

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N° 135

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR
Rimbault Claire, Marie, Pauline
Née le 18 mai 1988 au Mans (72)

**La Langue des Signes Française dans la relation de soin avec des
personnes non verbalisantes.**

Etude qualitative auprès de professionnels de santé sourds locuteurs de la LSF.

Président de thèse : Pr Weber Jean-Christophe
Directeurs de thèse : Dr Drion Benoît, Dr Ghobadi Anahita

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition MAI 2019
Année universitaire 2018-2019



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur		

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

Je souhaite remercier en premier lieu les membres du jury pour avoir accepté de prendre part à l'évaluation de mes travaux :

Professeur Jean-Christophe Weber, pour avoir accepté de présider ce jury. J'ai été particulièrement touchée par l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail et les réflexions que vous avez partagées dès nos premiers échanges.

Professeur Fabrice Berna et Docteure Evelyne Lonsdorfer pour avoir accepté si promptement de faire partie du jury et de juger ce travail.

Je tiens ensuite à remercier le Docteur Benoît Drion, pour son encadrement, son accompagnement dans la réalisation de ce travail et le partage de son expertise.

Je remercie également la Docteure Anahita Ghobadi, ma chère Anahita, pour sa présence constante et ses précieux conseils. Me permets-tu enfin de te remercier dix fois ? Cent fois ? Que ta nouvelle vie t'apporte la sérénité et l'épanouissement auxquels tu aspires.

~

Que ne serait cette thèse :

Sans Monica Companys qui a mis dans mes mains d'enfant les premiers signes ? Sans Nadia Boursin ni Fabrice Monmarchon qui m'ont appris tous les autres ?

Sans les professionnels sourds qui ont accepté de témoigner de leur expérience ?

Sans l'équipe du SIAVS29, en particulier Arzhela Ains qui a cru en ce travail ?

Sans Mélissa Amic, Mallorie Fanéon, Annaïg Le Naou et Laurène Pailler, les interprètes qui ont fait preuve d'un professionnalisme remarquable ?

Sans Granule, Chucky et Cartouche ? Les effets de la communication non verbale, c'est un peu le début de nos échanges au sein de l'ISNAR-IMG. C'est aussi le thème de notre atelier au congrès de l'ISNAR-IMG de Strasbourg en 2016. Votre objectivité et votre pertinence ont contribué à améliorer ce travail. Je suis touchée par l'attention, l'investissement et le soin apportés. Vous avez accepté de consacrer un peu de votre temps (si souvent précieux !) pour réfléchir à ce travail : merci !

Sans Claire Bernadat, ma correspondante de toujours, celle qui a suivi mes projets linguistiques et mon parcours, celle qui me fait le cadeau de traduire cette présentation orale ? Merci de donner tant de sens à ce projet qui s'achève.

Sans Pierre-Henri ? Ta présence et tes encouragements constants ont été indispensables pour mener à bien ce projet comme tant d'autres. Merci pour ton amour tout au long de ce parcours exigeant. Ma réussite te revient en partie.

~

Je pense enfin aux personnes qui m'ont accompagnée durant mon internat, à mes co-équipiers du SARRA-IMG puis de l'ISNAR-IMG, à mes anciens co-internes, aux médecins que j'ai croisés pendant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former, ceux qui m'ont marquée par leur humanité et leurs compétences mises au service du patient.

Je vous dédie ce travail. Tous différents, vous avez fait partie de mon chemin.

A ma famille. A mes amis. A ceux que j'aime.
Vivons le présent.

TABLE DES MATIERES

Liste des annexes	19
Liste des abreviations utilisées	20
Introduction.....	21
Matériel et Méthodes	27
A. Méthode	27
1. Type d'étude	27
2. Entretien.....	27
3. Journal de bord	29
4. Constitution de l'échantillon	29
5. Méthode de recueil des données	30
6. Analyse des entretiens.....	31
7. Aspects éthiques et réglementaires	32
B. Matériel	32
Résultats	33
A. Description de l'échantillon.....	33
B. Analyse des résultats	35
1. Professionnel paramédical sourd : appartenir à deux mondes	35
2. La relation de soin : établir un lien entre deux mondes.....	38
3. Expert de la communication gestuelle	40
4. Une réflexivité professionnelle sur une langue visuo-gestuelle.....	43
Discussion	47
A. Rappel des principaux résultats	47
B. Forces et limites de l'étude.....	49
C. Analyse des données confrontées à la littérature.....	51

1. Être travailleur handicapé	51
2. L'émergence d'une langue gestuelle.....	54
3. Pourquoi des professionnels sourds ?	56
4. Des propositions concrètes.....	57
D. Conséquences pratiques et perspectives.....	58
Conclusion.....	60
Annexes	63
Références Bibliographiques.....	75
Attestation de plagiat.....	79
Résumé	80

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

Annexe 2 - Formulaire de consentement

Annexe 3 - Note d'information à destination des participants

Annexe 4 - Guide d'entretien

Annexe 5 - Formulaire caractéristiques des participants

Annexe 6 - Retour des *verbatim*, fiche explicative

Annexe 7 - Fiche publiée au registre des traitements des données

Annexe 8 - Repères et précisions pour la compréhension du sujet

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

CDAPH : Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : *CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative research

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FNSF : Fédération Nationale des Sourds de France

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LPC : Langue française Parlée Complétée

LS : Langue(s) signée(s)

LSF : Langue des Signes Française

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SIAVS29 : Service d'Interprétation et d'Accompagnement à la Vie Sociale du Finistère

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UASS : Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds

URAPEDA : Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Déficients Auditifs

WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of General Practitioners*

INTRODUCTION

Les sourds appartiennent à une communauté aux spécificités culturelles propres. Le mode de communication qu'ils choisissent - Langue des Signes Française (LSF), français oral, Langue française Parlée Complétée (LPC) - est souvent lié au degré et à l'âge d'apparition de la surdité. D'un point de vue anthropologique, l'âge de survenue de la surdité conditionne le choix parental d'un appareillage auditif¹ et du type de scolarisation de l'enfant. C'est un critère déterminant leur affiliation à une culture sourde ou entendante (2). Le nombre actuel des locuteurs de la LSF est très difficile à estimer. Il n'en existe pas de recensement officiel. En 2007 puis en 2010, deux enquêtes nationales ont respectivement estimé ce nombre à 0,7/1000 (3) et 1,2/1000 habitants (4). Ces personnes représentent une minorité linguistique et culturelle (1).

Depuis les années 2000, des travaux s'intéressent à la santé des patients sourds locuteurs de la LSF (5,6) et décrivent des inégalités. Parmi celles-ci, on retrouve une moins bonne exposition aux campagnes de prévention et d'information médico-sociales qui ne sont généralement pas adaptées à leur mode de pensée « visuelle », une majoration des facteurs de risques cardiovasculaires, ou encore une plus grande vulnérabilité psychologique. Les prises en charge spécifiques sont rares et les maux parfois mal étiquetés du fait des difficultés de communication avec les professionnels de santé rencontrés.

L'article 78 de la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » rectifie les inégalités d'accès aux informations médicales (7,8). Dans ce cadre, la législation reconnaît

¹ Nous n'aborderons volontairement pas le sujet de l'implant cochléaire qui est un outil intéressant sur le sujet de la rééducation à la parole, mais qui présente des limites linguistiques (1).

officiellement la LSF. 21 Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS) s'ouvrent progressivement en France afin de permettre un accès aux soins en LSF. L'objectif est multiple : adapter l'information et la rendre accessible au public sourd, ainsi que favoriser une communication à double sens entre soignants et soignés (9). En effet, un sourd qui s'exprime oralement ne comprend que partiellement ce qui est dit. Tout le reste étant de la suppléance mentale à l'origine parfois d'informations imparfaitement comprises, voire de malentendus. Au delà de la mise à disposition de soins en LSF, les équipes des UASS ont participé à l'enrichissement du vocabulaire médical en LSF. De manière pragmatique et intuitive, leur travail a également contribué à l'émergence de nouvelles fonctions, notamment celle d'orthosigniste² ou le développement du métier d'intermédiaire³ (10).

En intégrant les équipes des UASS, les sourds se sont vus ouvrir les portes des structures de soins en tant que professionnels de santé, et non plus en tant que patients. La nécessité de leur permettre d'accéder aux formations des métiers du sanitaire et du social est alors apparue. Ils peuvent aujourd'hui bénéficier d'un interprète LSF pour certains cours et certaines phases de stages, sous condition de financements dont l'obtention n'est cependant pas institutionnellement établie. Ou bien, ils peuvent intégrer de rares instituts de formation français proposant des

² L'orthosigniste est un néologisme qui caractérise un sourd expert neuro-linguistiquement. Sa parfaite maîtrise de la langue des signes, en particulier des formes anciennes de la LSF, permet l'évaluation d'un patient présentant, par exemple, une aphasie en langue des signes. Sa fonction se situe à mi-chemin entre celle du neuropsychologue et de l'orthophoniste. Il apporte son expertise linguistique aux professionnels amenés à faire les évaluations neuropsychologiques. Ce n'est pas un métier en tant que tel car il n'existe aujourd'hui pas de formation spécifique dans ce domaine.

³ Les intermédiaires sont des sourds qui possèdent la LSF comme première langue. Ils ont un degré de fluidité et de maîtrise de la langue qui est supérieur à celui des entendants (même interprètes professionnels). D'autre part, ils ont une connaissance de la culture des sourds et de ce qu'un sourd ne pourrait pas comprendre. Le rôle du médiateur est d'adapter le niveau du discours au niveau culturel et linguistique du sourd concerné. Il intervient en soutien de l'interprète, afin d'éviter les malentendus. Par exemple, il arrive parfois que le patient sourd acquiesce alors qu'il n'a pas compris. Dans ces cas là, l'interprète ne peut pas intervenir parce qu'il suit sa déontologie. L'intermédiaire est là pour intervenir, reformuler, adapter le discours à la personne.

solutions d'interprétariat pour les étudiants sourds (IFSI de Castelnau le Lez, IFAS de l'Université Catholique de Lille), leur imposant des contraintes géographiques (11).

Profitant de cette impulsion, certains professionnels ont choisi d'intégrer des équipes plus "classiques", dans des établissements accueillant des publics entendants. Leur légitimité reste souvent discutée en raison des limitations imposées par la surdité, ou pour des questions de sécurité des soins (12). Mais ils semblent faire de leur surdité un atout en démontrant des capacités à exprimer leurs ressentis de manière non verbale, ou une facilité à entrer en relation avec des personnes aux compétences verbales altérées ou déficientes. Ils en témoignent dans un groupe *Facebook*[®] des "*professionnel(le)s sourd(e)s de santé et du social*" créé par une infirmière sourde française, locutrice de la LSF (13). En avril 2019, ce groupe comptait 478 membres, dont le recensement se fait sur base volontaire, donc possiblement *a minima*. Une petite partie seulement des ses membres déclare travailler dans des établissements qui accueillent des entendants.

Parallèlement à cela, dans notre pratique personnelle de la médecine générale, nous remarquons que la maîtrise d'une langue signée constitue une aide précieuse en cas de difficultés de communication. Par exemple, il nous arrive d'abuser des pointages et de chercher les échanges de regards avec les patients déments, dont les troubles du langage sont fréquents. Nous employons également la notion de spatialité quand nous devons expliquer à un patient allophone⁴ l'enchaînement chronologique d'une posologie médicamenteuse prescrite. Ainsi, comme en LSF,

⁴ Personne dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve.

nous utilisons l'axe linéaire temporel dont l'épaule représente la limite entre le passé à l'arrière, et le futur à l'avant (14).

Les réflexions sur le langage humain, et sa compréhension, ont conduit à considérer l'apport important de la modalité visuo-gestuelle. Dès lors que l'on évoque la gestualité langagière, on se penche naturellement sur un moyen de communication visuel plus ou moins connu : les langues signées (LS), et en particulier la LSF.

Les recherches linguistiques permettent de mieux saisir cette langue. Elles s'accordent à définir la LSF selon différents paramètres (12) :

- iconicité (configuration, orientation et emplacement de la main) : certains signes sont iconiques, comme |manger|, |arbre|, etc. ; d'autres sont plus complexes permettant l'expression d'idées sans recours à un lexique standard,

- importance du regard : l'interlocuteur regarde avec une certaine fixité l'ensemble mains et yeux du signeur (cela peut être difficile pour les entendants qui habituellement ne sont pas obligés de regarder l'interlocuteur et dont le regard peut vagabonder ou se détourner en direction d'un bruit),

- gestes déictiques, c'est à dire les gestes de pointage,

- expressions faciales : elles peuvent à elles seules différencier plusieurs signes (par exemple, les signes |mauvais| et |pas mal| se différencient par l'expression du visage),

- structures de transfert pour regrouper les structures de grand degré d'iconicité⁵ : elles relèvent d'une perspective extrêmement fine (13,14).

⁵ Dans « Va et vient de l'iconicité en langue des signes française », Sallandre décrit l'opération de transfert comme "le passage de l'univers de l'expérience perceptivo-pratique à un univers du dire. Faire un transfert c'est dupliquer une expérience réelle ou imaginaire et tenter de la reproduire dans

Ces différents constats tendent à penser que les sourds locuteurs de la LSF ont possiblement des compétences exceptionnelles dans le domaine de la communication non verbale, notamment pour exprimer leur ressenti. Dans son exercice quotidien, Drion en témoigne en proposant une évaluation de l'intensité de la douleur chez des personnes aux compétences verbales limitées ou altérées (15). En s'inspirant du savoir-faire des professionnels sourds locuteurs de la LSF et de la manière visuelle avec laquelle les patients sourds de naissance expriment leurs symptômes, il évoque la capacité des professionnels sourds à exprimer intuitivement des notions abstraites immédiatement comprises par tous, sourds ou entendants. Déjà en 1993, une étude montrait l'intérêt de recourir à la langue des signes pour améliorer la communication avec des patients déments entendants (16).

En 2000, dans leur revue des travaux sur la LSF, Blondel et Tuller réalisent l'inventaire des différents documents consacrés à l'étude de la LSF (20). Elles recensent des références bibliographiques qui s'intéressent à la linguistique appliquée aux domaines psychologique ou pédagogique. En médecine générale, des travaux de thèse récents traitent de la problématique des représentations des soins pour les sourds ou leur médecin traitant (21–25). Les résultats montrent la nécessité d'un accès aux soins en LS pour les sourds locuteurs de la LSF. En revanche, la littérature semble faire l'impasse sur les apports spécifiques des professionnels sourds à la pratique médicale. Dans le domaine de la neuro-gériatrie ou de la médecine physique et de réadaptation (MPR), des chercheurs essayent d'évaluer les capacités communicationnelles chez les sujets déments non verbalisant ou chez les traumatisés crâniens graves (26). Leurs recherches s'orientent vers un langage

l'espace de signation. C'est avant tout un transfert d'univers : du monde de l'événement à celui de la narration."

corporel ou l'utilisation d'objets. Peu de travaux explorent l'apport éventuel des professionnels sourds dans l'exercice de communication avec le patient.

L'hypothèse de ce travail est que les professionnels de santé sourds sont des atouts auprès de tous les patients, dans les équipes médicales et paramédicales. En raison de leurs compétences visuelles naturelles et de leur mode de communication visuo-gestuel, ils ont probablement un génie intuitif à exploiter.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'apport de la LSF et de la communication non verbale utilisée par les professionnels sourds travaillant auprès de publics entendants dans la relation de soin avec des personnes présentant des problèmes d'expression verbale.

Les objectifs secondaires de ce travail sont de réfléchir à des propositions en vue d'améliorer la relation de soin auprès de toutes personnes non verbalisantes, ainsi que d'analyser le vécu des professionnels sourds dans leur exercice paramédical au sein de structures "classiques"⁶. Cette thèse cherche par ailleurs à sensibiliser les professionnels amenés à rencontrer des barrières linguistiques. Elle s'attache à ne pas parler de surdité, au sens organiciste du terme.

⁶ Ce terme désigne les structures de soins qui ne sont pas des UASS.

MATERIEL ET METHODES

Les caractéristiques de ce travail ont été détaillées selon les critères de la grille *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ) s'articulant autour de 32 items répartis en trois domaines (Annexe 1).

A. Méthode

1. Type d'étude

Une enquête qualitative a été réalisée en français ou en LSF, auprès d'un échantillon de professionnels paramédicaux sourds locuteurs de la LSF. Elle consistait en la réalisation de *focus groups* ou d'entretiens semi-dirigés, entre novembre 2018 et janvier 2019.

2. Entretien

L'investigatrice qui a mené les entretiens était Madame Claire RAIMBAULT, médecin généraliste remplaçant, formée à la LSF, niveau B1.4 de l'Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Déficients Auditifs (URAPEDA).

Chaque entretien a été mené à partir d'un guide d'entretien réalisé à partir de la bibliographie et rédigé en français écrit (Annexe 4). Les entretiens étaient conduits par l'investigatrice selon deux cas de figure :

- soit une traduction par un interprète assermenté était demandée par le participant : l'investigatrice conduisait l'échange en français oral, le participant répondait en LSF et l'interprète traduisait les propos en français-LSF.

- soit le participant optait pour un échange en français oral : investigatrice et participant échangeaient oralement. Ils pouvaient être amenés à utiliser quelques signes seulement de façon à illustrer le propos.

L'enquêtrice ne connaissait aucun des interprètes. Ils lui étaient attribués par le secrétariat du Service d'Interprétation et d'Accompagnement à la Vie Sociale du Finistère (SIAVS29) selon les disponibilités de planning. Elle échangeait avec le traducteur une dizaine de minutes avant chaque entretien afin qu'il prenne connaissance et se prépare au contexte lexical du sujet. Ni l'identité des participants, ni leurs caractéristiques n'étaient divulguées aux interprètes. Les informations échangées au cours des entretiens étaient tenues au respect du secret professionnel.

Les rencontres avaient lieu dans un endroit calme ou *via Skype*[®] afin d'interroger les participants à distance.

Avant de débiter l'échange, la chercheuse informait le participant de façon claire, loyale et appropriée sur le contexte général de l'étude et le mode de collecte des données, lui faisant dater et signer un formulaire de consentement en deux exemplaires autorisant l'enregistrement, la retranscription et l'utilisation des données pour l'analyse sous couvert d'anonymat (Annexe 2) et lui remettait une fiche d'information (Annexe 3). Il était alors rappelé au participant la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment s'il le souhaitait.

Les caractéristiques des participants étaient recueillies au début de chaque entretien à l'aide d'un questionnaire (Annexe 5). Elles n'étaient pas connues par l'interprète. Les données portaient sur l'âge, le sexe, la profession exercée, les moyens de communications employés quotidiennement et le niveau de français (détaillé en deux questions respectivement pour le français écrit et le français lu).

Le guide d'entretien a été testé auprès de trois participants, afin de faire évoluer le canevas d'entretien et d'améliorer les compétences de l'investigatrice. Durant l'entretien, l'investigatrice adoptait une attitude d'écoute active et notait des éventuelles questions de relance sur certains points abordés par le participant. L'objectif était de laisser l'interviewé aller jusqu'au bout de son raisonnement sans interruption et le faire développer des points précis dans un second temps.

3. Journal de bord

La chercheuse a tenu un journal de bord tout au long de l'étude et notait ses observations, ses impressions générales, ainsi que les grands thèmes de chacun des entretiens. Elle pouvait y rassembler les signes utilisés comme exemple ou pour illustrer le propos au cours des entretiens, qui n'étaient pas collectés par l'enregistrement sonore. Le non verbal était également noté, en particulier les expressions du visage et les postures corporelles.

De manière à enrichir l'analyse des données issues des *verbatim*, elle y glissait également ses comptes-rendus de terrain et ses comptes-rendus de codage.

4. Constitution de l'échantillon

a) Recrutement

Le recrutement a été effectué par effet boule de neige : les participants étaient recommandés à l'enquêtrice par des connaissances du Dr Drion. Dans le but de favoriser la variation maximale auprès d'une population minoritaire et difficile à atteindre, la sélection des participants s'est étendue à l'ensemble du territoire français via la page *Facebook*[®] des "*professionnel(le)s sourd(e)s de santé et du social*" de France. Une vidéo en LSF accompagnée d'un texte rédigé en français y

ont été diffusés. Une vidéo de relance a été publiée 6 semaines après afin d'augmenter le nombre de volontaires.

b) Critères d'inclusion

Etaient inclus :

- les professionnels sourds locuteurs de la LSF,
- exerçant un métier sanitaire : IDE, aide-soignant, ...,
- en activité au sein d'un établissement qui accueille un public entendant,
- acceptant de participer à l'étude.

c) Critères d'exclusion

Dans cette étude, les sujets ne maîtrisant pas la langue française, n'étant pas locuteur de la LSF, et/ou n'exerçant pas un métier paramédical étaient exclus. Les professionnels en activité au sein d'un établissement accueillant un public signant (UASS) l'étaient également.

5. Méthode de recueil des données

Tous les entretiens étaient enregistrés après autorisation de chaque personne. Selon le mode d'entretien choisi par le participant, l'enregistrement sonore concernait soit la voix de l'interprète, soit sa propre voix.

Les données recueillies étaient ensuite intégralement retranscrites mot à mot dans le respect de l'anonymat. Les participants étaient invités à valider leurs propos et à commenter les erreurs de sens repérées au moment du retour des *verbatim*, afin de corriger une éventuelle mauvaise retranscription liée aux bruits de fond ou lorsque l'entretien avait été traduit par un interprète. Ils ont reçu un courriel (Annexe 6) leur permettant de vérifier l'anonymisation de leurs propos. Deux participantes ont souhaité apporter quelques précisions à leur *verbatim*.

Le recueil des données a été poursuivi tant que des personnes volontaires remplissaient les critères d'éligibilité.

Les fichiers d'enregistrement ont été effacés après validation de la retranscription par le participant.

6. Analyse des entretiens

Les entretiens ont été analysés dans l'ordre du recueil des thèmes de contenu, selon une théorisation ancrée (27). L'analyse thématique a nécessité quatre étapes :

1) la retranscription intégrale pour la lecture du document à analyser ;

2) le codage pour la mise en évidence des propriétés abordées. Il consistait en une analyse manuelle du *verbatim* afin de dégager les idées maîtresses. La première étape consistait en une lecture flottante de type intuitive permettant de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien. Ensuite, une lecture focalisée de chaque entretien a été effectuée afin de dégager des concepts. Les entretiens ont été relus à plusieurs reprises pour avoir une analyse la plus exhaustive possible.

3) la catégorisation pour l'organisation des propriétés et leur classement. Les thèmes et sous-thèmes qui émergeaient étaient restitués par ordonnancement logique des catégories obtenues.

4) l'inférence pour l'analyse interprétative des données.

Deux chercheurs ont analysé les données de manière indépendante : Claire Rimbault, l'enquêtrice, et Docteur Trystan Bacon, médecin généraliste⁷ qui a analysé 5 entretiens tirés au sort par l'investigatrice. Chacun a effectué un codage manuel et progressif au fur et à mesure des entretiens. Ils ont ensuite partagé leurs ébauches d'analyse thématique. Pour répondre à la question de recherche, une confrontation a permis de faire ressortir les thèmes et sous-thèmes.

⁷ Il ne déclarait pas de conflit d'intérêt. Nous le remercions pour sa contribution.

7. Aspects éthiques et réglementaires

d) Réglementation

Conformément à la réglementation en matière de protection des données, une inscription au registre a été effectuée auprès de la CNIL pour le traitement des données. Elle est consultable en ligne : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-271> (Annexe 7).

e) Confidentialité

Afin de garantir l'anonymat, il n'y a pas eu d'enregistrement vidéo. Les résultats du traitement de données issues des enregistrements sonores étaient présentés de telle façon qu'ils ne puissent en aucun cas permettre l'identification directe ou indirecte des participants.

f) Archivage des données

Aucune donnée nominative ou brute ne sera conservée à l'issue de ce travail. La base de données sera détruite par l'investigatrice, après signature d'un acte de destruction.

g) Conflits d'intérêts

Les auteurs de ce travail ne déclaraient pas de conflit d'intérêt.

B. Matériel

Les entretiens ont été enregistrés après autorisation des participants sur le dictaphone du *smartphone* de la chercheuse, ainsi que sur un dictaphone. Ils ont été anonymisés et retranscrits un à un à l'aide du logiciel Microsoft® Word. Le logiciel Zotero® a été utilisé pour organiser les références bibliographiques.

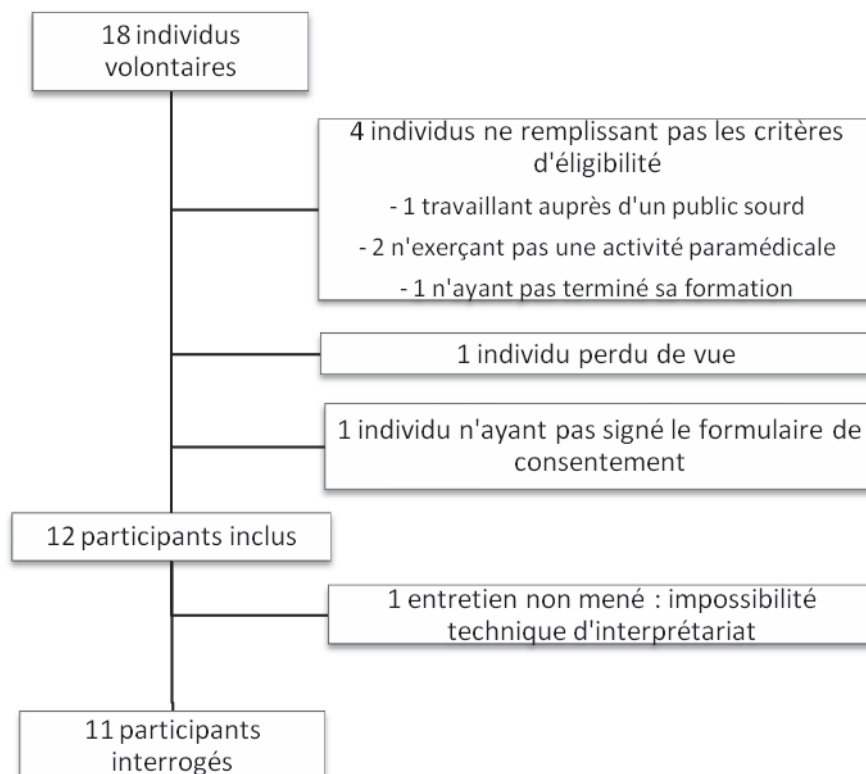
RESULTATS

A. Description de l'échantillon

Ce travail a impliqué 18 sourds originaires de différentes villes françaises : Bordeaux, Bourges, Caen, Evry, Lille, Marseille, Nantes, Paris, Poitiers. Toutes les personnes se portant volontaires ont été contactées. Un individu a été perdu de vue. Un participant n'a pas donné son consentement : il n'a pas été interrogé. Mais aucun n'a retiré son consentement en cours d'étude. Un entretien a été annulé à la dernière minute en raison de difficultés techniques pour l'interprète, ne lui permettant pas une traduction fidèle.

Leur flux est représenté dans la figure I.

Figure I : Diagramme de flux des professionnels paramédicaux sourds inclus dans l'étude.



Au total, l'échantillon comportait 9 femmes et 2 hommes. Ils étaient tous à l'aise ou assez bon en français et usaient de moyens de communications variés. Bien que locuteurs de la LSF, les participants M et Q ne la privilégiaient pas dans leurs moyens de communication quotidiens.

La population des interviewés est décrite dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels paramédicaux sourds interrogés (France, 2018)

Âge (années)	Sexe	Profession	Lieu d'exercice	Moyens de communication privilégiés	Niveau de français écrit	Niveau de français oral	Contexte de l'entretien
32	F	IDE	EHPAD	LSF - O - L	Assez bon	Moyen	Focus group Interprète
35	F	AS	EHPAD	LSF - L	Assez bon	Assez bon	Focus group Interprète
25	F	AS	EHPAD	LSF - O - E - L	Assez bon	Assez bon	Focus group Interprète
33	F	IDE	EHPAD	LSF - O - E - L	A l'aise	A l'aise	Visioconférence Interprète
31	F	AS	SSIAD	LSF - O - E - mime	Assez bon	Assez bon	Visioconférence Interprète
49	F	Art thérapeute	Secteur médico-psychologique	LSF - O - E - L	A l'aise	A l'aise	Visioconférence Interprète
28	F	AS	Foyer d'Accueil Médicalisé	LSF - O - E	A l'aise	A l'aise	Visioconférence Sans interprète
32	F	AS	Service de chirurgie	LSF - O - L	Assez bon	Assez bon	Visioconférence Sans interprète
41	F	Pédicure-podologue	Libéral	LSF - O - E - L	A l'aise	Assez bon	Annulation imprévue
44	H	IDE	Unité Post-Urgence Gériatrique	O - E - L	A l'aise	A l'aise	Visioconférence Sans interprète
45	H	AS	SSIAD	LSF - O - E - L	A l'aise	Assez bon	Visioconférence Interprète
28	F	IDE	Service de chirurgie et hépatologie	O - E - L	A l'aise	A l'aise	Visioconférence Sans interprète

LSF : Langue des Signes Française ; O : oralise ; L : lecture labiale ; E : français écrit

8 entretiens et 1 *focus group* ont été réalisés entre le 21 novembre 2018 et le 25 janvier 2019. Leur durée était comprise entre 20 minutes et 1 heure et 12 minutes. Le *focus group* et 4 entretiens se sont tenus en présence d'interprète assermenté. Les 4 autres entretiens étaient des échanges directs entre le participant et la chercheuse (échanges verbaux en français ou en français-signé).

B. Analyse des résultats

Les résultats rapportent principalement une volonté de trouver un équilibre entre deux univers aux frontières et aux points de contacts relatifs : le milieu de la santé et la culture sourde. Ils ont été structurés en 4 parties :

- les représentations des participants sur leur place de professionnel de santé sourd témoignant clairement d'une nécessité d'appartenir aux deux mondes ;
- l'impact de ce statut particulier sur la relation de soin ;
- le développement de leurs capacités communicationnelles gestuelles relevant d'une expertise inconsciente et naturelle ;
- leur réflexion sur leur langue visuo-gestuelle appliquée à l'environnement professionnel.

Les *verbatim* des interviewés figurent en italique.

1. Professionnel paramédical sourd : appartenir à deux mondes

A la fois sourds et professionnels de santé, les participants se trouvaient à la frontière de deux mondes aux cultures propres.

a) Le monde paramédical : professionnalisme et sentiment d'inégalité

Dans un **souci du travail bien fait**, ils faisaient tantôt preuve de patience et de précision, tantôt preuve de perfectionnisme et de persévérance. A compétences techniques comparables, s'investir traduisait un **besoin de reconnaissance par ses pairs** : "*Je travaille comme les autres.*" (K, le 17 décembre 2018) Plus son expérience s'enrichissait, plus le professionnel était à l'aise. Gagner la confiance des collègues demandait des efforts intellectuels, un dynamisme et de l'anticipation. Les

participants se raccrochaient au planning du jour et au déroulé d'une journée type. Une grande vigilance était apportée au déroulement habituel de la journée de travail.

S'intégrer dans l'équipe et travailler ensemble demandait un effort constant de communication et était vécu comme épuisant. *"Des fois, j'suis fatiguée donc j'ai du mal à suivre sur les lèvres. [...] C'est facile pour les entendants de suivre. Mais des fois, moi, je vais pas réussir à suivre. Si je suis fatiguée, si je ne suis plus, on va me dire : « bah non, fallait écouter ! » Mais en fait, c'est pas de ma faute."* (A, le 21 novembre 2018) Cela demandait de s'adapter à l'oralité des collègues entendants. La lecture labiale était une compétence investie avec plus ou moins de motivation. *"Mes mains, j'les mets dans mes poches. Donc je fais beaucoup d'efforts. Je parle comme je parle avec vous. Pour comprendre, je lis sur les lèvres. La lecture labiale. [...] Voilà ! On s'adapte. Mais je parle surtout."* (K, le 17 décembre 2018) Faire répéter et reformuler le collègue, dans un environnement calme, isolé du groupe, au cours d'un échange interindividuel était une autre stratégie. Systématiquement, l'absence de communication entre collègues engendrait une insatisfaction et un sentiment de mise à l'écart. Dès lors, des stratégies techniques (SMS, Rogerveice® (28)) ou humaines étaient mises en place. L'objectif poursuivi était l'égalité d'informations.

L'adaptation de l'environnement de travail passait par l'obtention d'un téléphone portable professionnel ou par l'intervention d'un interprète pour les échanges formels (transmissions, réunions d'équipe, etc.). Cela demandait parfois de faire valoir ses droits via des démarches administratives.

Les professionnels étaient **lucides sur leurs limites** afin d'appréhender au mieux les situations de crise. Ils se sentaient "noyés" par le nombre d'intervenants ou la distance interindividuelle. Pendant les réunions, le brouhaha, les interruptions, la rapidité des échanges représentaient une difficulté. L'interprète dont la présence était

jugée indispensable, avait ses limites. *"Je regarde juste l'interprète [geste direct des deux mains]. Le problème, on ne sait pas qui parle parfois. L'interprète débite et on ne voit pas bien s'il pointe les chefs, un autre collègue... On ne voit pas bien qui a la parole."* (A, le 21 novembre 2018) Le téléphone ou l'interphone du service, de même que les sonnettes des patients étaient vus comme une responsabilité. Ils pouvaient être sources d'erreurs en cas d'incompréhension. Les personnes interrogées attendaient de leurs collègues qu'ils s'en chargent. Les professionnels aimaient répartir les tâches en fonction des compétences des collègues.

L'augmentation de la charge de travail, l'urgence et l'imprévu étaient décrits par des sentiments négatifs tels que la désillusion du métier ou une mise à l'écart. *"Quand c'est de l'urgence ou un imprévu, je suis souvent la dernière à être au courant."* (K, le 17 décembre 2018)

b) Se sentir minoritaire et minimiser ses différences

Leur **différence invisible n'était pas dissimulée**. Revendiquer leur surdité s'envisageait avec prudence et franchise, tant auprès de leur hiérarchie, que des collègues ou des patients.

De prime abord, les participants présentaient un **contact introverti**. Il leur semblait difficile d'explicitier leur ressenti et de répondre à certaines questions plus personnelles. Nous avons pu percevoir un caractère inhabituel à partager leur vécu. Au fil de chacun des entretiens, ils confiaient le sentiment d'appartenir à une minorité culturelle.

L'héritage de leur culture personnelle les rendait ambivalents, **tantôt militants, tantôts illégitimes**. Ils rapportaient un sentiment injuste de mise à l'écart, pouvant parfois aller jusqu'à l'exclusion : *"Je me sens aussi exclue. Des fois, moi, quand je*

les vois rigoler, j'aimerais bien participer moi aussi ! Savoir pourquoi on rigole. J'dis : « Vous parlez de quoi ? » « Non, non, rien rien. Laisse tomber. » Du coup, je me sens à l'écart, un peu comme un chien abandonné. C'est vrai que j'ai parfois l'impression qu'on se fout de ma gueule. Et qu'on cherche pas à m'inclure." (B, le 21 novembre 2018) Et une personne d'ajouter : "C'est vrai que dans mes années d'études d'infirmière, on me répétait assez souvent : « Moi, je ne te voudrais pas dans mon équipe. Ça me fait peur d'avoir un collègue sourd. » Ces discours, je les ai malheureusement emmagasinés, et j'y ai cru aussi. [...] Certes, j'ai rien demandé. J'ai pas demandé à naître sourde, j'ai pas demandé à avoir ces difficultés là. [...] Mais on est vraiment capable de faire le même métier qu'un collègue entendant, voire mieux dans le sens où on est tellement sous pression, dans le sens où on veut vraiment pas montrer que la surdité est un handicap, qu'on va encore plus compenser pour notre capacité de travail." (Q, le 21 janvier 2019)

2. La relation de soin : établir un lien entre deux mondes

a) Leur représentation de la relation soignant-soigné : une entraide mutuelle

Les professionnels sourds suscitaient la **fascination des patients**. Leur différence éveillait la curiosité, ouvrait le dialogue et l'échange : *"On voit qu'il y a une espèce d'ouverture par rapport à ça parce que je suis une personne sourde. [...] Quand c'est un soignant sourd, bah en fait, ça ouvre davantage à la communication. [...] Et je sais pas pourquoi on ouvre cette porte dans la communication. Et en fait, les gens s'expriment tous seuls comme ça, assez spontanément." (A, le 21 novembre 2018)*

Evoquer des possibles difficultés de communication pour des patients était de l'ordre d'un **vécu commun partagé**. Selon eux, les difficultés de communication étaient ressenties avec douleur. *"Typiquement, là, ça soulage ! Ça permet de faire*

passer le message, de faire passer l'information à la personne." (D, le 30 novembre 2018) Ils se positionnaient comme **récepteur de souffrances** : *"J'absorbe ce qu'ils expriment. C'est comme s'ils me donnaient leur paquet intérieur."* (G, le 7 janvier 2019) Respecter le mode de communication du patient et ne pas chercher à le corriger étaient plébiscités afin de limiter la frustration. Ils s'assuraient par tout moyen de la compréhension et du consentement du patient.

De cette fascination et de ce vécu commun, naissait une forme de **complicité** rendant la **relation soignant-soigné symétrique** voire inversée. D'une part, une difficulté du soignant était mise à nue. D'autre part, les difficultés de communication vécues par le patient étaient partagées par le professionnel. Les participants rapportaient des sentiments d'égalité vis-à-vis du patient : *"La façon dont les médecins se comportent avec moi, c'est aussi la façon dont ils se comportent avec les patients."* (M, le 22 janvier 2019)

b) L'entre-deux culturel : s'adapter à l'environnement du patient en adaptant leur environnement de travail

Dans cet entre-deux culturel, ils adoptaient auprès de la personne soignée une **attitude sympathique**, à juste distance entre insistance et souplesse, entre délicatesse et séduction.

Usant de patience, s'adapter au patient était vécu comme un **défi à l'origine de stratégies**. Connaître précisément l'autre et s'approprier sa personnalité demandait du temps : *"Mais les entendants, ils vont directement. « Allez ! On va se laver ! » Nous, en fait, on va prendre pleins de détours, des petites stratégies. On va prendre ça pour un jeu. On va attirer la personne jusqu'à l'objectif. Alors que les entendants, c'est : « Allez, on va prendre la douche ! On va se laver ! Tu veux pas t'laver ? Bon*

bah, allez, c'est tout ! Voilà ! Il veut pas s'laver ! » Alors que nous, non. On va prendre des stratégies avant d'amener les choses." (A, le 21 novembre 2018) Et une autre participante de nous confier : "Je suis dans la stratégie. Après, au final, on arrive au soin. Et le patient, il oublie de râler parce qu'il est occupé par notre stratégie. Et ça s'passe bien." (C, le 21 novembre 2018)

3. Expert de la communication gestuelle

a) Une expertise linguistique

Sans être capables de l'expliquer, les professionnels sourds interrogés mettaient à profit des **outils de la LSF**, pour améliorer la communication. Ils s'accordaient sur l'importance du pointage et des expressions du visage. A travers les exemples qu'ils choisissaient pour illustrer leurs propos, ils avaient recours aux transferts, aux proformes, à l'iconicité, aux configurations et à la structuration de l'espace. *"Le faciès va beaucoup m'aider. [...] Après, j'avais aussi mimer une échelle avec le pouce et l'index. J'avais leur demander : « Mal mal ? Ou un peu ? » J'avais mimer avec l'index et le pouce [un petit peu]. Ou quand c'est une douleur assez importante, j'avais mimer [grosse douleur] ! Après, ils me disent : « Non, non, un petit peu... » [...] Donc oui, je trouve que la place de la LSF est super importante pour se faire comprendre, pour rassurer la personne, pour qu'elle soit aussi actrice de la prise en charge." (Q, le 21 janvier 2019) ; "J'utilise ma voix. Je vais essayer de donner du sens avec la LSF." (F, le 10 décembre 2018)*

Auprès de personnes non verbalisantes, ils revendiquaient largement une **langue gestuelle mimée**. Ils préféraient un code gestuel permettant de cadrer les mouvements, à une langue nécessitant un apprentissage. La LSF devait se limiter aux besoins fondamentaux et à des thèmes concrets et compréhensibles par tous,

via des signes facilement identifiables. Elle n'était pas adaptée aux termes techniques ou aux situations graves. *"Hum... c'est compliqué ! Hum... J'dirais qu'une personne qui se retrouverait dans l'incapacité de parler est obligée de trouver des moyens de compensation. Et la LSF peut peut-être apporter un peu d'aide. Mais ça peut pas être une langue des signes directement. Ça peut être du mime... Oui ! De la langue visuelle."* (F, le 10 décembre 2018) ; *"Moi, je donne pas de LSF à mes patients. [...] Le mime, oui ! Ou le pointage, c'est important. Le pointage est important en LSF. Désigner des choses simples, euh voilà. Des gestes comme boire, c'est très bien. Les expressions du visage. On peut marquer davantage les expressions du visage. Acquiescer. Euh, voilà. Ça, ça facilite la communication, oui ! Mais dire bonjour en LSF, y a aucun intérêt pour un résident. Voilà, faire les pousses en l'air pour savoir si ça va bien, montrer le ventre (pose sa main à plat, sur son ventre en faisant des gestes circulaires, en grimaçant et en hochant la tête) et faire un geste circulaire pour le ventre pour dire qu'il a peut être mal au ventre. Voilà, c'est plus du mime. La LSF pure, non, c'est pas possible ! Mais plus du mime."* (A, le 21 novembre 2018)

b) Des compétences humaines exceptionnelles

Pour compenser leur surdité, les professionnels se définissaient comme des observateurs hors pairs. Ils décrivaient des **capacités visuelles hors normes** : *"On n'entend que ce qu'on regarde."* (M, le 22 janvier 2019) Ils déployaient des stratégies visuelles variées : utilisation de l'écrit et du dessin, échelles visuelles analogiques (EVA) et réglettes, images et pictogrammes, observation de l'espace et de l'environnement, observation de l'attitude du patient et de la position de son corps, lecture labiale. Ils avaient un **sens affuté du détail visuel** : *"Je connais bien le visage de mes résidents."* (B, le 21 novembre 2018) ; *"Les expressions sont très très fines."* (F, le 10 décembre 2018)

Le regard, l'observation, le face à face étaient remarquablement investis : *"Tout ce que le patient va dégager."* (Q, le 21 janvier 2019) ; *"La LSF, peut être attire le regard, certes ! Surtout quand il y a une incompréhension, ou qu'on ne connaît pas. Mais moi, j'arrive tout à fait à m'adapter. Et dans le regard, il se passe beaucoup de choses."* (G, le 07 janvier 2019)

Le **toucher était employé avec finesse**. Ils se disaient tactiles, mais avec juste distance et respect de l'autre. Les participants semblaient capables de **gestes techniques pointus** : *"On dit de nous que nous avons des mains en or."* (A, le 21 novembre 2018)

c) Un usage inconscient et naturel au service de la relation de soin

Les professionnels sourds rapportaient l'expérience **d'une communication naturelle et automatique, aux résultats surnaturels**. Certains décrivaient des effets de l'ordre de la magie, mais jamais du miracle. Une participante raconte un soin délicat auprès d'un patient : *"J'vais y aller de façon plus délicate et avec très peu de mots. Juste avec mon visage, j'arrive à faire en sorte que ça marche. Voilà. Je sais pas, c'est un peu de la magie."* (B, le 21 novembre 2018)

Contrairement à leurs collègues entendants, les défis de communication s'abordaient avec excitation. Confort et spontanéité caractérisaient une **facilité d'extériorisation**. *"Pour les patients non francophones, ça nous arrive d'en avoir. Et là, en fait, j'me régale (rires), dans le sens en fait où je fais beaucoup de mimes, beaucoup de langage non verbal. [...] En général, mes collègues me disent : « Ecoute, on a un patient qui parle pas très bien français. Est-ce que tu peux y aller ? » Ça me dérange pas du tout, au contraire ! J'me dis que c'est un plus, en fait. J'suis à l'aise."* (Q, le 21 janvier 2018)

D'autres professionnels parlaient d'une **langue instinctive, voire primitive** : *"La LSF, c'est la première langue depuis la préhistoire ! Donc, oui, elle va apporter quelque chose dans le soin. La personne peut s'exprimer en montrant des doigts (pointe de l'index), en montrant les objets... [...] Parce que les singes, ils parlent pas. Ils crient. Mais comment ils communiquent ? Ils montrent les objets. (Pointe de l'index) Ils font ça. Le cerveau, il voit. Donc on comprend ! Donc la langue des signes, pour moi, c'est la première langue. La première langue, c'est la LSF."* (K, le 17 décembre 2018)

La LSF était perçue comme une **langue universelle compréhensible par tous** et une **ouverture sur le monde** : *"Par exemple, si on prend la maison (fait le signe |maison|), tout le monde quasiment arrive à comprendre. Ou en tout cas, on arrive plus facilement à utiliser des gestes qui vont être pertinents par rapport à la situation. Pour décrire quelque chose, on va le signer et tout le monde va comprendre. Même si c'est pas un signe de LSF. Mais ça va être un signe assez imagé pour pouvoir amener la compréhension en face."* (M, le 22 janvier 2019) Néanmoins, ils déploraient que les entendants n'osent pas : *"Bah, en fait, j pense que c'est un plus dans le sens où les entendants vont pas oser. Ils ont peur d'être ridicules, ou peur de... Je sais pas trop en fait ce qui les retient. Moi, j'vais pas me gêner dans le sens où moi, je communique avec la LSF."* (Q, le 21 janvier 2019)

4. Une réflexivité professionnelle sur une langue visuo-gestuelle

a) Une adaptation au cas par cas

Les personnes interrogées exprimaient **l'émergence spontanée d'un code gestuel**, complémentaire entre français et LSF. Il présentait l'avantage de ne pas nécessiter d'apprentissage inadapté à certains patients. Ce code s'ancrait dans

l'oralité : *"J'utilise ma voix. Je vais essayer de donner du sens avec la LSF."* (F, le 10 décembre 2018) ; *"Par exemple, pour les personnes qui n'arrivent pas à s'exprimer du tout et qui utilisent plutôt les mimes ou les expressions du visage. On passe par le mime pour leur montrer comment s'habiller, mettre le pantalon, etc. En fait, vraiment utiliser des mimes et certains signes. Pas de la LSF pure. Pas non plus du français signé. Mais vraiment des signes, avec des gestes. Et ça, ça fonctionne bien. Par exemple, MANGER : "Est-ce que vous voulez manger ?" Avec la cuillère... Montrer plusieurs façons de mimer. Utiliser vraiment le visuel. Et ça, ça peut être utile. "Vous voulez mettre votre gant de toilette ?" (Montre gant de toilette) SE LAVER, PRENDRE LA DOUCHE (exécute les signes)... Montrer les choses ! Voilà, vraiment utiliser l'iconicité. Ça fonctionne bien."* (D, le 30 novembre 2018)

Les professionnels sourds en plébiscitaient l'utilisation pour les personnes de profils tels que : enfants, autistes, personnes trachéotomisées, personnes âgées, patients allophones.

b) Des propositions concrètes

Informer sur les concepts de l'univers des sourds auprès des professionnels de santé et **sensibiliser largement à la surdité** étaient un désir partagé : *"C'est vraiment surtout un peu démystifier la surdité. [...] On est vraiment capable de faire le même métier qu'un collègue entendant."* (Q, le 21 janvier 2019) ; *"C'est vrai qu'il faudrait essayer d'expliquer la culture, ce qui est pisourd⁸."* (O, le 25 janvier 2019)

Avec des compétences qui dépassaient la fonction soignante, les professionnels sourds revêtaient un **rôle de médiation**. Ils créaient un lien entre l'univers médical et

⁸ Le terme pisourd fait référence au signe [spécifique] qui est exécuté en produisant avec la bouche de manière presque inaudible le son [pi]. Par extension, ce terme comprend tout ce qui a trait spécifiquement à la culture des sourds. Il est largement utilisé dans les média sourds.

la surdité. *"On peut utiliser la LSF pour pleins de choses. Mais il faut aussi se mettre dans un concept de se dire que la communication n'est pas simplement de parler. Et qu'il faut être bien en face des gens pour leur parler. C'est une posture soignante. La LSF, c'est auditionner une posture soignante. Il faut apprendre à positionner son corps, à positionner ses mains, à se positionner face à notre interlocuteur. C'est une réelle démarche soignante."* (M, le 22 janvier 2019)

Les professionnels sourds nous confiaient leur **combat pour un idéal**. Ils revendiquaient dans la mesure du possible une relation soignant-soigné directe, sans triangulation. Certains allaient jusqu'à souhaiter un monde en LSF et proposaient un nouveau **métier de sourd signeur professionnel**. Bien que décrites comme utopiques, ces attentes constituaient des projets concrets pour lesquelles les participants investissaient de l'énergie : *"Et moi, je réfléchis à tout ça dans l'idée de développer des sourds signeurs professionnels, plus des médecins ou infirmières qui développeraient la LSF comme compétence. Comme un monde qui serait directement en LSF et qui n'aurait rien à voir avec celui des sourds ou entendants, qui serait vraiment un monde où la LSF a une vraie place. C'est peut-être utopiste, mais voilà !"* (O, le 25 janvier 2019)

Dans cette démarche militante, nous remarquons une ambivalence. D'une part, ils souhaitaient que les entendants soient sensibilisés à la surdité et à la culture sourde. Ils rapportaient un sentiment de colère quant à l'ignorance des entendants sur leur vécu ou leurs difficultés. D'autre part, ils confiaient parfois un sentiment de danger vis-à-vis des entendants. Certains professionnels sourds semblaient craindre un **dessaisissement de la question par les sourds au profit des entendants** : *"Mais ça m'intéresse de réfléchir à cette problématique. C'est vrai c'est une question en suspens sur la colonisation. Est-ce qu'on ne serait pas colonisé ? Est-ce que c'est*

pas une question qui nous concerne et qui est empruntée par d'autres ? Parce que certains disent : « On sait, on sait, on sait ! » Et parfois je me demande si on n'oublie pas un peu les professionnels sourds dans cet espace." (O, le 25 janvier 2019)

DISCUSSION

A. Rappel des principaux résultats

Les résultats rapportent une volonté de trouver un équilibre entre deux univers : le milieu de la santé et la culture sourde. Faisant preuve de patience et de perfectionnisme, les participants interrogés sur leur place de professionnel de santé sourd témoignent d'un besoin de reconnaissance par leurs pairs. A l'aide de reformulations et dans un environnement favorable, ils s'adaptaient à l'oralité de leurs collègues entendants afin de s'intégrer à l'équipe. Des stratégies et adaptations étaient indispensables afin de viser l'égalité d'informations. Les professionnels faisaient preuve de lucidité sur leurs limites afin d'appréhender au mieux les situations de crise et d'éviter une mise à l'écart. Leur différence invisible et le sentiment d'appartenir à une minorité culturelle n'étaient pas dissimulés. Au contraire, tantôt militants, tantôt illégitimes, ils revendiquaient leur surdité avec prudence et franchise, tant auprès de leur hiérarchie, que des collègues ou des patients.

Leur statut particulier avait un impact sur la relation de soin. Leur représentation de la relation soignant-soigné était celle d'une entraide mutuelle. Leur différence suscitait la fascination et avait pour conséquence d'ouvrir le dialogue et l'échange, mais aussi de partager le sentiment d'une difficulté commune. Ils s'assuraient par tout moyen de la compréhension et du consentement du patient. De ce vécu commun, naissait une forme de complicité rendant la relation soignant-soigné symétrique voire inversée.

Le développement de leurs capacités communicationnelles gestuelles relevait d'une expertise inconsciente et naturelle. Sans être capables de l'explicitier, ils mettaient à profit des outils de la LSF : pointage, expressions du visage, transferts, iconicité et structuration de l'espace. Pour compenser leur surdité, ils se définissaient comme des observateurs hors pairs et avaient un sens affuté du détail visuel. Le regard, l'observation, le face à face étaient remarquablement investis. Le toucher était employé avec finesse. Les participants semblaient capables de gestes techniques pointus.

Les professionnels sourds rapportaient l'expérience d'une communication spontanée et automatique, aux résultats magiques, mais jamais miraculeux. Contrairement à leurs collègues entendants, ils ressentaient une facilité d'extériorisation pour une langue instinctive, voire primitive. Bien que la LSF puisse ouvrir sur le monde, ils préféraient largement un code gestuel mimé auprès de personnes de profils variés : enfants, autistes, personnes trachéotomisées, personnes âgées, patients allophones. L'émergence d'un code complémentaire entre français et LSF présentait l'avantage de ne pas nécessiter l'apprentissage inadapté à certains patients.

Concrètement, avec des compétences dépassant la fonction soignante, les professionnels sourds revêtaient un rôle de médiation. Ils créaient un lien entre l'univers médical et la surdité. Ils allaient jusqu'à nous confier leur idéal de relation soignant-soigné directe, sans triangulation, voire à souhaiter un monde en LSF. Dans une démarche militante, ils proposaient un nouveau métier de sourd signeur professionnel. Enfin, nous remarquons une ambivalence liée à la crainte d'un dessaisissement de la question par les sourds au profit des entendants.

B. Forces et limites de l'étude

Ce travail rapporte d'une manière inédite le point de vue de professionnels de santé sourds en France. A notre connaissance, il n'existe pas d'autre travail s'intéressant à ce sujet, dans la littérature médicale.

La méthode qualitative était la plus appropriée pour explorer les moyens de communication employés par les professionnels sourds auprès de patients non verbalisants. Elle permettait également d'analyser leur vécu de la relation de soin et d'en élaborer des pistes d'amélioration. L'analyse par théorisation ancrée était particulièrement indiquée pour parvenir à une compréhension nouvelle d'un phénomène social et culturel. La technique du *focus group* était la plus riche en termes de qualité des informations recueillies. Elle a pu s'appliquer pour 1 entretien.

L'investigatrice ne connaissait pas les participants. Dans le but de conserver la spontanéité de leurs réponses, ils n'étaient pas informés du sujet avant l'entretien. La chercheuse adoptait une technique d'écoute active, et était sensibilisée aux questions ouvertes et au respect des silences. Malgré cela, son manque d'expérience a pu engendrer une limite d'influence sur les réponses, voire lisser le discours des participants.

La traduction des entretiens par des interprètes diplômés a permis de limiter le biais d'interprétation.

L'investigatrice principale avait de bonnes connaissances de la culture sourde, ce qui lui a permis de mieux mener les entretiens. *A contrario*, cela a peut-être altéré la neutralité du discours et induire un "effet d'enclichage" (29), se manifestant par des propos implicites. Ces limites ont été atténuées par la réalisation d'une grille

d'entretien détaillée comportant de nombreuses questions de relance. Le guide d'entretien a été soumis régulièrement à l'auto-critique afin de valider sa pertinence.

2 dictaphones indépendants procédaient à l'enregistrement sonore de chaque entretien. 1 entretien a dû être répété en raison d'une perte de données liée à un problème technique en cours d'enregistrement. L'investigatrice a veillé à ce que l'interprète soit une personne différente pour éviter un effet d'enclichage (29), ainsi qu'une perte de fidélité lors de la restitution du message.

Les professionnels de santé sourds pratiquant la LSF sont peu sollicités pour des travaux de recherche car ils sont rares et difficiles à identifier. Notre échantillon est donc de faible importance. Bien que la saturation des données ait été recherchée, les difficultés liées au recrutement n'ont pas permis de l'atteindre complètement. Cela n'altère pas la nature qualitative de nos résultats.

Les personnes sourdes interrogées semblaient avoir de bonnes connaissances en français, du fait de leur profession (en majorité aides-soignants ou infirmiers) et de leur niveau d'études. 4 participants confiaient être personnellement intéressés par le sujet car ils engageaient leurs activités péri-professionnelles dans la réflexion linguistique : deux d'entre eux avaient été occasionnellement invités à communiquer sur leurs activités au cours de congrès ou de séminaires ; un autre rédigeait un ouvrage témoignant de son expérience ; un dernier se formait à un diplôme universitaire d'intervention sociale en LSF. Cela a pu avoir un effet sur la spontanéité de leurs réponses. Il est possible qu'ils aient été plus disposés à échanger sur leurs moyens de communication dans leur métier de soignant. Ceci implique que si des stratégies de communication sont effectivement rapportées ici, nos résultats pourraient être minimisés. L'avis de travailleurs socio-éducatifs, de kinésithérapeutes, ou de médecins sourds n'a pas pu être recueilli.

Enfin, nous avons orienté volontairement notre étude sur les patients rencontrant des difficultés communicationnelles (patients non verbalisants, troubles du langage, ...). Toutefois, comme le suggéraient certains participants, on pourrait étendre la question des apports de la dimension visuelle auprès de tous les patients.

C. Analyse des données confrontées à la littérature

1. Être travailleur handicapé

Bien que leurs compétences ne soient pas remises en cause, les participants de notre étude témoignent de difficultés dans leur pratique professionnelle.

a) L'adaptation de l'environnement de travail

Les sourds interrogés mentionnaient une adaptation insuffisante de leur poste de travail. Certains entreprenaient des démarches pour obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (30). L'objectif est d'avoir accès à un ensemble de mesures, notamment l'obtention d'un téléphone professionnel, ou l'intervention d'un interprète lors des échanges formels.

Sur un plan technique, l'adaptation peut se faire via des outils de conversation à distance : envoi de SMS, Rogervoice[®] (28), Messenger[®]. En 2013, Bourel s'interrogeait sur les aides à l'auscultation (31). Il citait en particulier : l'utilisation d'un stéthoscope avec un appareillage auditif "classique" adapté par l'audioprothésiste, ou le stéthoscope électronique. Cette dernière solution semblait prometteuse pour un médecin partiellement ou totalement sourd car elle bénéficierait à la fois d'une amplification du son et d'un enregistrement utilisable via une plateforme de

télé médecine. Néanmoins, elle demandait des améliorations pour permettre une capture du son performante et une analyse automatique.

Sur le plan juridique, la Fédération Nationale des Sourds de France (FNSF) joue un rôle pour dénoncer les inégalités faites aux sourds. En mars 2018, sa commission "Discrimination" partageait ses positions dans un rapport sur "Les Métiers interdits et les Sourds" (12). Une grande majorité de professionnels et de médecins du travail ne connaîtraient pas l'existence d'aménagements de poste pour les sourds. Il était recommandé de travailler avec des experts ou des consultants en accessibilité, ou de compter sur les ergonomes ayant une bonne connaissance de la situation. Comme dans notre étude, une demande ressortait régulièrement de ce rapport : celle de sensibiliser largement la population sur la surdité.

b) L'intégration dans une équipe

Comme le remarquaient Dalle-Nazébi et Lachance, en France et au Québec, en 2009, l'intégration des sourds s'est faite progressivement à travers l'organisation des UASS, supposant l'initiation de médecins aux LS et les sourds aux métiers de soignants (32).

En 2007, la circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes, définissait la place des professionnels sourds au sein d'une équipe soignante : *"La présence au minimum de deux personnes sourdes au sein de chaque équipe devra être encouragée car elle prémunit des situations d'isolement et de souffrance au travail, indépendamment de l'attention ou du niveau linguistique en LSF des autres*

membres de l'équipe." (33) Bien que rédigée à destination des UASS, elle mettait en évidence le risque d'isolement des sourds dans les équipes soignantes.

Dans notre étude, la plupart des professionnels sourds interrogés sur leur vécu, renonçaient à la LSF sur leur lieu de travail, au profit du français oral. Cela n'était pas ressenti confortablement car cela nécessitait un environnement calme et un maximum de 2 à 3 interlocuteurs. Les moments compromettant l'oralisation, par exemple les échanges informels impliquant simultanément plus de 3 personnes ou les situations d'urgence, étaient des facteurs de risque de mise à l'écart. D'autres études (22–24) font le même constat : un sourd qui arrive à s'exprimer oralement ne comprend que partiellement ce qui est dit. Tout le reste étant de la suppléance mentale. Ce qui signifie que si un entendant croit que le sourd comprend, il faut en réalité demander au sourd ce qu'il a compris.

c) La formation encore difficile

L'enseignement optionnel **de** la LSF auprès des étudiants des métiers de la santé s'est récemment développé (34). Il concerne donc un public entendant. *A contrario*, l'accès aux formations aux métiers sanitaires **en** LSF reste peu étendue. Quelques instituts de formation font figure de vitrine (11). Le groupe *Facebook*[®] rassemblant "*les professionnel(le)s sourd(e)s de santé et du social*" (13) tente de pallier à cela. Il permet à ses membres sourds d'échanger et de témoigner sur leur parcours afin de faciliter la formation des sourds aux métiers de la santé. En mai 2019, la démission de son administratrice menaçait sa fermeture.

En France, dans le domaine médico-social, quelques universités proposent des Diplômes Universitaires à destination des professionnels locuteurs de la LSF (10,35–

37). Ils restent peu nombreux et s'adressent spécifiquement à des candidats exerçant déjà auprès de publics sourds.

Les questions souvent discutées, et même débattues jusqu'à la Cour Suprême des Etats-Unis (38), sont liées à l'idéologie sociale (barrière linguistique, capacitisme, audiocentrisme, etc.), à la sécurité et à la stratégie économique (coût des interventions d'interprétariat, notamment). En France, le rapport de la FNSF de mars 2018 sur "Les Métiers interdits et les Sourds" témoignait de plusieurs tentatives de la part des ministères de la Santé et de la Justice d'empêcher les sourds d'accéder aux formations débouchant sur les professions d'infirmier ou de kinésithérapeute (12).

2. L'émergence d'une langue gestuelle

La communication est le vecteur de la relation entre le soignant et le soigné. Les effets iatrogènes des difficultés de la communication ne sont plus à démontrer (39–42). Transmettre les maux quand les mots manquent représente un enjeu éthique.

a) La communication non verbale

Dans les années 1970, avec les développements de l'éthologie et des sciences de la communication, les études sur la communication non verbale se sont soudainement étendues (43,44). Les questionnements sur ce sujet lient étroitement parole et geste. A différents niveaux et avec différentes fonctions, la dimension non verbale est au cœur de la conversation. L'étude du langage aux extrémités de la vie en constitue un exemple frappant (45,46). Ce sont des moments particuliers où une expression langagière de soi n'est pas encore ou n'est plus possible. La communication s'exprime alors à travers des gestes, du regard ou du toucher.

En 2004, Kendon élargissait la notion de gestualité. Il faisait référence à la posture du corps du locuteur, aux actions de la tête et du regard (47). Il précisait que

n'importe quel mouvement de n'importe quelle partie du corps peut exprimer une pensée ou un ressenti.

En 2011, un travail a observé la production des gestes chez des adultes à qui l'on demandait de s'exprimer uniquement à l'aide de leur corps. Les résultats mettaient en avant l'influence de la culture et de l'expérience personnelle. Les données recueillies permettaient de constater la difficulté à exprimer l'abstraction (48) de manière non verbale.

b) La LSF : un usage inconscient et naturel

Les sourds de naissance ont un certain degré de bilinguisme, pratiquant la langue des signes avec leurs pairs et la langue française avec les entendants (39). Des recherches dans le domaine de la linguistique travaillent à mieux saisir cette langue afin d'éclaircir l'apport de la modalité visuo-gestuelle dans la compréhension du langage humain (20). En 1994, dans une étude comparative de sujets sourds et entendants sur le maniement des marqueurs spatio-temporels en LSF et en français, Maeder constatait que le canal de communication de la LSF offre la possibilité d'utiliser l'espace et ainsi de spatialiser certaines notions. Elle précisait que : "*Même si l'on constate des phénomènes d'interférence entre les deux langues, il existe un enrichissement mutuel découlant de la pratique de ces deux langues*" (49).

La langue des signes reste cependant, pour les sourds, celle du vécu quotidien, celle dans laquelle ils pensent ou rêvent. C'est surtout la langue qui reste, lorsque leurs fonctions cognitives se dégradent. La langue française n'est souvent pour eux qu'une langue qu'ils ont apprise secondairement et qu'ils maîtrisent mal, que ce soit sous sa forme orale ou écrite. Un rapport parlementaire évaluait en 1998 à 80 % le taux d'illettrisme des sourds profonds en France (7).

c) Des mimes pour communiquer avec les patients non verbalisants

Les participants interrogés dans notre étude s'accordaient sur l'aisance naturelle, conférée par leur bilinguisme pour favoriser une forme de communication mimée ou gestuelle avec les patients non verbalisants. Ils plébiscitaient l'émergence d'un langage corporel naturel et spontané, et non l'utilisation d'une LS pure. Dire que la LSF est une langue gestuelle lui donnerait une connotation péjorative. Elle se définit comme une langue à part entière et nécessite un apprentissage assidu (15,17,20).

3. Pourquoi des professionnels sourds ?

Pour exprimer les situations décontextualisées, fréquentes dans la culture médicale, le mode d'expression visuel des sourds semble être un outil à exploiter. Prenons l'exemple de l'évaluation de la douleur : l'iconicité de la LSF, l'importance du regard, les expressions faciales, le pointage et les gestes déictiques permettent une traduction visuelle immédiatement comprise par tous. Deux publications se sont intéressées aux bénéfices apportés par les professionnels sourds (18,19). Elles ont proposé une application auprès des personnes qui présentent des problèmes d'expression verbale : personnes démentes, personnes allophones, personnes autistes, personnes trachéotomisées. Ces différents constats convainquent du bénéfice linguistique inexploité.

Néanmoins, Ginès témoignait en 2013 que "*travailler en équipes mixtes représente un effort pour chacun, sourd ou entendant. [...] Dans ce type de relations professionnelles, une demande d'efforts partagés est constante et bilatérale*" (50). Dans notre étude, cet effort était souvent "revendiqué" sous la forme d'un défi à caractère unidirectionnel. Cela s'explique par leur culture et leur histoire personnelle (Annexe 8). En effet, comme le soulignait Abbou en 2001, ces efforts constants et soutenus étaient entrepris depuis l'enfance, pour communiquer avec les entendants

(51). Le schéma inverse n'étant pas assez fréquent, les entendants les moins sensibilisés ne feraient pas l'effort nécessaire à leur intégration, comme en attestent les résultats de ce travail.

Notre étude doit donc rester prudente sur la place à donner aux professionnels sourds. Dalle-Nazébi et Lachance l'expliquent par la représentation culturelle endogène que les sourds ont d'eux-mêmes (32). Ils se reconnaîtraient comme un groupe d'individus partageant une histoire, une langue gestuelle et une culture. Aucun autre groupe ou acteur ne peut définir à leur place ce que signifie "être sourd". À travers leurs mobilisations, ils ont acquis un statut d'interlocuteurs auprès des pouvoirs publics en raison d'une expérience que d'autres n'ont pas : des compétences linguistiques particulières qu'ils peuvent transmettre aux plus jeunes et la possibilité d'incarner un modèle d'adultes sourds.

4. Des propositions concrètes

Les résultats de cette étude nous ont amenés à définir le rôle que l'on pourrait donner aux professionnels sourds, dans le domaine de la santé. Au delà du métier d'intermédiaire déjà largement développé, un statut de "*sourd signeur professionnel de santé*" a été proposé. Il permettrait de combiner des compétences techniques soignantes et une qualification linguistique supplémentaire. A notre connaissance, cette fonction n'existe pas. Néanmoins, en France, un établissement tente de l'expérimenter. C'est le cas de l'EHPAD Saint-François de Sales qui a ouvert ses portes en 2013 près de Lille (52,53). Cette structure accueille des personnes âgées dépendantes entendants ou sourdes de naissance. Les membres du personnel sont sourds ou entendants, et connaissent pour la plupart la LSF.

D. Conséquences pratiques et perspectives

En 2014, Coignard et al. s'étaient intéressés aux facteurs de risque de confusion et aux adaptations réalisées sur les ordonnances délivrées aux patients sourds, dans diverses UASS (6). Ils remarquaient l'importance de la compréhension visuelle et proposaient l'usage de pictogrammes, de dessins ou d'ordonnances sous forme de tableaux. A l'instar de leur travail, les équipes de Médecins du Monde ou les équipes travaillant auprès des patients Alzheimer (54) proposaient d'étendre l'utilisation de pictogrammes auprès d'un public plus large.

Concernant l'amélioration de la communication gestuelle ou mimique, il serait pertinent d'utiliser des mots signés les plus simples possibles, ne pas se mettre devant une source de lumière, ne pas mettre sa main devant sa bouche, bien se mettre en face, ou encore reformuler ce que l'on comprend du patient pour évaluer la fidélité de la compréhension.

Il serait utile de tenir compte de l'existence des structures régionales spécialisées dans l'accueil des patients sourds. Au quotidien, les professionnels des UASS s'adaptent intuitivement et de façon pragmatique aux difficultés de communication, et cela sans suivre de plan de recherche organisé. De prochaines études pourraient s'intéresser aux interventions de leurs intermédiaires auprès de patients non-verbalisants afin d'observer une mise en situation des professionnels sourds dans les services "classiques".

Il serait important d'étudier la pertinence de l'utilisation d'outils de la LSF en interrogeant les professionnels de santé entendants avant, pendant et après un cycle de formation **de** LSF. Nous pensons par exemple aux étudiants en médecine qui participent à des enseignements **de** LSF dans certaines facultés de France. Leur

retour d'expérience pourrait favoriser la prise de conscience sur l'utilité d'envisager la communication soignant-soigné sous un angle plus visuo-gestuel.

Quant aux pouvoirs publics, les lois (4,7,8) ont certes amélioré les droits des sourds dans les domaines de la santé ou de l'éducation, mais leur accès aux études supérieures, en particulier aux formations des métiers de la santé, reste de l'ordre du parcours du combattant.

CONCLUSION

Le statut particulier des professionnels de santé sourds français a un impact sur la relation de soin dont la représentation s'approche d'une entraide mutuelle, voire du partage d'un vécu commun. Avec des compétences qui dépassent la fonction soignante, certains revêtent un rôle de médiation.

Le développement de leurs capacités communicationnelles gestuelles fait d'eux des experts de la communication non verbale. Pour compenser leur surdité, ils se montrent observateurs hors pairs avec un sens affuté du détail visuel. De manière inconsciente et naturelle, ils témoignent d'une facilité d'extériorisation mimique. Après de personnes non verbalisantes de profils variés (enfants, autistes, personnes trachéotomisées, personnes âgées, patients allophones), ils préfèrent un code gestuel mimé simple et intuitif, utilisant des outils de la LSF : pointage, expressions du visage et structuration de l'espace. Plus généralement, il apparaît que la LSF est une langue qui permet une interaction entre les individus qui l'ont apprise et qui la maîtrisent. Son apprentissage apporte une forme d'ouverture sur le monde. Mais elle n'est pas un moyen de communication utilisable avec le patient non verbalisant.

Entre les exigences professionnelles et leur culture sourde, les professionnels de santé sourds s'efforcent d'obtenir la reconnaissance de leurs pairs et redoutent d'être mis à l'écart. Dans ce contexte ambivalent, leur mode de communication visuo-gestuel est abordé tantôt avec discrétion, tantôt avec fierté. Une sensibilisation à la surdité de tous les professionnels de santé permettrait de favoriser l'intégration des sourds dans les équipes de soins.

Plus globalement, cette étude nous permet de dégager de vastes problématiques dont la notion est nécessaire au médecin généraliste lors de la prise en charge de patients non-verbalisants. Il s'agit de l'importance de l'observation, de l'environnement, et des détails visuels qui sont autant d'indices permettant de développer l'empathie et la flexibilité⁹, compétence fondamentale en médecine générale selon la WONCA (55).

On retient aussi que les sourds sont bilingues français-LSF, avec une langue mieux maîtrisée que l'autre. Malgré l'article 78 de la loi du 11 février 2005 (8), les modalités pour rendre les études médico-sociales accessibles aux sourds restent insuffisantes. Leur légitimité est régulièrement discutée en raison de limitations liées à l'idéologie sociale, à la sécurité ou encore à la stratégie économique. Cela rend nécessaire d'améliorer l'accessibilité des formations aux métiers de la santé, ainsi que l'adaptation de leur environnement de travail. L'enjeu est de diminuer leurs difficultés d'intégration dans les équipes soignantes, donc le risque d'isolement.

Cette étude vient enrichir le corpus de travaux en santé sur la communication gestuelle, relativement peu nombreux. Elle témoigne de l'aisance extraordinaire des sourds à exprimer spontanément l'abstraction de manière non verbale. On observe une inadéquation entre leurs compétences visuelles extraordinaires et le caractère inexploité de ces qualités.

⁹ La WONCA définit la flexibilité comme *"la capacité des médecins généralistes de s'adapter et d'agir de manière pertinente face à la complexité des situations cliniques ainsi qu'aux changements biomédicaux et sociétaux de la communauté et des individus dans le respect de l'éthique et des cultures"*.

Ce travail se penche également sur ce que la surdité peut nous apprendre à tous, sur notre condition d'être parlants. Comme le remarquait Sacks, neurologue, en 1996, "ce que les sourds donnent à voir, à qui les écoute, c'est bel et bien une autre manière d'être humain" (56). Une sensibilisation des professionnels de soins à la surdité et à la LSF permettrait de mieux accompagner l'ensemble des patients et apporterait des solutions pour développer chez les soignants des aptitudes naturelles, spontanées et visuelles dans le domaine de la communication non verbale. Les professionnels de santé sourds interrogés dans ce travail proposent également d'étendre largement la sensibilisation à la LSF et à la surdité, et ce parfois dès l'école maternelle.

Afin de proposer des outils performants concrets, il serait pertinent de mener des études complémentaires, en particulier des "recherche action" ou des observations de terrain sur les caractéristiques gestuelles employées par les professionnels sourds au cours des soins.

VU

Strasbourg, le 13 juillet 2019

Le président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Christophe WEBER



VU et approuvé

06 AOUT 2019

Strasbourg, le

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

Pour le Doyen,
L'Assesseur
Pr Bernard GOICHOT



ANNEXES

Annexe 1 - Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 2 - Formulaire de consentement

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION À UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE (Exemplaire participant)

Mr /Mme (*rayez la mentionne inutile*)

Nom de naissance :

Prénom :

Claire Raimbault m'a proposé de participer à sa thèse d'exercice de docteur en médecine.
Le thème porte sur la LSF dans la relation de soin.

Elle m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.

2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à l'entretien enregistré le

.....

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté :

OUI

NON

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour Claire Raimbault.

Fait à

Le

Signature du participant :

Signature de l'investigatrice :

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION À UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE
(Exemplaire chercheur)

Mr /Mme (*rayez la mentionne inutile*)

Nom de naissance :

Prénom :

Claire Raimbault m'a proposé de participer à sa thèse d'exercice de docteur en médecine.
 Le thème porte sur la LSF dans la relation de soin.

Elle m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.

2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à l'entretien enregistré le

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté :

OUI

NON

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour Claire Raimbault.

Fait à

Le

Signature du participant :

Signature de l'investigatrice :

Annexe 3 - Note d'information à destination des participants



EVALUATION DES APPORTS DE LA LSF SUR LA RELATION DE SOIN AVEC DES PERSONNES NON VERBALISANTES ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE PROFESSIONNELS SOURDS FRANÇAIS.

Brest, le / / .

Cher (Prénom du participant),

Je suis médecin généraliste remplaçant. Je fais mon travail de thèse en réalisant une étude observationnelle sur les apports de la LSF sur la relation de soin.

Mon objectif est d'évaluer l'apport de la LSF sur les personnes entendant non verbalisantes. Je m'adresse à vous car vous êtes professionnel sourd et locuteur de la LSF. Vous exercez un métier sanitaire (IDE ou aide-soignant). Et vous êtes en activité au sein d'un établissement qui accueille un public entendant.

Vous pouvez prendre le temps de lire et comprendre ces informations, et de demander aux médecins responsables de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris. Ce sont les Drs Benoît Drion et Anahita Ghobadi. Vous pouvez trouver leurs coordonnées en bas de page.

J'aimerais vous demander de répondre à un court questionnaire et de réaliser un entretien avec moi, en présence d'un interprète. Votre participation m'est précieuse car elle me permettra de mieux comprendre votre vécu dans votre métier, au sein d'équipes entendant. Cette étude est sur le mode du volontariat, vous ne recevrez pas de rémunération en acceptant de participer à celle-ci.

Les informations recueillies, confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude seront traitées par moi-même. Elles seront conservées jusqu'à la soutenance de thèse. Conformément au règlement (UE 2016/679) du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez de droits. Les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande à l'adresse suivante : claire.raimbault@etu.unistra.fr

Claire RAIMBAULT
Médecin généraliste remplaçant
06.25.31.73.36
claire.raimbault@etu.unistra.fr

Dr Anahita GHOBADI
Chef de clinique des universités -
Faculté de Médecine de Strasbourg
06.61.16.21.68
aghobadi@unistra.fr

Dr Benoît DRION
Coordinateur réseau Sourds et Santé
03.20.22.38.03
drion.benoit@ghicl.net



Le projet a été inscrit au registre des traitements de l'université de Strasbourg. Pour toute question concernant la protection des données à caractère personnel vous pouvez également contacter la déléguée à la protection des données de l'université de Strasbourg à l'adresse suivante : cil@unistra.fr.

Si vous le souhaitez, je peux aussi échanger plus directement avec vous, afin de vous expliquer l'objectif précis de cette recherche. N'hésitez pas à me contacter en utilisant l'adresse électronique ci-dessus ou bien par SMS (06.25.31.73.36).

Si vous acceptez de participer à ce programme, je viendrai vous rencontrer dans le lieu de votre choix ou par communication Skype, durant 30 à 60 minutes. Nous aurons un entretien en présence d'un interprète assermenté. Un enregistrement audio sera réalisé afin de respecter vos propos. Cet enregistrement sera détruit après avoir été retranscrit sur papier.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, merci de remplir la rubrique « consentement ». Je vous enverrai une copie du document pour que vous puissiez vous y référer à n'importe quel moment.

Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à donner de justification.

En espérant une réponse positive de votre part, je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande.

Claire Raimbault

Claire RAIMBAULT
Médecin généraliste remplaçant
06.25.31.73.36
claire.raimbault@etu.unistra.fr

Dr Anahita GHOBADI
Chef de clinique des universités -
Faculté de Médecine de Strasbourg
06.61.16.21.68
aghobadi@unistra.fr

Dr Benoît DRION
Coordinateur réseau Sourds et Santé
03.20.22.38.03
drion.benoit@ghicl.net

Annexe 4 - Guide d'entretien

Présentation et introduction

Bonjour, je suis Claire RAIMBAULT, je viens de terminer mon internat de médecine générale et je suis actuellement médecin remplaçant. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Cet entretien va être enregistré, il devrait durer entre 30 minutes et une heure, sera retranscrit mot à mot et restera anonyme.

Formulaire de consentement (document à faire signer)

Questions

I. Description de la place que prennent les professionnels sourds.

1. En tant que sourd, quelle est votre place dans l'équipe ?

Questions de relance :

- Racontez votre expérience (votre quotidien) de professionnel sourd.
- Qu'est-ce que vous pouvez apporter dans les équipes soignantes ?
- Quel est votre rôle selon vous ?
- Que faites-vous différemment par rapport à vos collègues entendants ? Pourquoi ?

II. Enjeux linguistiques dans la relation de soin.

2. Comment communiquez-vous au travail ?

Questions de relance :

- Quelle est votre façon de communiquer avec vos collègues ?
- Pouvez-vous décrire votre façon de communiquer avec les patients ?
- Quels sont les stratégies que vous utilisez spontanément ?
- Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer ? Que faites-vous face à ces difficultés ?
- Par exemple, comment évaluez-vous la douleur des patients ?

III. La gestualité dans la relation thérapeutique.

Maintenant, imaginez une situation avec une personne qui ne peut pas communiquer. Par exemple, une personne démente ou autiste.

3. Quelle serait, selon vous, la place des signes avec ce patient ?

Questions de relance :

- Quelles peuvent être vos stratégies par rapport à vos connaissances personnelles ?
- Quels sujets amènent l'utilisation de signes avec ce patient ?
- Racontez une expérience avec un patient qui ne verbalisait pas.
- En tant que sourd signeur, que remarquez-vous au cours des échanges avec quelqu'un qui ne parle plus ?

IV. Exploration de l'intervention de la LSF dans la relation de soin.

Le corps des entendants produit inconsciemment des gestes, pour accompagner leur parole. Imaginez que la parole ne soit plus possible, pour une raison quelconque.

4. Selon vous qui pratiquez la LSF, qu'est-ce que cette langue peut apporter dans la relation ?

Questions de relance :

- A votre avis, que pourriez-vous exprimer par des signes ?
- Comment aborderiez-vous des questions abstraites, comme le vécu de la douleur ?
- Avez-vous déjà été sollicité par un collègue parce que vous êtes sourd ? Racontez cette situation.

V. Propositions.

5. En tant que sourd, que pouvez-vous proposer pour améliorer la relation de soins à l'issue de cette discussion ? Et pourquoi ?

Questions de relance :

- Avez-vous l'impression que l'attitude de vos collègues entendants a évolué ? De quelle manière ?
- Quand le langage fait défaut, qu'apporte votre culture pour communiquer avec vos patients ?

Commentaires libres : Nous avons fait le tour des questions, avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ? Une anecdote à partager ?

Annexe 5 - Formulaire caractéristiques des participants

Date :

Âge :

Sexe : Masculin Féminin

Profession :

Mode d'exercice ou service :

Moyens de communication employés (*plusieurs réponses possibles*) :

- LSF exclusivement
- Oralise
- Français écrit
- Lecture labiale
- Autres. *Préciser :*

Vous lisez le français :

- Pas du tout
- Difficile (ex : doit toujours demander de l'aider pour comprendre un courrier)
- Moyen (ex : doit souvent demander de l'aide pour comprendre un courrier)
- Assez bien (ex : doit parfois demander de l'aide pour comprendre un courrier)
- A l'aise (ex : lit facilement le journal, des livres, le courrier)

Vous écrivez le français :

- Pas du tout
- Difficile (ex : doit toujours demander de l'aider pour écrire une lettre)
- Moyen (ex : doit souvent demander de l'aide pour écrire une lettre)
- Assez bien (ex : doit parfois demander de l'aider pour écrire une lettre)
- A l'aise (ex : écrit facilement tout type de texte)

Cadre réservé à l'équipe de recherche

Numéro de l'entretien :

Date :

Durée de l'entretien ou refus (raisons du refus si exprimées) :

Cadre de collecte des données :

Notes :

Annexe 6 - Retour des verbatim, fiche explicative

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude portant sur l'apport de la LSF dans le soin, et du temps que vous m'avez accordé.

Je vous adresse comme convenu la retranscription de notre entretien du 25 janvier. L'anonymisation consiste à remplacer des éléments de détail par des indications génériques entre crochets, ce que je n'ai pas eu à faire ici.

Si vous remarquez des éléments favorisant votre identification personnelle, merci de me les signaler afin que je procède aux modifications.

Si vous remarquez une mauvaise retranscription de vos propos, merci de me le signaler afin que j'écoute à nouveau l'enregistrement.

Si vous remarquez des passages retranscrits fidèlement mais qui appellent des commentaires de votre part (si vous avez changé d'avis ou si vous trouvez vos propos confus, par exemple), vous pouvez m'adresser vos remarques. Elles figureront en annexe du travail de thèse, sans modification de la retranscription initiale.

Bien cordialement,

Claire RAIMBAULT.

Annexe 7 - Fiche publiée au registre des traitements des données

Traitement mis en oeuvre par **Université de Strasbourg**

Finalité principale du traitement UFR Médecine - 2018 - Thèse MG - Evaluation des apports de la LSF dans la relation de soin avec des personnes non verbalisantes

Détail des finalités du traitement	Etude des pratiques professionnelles. Evaluation des apports de la Langue des Signes Française dans la relation de soin avec des personnes non verbalisantes - Etude qualitative auprès de professionnels sourds français locuteurs de la LSF ayant accepté de participer à l'étude.									
Service chargé de la mise en oeuvre	Université de Strasbourg : FACULTÉ, ÉCOLES, INSTITUTS - Santé - Faculté de médecine									
Service auprès duquel s'exerce le droit d'accès										
Personnes concernées, données, durée de conservation et destinataires	<p>Personnes concernées: Sujets d'études</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Données</th> <th>Destinataires</th> <th>Durée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Données d'études générales</td> <td>Seulement le service gestionnaire</td> <td>2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude</td> </tr> <tr> <td>Données d'études sensibles</td> <td>Seulement le service gestionnaire</td> <td>2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude</td> </tr> </tbody> </table>	Données	Destinataires	Durée	Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire	2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude	Données d'études sensibles	Seulement le service gestionnaire	2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude
Données	Destinataires	Durée								
Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire	2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude								
Données d'études sensibles	Seulement le service gestionnaire	2 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude								
Transferts hors UE	Données dans l'UE									
Descriptif général des mesures de sécurité techniques	Données collectées sur support papier, conservées au domicile de l'investigatrice. Le verbatim des entretiens sera retranscrit via des outils bureautiques et conservés dans un dossier consultable après authentification.									
Descriptif général des mesures de sécurité organisationnelles	Un code d'anonymat (numéro et date d'inclusion) sera renseigné immédiatement sur les documents (questionnaire pré-entretien et entretien). La table de concordance sera renseignée dans le carnet de bord détenu et consultable par la seule investigatrice, conservé au domicile de celle-ci.									
Mise à jour	Date 10/12/2018 Version 1									

Coordonnées du responsable de traitements et, sauf précision ci-dessus, coordonnées du service à contacter pour l'exercice de vos droits
Université de Strasbourg
4, rue Blaise Pascal CS900032 67081 Strasbourg

Annexe 8 - Repères et précisions pour la compréhension du sujet

Histoire de la langue des signes française (LSF)

XVIII^e : l'abbé de l'Epée découvre l'intérêt de la LSF pour l'éducation des sourds.
 1778 : 1^{er} Institut National des Jeunes Sourds (INJS)
 1880 : le congrès de Milan interdit en France l'usage de la LSF dans l'éducation
 1975 : « Réveil Sourd » : lutte pour la reconnaissance de la LSF
 Années 70 : 1^{ère} classe bilingue
 Janvier 1991 : loi Fabius sur le bilinguisme
 1998 : rapport ministériel nommé rapport Gillot
 2005 : LSF reconnue langue à part entière

Culture Sourde

Signeur, signer : pratique, pratiquer la LSF (néologisme traduit de la LSF)
 Niveau en LSF : comme pour toutes les langues selon le cadre européen commun de référence pour les langues A, B1, B2, C...
 [mot] : signe correspondant au(x) mot(s) entre crochet en français
 LPC : langage parlé complété, n'est pas une langue mais un code facilitant de la lecture labiale
 Ecole bilingue : cours entièrement en LSF, par bilinguisme il faut entendre « LSF/français écrit »
 Français signé : LSF simplifiée consistant à mettre des signes exacts sur une syntaxe de langage oral
 Dactylogogie : épeler un mot en LSF s'il n'existe pas de signe : nom propre, de marque de médicament, maladie exceptionnelle
 sourd (s minuscule) : déficient auditif (caractérise, stigmatise le handicap)
 Sourd (S majuscule) : membre de la communauté Sourde, cf Mottez B. Les Sourds existent-ils ? Paris: L'Harmattan; 2006, 160 p
 Entendants : n'est pas Sourds (néologisme traduit de la LSF)
 114 : numéro d'urgence pour les Sourds (correspond au 15) en vidéo conférence LSF ou SMS avec géolocalisation.
 URAPEDA : Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Déficitifs Auditifs

Annexe tirée de l'étude de Coignard et al. Repenser la compréhension de l'ordonnance : l'exemple des soins aux Sourds. Thérapie. 1 nov 2015;70(6):501-13.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Drion B, Buhler L. Access to care in sign language: the French experience. *Public Health*. 1 août 2016;137:200-3.
2. Delaporte Y. *Les Sourds c'est comme ça. Ethnologie de la surdimutité*. Editions de la Maison des Sciences de l'Homme. Paris; 2002. 398 p.
3. Sander M, Lelièvre F, Tallec A. *Le handicap auditif en France : apport de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance de 1998-1999*. 2007 p. 8. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er589.pdf>
4. Ministère Travail, Relations sociales, Famille, Solidarité et Ville. *Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes*. 2010 p. 35.
5. Hayet H. *État des lieux du stade diagnostique initial des cancers dans la population sourde, en France, dans cinq Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds, au premier janvier 2015*. Grenoble; 2015.
6. Coignard L, Martinez C, Bonnefond H, Charles R. *Repenser la compréhension de l'ordonnance : l'exemple des soins aux Sourds*. *Thérapie*. 1 nov 2015;70(6):501-13.
7. Gillot D. *Le Droit des sourds : 115 propositions : rapport au Premier ministre*. 1998 p. 133.
8. *LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.
9. Drion B. *Permettre l'accès aux sourds aux soins en santé, en langue des signes*. 2014. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/>
10. Université Paris 8. *Médiateur-relais sourds/entendants - DESU. Service Formation Permanente*.
11. *La formation AS ouverte aux personnes sourdes*. Ifsante - Institut de formation en santé LILLE. Disponible sur: <https://www.ifsante.fr/portfolio/>
12. *Fédération Nationale des Sourds de France. Les Métiers interdits et les Sourds*. 2018 p. 13. Disponible sur: <http://www.fnsf.org>
13. Groupe : *Les Professionnel(e)s Sourd(e)s de Santé et du Social de France*. Facebook.
14. Fusellier-Souza I, Leix J. *L'expression de la temporalité en Langue des signes française. Actes Conceptualisation et Surdité*. déc 2003.
15. Companys M. *moi Sourd, et toi? Voyage dans le monde des sourds et des signes*. Editions Monica Companys. 2008.

16. Sallandre M-A. Va et vient de l'iconicité en langue des signes française. *Acquis Interact En Lang Étrangère*. 2 déc 2001;(15).
17. Cuxac C. *La Langue des Signes Française (LSF) : les voies de l'iconicité*. Paris-Gap: Ophrys; 2000.
18. Drion B. Et si les professionnels sourds nous enseignaient la communication ? mars 2016.
19. Smiley AC. Easing the pain of Alzheimer's with sign language. *J Long Term Care Adm*. 1993;21(2):8-9.
20. Blondel M, Tuller L. La recherche sur la LSF : un compte rendu critique. *Rech Linguist Vincennes*. 1 mai 2000;(29):29-54.
21. 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. Nice; 2011.
22. Conti L. La consultation de médecine générale vue par les sourds. Analyse du ressenti et des attentes à partir d'entretiens semi-dirigés. *Claude Bernard-Lyon 1*; 2015.
23. Pregniard E. Le médecin généraliste et le patient sourd : étude qualitative des représentations des médecins généralistes concernant les patients sourds, à partir d'entretiens semi-dirigés de médecins de la région Rhône-Alpes. *Claude Bernard-Lyon 1*; 2015.
24. Mauffrey V, Berger T, Hartemann P, Bouillevaux I. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. *Enquête qualitative, Santé Publique*. 8 juin 2016;28(2):213-21.
25. Nier F. Connaissances et représentations des médecins traitants de la double prise en charge médicale de leurs patients sourds avec une Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds. *Claude Bernard-Lyon 1*; 2016.
26. Sainson C, Barat M, Aguert M. Communication disorders and executive function impairment after severe traumatic brain injury: An exploratory study using the GALI (a grid for linguistic analysis of free conversational interchange). *Ann Phys Rehabil Med*. 1 déc 2014;57(9):664-83.
27. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer*. 1re éd. De Boeck; 2015. 152 p. (Méthodes en sciences humaines).
28. Rogervoice - Comment ça marche ? Disponible sur: <https://rogervoice.com/fr/>
29. Olivier de Sardan J-P. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Belgique: Academia-Bruylant; 2008. 368 p.

30. Emploi et handicap : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Ministère du Travail. 2019. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/>
31. Bourel F. Exercer la médecine générale en étant sourd ? Etude qualitative sur la perception et le vécu des troubles auditifs chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais lors de l'exercice de leur profession. UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2; 2013.
32. Dalle-Nazébi S, Lachance N. Quand les acquis d'un mouvement social créent les conditions d'un militantisme médical : l'exemple des sourds. Quad Commun Technol Pouvoir. 5 janv 2009;(68):83-5.
33. CIRCULAIRE N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007. 2007 p. 29.
34. CHRU de Nancy - IFSI : Enseignement Optionnel de la Langue des Signes Française. Disponible sur: <http://www.chru-nancy.fr/index.php/metiers/>
35. Diplôme d'Université - Référent en surdicécité. Annuaire des formations - Université de Rennes 1. 2017. Disponible sur: <https://formations.univ-rennes1.fr/formation/>
36. DU Surdité et santé mentale - Paris-Descartes. A.N.A.E.
37. Licence professionnelle Intervention sociale : accompagnement de publics spécifiques | Faculté des Arts, Lettres, Langues, Sciences humaines.
38. Holden C. Supreme Court to Hear Case of Deaf Nurse. Science. 13 avr 1979;204(4389):158-158.
39. EEHU de Lille. 5 me rencontre philo-psy : Partager un monde commun quand le langage fait défaut : Un défi éthique dans la relation de soin ? 2018 juin 23; EEHU de Lille.
40. Hall WC. What you don't know can hurt you: The risk of language deprivation by impairing sign language development in deaf children. Matern Child Health J. mai 2017;21(5):961-5.
41. Alexander A, Ladd P, Powell S. Deafness might damage your health. The Lancet. 17 mars 2012;379(9820):979-81.
42. Drion B, Semail J. La maltraitance méconnue des sourds locuteurs de la langue des signes en maison de retraite. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2016;16(91):17-23.
43. Cosnier J. Communication non verbale et langage. Psychol Médicale. 1977;9(11):2033-2049.
44. Cosnier J. Les gestes du dialogue, la communication non verbale.

45. Pastena AD. Communication verbale et non verbale dans la maladie d'Alzheimer : une atteinte globale ou différenciée ? Université Charles de Gaulle - Lille III; 2014.
46. Schimidt TCG, Duarte YA de O, Da Silva MJP. Mediate evaluation of replicating a Training Program in Nonverbal Communication in Gerontology. Rev Esc Enferm USP. avr 2015;49(2):0309-16.
47. Kendon A. Gesture: Visible Action as Utterance. Cambridge University Press; 2004. 418 p.
48. Vinchon D. Gestualités linguistique et non linguistique : approches théoriques et méthodologiques. 25 mai 2011;114.
49. Maeder C. Espace, temps et relations temporo-logiques chez le sujet sourd: étude comparative de sujets sourds et entendants dans le maniement des marqueurs spatio-temporels en LSF et en français. Université de Nancy II; 1994.
50. Ginès M. 13. Les équipes soignantes mixtes Sourds/Entendants. In: Surdité et santé mentale. Lavoisier; 2013. (Lavoisier. « Cahiers de Sainte-Anne »).
51. Abbou D. Les professionnels sourds. In: Surdité et souffrance psychique. Ellipses. 2001. (Vivre et comprendre).
52. Une maison de retraite pour personnes sourdes - Waliceo. Disponible sur: <http://sourds.waliceo.fr/actualites/>
53. L' il et la main Nos vieux jours. Disponible sur: <https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/418801-nos-vieux-jours.html>
54. Doubovetzky J. Le médecin l'illettré et l'étranger. Rev Prescrire. 1996;(16(167)):814-5.
55. Stein. Poster session : Definition of flexibility in general medicine. WONCA; 2014.
56. Sacks O. Des yeux pour entendre. Voyage au pays des sourds. Seuil; 1996. 320 p. (Points).

ATTESTATION DE PLAGIAT

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : RAINBAULT Prénom : Clair

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A BREST, le 10/07/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME

Contexte : En France, la légitimité des sourds pour accéder aux professions de santé a souvent été discutée en raison des limitations imposées par la surdité, ou pour des questions de sécurité des soins. Pourtant, en raison de leurs compétences visuelles naturelles, ils semblent faire de leur surdité un atout.

Objectifs : Evaluer l'apport du mode de communication visuo-gestuel des professionnels de santé sourds à la relation de soin avec des personnes présentant des problèmes d'expression verbale. Comprendre leur vécu de soignant handicapé, analyser leur ressenti et leurs difficultés.

Population étudiée et méthode : Enquête qualitative réalisée sous forme de *focus group* ou entretiens semi-dirigés auprès de 11 professionnels de santé sourds locuteurs de la LSF et exerçant dans des établissements de soin français.

Résultats : Les participants interrogés s'accordent sur un langage gestuel ou mimique spontané, simple et intuitif, ne nécessitant pas d'apprentissage. Leurs compétences visuelles extraordinaires sont en inadéquation avec leur caractère inexploité. Ils proposent d'étendre la sensibilisation à la LSF et à la surdité pour développer chez tous les soignants des aptitudes extralinguistiques à la communication. Il paraît nécessaire d'améliorer l'accessibilité des formations aux métiers de la santé, ainsi que d'adapter leur environnement de travail. L'enjeu est de diminuer leurs difficultés d'intégration dans les équipes soignantes, donc le risque d'isolement.

Conclusion : La présence de professionnels sourds dans les structures de soins pourra améliorer la communication visuelle des équipes soignantes. Sensibiliser les soignants à la surdité permettra de mieux accompagner l'ensemble des patients et apportera des solutions pour développer un langage non verbal naturel, spontané et visuel.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Langue des Signes Française, communication non verbale, recherche qualitative, soignant handicapé, relation soignant-soigné.

Président : M le Pr Jean-Christophe Weber

Assesseurs : M le Pr Fabrice Berna

Mme la Dre Evelyne Lonsdorfer

M le Dr Benoît Drion (co-directeur de thèse)

Mme la Dre Anahita Ghobadi (co-directrice de thèse)

Adresse de l'auteure : raimbault.mg@gmail.com