais, hum hum, à Lyon

MG9 : euh, cette année je me suis pas inscrite parce que du coup j'étais en congé maternité, euh qu'est-ce que je fais? Je fais mon test de lecture prescrire, (rire)

I : ça fait partie de mes objectifs de l'année prochaine.

MG9 : j'aime bien lire mon petit prescrire, j'ai pas toujours le temps, je fais un peu le test au dernier moment, mais j'aime bien, euh, qu'est-ce que je fais d'autres ? Euh Je vais peut-être faire le DU de médecin correspondant SAMU, du coup ça pourrait me servir si je fais des gardes de temps en temps en ZZ, et voilà.

I : ok, ben c'est bien, c'est beau, et donc t'as une petite fille, un petit garçon ?

MG9 : une petite fille qui a 7 mois

I : et ça se passe bien

MG9 : ouais ça se passe bien.

I : du coup t'es remplaçante dans le cabinet, 3 jours par semaine, c'est ça ?

MG9 : 3 jours par semaine.

I : et vous êtes 5.

MG9 : oui on est 5.

I : ok. On va en venir au vif du sujet. Donc est-ce que tu peux me parler, de ton expérience, c'est que des questions ouvertes vu que c'est que des, c'est un entretien,

MG9 : oui

I : de ton expérience avec des patients sourds, voilà

MG9 : il me semble que j'en ai vu une, il n'y a pas très longtemps, ici. J'en n'ai pas vu beaucoup des patients sourds, mais ici, je crois que j'en ai vu une cette été oui, euh... je sais pas si elle est sourde en fait cette dame, elle a un trouble de l'élocution qui fait que euh... qu'on est obligée d'écrire pour communiquer (regarde sur son ordinateur)

I : hum hum

MG9 : mais je ne me souviens plus qui c'est, donc je pourrais même pas rechercher, euh, est-ce que c'est vrai une surdité, je sais plus, je sais pas ça peut être une importante, mais en tout cas on a communiqué par papier, par écrit, parce qu'il me semble qu'elle ne comprenait pas tout ce que je lui disais, oui, donc il fallait écrire. Elle était seule hein, elle était pas accompagnée.

I : et comment ça s'est passé du coup

MG9 : ça s'est plutôt bien, bien passé, c'était pas un cas, trop difficile, une gastro, un truc comme ça donc c'était simple

I : ok , dans tes autres remplacements, dans ton expérience, est ce que tu t'es déjà retrouvée en face de patients sourds,

MG9 : c'est pas quelque chose de très fréquent, j'ai pas le souvenir, euh, ça a dû m'arriver parce que je me revois avoir recours à un carnet et, pour écrire, mais euh... j'aurai pas de cas à te dire comme ça, je pense pas en avoir, si j'en ai croisé un ou deux de plus c'est vraiment le grand maximum

I : ouais, ben c'est vrai que c'est pas très fréquent,

MG9 : hum

I : et comment ça s'était passé, du coup quand tu avais rencontré des patients sourds

MG9 : et ben c'est vrai que c'est toujours plus compliqué parce que..., parce que même si c'est par écrit il y a des choses qu'on peut pas expliquer, donc, euh, pour aller dans les détails, c'est compliqué, ça prend tout de suite plus de temps,

I : hum

MG9 : donc, ouais, c'est un frein, quand même, ça rajoute une difficulté,

I : tu peux pas aller plus dans les détails, c'est-à-dire ?

MG9 : quelles difficultés ça apporte ?

I : hum

MG9 : ben ça prend du temps d'expliquer et d'écrire, euh, c'est la peur d'être mal compris...

I : c'est la peur d'être mal compris ?

MG9 : hum, de, des fois, de peut-être pas suffisamment insisté, parce que du coup ça prend du temps, donc faire des raccourcis, d'aller vraiment à l'essentiel, du coup on n'a pas le ressenti... du patient, on sait pas ouais, s'il a tout compris, pour ce qui est du suivi du traitement qu'on va prescrire par exemple, ben je pense que ça par contre c'est bien expliqué sur l'ordonnance donc je pense que ça, ça pose pas de soucis,

I : c'est-à-dire que c'est bien expliqué sur l'ordonnance ?

MG9 : ben, comme avec tous les patients en fait, moi j'essaie toujours de bien détailler mes prescriptions,

I : pour que au cas où,

MG6 : voilà

I : il ait un recours papier ?

MG9 : qu'il ait un recours papier, pour qu'il puisse se débrouiller correctement à la pharmacie, euh, donc euh oui, je pense que je détaillerai encore plus ma prescription s'il y a besoin

I : d'accord, et euh, pour toi c'est un frein d'avoir un patient sourd

MG9 : ben ça va, ben je vais voir ça comme plus difficile s'il vient tout seul,

I : et s'il vient accompagné ?

MG9 : s'il vient accompagné, euh, ... c'est vrai que ça rajoute, la personne va pouvoir nous raconter, je sais pas, le début des symptômes par exemple, ou s'il a l'impression qu'il est différent de d'habitude, ou quand est-ce que ça a commencé..., il va pouvoir amener des détails sur l'histoire de la maladie, c'est surtout ça en fait

I : les détails au niveau de ta consultation, en fait qui vont t'aider à

MG9 : voilà quand est-ce que ça a commencé, s'il a pris un traitement pour se soulager, euh, est-ce qu'il a des problèmes de santé déjà, tous les, tout ce qui est interrogatoire, qu'on peut pas avoir, qui va être, et que lui il va pas pouvoir nous retranscrire tout, à l'écrit, enfin ça va être compliqué...

I : hum, et au niveau de ton examen ?

MG9 : est-ce que ça va changer quelque chose ?

I : hum

MG6 : pas forcément, je pense que ... dans l'examen il y a quand même une grosse part d'objectivité, après ça va être plus dans la palpation, savoir s'il ressent une douleur, mais ça je pense qu'on peut facilement c'est des messages qui peuvent être dits par des signes de tête,

I oui d'accord

MG9 : après lui il va pas comprendre ce que je vais vouloir dire, forcément il est sourd, donc euh, je pense que, je sais pas je prendrais un moyen, ou j'écrirai douleur point d'interrogation sur un papier, ou...

I : et, euhm, dans ta consultation, tu peux, enfin si jamais tu te retrouves en face d'un patient sourd, ou si ça ré arrive avec la patiente de cet été, comment tu vas gérer la communication, pendant ta consultation

MG9 : euh, ben, je pense que je vais, euh, en fait, pff, je pense qu'on connaît mal, le, la façon de communiquer des gens qui sont sourds, moi j'essaye souvent de parler lentement, parce que je me dis qu'ils arrivent peut être à déchiffrer certaines choses, je sais pas après

I : à déchiffrer ?

MG9 : au niveau des lèvres ? Donc ça, c'est sûr je pense que j'essaye d'y faire attention,

I : ouais

MG9 : euh, je vais, voilà après je vais passer par le papier, avec des mots, des mots simples,

I : d'accord

MG9 : quand ? Où ça fait mal ? Euh, comment ? Euh, je sais pas ? Ou mettre le mot maladie en cours, ou voilà des choses comme ça

I : tu vas avoir quelque chose d'un peu plus

MG9 : d'un peu plus fermé, voilà, pour que ce soit, pour que ça parte pas dans tous les sens, et que, qu'on puisse comprendre, pour que lui il puisse comprendre, et que moi je puisse comprendre

I : et, tu vas utiliser le papier souvent ?

MG9 : et ouais le papier

I : et puis parfois un petit peu plus parler

MG9 : ouais parler plus doucement, et plus distinctement,

I : et si jamais tu as un tiers, c'est encore mieux ?

MG9 : voilà, s'il y a une personne qui le connaît, c'est encore mieux, la dernière fois la personne que j'avais vu, est venue seule, c'est quelqu'un qui avait pris rdv pour elle donc qui m'avait déjà un peu expliqué, la raison,

I : d'accord, et du coup dans ces cas-là, comment ça se passe la prise de rdv ?

MG9 : ben c'était une tierce personne qui avait appelé, hein, quelqu'un de sa famille ou une amie,

I : et que tu avais eu directement au téléphone,

MG9 : au téléphone ouais,

I : parce que, du coup comment ça pourrait se passer, si jamais, ici ?

MG9 : ici il y a une boîte mail,

I : ouais,

MG9 : donc euh, j'ai jamais fait attention si la, l'en-tête de la boîte mail apparaissait (regarde son ordinateur) sur nos ordonnances, si notre mail était écrit sur notre ordonnance, parce que voilà, ça serait un moyen pour eux de prendre rdv, parce que la secrétaire regarde euh, regarde le mail tous les jours, plusieurs fois par jour

I : d'accord, les patients sourds pourraient prendre rdv par internet

MG9 : je pense que oui, ils pourraient prendre rdv par internet, je crois que ça apparait sur nos ordonnances,..... je me suis jamais posée la question, donc ouais (regarde toujours son ordinateur) ça apparait, donc ils peuvent envoyer un mail.

I : ou s'ils ont des questions, et tout, ça t'arrive d'avoir des patients qui t'envoient des mails ?

MG9 : à moi personnellement, non, mais je crois qu'il y en a qui envoie, oui, ouais, dans certains cabinets, ça m'est déjà arrivé

I : dans certains cabinets ça t'est déjà arrivé ?

MG9 : ouais, dans certains cabinets ça m'est déjà arrivé

I : que les patients t'envoient des mails ? Pas forcément des patients sourds du coup

MG9 : les gens qui avaient besoin : une question, ou un renouvellement d'une paire de semelle ou voilà des petits trucs comme ça, ça m'est déjà arrivé.

I : et du coup il y avait des prise de rdv, là ici il y a la secrétaire c'est ça qui prend rdv, et donc comment ça pourrait se passer, est-ce que tu as déjà été dans un cas pour la prise de rdv ou pour joindre ton patient ?

MG9 : non j'ai jamais eu à joindre... un patient sourd par exemple, je pense que nos dossiers sont assez bien faits, et que, euh, du coup, il y a, quand on les connaît ces patients-là, il y a toujours un lien dans le dossier, personne à contacter, sœur, amis, voilà

I : en passant par une tierce personne

MG9 : voilà, parce que c'est sûr que, ou je sais pas, on pourrait par texto, mais bon après, j'aime pas trop déjà laisser un message sur un répondeur quelqu'un qui entend, j'aime pas parce que, voilà on sait pas qui

I : qui va écouter,... euh, comment tu as ressenti ta relation médecin- patient, avec ton patient sourd , là, qui a priori était peut être sourd, ou avec d'autres patients sourds ou malentendants, comment la relation elle se fait ?

MG9 ; souvent j'ai un, je pense que mon ressenti, c'est de, d'avoir l'impression qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre en fait. Alors que C'est totalement faux, c'est simplement qu'ils entendent pas, hein, je veux dire que c'est des gens qui cognitivement sont

I : oui

MG9 : mais le fait d'avoir quelqu'un en face de soi qui n'entend pas, et qui a souvent un regard interrogatif,

I : oui

MG9 : ça me renvoie un peu cette image-là, et du coup, euh, j'ai peur de mettre plus vite fin à mes explications, ou, euh...

I : et pourquoi tu mettrais plus vite fin à tes explications. ?

MG9 : parce que je me dis que, que la personne va pas comprendre, alors que c'est faux, c'est juste qu'il faut plus de temps, ils sont pas déficients intellectuels,

I : oui, t'auras plus tendance à bâcler ?

MG9 : peut-être, ouais ?

I : ou pas, j'exagère peut être.

MG9 : pas bâclé, mais, aller plus vite, euh, je vais peut-être moins creuser, je sais pas

I : moins creuser ?

MG9 : passer moins de temps à faire l'interrogatoire, ou moins de temps à expliquer,

I : hum, tu vas aller plus à l'essentiel ?

MG9 : ouais plus à l'essentiel, ouais je pense, c'est difficile, parce que j'ai pas vraiment eu beaucoup de cas, mais il me semble que quand j'avais eu cette patiente, c'est le ressenti que j'avais eu. où je m'étais dit euh, mais cette personne est tout à fait normale intellectuellement, mais, et il faut pas que je lui parle comme à une débile, des fois j'ai un peu l'impression de peur de faire ça en fait,

I : d'accord

MG9 : alors que c'est pas du tout ça, mais, euh c'est vrai que c'est pas évident

I : et si jamais tu te retrouvais avec une patiente, un patient sourd qui parle pas, qui entend pas, qui parle pas bien, comment, si jamais ça te ré arrivait de nouveau, comment ça se passerait ? Quelles seraient tes difficultés ?

MG9 : je sais pas, je pense que j'essayerai d'être ... assez méthodique, pour pas que ça parte dans tous les sens,

I : hum

MG9 : heu Et puis ouais prendre le temps d'expliquer, d'écrire les choses. De toutes façons, quand il n'y a pas de tierce personne, ou de, de quelqu'un qui parle la langue des signes, ce qui arrive jamais hein, de toute façon, à mon avis, et ben souvent

I : t'as déjà, tu parles de langues des signes, t'as déjà vu des gens qui parlaient la langue des signes?

MG9 : non,

I : et toi tu parles la langue des signes ?

MG9 : non, (rires) on pourrait imaginer qu'il y ait un, que la personne sourde, plus son, qu'il y ait quelqu'un avec elle qui parle la langue des signes, et puisse me retranscrire, mais ça en pratique... je sais pas si ça arrive, enfin je sais pas si tu en a vu dans tes entretiens ?

I : ... ça dépend, (rires) ça dépend des, des... Non c'est pas très fréquent, c'est pas très fréquent du tout, souvent, ben déjà la surdité c'est pas très fréquent, après tu as beaucoup de patients malentendants, et des patients sourds, et des « sourds » qui n'entendent pas du tout, tu n'en as pas des tonnes. Donc c'est vrai que le médecin, toi, c'est vrai que tu te sens un peu en difficulté, tu te sens pas à l'aise...

MG9 : voilà, on se sent pas, on a l'impression de ne pas avoir toutes les informations, donc euh, c'est un peu flou en fait, je pense quand on voit une personne malentendante, on n'a l'impression de pas avoir tous, tous les éléments,

I : d'accord

MG9 : ne serait que sur la pathologie, euh initiale ?

I : c'est-à-dire la pathologie initiale ?

MG9 : de ce qui a provoqué la surdité, ça c'est sûr c'est difficile, j'en ai une autre qui n'est pas sourde, mais qui elle, par contre qui elle a de grosses grosses difficultés à s'exprimer, et qui entend ce qu'on lui dit, elle entend ce qu'on lui dit.

I : elle n'est pas malentendante ?

MG9 : elle n'est pas malentendante, par contre elle parle très très mal,

I : comme une aphasie ?

MG9 : je sais pas ce qu'elle a exactement, comme pathologie cette dame, un peu comme quelqu'un qui va bégayer,

I : ouais

MG9 : mais d'une façon très très prononcée,

I : d'accord

MG9 : c'est-à-dire qu'elle ne dit pas un mot entier, et c'est difficile

I : d'accord, donc là tu vas avoir des problèmes de la communication, et

MG9 : mais elle entend, donc elle peut répondre facilement par oui ou par non, c'est que localisé, enfin c'est, comme elle entend ce que je lui dis elle peut m'apporter des réponses plus

I : ok

MG9 : elle peut faire des phrases entières, ce qui n'est pas le cas avec un, avec quelqu'un qui est sourd

I : hum

MG9 : on peut pas écrire des phrases entières sur un papier pendant toute la consultation

I : tu ne te vois pas écrire des phrases entières pendant toute la consultation ?

MG9 : ben en tout cas ça sera beaucoup plus bref, que quelqu'un qui, qui peut bien entendre

I : et tu penses que ça peut, parce que ça te prendra plus de temps ? Pourquoi ?

MG9 : parce que ça prendrait trop de temps,

I : d'accord

MG9 : parce que s'il fallait tout écrire quand... ça prendrait vraiment beaucoup. Après c'est peut être faux, hein parce que je sais pas peut être que ça prend pas de temps de temps que ça et qu'on peut arriver à écrire l'essentiel pour se faire comprendre

I : hum hum, ... et si jamais tu te retrouvais avec un patient sourd, seul ou accompagné, qu'est-ce que tu pourrais mettre, quelles facilités tu pourrais ressentir pendant la consultation ? Ou quelles astuces tu pourrais mettre en place pour améliorer ta relation avec le patient ?

MG9 : euh, Euh, je sais pas, peut être que j'aurais recours à l'ordi, leur montrer des trucs sur l'ordi, enfin je sais pas, comme ça j'ai pas vraiment d'idées de ce qui pourrait améliorer ... du moins pour l'interrogatoire et... c'est vrai que c'est difficile

I : tu utiliserais l'ordinateur pour ?

MG9 : ... je sais pas pour expliquer une pathologie, pour montrer des images, ou euh,

I : montrer des images sur l'ordinateur

MG9 : oui je sais pas, pour euh, ... mais bon c'est pareil mais toute l'explication qui peut aller autour, si cette personne elle a un problème à l'estomac, par exemple, je pourrais avoir recours ... taper, je sais pas moi, , ulcère gastrique sur internet, et lui montrer la photo

I : d'accord

MG9 : par exemple

I : tu penses que ça serait efficient

MG9 : ben ouais, il y aurait une image, ça remplacerait mes mots, il pourrait lire en même temps, sur internet, je pense que ça pourrait un bon moyen d'expliquer une pathologie

I : hum, et les difficultés qui sont vraiment les plus importantes du patient avec toi, qu'est ce que tu peux en dire ?

MG9 : à quel niveau ?

I : les difficultés dans la relation, dans la communication, dans la consultation, dans l'examen, dans l'explication

MG9 : ben c'est l'interrogatoire, parce que... parce que il pourra pas m'expliquer ses antécédents, depuis quand il a mal, là où il a mal, il pourra me montrer où il a mal, mais il pourra pas me décrire euh, sa douleur,

I : hum

MG9 : euh, après dans l'explication, je trouve qu'on a plus de moyens, on peut montrer quelque chose, on peut bien détailler une ordonnance, euh, voilà, après dans tout ce qui va venir du patient, ça va être plus compliqué. L'examen après je pense que quand même il y a des choses assez objectives, hein, une tension, une auscultation

I : oui

MG9 : c'est objectif, une palpation même s'il peut pas montrer, un ventre souple, c'est un ventre souple,

I : hum hum... et quand tu penses à un patient sourd tu penses forcément à un patient qui a du mal à parler ?

MG9 : oui, la première idée qui vient, oui

I : parce que tu disais tout à l'heure : euh, il pourra pas m'expliquer ses antécédents, il pourra pas m'expliquer tout ça,

MG9 : hum, c'est vrai qu'ils ont pas forcément de difficultés à, qu'ils peuvent se faire comprendre, ouais, je pense qu'il y en a qui peuvent se faire comprendre, alors là c'est bien, beaucoup, mais ceux qui peuvent pas le faire, c'est là que c'est plus difficile...

I : est-ce que ça t'es arrivé d'avoir des patients sourds ou pas sourds qui du coup avaient du mal à s'exprimer ?

MG9 : oui comme la patiente là, elle c'est difficile parce qu'on comprend pas toujours ce qu'elle veut, même le motif des fois,

I : d'accord

MG9 : ça peut être compliqué à comprendre, ça dépend du motif si c'est un problème d'angine ou d'une gastro on va vite comprendre

I : hum

MG9 : si c'est un problème un peu, je sais pas d'ordre psychologique, ça peut être vraiment plus difficile.

I : c'est plus difficile d'ordre psychologique parce que ?

MG9 : parce que c'est des pathologies qui vont nécessiter, peuvent nécessiter le dialogue et on pourra pas, on pourra moins, euh, on pourra pas verbaliser plein de choses,

I : hum

MG9 : Donc on peut faire ressentir de l'empathie, par nos attitudes, de poser les mots, ils entendent pas, ou le fait de parler calmement, ou mais euh pour eux, pour ouais, je pense que c'est difficile

I : surtout au niveau psychologique

MG9 : hum

I : est-ce qu'il y avait d'autres choses que tu voulais ajouter, des suggestions, des choses qui t'ont marquée pendant tes consultations ? Qui auraient pu te marquer, des questionnements ?

MG9 : c'est vrai que j'en n'ai vraiment pas eues beaucoup, du coup c'est difficile de De vraiment se remettre en question là-dessus.

I : c'est pas une remise en question, ne faut pas que tu le vois comme tel

MG9 : non mais te dire qu'est-ce que ça apporte vraiment comme difficulté, ou c'est pas quelque chose de récurrent, donc je pense qu'on est , essaye de s'adapter, et peut être du coup qu'on pourrait prendre plus de temps parce que , parce que c'est pas souvent, et tout dépend, c'est pareil, si c'est prévu ou pas. Si c'est prévu et que tu peux te bloquer une plage plus longue aussi, si c'est imprévu et ben voilà on s'adapte

I : hum, et si c'est imprévu, tu le vis différemment que si c'était prévu ?

MG9 : Je pense ouais, si c'est prévu, on va prendre le temps, il y a, il y aura peut-être pas de caractère urgent dans la pathologie, donc il n'y a pas le stress d'un problème aigu, grave. Enfin entre guillemets, parce que si c'est pas prévu et que c'est une angine, ça va pas, je pense poser, ça va pas me stresser, je vais m'assurer qu'il a bien compris, euh, voilà. Après si c'est un problème un peu plus, un peu plus euh, grave, si c'est une douleur thoracique par exemple, alors là ça peut être vite compliqué, parce que là l'interrogatoire il est important

I : ouais, et par exemple si c'est une consultation pas prévue plus ou moins urgente, toi tu vas avoir plus de difficultés ?

MG9 : Si c'est prévu ?

I : si c'est pas prévu,

MG9: ah si c'est pas prévu

I : le patient il arrive entre deux... est-ce que vous pouvez me prendre ?

MG9 : ben oui, parce que déjà on n'a pas le ... en terme de temps on va être bloqué, donc on va, on va pas se rendre disponible, forcément, on va avoir le facteur temps qui est limité, une personne qui, qu'on, qui nous comprend pas,

I : oui

MG9 : qui s'exprime plus ou moins bien, euh, donc euh, l'imprévu comme toute personne qui vient en plus,

I : ouais

MG9 : donc là, ça va rajouter pas mal de difficultés...

I : tu préfères avoir quelque chose, même si c'est plus difficile dans ta consultation, tu préfères être prévenue ? Tu préfères prévoir le coup ?

MG9 : ouais, je préfère prévoir le coup, oui,

I : parce que tu te sentiras euh ?

MG9 : parce que je pense que je me serais rendue disponible, dans ma tête

I ; ouais,

MG9 : et puis tout dépend si c'est une personne qu'on connaît ou pas,

I : oui,

MG9 : si on la connaît on a déjà pas mal d'infos il y a les mots, des consultations précédentes, donc ça aide

I : oui

MG9 : si on connaît pas, c'est quand même pas la même chose,voilà du coup il faut être super objectif.

I : ben voilà, est-ce qu'il y a d'autres choses ?

MG9 : ben non

I : ben merci d'avoir accepté de répondre à mes questions

MG9 : ben de rien. J'espère que ça ira.

Entretien ayant eu lieu le 23 septembre 2014, au siège de MDM à la pause déjeuner vers treize heures. Le médecin est retraité de son activité libérale depuis 3 mois. Il était installé depuis 1978 en zone rurale dans la Loire. Activités multiples : maison de santé pluridisciplinaire, association de formation médicale continue, maître de stage, conseil de l'ordre, médecin du monde,

Marié, 4 enfants.

Secrétariat ?

I : je suis de Lyon sud

MG10 : ouais, tu fais donc ta thèse sur quoi exactement ?

I : donc sur les patients sourds et les médecins généralistes, plus particulièrement, sur la relation du médecin généraliste et du patient sourd, ... c'est un peu flou ?

MG10, non, non, non, c'est un domaine qui est vaste, tu as les sourds, puis tu as les malentendants

I : oui

MG10 : tu as les presbycousies, tu as toutes les problématiques tournant autour de ça,

I : tout à fait

MG10 : avec le problème des appareils qui sont vendus quatre fois le prix qui valent réellement,

I : c'est pas faux

MG10 : heu, donc t'as tout le business qui est derrière

I : oui, sûrement, il y a un gros business derrière,

MG10, donc voilà, ma problématique elle est autour de tout ça. Les vrais sourds, j'en ai connu deux,

I : oui,

MG10 : qui étaient dans un syndrome, de je sais plus quoi, de hacher, dressler..., la fille elle avait une rétinite pigmentaire plus une surdité totale,

I : ah oui,

MG10 : de famille, c'est un syndrome, génétique, connu,... (Réflexion)Usher

I : Usher, ils sont sourds, et après ils deviennent aveugles, il me semble

MG10 : oui, ils font une rétinite pigmentaire, ils voient comme au bout d'un tuyau, voilà...

I : oui, oui,

MG10 : et elle, c'était une aveugle, c'était un Usher, qui était familial, elle avait une cousine qui était atteinte de la même affection, et j'allais dire sa sœur aînée, ah non c'était sa cousine ... bon voilà, en gros, sinon mon expérience c'était à travers c'était avec Z

I : oui

MG10 : qui a été stagiaire chez moi pendant un certain temps, puis remplaçant pendant un temps, pendant qu'il apprenait le langage des signes

I : d'accord

MG10 : il était remplaçant le jeudi chez moi, et, non le mardi chez moi, et le jeudi chez un autre médecin, avec qui il est installé aujourd'hui à XX d'ailleurs,

I : Dr. Y?

MG10 : Y. Oui mais à l'époque Y, il était médecin de campagne à WW. WW c'était le patelin de Mémé Jacquet qui avait gagné la coupe du monde en 98

I : (rire) en 98, donc c'est loin

MG10 : voilà, et en fait WW, c'est au-dessus de PP quand on est , pfff, tu connais pas la Loire toi ?

I : si un petit peu,

MG10 : ben quand t'es à X, tu vas sur X, tu passes à

I : oui, je vois

MG10 : quand tu commences à monter sur heu... X, et ben le premier patelin que tu rencontres c'est WW

I : d'accord

MG10 : c'est là (rires)

I : ok, [présentation] est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre exercice, même si vous êtes à la retraite, ce que vous faisiez, où est ce que vous travailliez

MG10 : je faisais de la médecine de campagne, dans un petit village de 700 habitants, dans la Loire.

I : d'accord.

MG10 : à coté de X, par ici tu vois (me fait un signe de localisation), dans les Monts du Lyonnais, et je me suis installé en 1978. J'ai ouvert, j'ai créé le cabinet,

I : d'accord

MG10 : et puis mon activité, n'a cessé de croître, j'ai arrêté, j'ai, j'ai explosé dans les années 80, 10 ans plus tard, j'ai explosé, je donnais plus l'heure... J'ai été engagé dans le syndicat, dans la formation continue au niveau local, régional, départemental et national, et après ça, je suis passé aux unions professionnelles. Et après ça j'étais, j'ai explosé, j'ai, on a créé une maison médicale, pluridisciplinaire

I : ok

MG10 : avec, euh, donc ça c'était en 1995, avec une deuxième médecin qui est venue s'associer avec moi, et puis 5 ans plus tard, on explosait à nouveau, on a fait venir une troisième médecin qui était une de mes anciennes stagiaires. Je suis maître de stage depuis le début, depuis 82-83.

I : oui, d'accord

MG10 : ça fait 30 ans que je suis maître de stage

I : d'accord,

MG10 : donc voilà, et euh, ça n'arrête pas ça tourne, ça tourne, ça tourne. Actuellement, on est en train de mettre en place une, un pôle de santé pluridisciplinaire, sur notre secteur, parce que même si nous, dans un patelin de mille, euh..., il y a 2 villages qui se touchent qui font 1500 habitants, on a 3 médecins et on est débordé, parce que autour de cette maison médicale on travaille en collaboration très forte les uns avec les autres,

I : oui

MG10 : il y a des infirmières, kiné, dentiste, ostéo, machin, donc en fait, euh... cette maison médicale qui était , j'allais dire, un peu d'avant-garde, mais on l'a pas fait que pour ça , euh, moi j'ai créé la médecine telle que je la comprenais, telle que je l'entendais, c'est une médecine de collaboration, tournée autour des patients, et pas pour, et pas pour le médecin.

I : oui

MG10 : Et euh bon ce modèle plait bien, et en fait, en plus de ça, le modèle euh, des , tu sais, des pôles de santé, des maisons de santé pluridisciplinaires

I : oui, c'est bien la mode

MG10 : c'est pas une seule mode, c'est, c'est, c'est vraiment une philosophie complètement différente

I : c'est intéressant

MG10 : qui est en train de se mettre en place, et ben, euh, on vient nous demander comment on a fait, etc... Nous, on a fait tout bêtement on a créé la maison, on s'est démerdés pour la financer, etc... mais bon ça, c'est en annexe. Du coup si tu veux, ben moi, j'ai eu une vie bien remplie, tu vois à travers tout ça, et je suis bien content que ça s'arrête.

I : et là maintenant vous avez « juste » l'activité à Médecins du monde?

MG10 : euh, non, j'ai gardé ça mais là je vais d'ailleurs élargir un peu, puisque je vais prendre en charge avec les deux qui le font déjà, les certificats pour étrangers malades, ceux qui veulent, euh, ... obtenir un droit de séjour, pour raison de maladies incurables dans leur pays,

I : d'accord

MG10 : et, euh, donc ils viennent, ils vont voir un expert, un médecin agréé,

I : oui

MG10 : et , euh, ils demandent , euh, un certificat, comme quoi ils ont bien telle ou telle maladie qui n'est pas curable chez eux ou pour laquelle ils n'ont pas accès aux soins dans leur pays, même si y a les médicaments accessibles à une couche aisée de la population et la plupart des gens ne peuvent pas y accéder etc., et donc on fait, quand c'est le cas, il faut qu'il y ait matière à ça. On leur fait un certificat, qui est joint à leur demande auprès de la préfecture pour avoir une carte de séjour pour étrangers malades,

I : d'accord,

MG10 : voilà, on leur donne pour 1 an, pour 2 ans, rarement pour 3 ans. Voilà, donc ça c'est, non à côté de ça je fais encore de la formation continue j'organise des DPC sur la Loire. Si tu veux faire du DPC intéressant viens chez nous.

I : viens dans la Loire ?

MG10 : (rire) on va en monter sur Lyon, parce que sur Lyon c'est le désert

I : oui,

MG10 : oui, donc on va, notre assoc, là de la Loire, je pense qu'on va venir faire des DPC à Lyon

I : pour l'instant j'en fais pas trop, mais quand j'ai fait mon stage, j'avais fait un stage à X et à Y, il y avait un truc à W,

MG10 : oui,

I : j'avais fait une ou deux fois avec mes maitres de stages,

MG10 : oui, voilà, mais qui c'était ton maitre de stage

I : c'était le Dr. X à X

MG10 : oui X, X, oui je connais

I : et le Dr. Y à Y

MG10 : oui, je connais aussi, enfin je connais, je les ai croisés.

I : oui

MG10 : Parce qu'en tant que responsable de machins et de trucs je vais parfois, je finis par connaître un petit peu tout le monde. Mais je suis encore dans la formation continue, je te dis, je suis trésorier de l'ADEPUL. L'ADEPUL étant l'association stéphanoise de formation médicale continue,

I : d'accord

MG10 : et euh, qu'est-ce que je fais d'autre d'intéressant, je développe du, du dossier médical. La ligne de vie, c'est moi.(rire) J'ai créé la ligne de vie, on est en train de la monter maintenant, de plus en plus sur les logiciels. La ligne de vie (me montre en faisant des signes horizontaux) c'est une représentation, tu vois, du dossier médical, de l'information médicale d'un malade sur une, sur un écran, avec des lignes qui correspondent aux maladies des gens,

I : oui

MG10 : chaque maladie, par exemple chaque épisode de soin, chaque euh, tu as un diabète, tu as une hypertension, une angine, machin, à chaque fois c'est une ligne différente sur laquelle tu viens coller les comptes-rendus de consultations, les résultats d'examens, les biologies, tout ce qui se rapporte à cette maladie

I : ok à ce problème

MG10 : donc si tu veux tu as une vue (me montre de façon linéaire), chronologique ça avance dans le temps

I : linéaire

MG10 : voilà c'est linéaire, et puis tu as une vue, j'allais dire euh, de superposition, mais de juxtaposition des différentes pathologies

I : d'accord

MG10 : ça c'est le concept de ligne de vie, qu'on a créé depuis 20 ans, qu'on a beaucoup beaucoup travaillé. On a développé des logiciels là-dessus, qui aujourd'hui sont devenus euh, un peu des modèles. La ligne de vie c'est un modèle, c'est une espèce de Mais c'est resté, nous on est restés dans la recherche et développement. On n'est pas du, on n'est pas dans, du business, le business ça marche pas. C'est totalement planté chaque fois qu'on a voulu faire des petites avancées. Donc on est resté ben, des, des, ben des *béni oui oui*, qui avons développé des concepts très très puissants, très très forts avec des équipes euh, avec des, des réunions internationales tous les ans. Enfin etc etc, voilà, ça, c'était le côté passionnel, (rires) passionnel.

I : ok d'accord, vous faites pas mal de choses.

MG10 : oui, oui, puis sinon j'ai 4 enfants et 10 petits-enfants, et parmi mes 4 enfants, un mec complètement débordé et qui n'était jamais à la maison, et ben parmi mes 4 enfants j'en ai 3 qui sont médecins..

I : ils n'ont pas été dégoûtés. Loin de là.

MG10 : non c'est comme ça que je l'ai compris. (Rires)

I : du coup, vous avez commencé tout à l'heure à me parler de votre expérience,

MG10 : des sourds

I : de votre expérience des patients sourds

MG10 : oui, sourds ou malentendants

I : voilà, est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre expérience pendant les consultations. Comment ça se passe.

MG10 : alors, mon expérience : c'est dans les cabinets, successivement dans plusieurs cabinets, t'as toujours, une mauvaise insonorisation, insonorisation, , et le patient sourd par définition, c'est le patient euh, dont la vie médicale ou la vie privée, euh, n'existe pas, parce que tout ce que tu lui dis, tu le gueules et lui gueule pour te dire aussi les choses.

I : oui

MG10 : sauf ceux qui écrivent mais l'écriture ça a ses limites. On peut pas tout écrire, ça prend un temps fou. Donc c'est des gens qui sont exclus de tout ce qui est consultation psychologique. Je parle des malentendants, hein.

I : oui

MG10 : les sourds, je te l'ai dit, j'en ai deux, ou trois, le sourd sourd sourd, quasiment on peut pas parler sauf par écrit, et euh, c'est pas la majorité. La majorité ce sont des gens qui entendent très mal, qui sont plus ou moins bien appareillés, je l'ai dit tout à l'heure la raison économique c'est un vrai scandale, ça, bon. Mais voilà, ces gens-là ils sont privés de confidentialité. Euh, et privés de confidentialité et privés de relation, euh de relation psychologique vraie. Parce que la relation psychologique nécessite des nuances dans ce que tu dis,

I : oui

MG10 : nécessite la vision de la personne avec son visage, et puis ce qu'il exprime quand il parle, et euh, ça il l'a plus ou moins. Des fois il l'a pas bien, il voit pas bien. Mais surtout euh, il n'a pas les nuances, parce que tu gueules (*parle fort en exagérant*) pour « pépé t'es sourd... » Et alors le problème c'est que.... Disons que 80 % des malentendants ont des presbycusies,

I : hum

MG10 : sont des personnes âgées qui ont plus rapidement que les autres vraiment perdu l'audition.

I : hum

MG10 : Mais euh, tu as peut être appris dans tes cours... (rires)

I : oui

MG10 : peut-être après je sais pas, que la presbycusie, si tu veux, elle est beaucoup plus marquée sur les ...

I : aigus

MG10 : les longueurs d'ondes aiguës, que sur les graves. Donc quand t'es devant un sourd, et puis que tu vois qu'il n'entend pas bien, au lieu de (*cri en même temps*) monter le ton. Qu'est-ce que tu fais quand tu montes le ton ?

I : on parle plus aigu

MG10 : tu montes dans les aigus, et plus tu parles fort et plus tu parles dans les aigus, et moins il entend. Donc si tu veux, ce qu'il faut, c'est euh, c'est avoir ça en tête, et puis, dire aux gens : dites aux gens qui veulent, qui vous crient après de parler grave (*parle avec une voix très grave*), et vous les entendrez mieux. Ah oui c'est vrai je les entends mieux. Dites-le autour de vous, au lieu que les gens qui vous crient après, dites-leur de parler grave. Et, euh, quand j'ai eu vraiment, comment dirais-je, compris ça, je me suis mis à diffuser, et tout, et tout. Ça a permis de changer, le, la qualité relationnelle avec ces gens-là, et puis eux, ça leur a rendu service parce que je leur ai dit de dire ça dans leur environnement. Et l'environnement l'a compris et a fini par parler avec une voix grave (*parle grave*) comme ça...

I : oui

MG10 : (*voix grave*) on se comprend mieux, là. C'est un truc à la con

I : oui c'est vrai

MG10 : mais c'est un truc qu'il faut diffuser, ça. Parce que, les gens sont malheureux

I : oui

MG10 : et puis la consultation médicale, et la relation à autrui, elle est identique à ça, c'est que ils entendent pas la moitié des choses, parce que quand on leur parle, on crie et on leur parle aigu, et surtout quand on se met à crier on perd les nuances, quoi. Et puis on dit que le strict minimum. Donc on est dans la relation « alimentaire », passe-moi la fourchette, mets la télé moins fort, je sais pas quoi.... Mais on n'est pas dans le ... euh, le : est-ce que ça t'a fait plaisir, qu'est-ce que tu as fait ce matin ?

I : oui

MG10 : est-ce que tu as..., est-ce que tu as eu du plaisir, est-ce que tu as eu du chagrin ? La nuance n'existe plus. Et ces gens-là développent des dépressions,

I : hum

MG10 : des vraies dépressions par frustration. Ils sont frustrés de la relation humaine. Des exemples on en a tous des gens qui sont trop malheureux, parce qu'ils sont frustrés de la relation. Alors ils se cassent la tirelire et ils vont acheter un petit bouton (fait le geste) à mettre dans les oreilles qui coutent 2000 euros pièce. Ce qui est quand même un scandale quand tu sais que ça sort de Chine à... euh, même pas 100 euros, les marchands, tu sais que (comme s'il assommait qqch), le business. Le monde de l'argent est un monde qui tue complètement toute vie humaine. Il faut fermer la bourse. Voilà ma conclusion.

I : (rires) d'accord. Et comment avec ces patients-là, euh, vous disiez que le patient était frustré. Et est-ce que vous, vous êtes déjà senti frustré en tant que médecin ?

MG10 : oui, pour la même raison. Parce que je pouvais pas leur poser les vraies questions, qui les concernaient. Le pépère qui, euh, euhm, le, le. J'avais un homme qui est un peu comme ça, qui obsédé par ses histoires de pipi, parce qu'il faisait pipi trop souvent, il avait la prostate. Euh. Et puis un beau jour il avait 75 ans ou 80 ans, il avait perdu sa femme, il avait perdu un de ses enfants

[Interruption dans l'entretien, dérangé par quelqu'un qui a ouvert la porte]

I : du coup ?

MG10 : oui, moi, oui j'avais les mêmes frustrations, devant mon papi qui avait ses problèmes de prostate. Je me suis rendu compte qu'à 80 ans qu'en fait, il avait perdu sa femme 20 ans avant, c'est que son drame c'est qu'il avait trouvé une copine, et c'est qu'il arrivait pas à avoir des érections, mais euh, euh, alors à ce moment-là, si tu veux... Si tu veux faire l'inventaire de ça, euh, ça demande, faut savoir si c'est à cause de l'âge ou si c'est à cause de je sais pas quoi etc. ... Tu fais, par un simple interrogatoire, mais c'est un interrogatoire qui est vachement délicat, ça touche à des zones sensibles, donc tu peux pas le faire. Donc j'ai jamais pu, j'ai jamais pu parler sérieusement de ces problématiques avec cet homme-là, bon et puis il a abandonné, il m'a posé la question une ou deux fois, et il a parlé d'autres choses, ça c'est une vraie frustration qui est liée à sa surdité, pas autres choses. Voilà

I : et avec, ben du coup avec les patients sourds, par forcément, ceux où il y a une presbycusie, comment ça se passe ?

MG10 : ah les patients sourds c'est comme les autres, sauf ce que je t'ai dit, le problème relationnel, ils ont des fois un appareil qui leur permet d'entendre, mais la personne sourde et qui reste sourde, euh, euh, qui n'a pas d'appareillage ou qui ne peut pas en avoir, parfois pour des raisons économiques, euh, euh, il est très souvent dépressif. Parce que quand t'es sourd t'es coupé du monde. Quand t'es aveugle, t'es privé de ce que tu vois. Mais qu'est-ce que je vois là : je vois jusqu'au mur, je te vois toi, bon, mon champ de vision s'arrête à la pièce

I : oui

MG10 : bon quand j'en ai fait le tour, ça offre pas tellement d'intérêt donc à un moment ça tombe. Bien. Quand je suis sourd, tu vois, j'entends une porte qui claque, je sais que quelqu'un est passé dans le couloir, j'entends un chien qui jappe, j'entends un oiseau qui ... bon,

mais on entend jusqu'à des kilomètres. Et la vie, et on entend les gens qui parlent simplement, etc... et la vie en définitive elle passe, la perception du monde autour de nous, en définitive passe beaucoup plus par l'ouïe que par la vue

I : oui

MG10 : donc je suis malheureux parce que je suis autiste, je suis autiste malgré moi

I : oui

MG10: donc c'est souvent des gens qui, qui sont dépressifs, mais pour cette simple raison là, ils sont coupés du monde.

I : pour vous, vous avez l'impression que les sourds, ils sont dépressifs ? Les patients sourds ?

MG10 : souvent, souvent, ils ont une souffrance morale, c'est évident, c'est évident. Parlons pas de ce terme de dépression qui veut rien dire. C'est pas des dépressifs, pas nécessairement à traiter

I : oui

MG10 : par contre ce sont des gens qui ont une certaine souffrance morale considérant

I : d'accord

MG10 : considérant leur état

I : et ils s'en rendent compte, vous avez l'impression qu'ils vous en parlent après ? Est-ce qu'ils arrivent à l'exprimer ?

MG10 : non, non, pfff, ben ils te disent, j'entends rien, dans les repas du club j'entends pas, dans les repas de famille j'entends rien, euh, et puis tu vois bien dans les familles, ils sont mis de côté. Les familles, les gens sourds sont mis de côté dans les familles, et ils l'expriment, ça fait des espèces de frustrés permanents, et même des mises au rencard qui sont pas sympa. T'as des gens, t'as des familles faut voir. Le sourd, oh ben lui il entend rien, comme si c'était un malade mental. Il entend rien mais c'est pas de sa faute, c'est pas toujours de sa faute. Euh ben respecte-le, et puis tu pourrais faire à ce qu'il puisse entendre. Mais en fait tu sais notre société, elle est pas tendre

I : non

MG10 : celui qui est déficient sur n'importe quel domaine, de toute façon il est mis au banc. C'est systématique, et les sourds ils subissent la même loi.

I : sourd ou malentendant...

MG10 : oui, c'est global.

I : ils ont un déficit, et comment ça se passe pour la prise des rendez-vous ?

MG10 : oh, ben ils le font, J'en avais une, celle qui avait ce syndrome de Usher, elle prenait ses rendez-vous par fax, elle avait mon numéro de fax, elle me passait un fax. Sinon ils font faire par leur famille, machin. Nous c'est tout sur rendez-vous, c'est à distance c'est un standard, ils font appeler leurs voisins, leur mère, leur fille, si ils ont personne pour appeler, ils vont faire appeler un voisin. Enfin ils se démerdent pour appeler

I : oui, d'accord, et vous quand vous avez besoin de joindre quelqu'un qui est sourd, comment ça se passe ?

MG10 : pfff, je sais pas...

I : vous n'avez jamais eu ce problème ? pour une surveillance d' INR ...

MG10 : si il entend pas le téléphone, s'il va pas répondre au téléphone, ben faut que j'y passe chez lui,

I : d'accord

MG10 : on trouve une solution

I : oui

MG10 : la plus simple, comme au temps béni des colonies, quand la mémé elle allait pas bien, il y avait le Jeannot qui allait au fond de la ferme et qui attelait la jument, et il montait au bourg pour dire au docteur de passer voir la mémé l'après-midi. Et l'après-midi, le docteur il attelait sa propre jument et il allait voir la mémé, et il remontait chez lui. Et après on ré attelait la jument pour aller acheter les remèdes à la pharmacie, etc. etc...

I : hum

MG10 : tu vois, ça s'est amélioré un peu, mais on a encore un peu ce même problème de relation humaine ? (*rires*)

I : sinon, il venait prendre les rdv au cabinet ?

MG10 : heu, oui, oui, oui avec leur tracteur

I : rires

MG10 : et il s'arrête en remontant, non mais c'est vrai, moi j'ai souvent des tracteurs arrêtés sur mon parking, hehe

I : (*rires*) d'accord

MG10 : on est au milieu de la campagne

I : oui c'est la campagne, tout à fait

MG10 : et la consultation, vous disiez que les moyens de communication avec le patient, euh c'était parlé plus fort, et ... plus fort, mais souvent plus grave, et est-ce que vous aviez d'autres systèmes de communication

MG10 : ah, pfff, non, d'écrire c'est tout

I : oui, et quand vous disiez quand il y avait le Dr. Euh, comment il s'appelle, X ?

MG10 : X ?

I : Est-ce que qu'il y avait d'autres moyens de communication ?

MG10 : ben je vous dis, moi j'avais pas tellement de sourds chez moi

I : d'accord

MG10 : donc ben quand on trouvait, qu'on tombait sur quelqu'un qui connaissait le langage des signes, mais il n'y a que les sourds sourds qui connaissent le langage des signes, les autres ils connaissent pas. Donc lui, il se lançait

I : mais il n'y en avait pas beaucoup dans votre patientèle

MG10 : non, et je ne suis même pas sûr que la fille dont je vous ai parlé, j'ai deux vrais sourds sourds dont elle. Mais je suis pas sûr qu'elle connaisse le langage des signes. Elle s'est mariée avec un sourd

I : et ils ont des enfants sourds ?

MG10 : je... ne pense pas, mais c'était le risque avec elle, parce que elle c'était vraiment un syndrome familial. Mais tout dépend d'où vient la surdité, parce que si t'as un canon qui t'as pété tout près de la gueule

I : oui, tout à fait

MG10 : (*rire*) forcément.

I : et comment, la relation avec le médecin, vous avec le patient sourd, vous la ressentez comme frustrante pour vous ?

MG10 : oui

I : vous n'arrivez pas à savoir tout ça

MG10 : oui, et je pense que lui aussi

I : et lui aussi, et est-ce que ?

MG10 : alors là, j'ai plein d'exemples là-dessus, typiquement revenait à la charge, revenait pour des consultations. Et tu te dis mais il a pas compris ? Et non il n'a pas compris, et il manquait.... Ou alors c'est la, sa femme ou son mari qui prend la parole à sa place qui parle qui parle, et puis lui à côté : mais qu'est-ce qu'ils disent, qu'est-ce qu'ils disent. Et ben il sait pas. Donc je faisais toujours attention. C'est un problème de d'attention individuelle ça.

I : oui

MG10 : je faisais toujours attention à lui transmettre au fur et à mesure ce qu'on disait d'essentiel. J'avais un écran toujours, et mon écran d'ordi est toujours visible par le malade. Tu vois il était là (*me montre comment était positionné l'écran sur le bureau*),

I : d'accord

MG10 : et puis quand j'avais des sourds j'avais un système pour grossir à l'écran, et puis je, des fois je communiquais comme ça.

I : d'accord

MG10 : Euh. Voilà, donc j'avais un gros gros texte qui s'écrivait, et là il pouvait lire, euh.... donc ça leur permettait de suivre. Et en particulier la lecture du dossier médical, c'est un des moyens de communiquer l'essentiel de l'information. Moi mon dossier médical a toujours été visible et lisible, et exprès je le faisais lire aux patients, toujours. Les courriers, les courriers reçus, les biologies, les, mes compte rendus, tout ce qu'ils les concernent, tout ce qui, leur dossier les concerne d'abord,

I : d'accord

MG10 : donc j'ai toujours considéré que le malade était le premier à être au courant de ce qui lui arrive

I : donc vous pouviez discuter via l'écran

MG10 : donc je me servais de ça, je me servais de ça parfois quand c'était nécessaire pour, passer des informations.

I : vu que vous faites beaucoup de consultations avec des patients étrangers, est ce que vous avez l'impression...

MG10 : ici là ?

I : oui

MG10 : c'est exactement la même problématique, par contre là, on prend le téléphone et on appelle ISM (*me montre la liste des interprètes*). Voilà, on appelle, c'est un service de, de, d'interprétariat par téléphone,

I : d'accord

MG10 : et ça marche pas mal. Parce que quand tu peux pas dire, surtout que beaucoup de choses sont psychologiques. **[Interruption par quelqu'un]** parce que la psycho sans se comprendre, c'est pas terrible

I : non pas terrible, tout à fait. Donc là vous appelez l'interprète

MG10 : ah, oui, oui. Ou on se débrouille avec des signes.

I : et vous le faisiez souvent ?

MG10 : c'est un peu la même problématique, hein. On se comprend pas. et alors tu vois les bouffées d'angoisse, les machins, tu peux pas parler, c'est pas facile, quand tu dis des choses, elles comprennent pas toujours par exemple les femmes, le bébé il a une maladie. Tu leur dis c'est pas grave elles comprennent le contraire. Donc faut, faut faire attention

I : et donc les difficultés c'était ça, et quelle sont les difficultés les plus importantes que vous avez dans votre relation avec, ou alors est-ce que vous avez en place des petites astuces ?

MG10 : oui ben comme je t'ai dit, oui comme je t'ai dit. Les difficultés importantes, c'est que la communication elle n'est pas bonne, et qu'il manque les nuances, et qu'il manque la relation vraie. La relation passe-moi le beurre, passe-moi le pain, ouvre moi la porte, c'est bien, mais ça suffit pas à remplir un cœur. Tu le sais bien.

I : oui, non

MG10 : qu'on appelle la relation alimentaire

I : la relation,

MG10 : basique

I : elle est un peu basique

MG10 : ben oui, et les gens en souffrent de ça, on a besoin d'une richesse autre que les éléments de base, dans notre relation humaine.

I : oui que passe-moi le beurre. Est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter ? Tout à l'heure vous parliez de la tierce personne qui était là, et qui pouvait servir un peu d'interprète ou qui pouvait faire un peu de la traduction, comment vous ressentiez sa présence, enfin

MG10 : toi tu parles de la famille

I : oui la famille, oui, ou d'un autre

MG10 : c'est exactement la même problématique qu'on a ici. Par exemple pour les consultations de psychologie

I : hum hum

MG10 : euh, on prend jamais un interprète de la famille, du voisinage ou des gens qui se trouvent dans la salle d'attente, qui ne sont pas formés à faire de l'interprétariat. On prend des gens anonymes au bout du téléphone. Parce que la relation en particulier psychologique nécessite, euh, une discrétion dans l'utilisation de ce qu'on fait, dans les éléments qu'on a entendu, qu'on a compris, et, et les gens te sont grés de garder pour toi ce qu'ils t'ont dit.

I : oui

MG10 : ce qu'ils t'ont dit qui était illustratif pour te permettre de comprendre quel est leur état de santé, mais qui n'a pas à être diffusé. Dans la relation des sourds c'est exactement la même chose, ils étaient forcés d'avoir un intermédiaire.

I : oui, et l'intermédiaire souvent c'est un proche

MG10 : un proche, c'est la famille qui, qu'il malmenait pour finir. Parce que pour finir il donne les choses avec son interprétation, à lui qui sont forcément pas justes.

I : vous le sentiez pas juste ?

MG10 : ouais

I : et vous arriviez à voir une relation duelle avec le patient, ou c'était difficile ?

MG10 : euh, pas sur des choses essentielles. Euh pas sur des choses... intimes, voilà, bon. J'ai mal au ventre, bon d'accord ; à quelle heure, bon d'accord ; la sciatique, d'accord. Mais tout ça c'est neutre. Dès que tu rentres dans les problèmes de gynéco, de contraception, de je sais pas quoi, moi, Psychologie tout court, hein.

I : oui

MG10 : psychologie tout court, tout ce qui est psycho c'est difficile. Parce que ça t'oblige à parler un peu à cœur ouvert. Ce que tu peux pas faire devant les gens qui t'accompagnent, devant des gens qui sont pas, à qui tu ne fais pas confiance. T'es obligé de garder ça pour toi, là-dessus il y a une frustration c'est évident. Le problème il est là, le problème des sourds ou des étrangers qui parlent pas ta langue, c'est exactement le même problème, je pense.

I : est-ce que vous aviez des choses à ajouter, des suggestions, des questionnements ? Des réflexions.

MG10 : j'en suis plus là, je suis en train de préparer ma retraite, moi. Je suis en train d'apprendre le métier.

I : de la retraite ? Bon ben merci d'avoir répondu à mes questions.

Entretien n°11, MG11, 34 :01

Entretien ayant eu lieu le 24 septembre 2014, au cabinet du médecin, le matin à 8h40. Le médecin est installé depuis 20 ans dans un cabinet en ville dans le Rhône. Au départ seul puis en groupe. Il reçoit des internes régulièrement. Il est d'origine étrangère.

Activité : médecine générale, maître de stage, responsable d'une association de formation médicale continue indépendante.

Secrétariat téléphonique.

Lors de l'entretien il y a eu un souci d'enregistrement. L'entretien a dû être renouvelé le 1 octobre 2014 toujours à son cabinet, le matin vers 8h30 avant ses consultations.

MG11 : Bonjour

I : bonjour, bon ben, je ne vous redis pas tout ce pourquoi je suis là, euh, du coup, je vais commencer par vous poser des questions d'ordre général. Racontez-moi un peu ce que vous faites.

MG11 : allez-y c'est pas une menace (*joue avec son ouvre-lettre*), c'est pour jouer

[...]

I : donc voilà, ce que vous voulez me dire, depuis quand vous êtes installé, et tout ça

MG11 : donc moi je suis installée en France depuis, euh, donc j'ai fait mes études à G. en Z., on va commencer comme ça, j'ai fini mes études en 1987, où j'ai fait un semblant de thèse. Après j'ai fait mon diplôme d'Artz Exam qui est un équivalent de doctorat en médecine

I : d'accord

MG11 : euhm, j'ai travaillé en tant que FFI en quelque sorte dans un service de chirurgie pédiatrique,

I : d'accord

MG11 : dans un service universitaire hyper spécialisé sur tous les domaines de la chirurgie pédiatrique, très passionnant, fatigant

I : d'accord

MG11 : après je me suis, non j'étais déjà marié avec un médecin français, et on s'est installés en France

I : (chuchote)

MG11 : (rire) il faut vérifier toutes les deux minutes. Et donc après j'ai travaillé pendant 3 ans à l'hôpital de XX d'abord comme médecin FFI dans un service de gynéco. Par la suite, ouais toujours FFI, après FFA faisant fonction d'assistant aux urgences de l'hôpital de XX. Et par la suite comme assistant officiel dans ce même service, et service de post urgences.

I : ok

MG11 : après je me suis installé à ZZ avec un certain M. X. et avec qui je suis toujours installé, c'est un deuxième endroit, et maintenant avec 4 médecins sur le cabinet. Dans un quartier relativement défavorisé, où il y a de tout et de rien. Beaucoup d'étrangers, quand même aussi pas mal de français, euh, beaucoup de CMU, beaucoup de gens en détresse continue. ... je crois que c'est ça.

I : ouais, et puis vous avez des internes.

MG11 : et je suis maître de stage universitaire, MSU comme on dit

I : ah ça s'appelle comme ça

MG11 : et j'ai des internes depuis je crois 7 ans, 8 ans. Donc, euh, qui sont principalement vraiment médecins généralistes en plus. Il y en a pas mal qui sont déjà installés. Il y en a certains qui sont un peu ratés pour la médecine générale mais bon tant pis, ça fait partie des déchets quand on est enseignant (rire)

I : oui

MG11 : mais la majorité est quand même médecin généraliste installé en médecine générale libérale. Donc ça fait plutôt bien, ça veut dire qu'on peut montrer aux gens que la médecine générale c'est un beau métier, qu'on n'est pas forcément obligé de travailler de 8h du matin jusqu'à 10 h du soir, mais qu'on peut prendre des pauses, et ne pas être en burn out au bout de 20 ans d'exercice

I : heureusement...

MG11 : oui heureusement, mais bon, il y a des gens qui travaillent beaucoup plus que moi et qui sont peut être heureux mais moi je ne serai pas heureux,

I : hum. Je comprends. Je me dis que je vais encore travailler peut être 50 ans alors si je me mets en burn out maintenant...

MG11 : il faut, il faut mieux, il faut prévoir qu'un jour on voudrait bien profiter de sa retraite

I : ouais c'est ça

MG11 : et avant de partir à la retraite, quand même d'amener son travail jusqu'au dernier jour de travail.

I : hum

MG11 : donc, et moi je suis plutôt près de la retraite

I : ben quand même ?

MG11 : plus près qu'il y a 20 ans

I : oui (rires)

MG11 : (rires) oui j'ai encore au maximum 10 ans à faire

I : ah oui d'accord, donc oui en effet vous êtes plus près de la retraite.

MG11 : oui

I : Et ben voilà, je crois qu'on a tout dit. Est-ce que, donc vous faites de la médecine générale, vous n'avez pas de spécialités, de sous spécialités, ou sur spécialités ?

MG11 : j'ai pas, je n'ai aucune spécialité, je suis vraiment spécialiste en médecine générale, je me vois comme ça. Médecin de famille comme on pourrait dire aussi, où j'aime bien voir... j'ai une prédominance pour voir les enfants, je préfère voir des enfants depuis toujours. Euh c'est à peu près 32 % de ma patientèle, c'est endessous de 16 ans, donc c'est plus que la moyenne des MG, j'ai pas énormément de personnes âgées, au-delà je sais plus de 70 ans, je dois avoir 4%, quelque chose comme ça, ce qui est en dessous de la moyenne en France. La gynécologie j'en fais pas trop trop, parce que, même si je regrette quelque part parce que ça fait partie intégrale de la médecine. Les femmes elles ont de plus en plus mal à trouver de gynécologue. Si elles veulent pas me voir, je vais pas les violer pour les voir.

I : (rires)

MG11 : (rires) donc il doit y avoir un truc, c'est la population maghrébine qui veut ça en fait.

I : oui, je pense. Euh. Bon ben voilà on va en venir au vif du sujet. Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience avec les patients sourds ? Enfin est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur, euh, sur comment se déroule la consultation.

MG11 : pfff, euh, les patients sourds c'est un peu compliqué parce que j'en n'ai pas énormément.

I : ouais

MG11 : J'en ai quelques-uns, j'en ai toujours un ou deux sur le feu, on va dire. Ils m'entendent pas très bien par téléphone (rires). ... Mais je vois la surdité, bon on en avait parlé un tout petit peu ...

I : oui

MG11 : pour moi c'est comme une langue étrangère que je comprends pas,

I : oui

MG11 : et eux ils ne me comprennent pas non plus. Et je crois que c'est vraiment comme ça qu'il faut faire. Faut considérer comme un problème de communication, et faut essayer de résoudre le problème de communication. Et donc ça prend plus de temps

I : hum

MG11 : euh, heureusement je n'ai pas un afflux énorme de patients sourds, parce que ça me prend la tête. Faut parler trop fort (rires), mais si j'ai trop de bosniaques, ça me prend la tête, c'est très fatigant. Et donc c'est des gens aussi charmants que les autres. C'est des gens aussi difficiles, comme les autres. Et... Ouais il faut être à l'écoute. Il faut s'intéresser à leurs problèmes médicaux, pour lesquels ils viennent, si leur problème de surdité est pris en charge par d'autres structures.

I : hum

MG11 : et s'ils sont pas pris en charge, pour l'instant, ben faut essayer de les faire prendre en charge. Je crois que c'est un peu, cogité dans ma tête.

I : parce que la, la semaine dernière, vous disiez, oui que c'est ça, que c'était un problème de communication, et que, et que c'était plus difficile quand le patient il venait pour quelque chose, de peut-être d'un, d'un motif un peu plus compliqué que

MG11 : oui c'est, si c'est physique, je veux dire on fait comme en médecine, en pédiatrie on, la communication passe surtout par le langage corporel

I : hum hum

MG11 : ... et donc quand on, on essaye de savoir ce qu'il se passe, on fait beaucoup de mouvements avec les mains, on indique vous avez mal là, vous avez de la fièvre (*montre sa tête*), il y a un certain nombre de mouvements qui veut dire quelque chose en général, on essaye de se comprendre. Et avec l'examen clinique, on peut aller beaucoup plus loin là-dedans, et au lieu de tendre l'oreille de mon côté, c'est plutôt de regarder le visage, et de ... voir comment réagissent les gens. Et si ils ont mal au ventre, bon, et ben on va essayer de savoir où est-ce qu'ils ont mal, et... on essaye de savoir un peu plus précisément.

I : ok

MG11 : Je pense qu'on est un tout petit peu plus enclin de demander des examens complémentaires : comme une prise de sang, échographie, électrocardiogramme si l'âge le justifie.... Donc, on, je pense que je suis un tout petit peu plus consommateur d'examens complémentaires pour les personnes sourdes, mais j'en suis pas sûr, mais j'en suis pas 100 % sur. J'ai

I : pourquoi vous êtes plus enclin à demander des examens complémentaires ?

MG11 : c'est comme avec les enfants, si on n'est pas sûr de quelque chose, et si la communication verbale habituelle ne nous permet pas de préciser quelque chose, on ouvre un peu le parapluie. Et quand on ouvre le parapluie ça coûte toujours cher,

I : oui

MG11 : donc c'est On fait un examen complémentaire si on pense qu'ils ont de la fièvre mais on n'en sait rien. On veut savoir s'ils ont maladie inflammatoire, si on peut pas savoir si c'est la nuit qu'ils ont mal, c'est pareil, on pense que c'est peut être une arthrite quelconque, si c'est une maladie ... polyarthrite rhumatoïde ou quelque chose comme ça. Donc on demandera plus facilement un CRP ou tu vois. Je pense que Si je réfléchis, j'y réfléchis je crois que j'aurai un tout petit peu moins confiance dans mon examen clinique.

I : d'accord

MG11 : parce que l'interrogatoire fait partie intégrale de l'examen du médecin généraliste. C'est un examen clinique en fait.

I : mais du coup votre examen clinique il sera un peu pareil pour tout le monde, c'est l'interrogatoire qui, qui, qui va vous manquer

MG11 : oui, en général en médecine, disons, moi je constate de plus en plus que 80 % des diagnostics quand les gens ils sont deux minutes dans notre cabinet quand on dit rien et qu'on écoute, donc quelqu'un qui ne peut pas parler, on peut essayer de l'écouter, mais il manque quand même la communication verbale.... C'est plus difficile. J'ai peut-être un avantage en étant étranger à la base,

I : hum

MG11 : que j'ai toujours été obligé de remplir les, les choses pas comprises dans une communication

I : oui

MG11 : parce que déjà je comprenais pas, rien à, et donc on interprète un peu plus, on regarde un peu plus peut être que la moyenne des français, mais ça c'est très prétentieux que j'écouterais mieux que les autres

I : non mais vous avez l'impression du fait d'être étranger d'avoir une écoute différente, je comprends ce que vous voulez dire

MG11 : je pense que, je pense que j'ai une écoute qui est différente, mais c'est même pas parce que je suis étranger, mais c'est que je parle 4 langues relativement bien, donc j'ai pas mal de patients qui viennent des pays de l'Est, qui parle allemand. L'allemand c'est pas du tout une langue que j'aime bien, mais j'ai appris à la maîtriser quand j'étais petit en étant x, en regardant la télévision allemande sans sous-titrage, on est gavé. Passivement je comprends tout assez bien, et avec eux c'est un peu pareil, on essaye de se comprendre, mais il faut toujours faire attention de ne pas prendre des faux amis comme des vérités, et donc il faut, on est toujours beaucoup plus concentré avec un étranger qu'avec un, bon les français c'est aussi des étrangers pour moi. Donc il faut être plus concentré.

I : ok, et pour le patients sourds, aussi ?

MG11 : et pour le patient sourd, c'est pareil parce qu'il a une communication qui est différente de la moyenne des gens, donc il faut faire plus attention, ça prend plus de temps.

I : vous utilisez quoi comme communication avec les patients sourds ?

MG11 : je les regarde en parlant

I : hum

MG11 : comme ça ils peuvent voir mes lèvres, et il y en a un certain nombre... mais au total, j'ai pas vu beaucoup de sourds-muets qui sont restés plus de 5 ans de suite chez moi. Donc il y avait quelques choses qui clochaient quand même.

I : et quand vous dites sourd-muet, vous pensez à quoi ?

MG11 : je pense surtout à des gens qui sont étiquetés sourds et muets, qui n'ont jamais su communiquer vraiment qui ont vraiment une surdité profonde, il y en a. j'en ai deux dans mes souvenirs, qui savaient s'exprimer, mais bon... audible mais avec manque de beaucoup de mots, donc vraiment très compliqués à comprendre. Après il y a des gens qui sont sourds par l'âge, sourds d'oreille, comme on dit. Qu'ils mettent pas leur appareil, qu'il faut crier, qu'il faut parler très basement (*parle grave*) pour qu'il vous entende mieux, etc... et ça c'est un peu agaçant. Alors eux ils m'énervent parce qu'ils font pas l'effort de nous écouter, et ... donc oui, c'était ça la question ?

I : oui, c'était, et euh, donc lire les lèvres, les patients ils vont lire sur les lèvres, vous allez tendre l'oreille un petit peu plus,

MG11 : oui

I : et au niveau de la prise de rendez-vous, ça se passe comment, justement avec ?

MG11 : en général soit c'est la famille qui appelle, soit c'est qu'ils viennent, dans le hall.

I : oui

MG11 : Ils aimeraient bien qu'on les voie tout de suite, mais c'est comme avec les autres patients, je fixe un rendez-vous, de toute façon plus tard,

I : oui

MG11 : sauf s'ils sont pliés en deux et qu'on a l'impression qu'il y a urgences, ça change un petit peu, mais

I : oui

MG11: pour moi c'est des patients comme les autres, qu'il faut prendre comme les autres. Et effectivement la prise de rendez-vous peut, ça peut être un problème. Je l'avoue mais c'est pour ça je veux que, ... j'ai fait une sélection que les patients au cabinet que je vois, ils sont dans un cercle de 1 km, grand maximum. Sont vraiment dans le quartier, donc le déplacement c'est facile pour elles, ou pour eux, et donc, ... de venir au cabinet pour prendre le rdv, ça ne devrait pas poser de problèmes.

I : donc ils viennent au cabinet, ils prennent rdv avec vous entre deux patients, ils disent je veux prendre rdv

MG11 : oui tout à fait, ils le disent pas forcément

I : oui, ils vous font comprendre ?

MG11 : oui, tout à fait

[...]

I : on était en train de parler des rdv, et on a parlé aussi des moyens de communication : lecture labiale. C'est donc plutôt long ?

MG11 : c'est plutôt plus long,

I : oui

MG11 : après, il y a un certain nombre de gens qui s'organisent pour avoir de la famille qui sait signer, ça rend la chose plus facile,

I : oui

MG11 : parce qu'on a l'impression de mieux connaître, mais avec certaines pathologies ça reste compliqué s'il y a un garçon ado qui vient accompagner sa maman pour des problèmes gynécologiques, mais ça c'est comme avec les femmes maghrébines qui viennent avec leur fils... c'est toujours gênant de poser des questions un peu dans l'intimité on n'a pas les réponses. Mais ça je dirais, ça change pas les sourds, par rapport aux autres, il y a une communication. Et il faut... Il y a une partie interprétative qui ... qui joue un rôle très important.

I : parce que du coup vous allez interpréter ce qu'il va vous dire, mais du coup, ce que vous disiez parfois on peut se tromper.

MG11 : ben on peut se tromper, en fait Le traducteur c'est pas quelqu'un d'assermenté donc il va pas forcément tout dire comme c'est fait. Et C'est ça on voit très bien, on voit une discussion pendant une minute et demie, bon j'exagère, euh, qui est traduit en deux mots, ça veut dire qu'il manque quelque chose

I : oui

MG11 : et ça en arabe, j'ai commencé à..., j'ai réussi à déchiffrer ça un tout petit peu, en disant ben tiens là on me ment. Et en serbo-croate c'est pareil, je commence à savoir qu'une phrase longue... résumée en deux mots, ça va pas (*rires*). Et avec les sourds et mu... c'est pareil, la communication, si j'ai l'impression qu'il manque quelque chose, il faut reposer la question, et parfois, ben les gens sont embarrassés

I : oui

MG11 : mais je dirais : c'est presque normal. Donc... Mais ça rend encore plus compliqué, aussi plus riche la consultation

I : ça rend plus compliqué du coup souvent les, les, les problèmes, ben gynéco, ou les problèmes un peu plus, ... un peu poussés ?

MG11 : ben, c'est les problèmes, ouais, psychiatriques j'en vois pas, même s'ils sont parfois bien tête perturbée, les sourds, il y en a...

I : c'est-à-dire ? Ils sont bien perturbés ?

MG11 : ben j'ai l'impression qu'il y en a certain... J'ai deux exemples comme ça, qui sont dans des familles vraiment compliquées,

I : oui

MG11 : et où, où, j'ai, où la complication à l'intérieur d'un couple, j'ai un souvenir d'une femme battue. Et ben elle m'en parlait pas,

I : hum

MG11 : et j'en étais, et je savais qu'elle était battue, et quand on abordait le sujet, hop,...

I : d'accord, et c'était une patiente sourde ?

MG11 : c'était une patiente sourde, ouais, et son mari, était sourd aussi mais pas la même façon, il voulait pas entendre qu'il battait sa femme mais qu'il n'avait pas le droit.

I : mais

MG11 : mais ils étaient déjà sous tutelle et c'était quand même une situation assez compliquée, les services sociaux étaient là, et comme d'habitude ne faisaient pas grand-chose (*rires*)

I : (rire étonné)

MG11 : c'est compliqué, ce genre de situation c'est très compliqué

I : d'accord

MG11 : parce qu'on peut pas communiquer, et dans les problèmes de dépression, on est un peu diminué. Donc on fait comme avec les autres personnes, on essaye de tirer le plus d'informations, on essaye de faire, de montrer qu'on n'a pas le droit de se faire ta... si on a le droit de se faire taper, mais quand on se fait taper, on va à la police avec un certificat médical qu'on établit

I : hum

MG11 : ... après la souffrance psychologique c'est difficile à mesurer, et je pense que là le rôle d'une consultation spécialisée comme vous êtes en train de monter avec AA peut avoir sa place.

I : oui, oui c'est sûr. Et est-ce que vous avez pu mettre en place des petites astuces pour améliorer les consultations avec ces patients-là ?

MG11 : non, je dirais non. Il n'y en a pas assez pour qu'on aille vraiment s'investir, je dirais non.

I : et est-ce que les astuces que vous allez mettre en place avec vos autres patients étrangers, vous les utilisez avec les patients sourds ?

MG11 : euh

I : est-ce que vous avez des corrélations ?

MG11 : avec mes deux patientes XX, j'explique l'ordonnance aussi en X. Même si c'est écrit pour le pharmacien en français, avec les allemands, euh, ceux qui, germaniques j'explique. Bon, moi j'ai comme d'habitude de montrer l'ordonnance, montrer les médicaments que je prescris, et les choses que je trouve importantes,

I : ok

MG11 : au stylo je les entoure,

I : d'accord

MG11 : ou je mets une flèche ou je mets une étoile de façon qu'il y a des choses que moi je trouve intéressantes et importantes dans une ordonnance. Je souligne

I : oui

MG11 : avec un stylo. Donc, j'espère qu'ils comprennent. Mais bon il y a une partie,... une bonne partie qui est analphabète...

I : une partie des ?

MG11 : des sourds, qui savent pas lire et écrire,

I : hum hum

MG11 : à part le fait qu'ils ne savent pas parler, et bien m'entendre, bon c'est quand même un handicap complémentaire, et ..., ... J'y suis pour rien, mais

I : non, non

MG11 : on fait comme on peut (*rire*)

I : oui c'est ça, euh,

MG11 : et j'en suis pas sûr qu'ils savent bien signer non plus,

I : oui, il y en a certains qui, ça dépend. Et comment ça se passe justement avec la, si il y a une tierce personne qui signe... Enfin quand ils signent, c'est presque plus facile pour vous ? Et quand ils signent pas et qu'il y a une tierce personne qui signe pas ?

MG11 : c'est un peu de la médecine vétérinaire après. C'est pas, et pas par mépris des vétérinaires ou des sourds.

I : non

MG11 : c'est pas notre métier à nous, c'est comme je disais tout à l'heure, en pédiatrie c'est pareil, on essaye de déterminer ce qui cloche, et on essaye d'interpeler la tierce personne qui est souvent la maman.

I : oui

MG11 : qui connaît bien son bébé, et qui dit : il est différent, que d'autres jours. Donc si le sourd, si l'accompagnant dit mais... il ou elle est différent que d'habitude, on fait plus attention. On écoute surtout la tierce personne et on regarde l'autre

I : hum

MG11 : donc je dirais, ça fait partie de notre métier, d'interpréter tous les signaux possibles, et d'en faire le mieux possible, et de faire, euh, comprendre après ce qu'il faut faire.

I : ça sera plus de l'observation ?

MG11 : oui, après je pense qu'il faut utiliser d'autres sens. Il faut remplir les vides avec d'autres trucs. Et je pense que nous, on est moins fort là-dedans que nos anciens par rapport à l'examen clinique. Je pense que eux ils savaient nettement mieux examiner. Je pense que nous, on a appris quand même des techniques de communication qui font qu'on est un peu plus à l'écoute avec les patients. Bon j'ai pas des consultations en 5 minutes bâclées

I : oui

MG11 : ça devrait pouvoir aider.

I : et est-ce que, comment vous vous sentez pendant la consultation ? Est-ce que vous vous sentez stressé, pas à l'aise, euh

MG11 : non, je me sens pas. Pas stressé. Agacé par fois, mais c'est pas avec les gens qui ont des problèmes vraiment de surdité profonde de naissance par exemple, ça c'est des gens qui y sont pour rien. On peut pas les appareiller sensiblement parce que ils ont été pris en charge par des spécialistes parfois très réputés. Et ... et donc eux, ils font ce qui peuvent, ils ont souvent quand même appris à signer, ils ont souvent appris à se débrouiller le mieux possible.

I : hum hum

MG11 : et ils savent aussi que nous on fait de notre mieux, je l'espère. Après il y a des gens à l'autre phase de vie, qui sont au-delà de soixante, euh dix ans, et qui ont une surdité qui est acquise petit à petit. Qu'on peut appareiller, qui sont appareillés et qui viennent sans

leur appareil parce que de toute façon les appareils ils ne les supportent pas. Ils ont payé deux mille euros pour des appareils qui fonctionnent pas ça me fait hurler de rire, mais c'est ... ou pleurer de tristesse

I : de tristesse

MG11 : je dirais que c'est inadmissible, mais c'est comme ça, ils retournent pas chez l'audioprothésiste

I : et ça, ça vous

MG11 : ça m'agace oui, oui je trouve que c'est inadmissible, qu'on puisse appareiller, payer des appareils aussi chers, avec un service après-vente qui s'arrête au bout d'un an, parfois au bout de deux ans.

I : d'accord

MG11 : Mes lunettes au bout de 5 ans, mais quand je retourne chez mon ophtalmologue, chez l'opticien il me répare tous les trucs qui vont pas, et avec les prothèses. Je crains le jour où j'en aurai besoin moi-même. J'espère que c'est encore loin... Et ils les mettent pas parce qu'ils sont gênés. En groupe ils sont gênés, et en privé ils ne les mettent pas parce qu'ils pensent qu'ils sont gênés.

I : et du coup ça vous gêne dans la consultation ?

MG11 : ... oui parce qu'on, ça prend plus de temps, et il n'y a pas besoin,

I : oui

MG11 : à la base. Et ça c'est... mais ça m'agace parce que c'est des têtes de lard et ... eux ils font pas le maximum pour se faire comprendre, et ils pensent que nous on est là pour résoudre tous leurs problèmes. On peut pas forcer,

I : non

MG11 : on peut pas tout faire à la place, c'est pas tous les bébés

I : non

MG11 : ce qu'on peut faire à la limite, mais je le fais plus, je l'ai fait un certain temps, se mettre le stéthoscope à l'envers

I : ah oui

MG11 : et on hurle dans la tête pour qu'ils nous comprennent

I : oui

MG11 : mais bon moi, j'ai une voix relativement basse donc ma voix elle passe, les graves passent relativement bien chez pas mal de gens, donc, euh...

I : moi ça passe pas

MG11 : (rires) oui c'est ça, c'est pour ça que vous avez appris à signer

I : oui, je sais pas si c'est pour ça, mais... Je regarde, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous tiennent à cœur, des choses que vous vouliez ajouter, des questionnements que vous vous posez, des moments où dans des consultations où vous vous êtes senti en difficulté

MG11 : ben je dirais les consultations avec les sourds ... ne sont pas assez fréquentes pour que je puisse en tirer des conclusions pertinentes, c'est plutôt des anecdotes dans ces cas-là. Où on essaye d'établir un bon contact et on essaye de voir ce qu'il se passe. ... J'ai un petit garçon il vient avec deux appareils et il veut jouer au foot, est-ce qu'il joue avec les appareils ou pas ? Et quand il n'a pas ses appareils, qu'est-ce qu'il va se passer ? Il n'entend pas les autres : tiens la balle. Et donc il va.... Je sais pas il est très joyeux donc euh... Il a un QI qui est légèrement au-dessus de la moyenne. Je pense qu'il va s'en sortir. Mais après, je ... il adore venir me voir. Sensiblement le contact est pas si mauvais que ça. Après tous les autres, ouais j'ai un bosniaque sourd. Pareil, il est appareillé depuis quelque temps, il ne met pas toujours son appareil, donc pareil il doit y avoir quelque chose...

I : qui le gêne

MG11 : qui le gêne ? Et... Ouais c'est un domaine que je trouve que c'est compliqué, sur ce plan-là sur l'appareillage, où j'ai l'impression qu'ils sont parfois plus gênés par leur appareil que aidés. ... C'est quelque chose que j'ai du mal à ..., que je sais pas comment il faut gérer ce problème-là. C'est comme avec les gens qui ont des lunettes, et qui peuvent pas voir très bien comme il faut. C'est un peu pareil. Mais je dirais pour les lunettes c'est plus codifié.

I : et puis on voit ou on voit pas, on en a presque besoin

MG11 : mais je pense que c'est un problème un tout petit peu pareil, la vision. Moi je dirais que l'audition est plus importante dans la communication que la vision... mais que la vision est mieux prise en compte

I : oui

MG11 : mais... Bon, il y a un problème de remboursement des appareils, ça c'est évident. Ça c'est un problème franco-français. Et... Parce que dans d'autres pays de l'Europe, je connais dans mon pays d'origine, les lunettes sont d'une part moins chères, et d'autre part mieux remboursées. Et pour les appareils auditifs c'est pareil. Ils sont nettement mieux pris en charge. Et c'est quand même scandaleux.

I : ils sont moins chers aussi ?

MG11 : ils sont moins chers aussi. Si je vois que mon frère aîné qui a le RSA, il a des appareils haut de gamme dans ses oreilles, qu'on vend en France à je sais pas quel prix, avec une petite antenne qui sort (*me montre son oreille*) de l'oreille. Donc, ouais c'est bizarre, il ne se l'est pas payé avec son RSA je crois (*rire*).

I : hum, euh, je crois qu'on a fait le tour.

MG11 : oui

MG11 : je crois qu'on a fait le tour, pas d'autres choses particulières ?

MG11 : oui, je suis en train de réfléchir. J'ai pas d'internet pour prendre rdv, mais ça j'ai jamais fait, donc euh.

I : oui ils viennent, ils viennent parce qu'ils habitent pas loin, au pire ils appellent

MG11 : oui, tout à fait. Mais je suis pas celui qui a le plus de sourds dans son cabinet, dans un cabinet de médecine générale. Et je sais pas pourquoi, ... il y a une raison

I : après vous avez d'autres patients.

MG11 : j'ai d'autres patients, j'ai assez de travail comme ça. Ouais. Ce que j'avais dit la dernière fois et que j'ai pas dit. Je pense qu'il faut faire très attention dans votre consultation spécialisée.

I : ah

MG11 : Qu'il ne faut pas vous faire emboliser par les problèmes physiques

I : oui

MG11 : que vous allez vous comporter comme de vrais spécialistes, et que vous allez vous faire envoyer des patients par le biais des médecins.

I : c'est-à-dire ?

MG11 : parce que vous allez vous retrouver avec des consultations qui sont à la base déjà longues

I : oui

MG11 : difficiles, et je pense qu'il faut les réserver pour des consultations, où votre spécificité est importante, donc c'est dans la communication. Donc pour l'appendicite vous, on n'a pas besoin de voir,... vous. Mais pour des dépressions oui, je pense que vous avez besoin beaucoup plus dans ce domaine-là, où la communication avec un mec comme moi passe forcément très difficilement, où un traducteur euh, familial va déformer les choses parce qu'il se sent déjà coupable probablement ou peut être. Donc les renseignements que moi je vais retenir avec ce trouble de, de communication est important. Je crois vraiment qu'il faut se fixer ce côté-là, mais euh, essayer de vous limiter sur les, sur les problèmes communicatifs spécialisés. Mais ça c'est un vœu pieux peut être

I : non, mais j'en ai, j'ai réfléchi à ce que vous aviez dit la semaine dernière. Et euh, et c'est vrai que je pense qu'on est encore jeune avec AA et qu'on a envie de faire de la médecine générale, et que la médecine générale ça nous plaît, et qu'on a envie de voir, on n'a pas envie de faire que de la psy entre guillemets,

MG11 : non mais vous allez faire de la médecine générale, mais je pense pas que vous allez

I : on va faire de la communication, du soutien, comme on dit du soutien psychologique, de toute façon on va faire de l'écoute

MG11 : oui

I : et je pense qu'à partir du moment où on va faire plus d'écoute peut être que dans un cabinet de médecine générale classique euh, après on aura d'autres... les patients vont se sentir peut être plus écoutés alors peut-être ils vont nous parler de problèmes un peu plus profonds...

MG11 : je l'espère bien, mais je pense qu'il faut vraiment faire attention avec ça. Autrement vos consultations vont être très vite embolisées

I : oui

MG11 : et que vous allez ... parce que j'ai du mal à m'imaginer que en ayant fait une formation de médecine générale que vous allez faire qu'une consultation en signes

I : ah,

MG11 : parce que je pense, votre médecine générale vous la faites à d'autres moments

I : oui oui

MG11 : et votre, c'est comme le médecin qui va travailler au planning familial. Médecin généraliste au planning, pendant le mardi matin. Le mercredi après-midi, il va faire sa médecine générale dans son cabinet médical.

I : oui

MG11 : et donc votre consultation de, de, spécialisée, moi j'appelle ça vraiment une spécialité ou une spécificité tout à fait à part devrait être réservée à un autre métier, à une autre branche de la médecine

I : oui

MG11 : mais

I : oui, j'ai bien compris ce que vous vouliez dire

MG11 : moi, moi je trouve honteux que les gynécologues... remplissent leurs consultations avec frottis

I : oui

MG11 : et, pour en plus 54 euros 99, euh, et ils ont pas de place pour les gens qui ont des HPV, et positif tu vois, il faut que eux ils attendent aussi longtemps, sauf si nous on téléphone. Moi je trouve ça, c'est pas ça logique...

I : oui, oui

MG11 : et les pédiatres c'est pareil, ils sont présents pour vacciner tous les gamins, mais quand ils sont malades c'est le médecin généraliste surtout le vendredi après-midi, bon ils ont de la chance que moi j'aime bien la pédiatrie et que je m'organise comme ça, mais je trouve que ça c'est pas normal. Le cardiologue qui va se mettre à appareiller les, les patients avec une apnée du sommeil, c'est pas leur rôle, c'est pas leur travail. Et pour vous, je dirais que c'est un tout petit peu pareil, il faut faire attention. Sur ce côté-là, vous avez une spécialité qui est la communication avec les sourds et muets, surtout les muets aussi, ça va un peu ensemble quand même. Et.... De ne pas emboliser les consultations avec les choses que nous on sait faire, à la base, et... d'en faire une vraie spécialité. Autrement je pense que c'est une chance ratée

I : oui, je vois bien

MG11 : mais, bon, c'est mon opinion et qui engage que moi.

I : oui, on va voir comment ça se passe

MG11 : oui, oui oui après il faut voir. Le futur va le dire, à Y ils ont une consultation je crois de cet ordre-là, et à Z aussi si je me rappelle bien,

I : oui, mais du coup vu qu'à Y, c'est dans un cabinet de médecine générale, c'est encore différent.

MG11 : oui

I : c'est dans un cabinet donc euh, euh, donc après ils les voient un peu tout le temps, donc je pense qu'ils se laissent aussi des plages un peu plus importantes, s'il y a besoin de pousser un petit peu, et quand c'est juste pour une angine...

MG11 : ils signent plus, juste ouvre la bouche, je vais faire un prélèvement, (*grogne, imite*) mais ça je sais faire même si c'est un sourd, je peux regarder dans les oreilles... ouais donc ok

I : en tout cas merci d'avoir pris de nouveau le temps de me répondre.

Entretien réalisé le jeudi 25 septembre, au cabinet du médecin généraliste, 40 ans. Entretien en face à face, dans son cabinet, vers midi entre deux rdv de patients. Installée depuis 3 ans, en collaboration 2 ans avant dans un cabinet de groupe, dans la banlieue lyonnaise.

Médecin généraliste et médecin du sport. Elle n'est pas maître de stage ni enseignante. Travaille à temps partiel.

Secrétariat téléphonique.

I : [présentation]

MG12 : d'accord

I : donc voilà, du coup, je commence par des petites questions d'ordre général, qu'est-ce que tu fais, enfin voilà, depuis quand tu es installée, ta formation...

MG12 : ok, donc moi je suis installée, euh, depuis 5 ans, on va dire. Euh, j'étais en collaboration 2 ans, et là ça fait 3 ans que je suis associée.

I : d'accord

MG12 : d'accord, euh, voilà. Euh... En formation j'ai fait la médecine du sport, et puis c'est tout. Et puis voilà, je travaille pas à temps plein. Voilà ? tu veux au niveau familial

I : ben si tu avais des internes, ben non

MG12 : non, pas, je pense que je m'y mettrais, mais pas encore,

I : voilà, et voilà, en fonction des médecins c'est plus ou moins long. Et du coup, est-ce que tu peux me parler de ton expérience avec les patients sourds, ton ressenti, ton expérience.

MG12 : ouais, alors mon expérience, j'en n'ai pas beaucoup. J'ai. Dans ma patientèle, j'ai une petite patiente qui est sourde. Mais pas complète, c'était une rubéole congénitale.

I : d'accord

MG12 : Donc en fait avec elle il faut lui parler bien en face et elle lit sur les lèvres.

I : d'accord

MG12 : Ça se passe plutôt bien, et elle a une scolarité à peu près normale. Voilà, donc, euh, mon expérience avec cette patiente, euh, voilà c'est vrai que. L'ordinateur facilite pas, parce que t'es toujours sur ton ordinateur gnagnagna (*regarde son ordinateur*) alors que, voilà, elle je me recadre, et je me mets bien en face pour lui parler bien en face.

I : oui d'accord

MG12 : voilà, euh, après, euh, j'ai vu une ou deux fois un patient de Y, qui est beaucoup plus sourd, là c'est plus compliqué, faut passer un peu par le manuscrit, euh, voilà, euh, et bon on s'en sort

I : et toi au niveau de ton ressenti de là, de ta consultation comment

MG12 : euh, avec ma petite patiente, pas de problème. Avec le patient de Y, c'est plus compliqué quand même, enfin on a du mal, comment dire, euh, t'as l'impression que tu peux passer à côté de chose quoi,

I : c'est-à-dire ?

MG12 : c'est-à-dire que, vu que euh, euh, il est sourd, ce patient là il est sourd du coup il articule très mal dans la parole aussi, tu vois

I : oui

MG12 : donc c'est... le rendu, le rendu de, comment dire de la consultation est compliqué quand même, donc t'as

I : le rendu de la consultation est compliqué ?

MG12 : ben t'arrives pas à , tu euh, c'est, c'est pas facile, de te dire que tu as pas oublié quelque chose, moi je trouve avec ce patient-là.

I : c'est difficile de se concentrer ?

MG12 : oui c'est difficile de se concentrer, lui il est là ahahah, il ânonne des choses que...

I : d'accord

MG12 : c'est pas sa surdité, finalement c'est presque pas sa surdité, mais c'est le, après la parole derrière que lui n'arrive pas à formuler

I : d'accord, et du coup tu communique comment avec lui ?

MG12 : ben c'était plutôt par écrit

I : d'accord, et au niveau de l'écrit il n'y avait pas trop de soucis ?

MG12 : non ça allait,  a allait

I : et il y avait pas de soucis de compréhension.

MG12 : tu écris et tu fais de la gestuelle, quoi, aussi, voilà

I : et dans, avant dans tes remplacements, avant ton installation ? est-ce que tu avais pu croiser des sourds, des malentendants ? des

[téléphone sonne]

MG12 : ...  coute, oui, j'avais dû en croiser, mais euh, je , ça m'a pas marqué plus que ça. J'en n'ai pas un souvenir où ça avait été l'horreur ou quoique ce soit. Donc euh,

I : t'as pas, est-ce que tu as une appréhension ?

MG12 : non j'ai pas une appréhension avec le patient sourd, (rire)  a serait avec d'autres patients mais pas avec ceux là

I : ou avec des patients très très fortement malentendants

MG12 : non, non parce que tu te dis que quand même t'as, tu peux te débrouiller, voilà, t'as quand même l'écriture qui te permet, qui te permet d'avancer

I : d'accord, et comment ça se passait avec les patients que tu as pu croiser, comment ça se passait au niveau des rdv ? la prise de rdv ?

MG12 : ... c'était quelqu'un d'autre qui appelait pour la personne, et le patient de Y, il vient sans rdv, (rires), ouais, il est dans la salle d'attente et il te fait coucou,

I : d'accord

MG12 : donc voilà, et moi, ma patiente c'est sa mère qui appelle en général

I : elle a quel âge la petite ?

MG12 : elle a (regarde sur son ordi) exactement, elle est n e en 1994

I : ah c'est une grande

MG12 : ouais, elle a 20 ans, quoi. Donc voilà, elle est   100 %

I : elle est à 100%

MG12 : pour sa surdité

I : et du coup, elle est appareillée, elle a un implant ?

MG12 : non, c'était pas possible je pense pour son cas à elle. Non,non, mais bon, je te dis elle s'en sort plutôt bien

I : et la consultation en ce qui concerne la communication, euh tu utilisais l'écriture en fonction des patients

MG12 : oui

I : la lecture labiale

MG12 : oui

I : est-ce que tu as eu l'occasion de mettre en place des petites astuces pour expliquer des

MG12 : non je vois pas assez fréquemment pour me poser la question, de voilà. Parce que la seule que j'ai en régulier c'est elle, et elle se débrouille très bien, donc euh,

I : d'accord, et au niveau de l'examen ça se passe comment ?

MG12 : ça change rien pour l'examen médical. Non je fais mon examen clinique comme d'habitude, donc là-dessus ça change pas grand-chose...

I : d'accord

MG12 : mais bon l'interrogatoire est l'une, la partie la plus importante quand même de ta consultation, donc euh, voilà

I : et l'interrogatoire ?

MG12 : et ben on s'en tire,... on s'en tire voilà avec l'écriture comme je te disais, et avec un peu de gestuelle

I : est-ce que tu as parfois l'impression, d'être pas trop simple, mais euh

MG12 : de simplifier les explications ou l'interrogatoire ?

I : oui ?

MG12 : euh, avec ma petite non, oui, avec le patient de Y, peut-être on a tendance à ... à aller plus directement aux choses, et de peut-être pas dévier à droite et à gauche, c'est clair parce qu'après c'est trop compliqué si tu ... tu es axé quand même sur, enfin moi je sais pas une consultation tu te fais très vite une idée de pourquoi la personne vient. Après tu t'orientes et, moi je reste assez sur mon axe, et peut être encore plus, oui je simplifie encore plus dans ce cas là...

I : au niveau des diagnostics, de l'information que tu vas donner au patient, ou, ou de la prévention, comment ça peut se passer ?

MG12 : ... euh, ben diagnostic, t'écris ton, le diagnostic que t'as, angine ou quoique ce soit, voilà, tu le marques,

I : oui

MG12 : (rires), et puis après en préventif, euh, en préventif, je vais donner des petits prospectus, sur les vaccins notamment les choses comme ça, ...pour le Gardasil® ou des choses comme ça

I : ouais

MG12 : je donne des petites trucs que les labos ou que comment dire, l'institut

I : ouais

MG12 : nous laisse là, en présentation

I : d'accord et euh, ta relation avec la petite, tu la ressens comment ? Enfin la petite,

MG12 : la petite, la grande, (rires)

I : la jeune, tu la ressens comment ?

MG12 : comme les autres, franchement il y a, pour X, il n'y a pas de différence.

I : hum, tu te poses

MG12 : je m'en suis posée vraiment au début, les deux, trois, quand elle m'a dit. Et puis quand elle parle on sent que voilà, il y a cette surdité qui est là, et voilà. Mais maintenant j'ai pris l'habitude. Je la regarde bien en face, tu te corriges. Enfin moi je me suis corrigée assez rapidement avec elle.

I : et quand il y a un tiers, si elle est accompagnée d'un tiers et comment ça se passe ?

MG12 : non, elle vient toute seule maintenant,

I : et ça se passe ?

MG12 : ça se passe bien, (rires)

I : et est-ce que tu as d'autres patients qui n'entendent pas bien dans tes, non ?

MG12 : et ben j'ai des vieux,

I : ouais

MG12 : (rires) j'ai des patients âgés, euh, ouais qui sont pas appareillés ou pour qui l'appareillage n'est pas bien supporté... ben tu parles fort avec eux. Mais avec elle je parle pas spécialement fort, je parle face à elle, quoi.

I : d'accord

MG12 : Alors que mes patients âgés qui ont des problèmes de presbycusie, des fois j'oublie, et au bout de trois fois qu'ils me font hein ? Je me corrige. Voilà mais

I : oui, du coup. Est-ce que tu ressens que c'est la même chose, que c'est les mêmes consultations ?

MG12 : c'est pas, c'est pas, c'est pas les mêmes consultations, mais c'est la, la surdité qui fait la différence, c'est l'âge,

I : parce que c'est quoi ?

MG12 : parce que tu appréhendes pas les mêmes choses à 15 ans et à 75 ans, quoi

I : pour eux ou pour toi ?

MG12 : les deux (rires), non mais voilà tu n'es pas sur le même registre, à part le rhume, mais voilà, l'appréhension n'est pas la même aux deux âges, et puis, puis pareil, les patients âgés, et après c'est ta relation individuelle avec chaque patient. Je l'appelle la petite parce que voilà, parce que tu vois pour moi je suis passée à un âge où c'est une gamine et euh, ben que voilà. Et les patients âgés et ben, je sais pas comment dire, plus d'avance plus ... plus t'avances en âge, plus tu ... tu prends pas les choses de la même manière avec l'âge déjà donc euh, c'est difficile à expliquer le ressenti que tu peux avoir

I : que la jeune ça fait longtemps que tu la suis ?

MG12 : depuis que je suis là, 5 ans, ouais,

I : d'accord, ta relation avec elle

MG12 : c'est une relation facile comme avec les autres que je vois

I : ta relation médecin patient, ça se passe plutôt bien ?

MG12 : ouais

I : d'accord, et avec les personnes âgées, ça fait aussi 5 ans que tu les suis ?

MG12 : ouais mais ça se passe, voilà, ça se passe bien aussi, mais peut être que finalement, euh. Si peut être que finalement quand même elle, euh, sa surdité je l'ai ... tu vois, en deux trois visites c'était fait, alors que mes patients âgés qui sont sourds d'oreilles là, ben c'est vrai qu'à chaque fois j'ai tendance à l'oublier, c'est ça (rires) c'est dans la consultation, où je me dis ah oui c'est vrai il faut que je parle fort

I : d'accord, est ce qu'il ya des choses à ajouter, des suggestions, des questionnements ?

MG12 : des suggestions, questionnements ? Non pas spécialement

I : avec cette population de patients, au niveau. Oui au niveau de la relation médecin patient quoi ?

MG12 : ben peut être que voilà les prises de rdv par internet, c'est des choses qui peuvent les aider. Enfin après il y a d'autres, il y a des choses qui peuvent peut-être être améliorées pour eux, qui peuvent permettre que ce soit plus facile. Euh... Après je trouve que c'est quelqu'un, c'est quand même une population où on arrive à s'adapter.

I : d'accord, à s'adapter

MG12 : tu vois, c'est pas un psychotique qui va, il y a certains patients ça sera toujours pareil, c'est toujours comme ça. Là, là ça se gère.

I : et au niveau du temps de ta consultation ?

MG12 : elle est pas, pour ma petite elle est pas modifiée, pareil. Par contre pour le patient de X ça prend plus de temps. Parce que c'est plus lourd d'écrire, ça prend plus de temps

I : et toi quand ça t'arrive de le voir ce patient là, ça se passe comment avec lui ?

MG12 : ben ça se passe bien. Mais honnêtement en 5 ans, j'ai dû le voir deux fois.

I : d'accord

MG12 : donc c'est pas énorme

I : tu le vois pas pour des renouvellements, pour

MG12 : non, c'est X qui le voit (rires)

I : oui voilà, t'as pas beaucoup de patients sourds, du coup t'as pas eu beaucoup d'expérience avec les patients sourds

MG12 : non,

I : et , euh, la jeune quand elle venait avec une tierce personne, sa mère, son père, ou quoi, comment ça se passait la relation ?

MG12 : euh, ben la mère était assez effacée, elle laissait faire sa fille

I : tu restais plutôt dans une relation duelle ?

MG12 : ouais, euh, non je réfléchis dans mes expériences d'avant, j'allais dans un foyer d'handicapés, il y avait des sourds mais plein d'autres choses. Non. Non je vois pas après, j'ai été confrontée mais pas beaucoup de fois... je sais pas les médecins ils en voient beaucoup ? (rires)

I : non il n'y en a pas beaucoup. Il y a beaucoup beaucoup de gens qui n'entendent pas bien,

MG12 : ouais c'est ça

I : mais après il n'y a pas beaucoup de gens qui entendent rien, c'est normal

MG12 : ok, (rires), je sélectionne pas à la base.

I : non, non, et puis je pense aussi... même les autres médecins que j'ai interrogés n'en voyaient pas beaucoup

I : ouais, donc voilà, est-ce que tu avais d'autres choses à ajouter.

MG12 : non ,

[Petite pause, reprise]

I : ok, oui pour toi c'est quoi ta représentation d'un patient sourd ?

MG12 : ma représentation d'un patient sourd ? c'est pas facile... euh, ben c'est une personne qui n'entend pas, et souvent quand même qui parle mal du fait de sa surdité. Et la difficulté vient plus, de... la parole, le ressenti forcément pour toi, c'est la parole, parce que toi, c'est pas toi qui n'entend pas. Après euh, c'est des gens qui ont trouvé des parades pour se débrouiller dans la vie.

I : qui vont s'adapter

MG12 : voilà

I : et toi tes difficultés principales dans ta consultation, enfin toi tes difficultés ça va être quoi ?

MG12 : euhm...

I : si tu as des difficultés ?

MG12 : et ben, Ça va être, eux s'adaptent, toi tu t'adaptes, mais forcément moins facilement qu'eux parce que tu ne l'es pas au quotidien comme eux quoi. Donc euh, de parler fort, de parler en articulant bien (articule en même temps), euh, qui sont des choses auxquelles tu penses pas,

I : hum

MG12 : et puis après, prendre un peu plus de temps pour voilà, le patient qui est plus lourd que la moyenne, sur ma consultation

I : et lui il vient sans rdv,

MG12 ; oui

I : et même avec toi, il était venu sans rendez-vous ?

MG12 : ouais, je l'avais vu parce que je remplaçais, X était pas là, et voilà

I : et comment ça c'était passé de voir un patient qui n'était pas sur ton planning sans rdv ?

MG12 : euh, et ben ça s'était passé, la première fois j'étais un peu interloquée, et comme j'ai vu très vite dans la salle d'attente tu comprends très vite qu'il est sourd, et que voilà, après, je l'avais pris entre deux patients

I : oui

MG12 : voilà je lui avais fait sa place

I : tu dis tu lui avais fait sa place

MG12 : ouais

I : tu l'avais pas pris...

MG12 : non je lui avais pas dit, vous revenez à telle heure. Il y a des patients ils vont venir sans rdv des fois t'es un peu énervée, bon ben...

I : oui

MG12 : non, vous revenez à ce moment-là, parce que là je peux pas vous voir. Non lui j'avais compris, qu'il avait des difficultés, et voilà. Donc du coup je l'avais pris à ce moment-là entre les deux patients.

I : et du coup tu avais pris le temps

MG12 : oh ben après, oui normal

I : t'avais pris le temps, ça t'avait pas...

MG12 : non je suis à l'heure (rires) je ne suis pas déjà avec une heure de retard, donc euh, non je suis quelqu'un qui est plutôt ponctuelle, donc je peux me permettre, enfin je peux me permettre, enfin voilà c'est comme ça

I : du coup tu te dis

MG12 : non c'est pas grave, enfin

I : ok, euh, et oui donc ça t'avait pas, plus, ça t'avais interloquée au début et

MG12 : oui, voilà il heinheinhein (*imite en train de faire signe*) dans la salle d'attente vraiment, donc après, tu, il t'explique, il m'a fait comprendre qu'il était avec X, d'habitude, et voilà pas de soucis.

I : et comment ça se passe, avec ta jeune, ou même avec lui, mais vu que tu l'as moins vu, euh, comment ça se passe quand tu dois faire des consultations sur des motifs qui sont un peu plus compliqués qu'une angine, ou un rhume...

MG12 euh

I : compliqués entre guillemets.

MG12 : ben, je sais pas, avec ma petite jeune, contraception, ça c'est fait normalement.

I : et examen gynéco ? Ben peut être pas encore

MG12 : pas encore, pour la pilule, je lui ai déjà palpé les seins, au moins une fois je pense, euh, voilà frottis pas fait encore

I : et au niveau, au niveau, s'il y a des douleurs morales, des choses comme ça, comment ?

MG12 : ... euh, elle est pas très expansive,

I : d'accord

MG12 : c'est pas une femme avec un caractère... bon j'ai pas eu à le faire jusqu'à maintenant, mais c'est vrai qu'elle parle pas beaucoup dans la consultation

I : d'accord

MG12 : même si elle parle très bien, mais ça va être le strict minimum

I : c'est elle qui va se

MG12 : mouais,

I : qui va venir pour une chose ou deux, et puis

MG12 : ouais, après moi je lui demande à l'école comment ça va ? Ça va bien. Elle est en ... dans une section cuisine ou pâtisserie. Elle a eu un bac pro, bien quoi,

I : d'accord

MG12 : voilà, elle suit son cursus.

I : la consultation, même avec elle si ça se passe bien

MG12 : mouais c'est peut être, elle est pas, c'est pas très expansif. Mais après je sais pas si c'est sa surdité ou son caractère.

I : oui

MG12 : j'ai des patients jeunes qui vont pas me parler des heures non plus

I : oui,

MG12 (rire) donc voilà

I : voilà est-ce que tu avais d'autres choses à ajouter

MG12 : non pas plus que tout à l'heure (rires)

PREGNIARD Eva

Le médecin généraliste et le patient sourd. Etude qualitative des représentations des médecins généralistes concernant les patients sourds, à partir d'entretiens semi-dirigés de médecins de la région Rhône-Alpes.

Nbre de pages 105, ill. 1, tabl. 2

Th. Méd. : Lyon 2015 ; n°6

RESUME :

Contexte : Le généraliste est reconnu comme le premier maillon d'accès aux soins, d'informations et de prévention sur la santé. Selon la littérature, les patients sourds n'auraient pas accès aux soins et à une information claire, loyale et adaptée aussi facilement que la population générale. En effet, une partie des soignants sont en difficulté par méconnaissance de la spécificité sourde. C'est dans ce contexte qu'est ressortie l'importance du médecin en tant que référent et la question de l'accessibilité aux soins des patients sourds.

Objectifs : En quoi le patient sourd modifie-t-il la relation médecin patient ? Pour ce faire, nous souhaitons déterminer les représentations des généralistes concernant les patients sourds, et secondairement identifier leur ressenti au sujet de la relation médecin-patient sourd.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens de douze généralistes ont été effectués après un choix raisonné et équilibré. Le codage des entretiens a été effectué à l'aide du logiciel NVivo®, et l'analyse a été faite avec une triangulation.

Résultats : Les consultations avec un sourd sont peu fréquentes dans la patientèle d'un médecin généraliste. Les étiologies de la surdité sont très diverses. Le patient sourd peut être perçu comme quelqu'un en situation de handicap mais aussi être un patient comme les autres. Il souffre de l'incompréhension réciproque et d'une crainte de l'accès aux soins. La consultation chez le généraliste se fait le plus couramment par prise de rendez-vous grâce à différents systèmes : par le patient lui-même (téléphone, de visu, texto, internet voire autrefois le minitel), à l'aide d'un proche, ou alors directement sans rendez-vous. La communication lors de la consultation peut s'avérer problématique surtout lors de l'entretien. Quand le médecin généraliste connaît déjà le patient, la relation médecin-patient est facilitée. L'approche centrée sur le patient, la reformulation, le fait de prendre le temps lors de la consultation sont des outils utiles à la construction de cette relation. La présence d'un tiers dans la relation peut soit faciliter, soit être un frein à la relation duelle. Le ressenti du médecin est variable en fonction des entretiens et des patients. Il peut se sentir démuné lors d'une incompréhension partagée, mais le médecin est capable de s'adapter au patient pour entretenir une relation de qualité.

Conclusion – Perspectives : Le médecin généraliste est essentiel au système de soins. Même si les patients sourds représentent un petit nombre de consultations, il adapte ses modes de communication dans l'intérêt du patient. Généralement, le médecin généraliste se sent démuné face à des patients sourds. Serait-il envisageable d'organiser des sensibilisations sur les modes de communication à privilégier avec ces patients ? Quelques unités d'accueil et de soins des patients sourds ont été créées dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins. La perspective de ces unités serait de permettre aux patients sourds de devenir acteurs de leur santé et d'acquérir une autonomie dans l'accès aux soins.

MOTS CLES

- Médecine générale
- Relation médecin-patient
- Patient sourd
- Etude qualitative

JURY

Président : Pr. François-Noël GILLY
Membres : Pr. Christian DUBREUIL
Pr. Roland CHAPURLAT
Pr. Xavier LAINE
Dr. Guillaume LABELLE
Invité : Me. Samira SOFIANE

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 8 janvier 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR : 4 rue Pasteur, 69007 LYON
eva.pregniard@yahoo.fr