

**ACADEMIE D'ORLEANS-TOURS**

**UNIVERSITE DE TOURS**

**FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »**

Année 2022

N° 47

**THESE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

Charlotte GERARD-BIARD  
Née le 4 février 1995 à Chambray-lès-Tours

Présentée et soutenue publiquement  
le 18 juillet 2022

**Prise en charge des patients sourds ou malentendants à l'officine et  
introduction à la langue des signes française**

**JURY**

Présidente : Mme MUNNIER Émilie – Pharmacien, Professeur d'université, HDR –  
Faculté de pharmacie de Tours

Directrice de thèse : Mme VERGOTE Jackie – Pharmacien, Maître de conférences –  
Faculté de pharmacie de Tours

Membre : Mme CAO Clara – Pharmacien d'officine remplaçant

## LISTE DES ENSEIGNANTS

ANNEE : 2021 - 2022

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

### ENSEIGNANTS

#### 12 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER V	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
IAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

#### 7 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistiques & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

#### 2 PROFESSEURS ÉMERITES

GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHÉMATIQUES
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

#### 37 MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE



DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUES & ÉPIDÉMIOLOGIE
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

## 2 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE

### 2 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

## 1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

HILALI	Soukaïna	PHARMACOGNOSIE
--------	----------	----------------

### 1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

## 3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



## **SERMENT DE GALIEN**

*En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :*

***D'honorer** ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;*

***D'exercer**, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*

***De ne jamais oublier** ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;*

***En aucun cas**, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;*

***De ne dévoiler** à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;*

***De faire preuve** de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;*

***De coopérer** avec les autres professionnels de santé ;*

***Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.***

**Date :** Lundi 18 juillet 2022

**L'étudiant**  
Mme GERARD-BIARD Charlotte

**Le Doyen de la Faculté**  
Professeur Denys BRAND

## REMERCIEMENTS

**Merci à Madame le professeur Jackie Vergote**, pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de m'avoir conseillée et encadrée dans ce thème inhabituel, et d'être membre du jury lors de ma soutenance de thèse.

**Merci à Madame le professeur Emilie Munnier**, pour avoir bien voulu présider le jury lors de ma soutenance de thèse.

**Merci à Clara Cao**, d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Merci à toi d'être là, de toujours penser à tes amis, de ne pas hésiter à faire du chemin pour voir tout le monde. Merci à toi d'être toujours pleines de surprises et de petites attentions qui réchauffent le cœur. Merci pour « la thé box » que tu m'as envoyée et les minutes de douceurs procurées ; et à chaque café que je me fais, ta magnet photo cabine me rappelle tous nos supers moments.

**Merci à Madame Madeline Chenoffe**, pour avoir été mon maitre de stage lors de ce stage de pratique professionnelle en officine de 6<sup>ème</sup> année. Merci de m'avoir accueillie et formée au sein de votre pharmacie, et de m'avoir transmis documents et informations en accord avec mon sujet de thèse. **Merci à vous et à toute l'équipe** pour votre accueil, votre confiance, votre écoute, votre gentillesse, votre patience et vos conseils.

**Merci à Madame Agnès Gouron et Madame Célia Hugon**, pour m'avoir accueillie dans votre officine, pour m'avoir encouragée et soutenue pendant toute cette période, et de m'avoir donnée du temps pour que je puisse rédiger ma thèse. **Merci à vous et à toute l'équipe de la pharmacie Saint Lazare** pour votre disponibilité et votre bienveillance.

**Merci à mes parents**, qui m'ont soutenue et encouragée pendant toutes ces années, sans qui je n'aurais pu réaliser ces études. Quelques soient les difficultés que j'ai pu rencontrer, vous avez toujours été là pour moi et je ne pourrais jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait. Les mots ne suffiront pas à vous dire à quel point je vous aime.

**Merci à toute ma famille**, de m'avoir encouragée lors de tous ces moments réunis en famille. Tous ces instants passés ensemble sont toujours un pur bonheur. **Un merci spécial à mon papy**, de nous avoir toujours souhaité le bonheur, la réussite et la santé depuis que je suis petite. J'espère que tu pourras me voir de là où tu es et que tu seras fier de moi. **Une douce pensée pour mon tonton Jeannot**, qui a toujours apporté de la bonne humeur, de la joie et beaucoup de rires.

**Merci à Guillaume, mon copain**, pour m'avoir encouragée, motivée et soutenue tout au long de ces deux ans. Merci d'avoir toujours répondu présent dès que je te demandais de l'aide, même pour des petites choses souvent futiles. Merci pour tes remarques et le temps que tu as consacré à me relire. Merci d'avoir bouleversé mon quotidien, de me faire autant rire et de me donner tous ces moments de vie inestimables. Merci à toi d'avoir accepté de garder Larry avec nous. Merci d'être toi. A nos futurs moments post-thèses.

**Merci à vous les copains** pour toutes ces belles et folles années. Rien n'aurait été pareil sans vous. Merci à cette « **TT du matin** » qui a rendu bien plus chouette ce stage hospitalier de 5<sup>e</sup> année. Merci aux « **usés de la vie** » parce que vous êtes la preuve que la pharma c'est que de l'amour ! Merci à vous pour tous ces instants, que ce soit en cours, en TP, à la BU ou dans les salles pour réviser parfois jusqu'à pas d'heure. Sans oublier nos soirées, nos rendez-vous au fut-et-à-mesure, à nos week-ends, à nos vacances et à tous ces futurs moments qu'on créera encore tous ensemble ! Alors un grand merci à vous tous : **Clara, Pauline, Perline, Solène, Gaëlle, Virginie, Juliette, Eloïse, Julie D., Julie C., Gaya, Arthur, Paul, Benoit.**

**Merci à Julia, Jade et Maurine**, mes copines depuis 10 ans. Merci à vous d'être toujours là dans les bons et mauvais moments. Malgré les chemins différents, je suis heureuse qu'on puisse toujours se trouver du temps pour se voir, pour se boire un verre et passer des heures à papoter, pour continuer notre rituel de brunch les dimanches matins des week-ends qu'on passe ensemble. A nos soirées entre filles, à nos week-ends, à nos vacances et à tous ces instants qu'ils nous restent à créer.

**Merci à Madame Anne Ligou**, pour m'avoir redirigée vers une formation adaptée en langue des signes française, de m'avoir fait découvrir et initiée à cette langue. Merci pour cette formation riche et humaine.

**Merci à la famille de malentendant** dont je ne connais pas le nom et que j'ai rencontré lors de l'été 2019. Sans eux, je n'aurais jamais eu l'idée de ce sujet de thèse.

**Merci à toutes les personnes et les URPS** qui ont gentiment accepté de diffuser mon questionnaire auprès des officines de leur région, malgré l'encombrement des canaux de communication avec l'actualité. **Merci à ces titulaires, à ces adjoint(e)s, à ces remplaçant(e)s, à ces préparateurs/préparatrices et à ces étudiant(e)s** qui ont contribué à l'enquête.

**Un grand merci à vous tous !**

# TABLE DES MATIERES

<b><u>SERMENT DE GALIEN</u></b>	<b>4</b>
<b><u>REMERCIEMENTS</u></b>	<b>5</b>
<b><u>TABLE DES MATIERES</u></b>	<b>7</b>
<b><u>LISTE DES ABREVIATIONS</u></b>	<b>9</b>
<b><u>LISTE DES TABLEAUX</u></b>	<b>9</b>
<b><u>LISTE DES FIGURES</u></b>	<b>10</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>11</b>
<b><u>I. PHYSIOLOGIE DE L'OREILLE &amp; SURDITE</u></b>	<b>12</b>
A. <u>ANATOMIE DU SYSTEME AUDITIF</u>	<b>12</b>
1. <u>L'OREILLE EXTERNE</u>	13
2. <u>L'OREILLE MOYENNE</u>	14
3. <u>L'OREILLE INTERNE</u>	15
4. <u>L'AUDITION OU LA TRANSMISSION DU SON</u>	16
5. <u>LES CARACTERISTIQUES D'UN SON</u>	17
B. <u>PHYSIOPATHOLOGIE : LA SURDITE</u>	<b>19</b>
1. <u>DEFINITIONS</u>	19
2. <u>DEGRES &amp; TYPES DE SURDITE</u>	19
3. <u>CAUSES</u>	22
I. <u>LES CAUSES DE SURDITE DE TRANSMISSION</u>	22
II. <u>LES CAUSES DE SURDITE DE PERCEPTION</u>	23
<b><u>II. LA LANGUE DES SIGNES FRANÇAISE : « UNE LANGUE À PART ENTIERE »</u></b>	<b>24</b>
A. <u>UN PEU D'HISTOIRE</u>	<b>24</b>
B. <u>DEFINITIONS DE LA LANGUE DES SIGNES</u>	<b>26</b>
C. <u>QUELQUES POINTS DE GRAMMAIRE</u>	<b>27</b>
1. <u>LES PARAMETRES D'UN SIGNE</u>	27
2. <u>UNE SYNTAXE POUR LA LANGUE DES SIGNES</u>	28
D. <u>AUTRES MOYENS SPECIFIQUES DE COMMUNICATION</u>	<b>29</b>
1. <u>LE FRANÇAIS SIGNE</u>	29
2. <u>LA LANGUE FRANÇAISE PARLEE COMPLETEE (LFPC)</u>	30
<b><u>III. CONTEXTE ET ENQUÊTE AUPRES DES OFFICINES</u></b>	<b>31</b>
A. <u>CONTEXTE &amp; REFLEXION</u>	<b>31</b>
1. <u>SOLUTIONS EXISTANTES PRATIQUEES EN OFFICINE</u>	31
2. <u>OBSTACLES DUS A LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19</u>	32
3. <u>NOUVELLES SOLUTIONS ENVISAGEES</u>	33
B. <u>ENQUETE AUPRES DES EQUIPES OFFICINALES</u>	<b>35</b>
1. <u>OBJECTIF DE L'ENQUETE</u>	35
2. <u>PRESENTATION DE L'ENQUETE</u>	35

3. <u>RESULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUETE</u>	36
I. RUBRIQUE 2 : « A PROPOS DE VOUS »	36
II. RUBRIQUE 3 : « VOUS & LES PATIENTS SOURDS OU MALENTENDANTS »	40
III. RUBRIQUE 4 : « A PROPOS DE VOS PATIENTS »	46
IV. RUBRIQUE 5 : « VOTRE AVIS M'INTERESSE »	49
4. <u>CONCLUSION DE L'ENQUETE</u>	51
<b><u>IV. LE PROJET : GUIDE A LA COMMUNICATION AVEC LES MALENTENDANTS ET SOURDS</u></b>	<b>52</b>
A. <u>INFOGRAPHIES</u>	53
B. <u>AFFICHES EN LANGUE DES SIGNES FRANÇAISES</u>	56
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b>65</b>
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b>	<b>66</b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b>71</b>

## ***LISTE DES ABREVIATIONS***

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens  
CMV : Cytomégalovirus  
FNSF : Fédération Nationale des Sourds de France  
LfPC : Langue française Parlée Complétée  
LSF : Langue des Signes Française  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
UASS : Unité d'Accueil et de Soins des Sourds  
UNISS : Unité d'Informations et de Soins des Sourds  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## ***LISTE DES TABLEAUX***

Tableau I. Répartition des réponses selon les ressentis .....	42
Tableau II. Répartition des réponses selon le ou les outil(s) utilisé(s) .....	44
Tableau III. Répartition des réponses selon le type de documents reçus .....	50

## **LISTE DES FIGURES**

<u>Figure 1.</u> Anatomie de l'oreille (3) .....	12
<u>Figure 2.</u> L'oreille externe (3) .....	13
<u>Figure 3.</u> L'oreille moyenne (3) .....	14
<u>Figure 4.</u> L'oreille interne (3) .....	15
<u>Figure 5.</u> Schéma de l'organe de corti et sa position dans la cochlée (5) .....	16
<u>Figure 6.</u> Exemples de niveaux d'intensités sonores (7) .....	18
<u>Figure 7.</u> Audition normale (16) .....	21
<u>Figure 8.</u> Perte sévère dans les aigus (16) .....	21
<u>Figure 9.</u> Affiche du code de la LfPC faite par l'association ALPC (27) .....	30
<u>Figure 10.</u> Carte des régions possédant une ou des unité(s) d'accueil et de soins pour les personnes sourdes (44) .....	34
<u>Figure 11.</u> Pourcentage de femmes et d'hommes ayant répondu à l'enquête .....	37
<u>Figure 12.</u> Répartition selon l'âge .....	37
<u>Figure 13.</u> Répartition des professionnels selon leur statut au sein de l'officine .....	38
<u>Figure 14.</u> Répartition selon les départements .....	38
<u>Figure 15.</u> Répartition selon les régions .....	39
<u>Figure 16.</u> Répartition selon le nombre d'habitants de la ville où exercent les officines .....	39
<u>Figure 17.</u> Répartition selon la zone géographique .....	40
<u>Figure 18.</u> Proportion d'officines ayant déjà reçu un sourd ou malentendant au comptoir .....	41
<u>Figure 19.</u> Ressenti(s) des officines à l'idée de recevoir un patient sourd ou malentendant .....	41
<u>Figure 20.</u> Pourcentage de professionnels parlant la LSF en officine .....	42
<u>Figure 21.</u> Moyens de communication employés .....	43
<u>Figure 22.</u> Répartition des outils selon le nombre d'utilisateurs .....	44
<u>Figure 23.</u> Pourcentage connaissant le numéro d'urgence 114 .....	45
<u>Figure 24.</u> Proportion d'officines recevant un ou des sourds ou malentendants dans leur patientèle .....	45
<u>Figure 25.</u> Répartition des officines selon le nombre de patients malentendants accueillis .....	46
<u>Figure 26.</u> Pourcentage de patients accueillis parlant la LSF .....	47
<u>Figure 27.</u> Pourcentage de pharmacies s'étant renseignées sur le choix de communication du patient malentendant .....	47
<u>Figure 28.</u> Ressenti vis-à-vis de la prise en charge des patients malentendants au comptoir .....	48
<u>Figure 29.</u> Répartition de la potentielle documentation sur la LSF .....	49
<u>Figure 30.</u> Pourcentage selon l'intérêt porté sur des bases en LSF .....	50
<u>Figure 31.</u> Infographie « Les essentiels pour dialoguer avec les personnes sourdes et malentendantes » .....	54
<u>Figure 32.</u> Infographie « Aides pour améliorer la prise en charges des sourds et malentendants » .....	55
<u>Figure 33.</u> « DACTYLOLOGIE : Alphabet en langue des signes française » .....	57
<u>Figure 34.</u> « FICHE LSF N°1 : ACCUEILLIR » .....	58
<u>Figure 35.</u> « FICHE LSF N°2 : QUESTIONS / REPONSES » .....	59
<u>Figure 36.</u> « FICHE LSF N°2 (suite) : QUESTIONS / REPONSES » .....	60
<u>Figure 37.</u> « FICHE LSF N°3 : PROFESSIONNELS DE SANTE » .....	61
<u>Figure 38.</u> « FICHE LSF N°4 : TEMPS » .....	62
<u>Figure 39.</u> « FICHE LSF N°4 (suite) : TEMPS » .....	63
<u>Figure 40.</u> « FICHE LSF N°5 : VOCABULAIRE SPECIFIQUE » .....	64



## INTRODUCTION

Avec le serment de Galien, le pharmacien jure « de ne jamais oublier [sa] responsabilité et [ses] devoirs envers le malade et sa dignité humaine ». Le pharmacien est donc tenu de s'assurer de la bonne compréhension de toutes les informations transmises à l'égard des patients, qu'ils soient atteints ou non de handicap.

L'idée de cette thèse se fit l'été précédent l'épisode de la Covid-19, après la rencontre fortuite avec une famille malentendante qui communiquait par la langue des signes.

Mais avec cette pandémie, les difficultés que pouvaient rencontrer les équipes officinales au comptoir étaient d'autant plus marquées. Le port du masque rendait impossible la lecture labiale. Les masques et les plexiglas diminuaient le son et la compréhension, obligeant à parler plus fort et/ou plus distinctement. Cette situation a accentué la réflexion initiale : comment la prise en charge des patients sourds et malentendants peut-elle être améliorée ?

Certes, l'écrit peut être une solution suffisante. Cependant, cela est généralement applicable dans le cas où les patients ont appris à lire et ont perdu l'audition ensuite. De plus, il faut savoir que le taux d'illettrisme est relativement élevé chez les sourds profonds.

Dans de très bonnes conditions, la communication verbale ne permet la restitution que de 30% des informations données. Alors qu'en est-il des informations restantes ? La lecture sur les lèvres peut être une aide précieuse mais présente des limites. En effet, certains mots ne se distinguent pas au niveau des lèvres mais par un son prononcé au niveau de la gorge non visible. Ainsi, selon le contexte et avec l'aide de la lecture labiale, les personnes peuvent se faire une idée de ce qui est dit.

Par conséquent, le professionnel de santé fait-il suffisamment attention à l'environnement dans lequel il dialogue ? Pense-t-il même à prendre en compte la culture sourde et la connaissance du patient pour la langue orale ? De part ces questions, le souhait d'enrichir la façon de communiquer ne peut qu'améliorer la prise en charge de tous les patients.

Dans un premier temps, il est essentiel de développer l'anatomie de l'oreille pour pouvoir aborder la surdité et ses différentes causes. Par la suite, au vu du projet, il en va de soi que la langue des signes française doit être présentée. Parler de son histoire et montrer que c'est une langue et non un simple moyen de communication sont nécessaires. Dans un troisième temps, après avoir évoqué le contexte, une enquête a été réalisée auprès de professionnels d'officine quant à la prise en charge des patients sourds et malentendants. Enfin, le projet doit être exposé. L'objectif est d'introduire la langue des signes française avec des signes de base pour accueillir autrement les sourds et malentendants signants. De plus, dans le cas où le patient ne signerait pas, une fiche proposera les attitudes essentielles afin de bien recevoir cette patientèle.

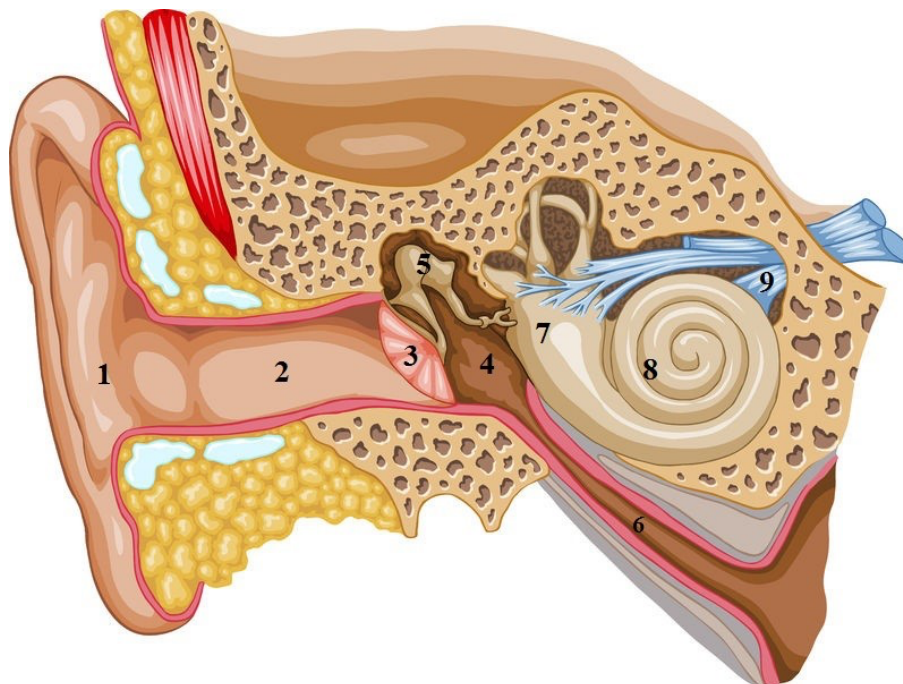
## I. PHYSIOLOGIE DE L'OREILLE & SURDITE

### A. Anatomie du système auditif

Pour aborder les différents types de surdité et les comprendre, il faut d'abord évoquer l'anatomie du système auditif, représentée par la figure 1.

L'oreille a pour fonction principale l'**audition** mais intervient également dans l'**équilibre**. Elle est composée de trois parties (1, 2, 3) :

- L'**oreille externe** : du pavillon au tympan,
- L'**oreille moyenne** : du tympan aux fenêtres ovale et ronde,
- L'**oreille interne** : des fenêtres ovale et ronde au méat acoustique interne.



#### **Oreille Externe**

1. Le pavillon
2. Le méat acoustique externe

#### **Oreille Moyenne**

3. Le tympan
4. La caisse tympanique
5. Les osselets
6. La trompe d'Eustache

#### **Oreille Interne**

7. Le vestibule
8. La cochlée
9. Le nerf auditif

Figure 1. Anatomie de l'oreille (3)

L'oreille externe perçoit les sons, qui seront ensuite transformés en signaux mécaniques par l'oreille moyenne, puis convertis en signaux électriques par l'oreille interne afin d'être interprétés par le cerveau. Par ces rôles, deux types d'audition se distinguent : l'**audition de perception** et l'**audition de transmission**, qui seront développées au point 4 de ce chapitre (1, 2, 4).

Tous ces éléments vont être détaillés un à un, puisqu'ils permettent l'audition en agissant en synergie.

## 1. L'oreille externe

La figure 2 montre les principaux éléments formant l'oreille externe, nommée simplement et habituellement « oreille », représentant les parties anatomiques situées de part et d'autre du visage.

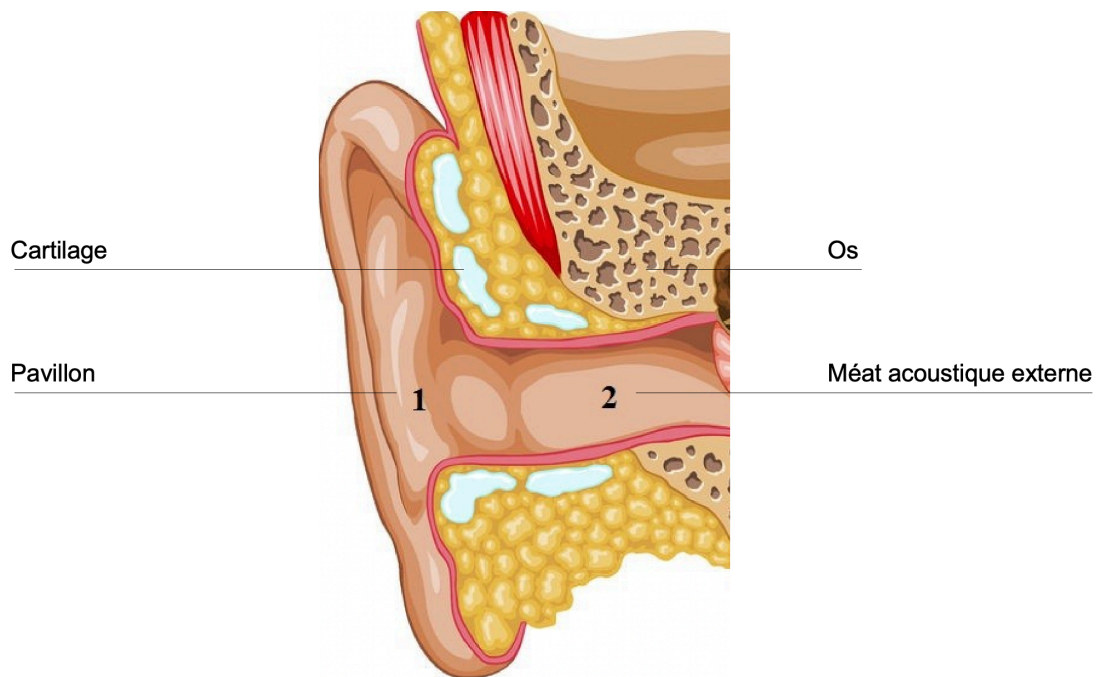


Figure 2. L'oreille externe (3)

La partie latérale de l'oreille externe, ou la partie visible, se nomme le **pavillon de l'oreille**, autrement appelé auricule. Cette structure, faite de reliefs et de fossettes, est propre à chaque individu. Elle est constituée de cartilage et recouverte de peau (2).

Le rôle du pavillon est de capter des ondes sonores, dont la localisation est permise par les reliefs (1, 2, 4).

Un conduit auditif relie la partie profonde du pavillon au tympan : c'est le **méat acoustique externe**. Il est formé de cartilage dans le tiers latéral et d'os dans les deux tiers restants. Des follicules pileux, des glandes sébacées et des glandes cérumineuses sont également présents dans ce conduit (2).

Son premier rôle est la protection de l'oreille moyenne. En effet, l'angulation anatomique entre la partie cartilagineuse et la partie osseuse permet un trajet non rectiligne du méat acoustique externe. De plus, les glandes cérumineuses sécrètent du cérumen contre les corps étrangers.

Son second rôle est d'amplifier les fréquences conversationnelles, soit les fréquences de la parole humaine, grâce à la résonance dans ce conduit (1, 2, 4).

## 2. L'oreille moyenne

Comme le présente la figure 3, l'oreille moyenne se trouve dans l'os temporal et se compose de deux parties : la **caisse tympanique** et le **récessus épitympanique**, des espaces creux remplis d'air, comprenant la **membrane tympanique**, les **osselets** et la **trompe d'Eustache**. L'oreille moyenne correspond également à la mastoïde, la partie postérieure de l'os temporal, soit à l'arrière de l'oreille (1, 2).

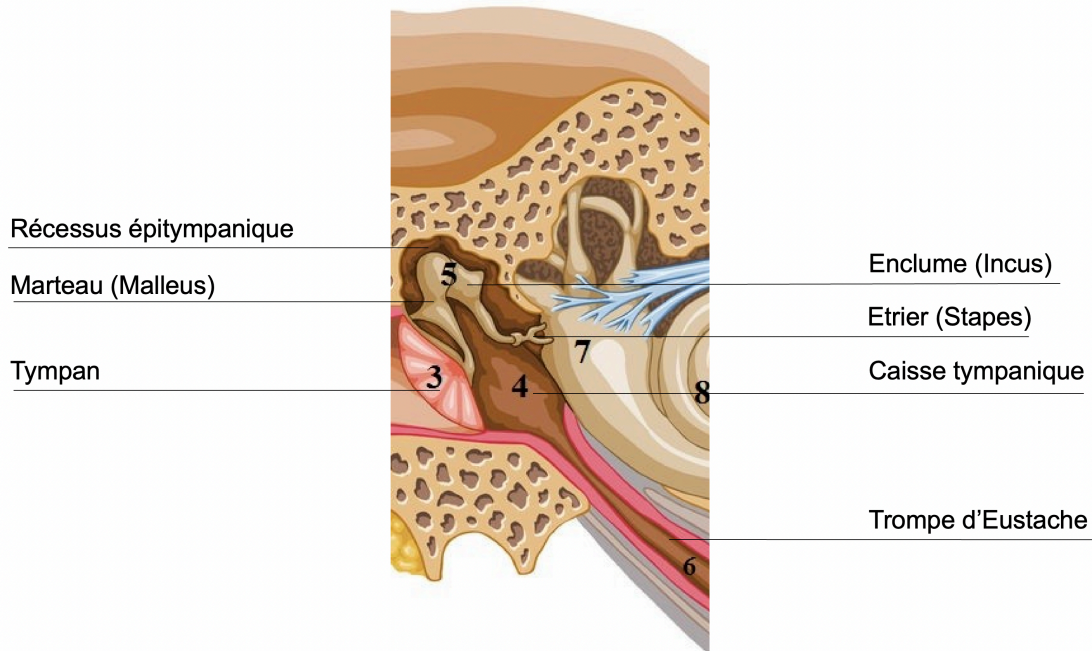


Figure 3. L'oreille moyenne (3)

Latéralement, l'oreille moyenne est limitée de l'oreille externe par la membrane tympanique, communément appelé **tympan**. De forme ovale, cette membrane est recouverte de peau sur sa face externe, alors qu'une membrane muqueuse tapisse sa face interne (2).

Sous l'effet des sons captés par l'oreille externe, son rôle est de vibrer pour *in fine* transmettre des vibrations à l'oreille interne, à l'aide des trois osselets (3, 4).

Au nombre de trois, les osselets auditifs sont modulés par deux muscles dont la contraction protège l'oreille interne des bruits intenses (1, 2).

Le plus grand des osselets auditifs est le **malleus** ou **marteau**. Son manche est accolé à la membrane tympanique et s'attache en un centre appelé l'ombilic. Relié par un tendon à la partie supérieure de ce manche, le muscle tenseur du tympan se dirige en avant, jusqu'à la partie cartilagineuse de la trompe auditive, dans un canal situé au-dessus.

Le deuxième osselet, **incus** ou **enclume**, s'articule par son corps à la tête du malleus au niveau du récessus épitympanique, et par sa branche longue à la tête du stapes.

Le dernier, à la fois le plus petit et le plus médial des osselets, est le **stapes** ou **étrier**. Au niveau de son col, un tendon l'associe au muscle stapédien. La platine, ou la base du stapes, s'applique contre la fenêtré ovale, reliant ainsi l'oreille moyenne à l'oreille interne (2).

L'oreille moyenne est en communication avec l'extérieur via le conduit auditif interne ou **trompe d'Eustache**. En effet, ce canal débouche sur le nasopharynx, permettant de garder une pression égale de part et d'autre de la membrane tympanique. Cette fonction est possible dès son ouverture lors de la déglutition, la mastication ou encore le bâillement (1, 4).

A l'instar du conduit auditif externe, la structure de la trompe d'Eustache est à la fois osseuse et cartilagineuse, mais la partie osseuse ne représente qu'un tiers alors que la partie cartilagineuse en représente deux tiers (2).

### 3. L'oreille interne

L'oreille interne, représentée par la figure 4, est faite de deux grandes parties : le **labyrinthe osseux** et le **labyrinthe membraneux**. Le labyrinthe osseux correspond à un ensemble de cavités osseuses remplies de **périmylympe**, dans lequel se place le labyrinthe membraneux fait de sacs et de conduits membraneux, eux-mêmes remplis d'**endolymphe**. Donc, l'oreille interne est remplie de liquide à contrario de l'oreille moyenne remplie d'air (2, 4).

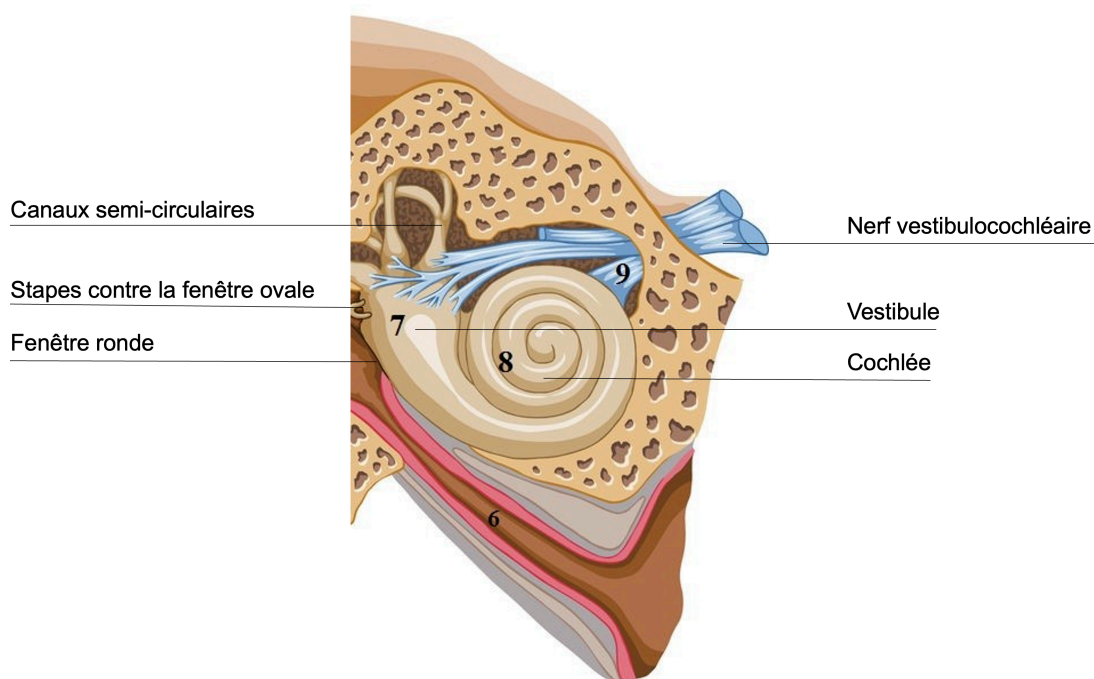


Figure 4. L'oreille interne (3)

Dans sa partie centrale, le labyrinthe osseux se compose du **vestibule**, dont la partie membraneuse comprend deux sacs : l'utricule et le saccule. Ce vestibule contient la **fenêtré ovale** (ou fenêtré du vestibule), sur laquelle se fixe l'étrier, délimitant l'oreille moyenne de l'oreille interne.

Dans sa partie postérieure, le labyrinthe osseux correspond à trois **canaux semi-circulaires**, qui ont pour composante membraneuse un conduit semi-circulaire chacun.

Toutes ces structures sont les **organes de l'équilibre** et transmettent au cerveau les informations nécessaires quant à cette fonction (2).



Dans la partie antérieure de l'oreille interne, le vestibule communique avec la **cochlée**, qui s'enroule de façon à former un cône. Cette structure osseuse se divise en deux canaux : la **rampe vestibulaire** dans la continuité du vestibule, et la **rampe tympanique** séparant l'oreille interne, à sa partie inférieure, de l'oreille moyenne avec la **fenêtre ronde** (ou fenêtre de la cochlée). Ces deux rampes sont communicantes via l'hélicotréme, un canal étroit (2, 4).

La division de ces deux canaux s'explique par la position centrale du **conduit cochléaire**, le labyrinthe membraneux de la cochlée, séparé de la rampe vestibulaire par une membrane vestibulaire au-dessus et de la rampe tympanique par une membrane basilaire en-dessous (2).

Cette membrane basilaire se trouve être rigide et étroite à la base de la cochlée, alors qu'elle est plus souple et large au niveau de l'apex. Elle porte l'**organe de Corti**, illustré par la figure 5, et autrement appelé l'organe spiral. Puisqu'il comprend des cellules ciliées réceptrices transformant les ondes sonores en potentiels d'action, l'organe de Corti est l'**organe de l'audition** (2, 4).

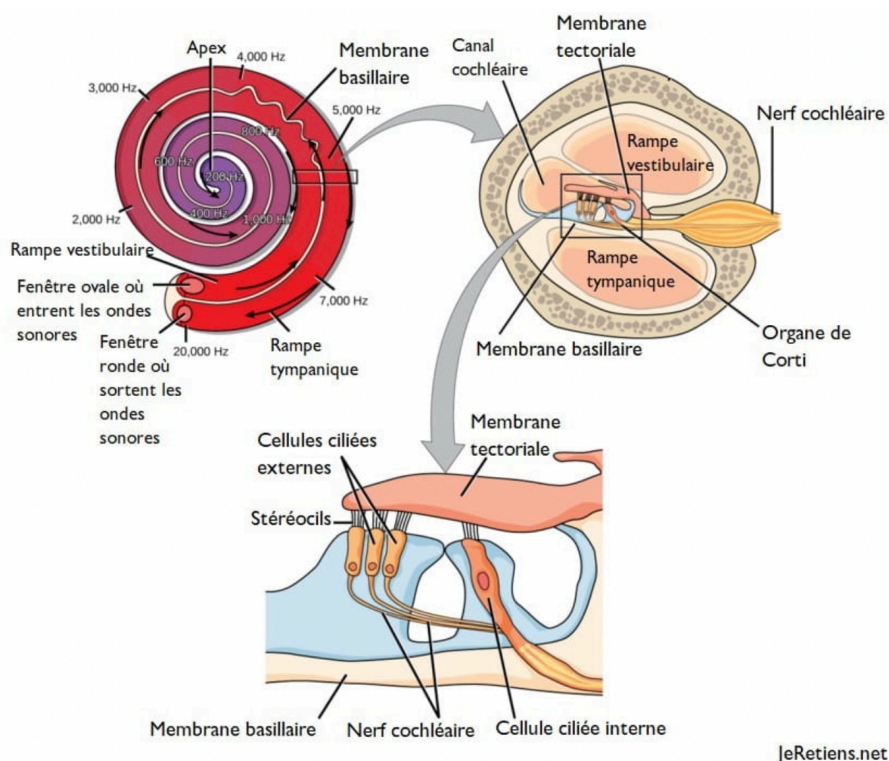


Figure 5. Schéma de l'organe de Corti et sa position dans la cochlée (5)

#### 4. L'audition ou la transmission du son

L'audition se rapporte à la fonction de l'ouïe, soit le fait de percevoir les sons et de traduire les vibrations occasionnées dans l'air en potentiels d'action interprétables par le cerveau (4, 6).

Pour être traduites en potentiels d'action, les ondes sonores doivent d'abord être captées et amplifiées par l'oreille externe. Elles induisent ensuite des vibrations au niveau du tympan.

L'oreille moyenne doit par la suite transmettre ce mouvement d'air à l'oreille interne, grâce aux osselets. La particularité est que les vibrations proviennent de la membrane tympanique, soit une surface plus grande que la surface de la base de l'étrier, l'osselet en contact avec l'oreille

interne. Cela a pour conséquence d'augmenter la pression au niveau de la fenêtre ovale, la porte d'entrée de l'oreille interne, et ainsi de transmettre les informations efficacement (1, 2, 4).

Étant incompressible, la pression exercée sur la périlymphe, au niveau de la fenêtre ovale, sera absorbée par la fenêtre ronde, située au-dessous.

Cette pression entraîne un mouvement liquidien dans l'oreille interne, qui remonte de la base de la cochlée à l'apex, passant par la rampe vestibulaire à la rampe tympanique. Ainsi, la membrane basilaire oscille et se déforme, agissant sur les cellules ciliées de l'organe de Corti. *In fine*, ces mouvements de cils sont traduits en signaux électriques afin d'être transmis au cerveau via le **nerf vestibulocochléaire** (1, 2, 4).

Les cellules ciliées ont une **organisation tonotopique**, c'est-à-dire qu'elles seront stimulées différemment selon les fréquences. En effet, celles situées à la base de la membrane basilaire seront stimulées sous une haute fréquence, alors que les basses fréquences seront traitées vers l'apex. À la suite de leur déplacement, les cellules ciliées internes transcrivent et émettent un potentiel d'action aux fibres nerveuses. Leur transduction est accentuée par les cellules ciliées externes dont les mouvements entraînent une vibration locale (1, 4).

L'oreille externe et l'oreille moyenne assurent l'**audition de transmission**, soit la conduction des ondes sonores. Cette conduction peut être **aérienne**, c'est-à-dire que les sons transitent successivement par le pavillon, le conduit auditif, le tympan, les osselets jusqu'à la cochlée. Néanmoins, cette conduction peut être également **osseuse**. Elle consiste à la transmission directe des vibrations par les os entourant la cochlée.

L'oreille interne et le nerf cochléaire assurent quant à eux l'**audition de perception**, soit la transformation des ondes sonores en signaux nerveux (1, 4).

## 5. Les caractéristiques d'un son

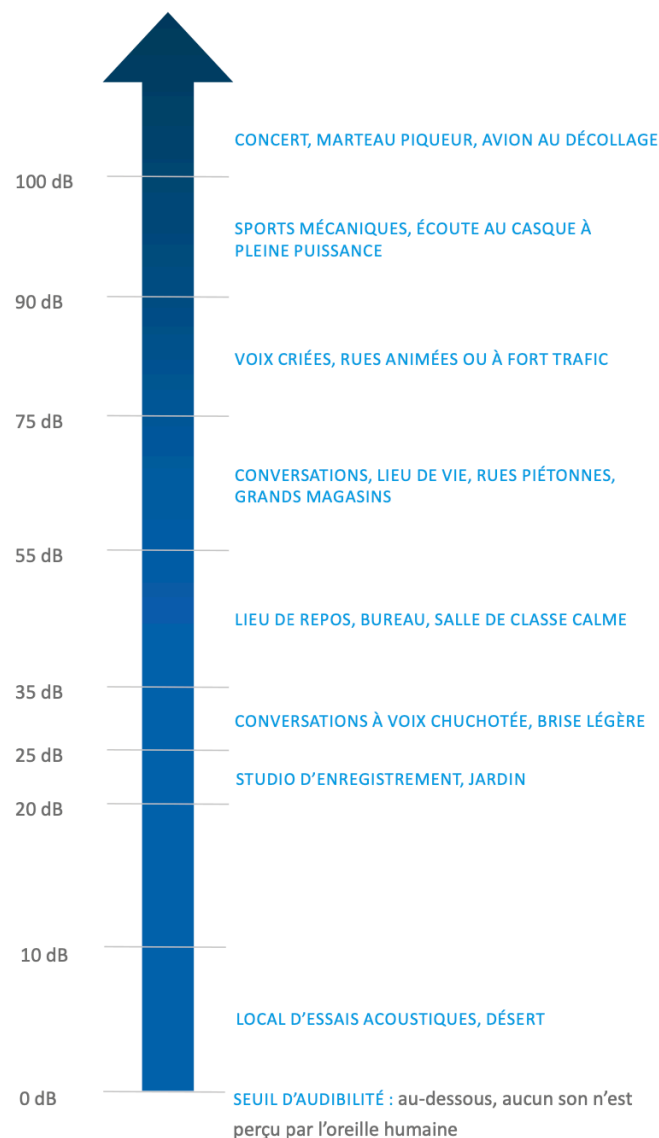
Avant de passer à la physiopathologie, quelques caractéristiques à propos des ondes sonores doivent être abordées.

Un son est dû au fait que les molécules d'air de l'environnement vibrent. Ces perturbations réalisent des cycles de compressions et de décompressions.

Ces changements de variations se font plus ou moins rapidement. Il s'agit de la **fréquence**, soit le nombre de cycles réalisés en une seconde, exprimée en **Hertz** (Hz). Les fréquences audibles pour l'oreille humaine sont comprises entre 20 Hz et 20 000 Hz.

Un son comprenant qu'une seule fréquence sera considéré comme un **son pur**, alors qu'un son constitué au minimum de deux fréquences sera catégorisé comme un **son complexe**. La fréquence la plus basse est appelée la première harmonique ou fréquence fondamentale ( $F_0$ ). Dans le cas où toutes les autres fréquences sont des multiples de la première, on parlera d'harmoniques. Dans le cas où les fréquences d'un son complexe ne sont pas multiples entre elles, on parlera de partiels.

Une autre caractéristique physique importante nécessaire à la description d'une onde sonore est l'**amplitude**. Celle-ci est synonyme d'intensité, soit le fait qu'un son est plus ou moins prononcé. L'unité choisie est le **décibel** (dB), qui est le résultat d'un rapport entre la pression d'un son donné et la pression d'un son de référence.



**Figure 6.** Exemples de niveaux d'intensités sonores (7)

Pour se représenter cette unité, la figure 6 illustre différents exemples de niveaux sonores. Un chuchotement équivaut à environ 20 dB, alors qu'une discussion d'intensité normale fait près de 60 dB. Des intensités plus fortes peuvent être atteintes, comme avec les discothèques et leurs 110 dB minimums.

Les sons peuvent paraître aigus ou graves. Cette impression se caractérise comme la **tonie**. Celle-ci est étroitement liée à la fréquence. En effet, plus un son a une fréquence basse, plus il sera grave. À l'inverse, plus la fréquence est haute, plus le son sera aigu. Cependant, l'intensité peut changer cette perception.

Dans la même idée, les sons peuvent être perçus plus ou moins forts. Dans ce cas, il s'agit de la **sonie**. Cette deuxième caractéristique subjective renvoie à l'intensité, mais elle peut également varier selon la fréquence.

Pour finir, sur un plan perceptif, des sons peuvent sembler différents alors que leurs fréquences fondamentales et leurs amplitudes sont identiques. Cette différence est expliquée par le **timbre**, dépendant de la composition des sons, soit de l'arrangement entre les différentes fréquences de chaque son (4).



## B. Physiopathologie : La surdité

### 1. Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la **déficiences auditive** comme étant l'incapacité d'une personne à « entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale » (8).

Il est important de noter que, selon l'article 105 de la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique, le terme « personnes déficientes auditives » a été modifié par « personnes sourdes et malentendantes » (9). Ainsi, l'État français distingue les personnes sourdes des personnes malentendantes, tout comme l'OMS.

Le terme « **malentendant** » concerne les personnes avec un trouble auditif léger à sévère, ne rendant pas impossible une conversation orale. Le terme « **sourd** » désigne le fait d'avoir une perte auditive profonde, apparue avant ou pendant l'acquisition du langage, expliquant une communication principalement par la langue des signes, sans utiliser la langue parlée (8, 10).

Dans la littérature, il peut être écrit « **Sourd** ». Ce « S » majuscule a toute son importance et permet une identification à la culture sourde, soit à la communauté des sourds signants (10). Seul le patient pourra dire s'il se considère « malentendant », « sourd » ou « Sourd ».

La **déficiences** est une **insuffisance** organique ou psychique, qui par sa définition, correspond à une incapacité ou une **infériorité** conduisant à un désavantage ou à une situation de handicap (6). Et selon le Code de l'action sociale et des familles, l'article L114 précise :

« Constitue un **handicap**, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (11).

Cette définition confirme que la déficiences auditive peut être handicapante, et selon l'OMS, notamment quand il y a une altération de 30 dB ou plus dans la meilleure oreille pour les moins de 14 ans, et une altération de 40 dB ou plus pour les plus de 15 ans (12). Ainsi, l'OMS définit le seuil d'une **audition normale** à « **20 dB ou mieux dans les deux oreilles** » (8).

### 2. Degrés & types de surdité

Par les caractéristiques du son et les différents niveaux d'intensité, plusieurs degrés de surdité se distinguent, permettant une classification audiométrique (1,13) :

- Perte auditive de **0 à 20 dB** : **audition normale**
- Perte auditive de **20 à 40 dB** : **perte légère**
- Perte auditive de **40 à 70 dB** : **perte moyenne**
- Perte auditive de **70 à 90 dB** : **perte sévère**
- Perte auditive de **plus de 90 dB** : **perte profonde**

Précédemment, il était dit que 20 dB représentaient des chuchotements, alors une perte auditive légère peut rendre difficile les discussions à faible niveau sonore sans pour autant compromettre celles avec un niveau normal. De même, une conversation d'intensité normal équivaut à environ 60 dB. Par conséquent, avec une perte auditive moyenne, les discussions doivent être plus fortes pour être entendues.

A partir d'une perte de 70 dB, la lecture labiale peut être une aide supplémentaire à la compréhension, notamment pour ceux ayant appris la parole. En effet, la voix doit être perçue à de très forts niveaux avec une surdité sévère. En revanche, pour les surdités de plus de 90 dB, une conversation est pratiquement, voire totalement incompréhensible, ce qui peut avoir des répercussions sur l'apprentissage du langage chez l'enfant.

Pour illustrer ces propos, le niveau de perte auditive peut se placer sur la figure 6 (page 18) et tous les niveaux inférieurs seront difficiles voire impossibles à entendre.

La déficience auditive ne se classe pas seulement d'un point de vue audiométrique, mais se différencie également par une classification anatomique :

- **Surdité de transmission**

L'oreille externe et l'oreille moyenne permettent une audition de transmission. Dans le cas d'une malformation, d'une infection ou d'une pathologie d'une de ces parties, le son est capté différemment, empêchant une transmission efficace à l'oreille interne. Il s'agit alors d'une **surdité de transmission** (1, 7, 14, 15). En général, ce type de surdité ne dépasse pas 60 dB (1, 14) et dans certaines pathologies, elle est réversible (7).

- **Surdité de perception**

Lors d'une **surdité de perception**, l'atteinte se retrouve soit au niveau de l'oreille interne avec notamment la cochlée et le nerf auditif, soit au niveau des régions cérébrales consacrées à l'audition (1, 14, 15).

La détérioration des cellules ciliées dans la cochlée est irréversible et peut être physiologique. Effectivement, avec l'âge apparaît la **presbyacousie**, une diminution naturelle de l'audition où les premières fréquences perdues sont les hautes fréquences, soit les sons aigus. En outre, il ne faut pas oublier que les cellules ciliées ont une organisation tonotopique. Donc, quel que soit l'âge auquel elles seront touchées, certaines fréquences disparaîtront. Si ces fréquences concernent celles de la voix humaine, alors la compréhension en sera impactée (7, 15).

- **Surdité mixte**

Si un patient présente à la fois une surdité de transmission et une surdité de perception, alors la surdité sera considérée comme **mixte** (1, 14).

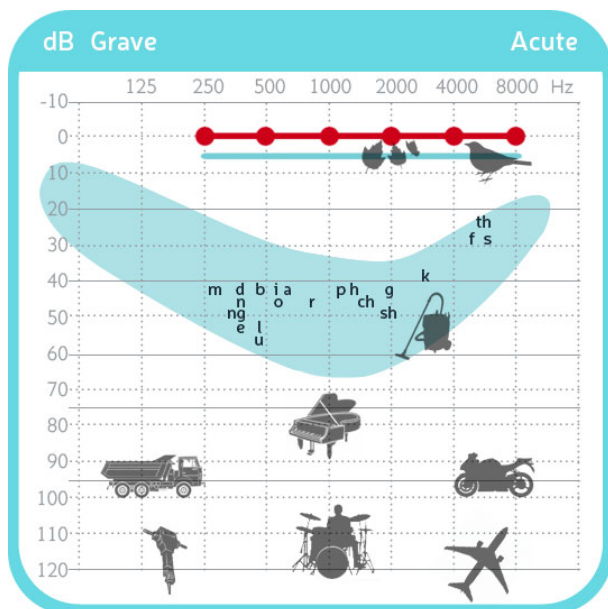


Figure 7. Audition normale (16)

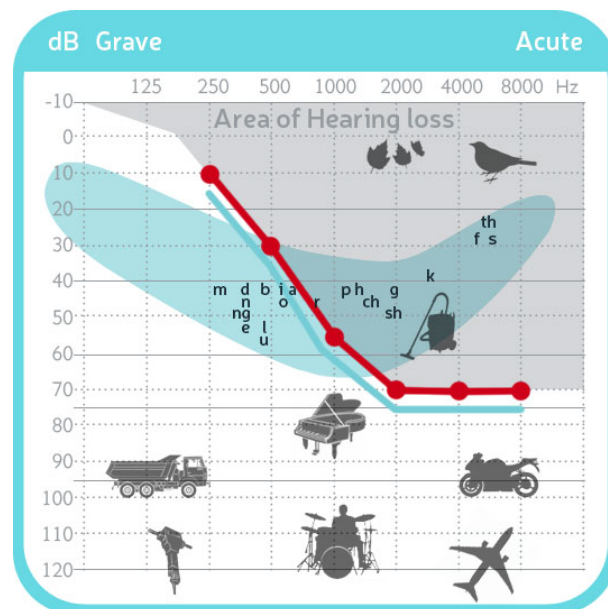


Figure 8. Perte sévère dans les aigus (16)

**Axe horizontal**  
Fréquences

**Courbe rouge**  
Parole dans le calme

**Zone grise**  
Perte auditive

**Axe vertical**  
Amplitudes

**Courbe bleue**  
Parole dans un restaurant

**Zone bleue**  
Parole humaine

Pour continuer dans l'explication du degré de surdité, les figures 7 et 8 montrent que les lettres sont perçues différemment : les consonnes sont majoritairement aiguës (fréquences hautes) et les voyelles sont plutôt graves (fréquences basses). Ainsi, selon les cellules ciliées touchées et/ou le niveau du degré de surdité, certaines lettres ne sont plus audibles, compliquant le sens de ce qui est dit.

La figure 7 présente une audition normale alors que la figure 8 expose une perte auditive moyenne dans les basses fréquences et sévère dans les hautes fréquences, soit les sons aigus. De ce fait, la zone grisée correspond aux sons inaudibles et, dans ce cas, cela concerne certaines consonnes et légers bruits.

De plus, les figures distinguent également deux types de situations. La courbe rouge limite ce qui est perçu dans une situation calme, alors que la courbe bleue ce qui est perçu dans un environnement plus bruyant comme un restaurant. Ainsi, des bruits de fond réduisent la perception de la parole (7, 16).

### 3. Causes

La surdité peut survenir à différents moments. Soit elle est **congénitale** : les personnes sont nées sourdes. Soit elle est **acquise** : les personnes sont devenues sourdes au cours de leur vie. La surdité a également diverses origines au vu de l'anatomie de l'oreille.

#### *i. Les causes de surdité de transmission*

Les causes de surdité de transmission se trouvent au niveau de l'oreille externe et/ou de l'oreille moyenne (1, 15, 17).

##### - **Malformations cong nitaless**

La perte d'audition de transmission peut être due soit à une **atrésie du conduit auditif externe**, c'est-à-dire qu'il est absent, soit à une **aplasie du pavillon ou des osselets**, où ces parties présentent un défaut de formation.

##### - **Pathologies**

La cause la plus fréquente des surdités de transmission est une pathologie génétique surnommée **otospongiose**. Celle-ci est responsable d'une ankylose des osselets, une diminution partielle ou complète de la mobilité des articulations, et concerne généralement l'articulation entre le vestibule et l'étrier. Cette pathologie est diagnostiquée plutôt chez les adultes.

Les **otites** externes et moyennes sont des infections courantes de l'oreille. Les otites moyennes, aiguës ou chroniques, peuvent se compliquer et conduire à une altération de la chaine tympano-ossiculaire, notamment à une perforation du tympan. Une autre complication des otites peut être l'existence de liquide au niveau de l'oreille moyenne.

Une autre cause possible est la présence d'une **tumeur** soit au niveau du conduit auditif externe, soit au niveau de l'oreille moyenne.

##### - **G nes mécaniques**

Il peut arriver qu'un **corps étranger** vienne obstruer le conduit auditif externe bloquant ainsi la transmission du son.

Physiologiquement, le cérumen est sécrété pour protéger l'oreille mais s'il est sécrété en trop grande quantité ou accumulé au niveau du conduit auditif externe, alors un **bouchon de cérumen** se forme et dans le même principe que le corps étranger, le son n'est plus transmis correctement à l'oreille moyenne.

Le blocage peut aussi concerner l'oreille moyenne, tel que du **liquide** comme vu au-dessus, présent derrière le tympan à la suite d'otites.

##### - **Traumatismes**

Les différentes parties de l'oreille externe ou moyenne peuvent être endommagées au cours d'**accidents**.   la suite de ces derniers, les osselets peuvent se dissocier, le rocher peut être fracturé ou encore le tympan peut être perforé avec par exemple un coton-tige enfoncé trop loin.

## *ii. Les causes de surdité de perception*

Les causes de surdité de perception vont se situer au niveau de l'oreille interne, du nerf vestibulocochléaire ou des voies centrales du cerveau dédiées à l'audition (1, 15, 18).

### **- Surdités congénitales**

Les surdités de perception présentes à la naissance sont majoritairement **génétiques** mais elles peuvent être la **suite d'infections survenant lors de la grossesse** tels que la toxoplasmose, la rubéole, l'herpès ou le cytomégalovirus (CMV).

### **- Pathologies**

Une otite moyenne mal soignée peut se propager et conduire à une infection de l'oreille interne, causant alors une **labyrinthite**.

La **maladie de Ménière** est une pathologie associant vertiges, acouphènes et hypoacousie. Elle s'explique par l'élévation de la pression labyrinthique et peut même être la conséquence de d'autres pathologies de l'oreille interne comme des inflammations ou des traumatismes.

Il est également possible de trouver une tumeur bénigne au niveau de l'oreille interne : il s'agit du **neurinome de l'acoustique**, touchant le nerf auditif.

### **- Causes extrinsèques**

De nos jours, tous les humains sont amenés à être en contact avec des sources bruyantes environnantes, par exemple des concerts, des écouteurs avec le son au maximum ou des travaux que ce soit dans le cadre professionnel ou non. Une **exposition intense et brutale** peut entraîner une surdité partielle voire totale, plus ou moins associée à des vertiges et/ou des acouphènes. L'intensité n'est pas la seule mise en cause, la durée est également à prendre en compte. Effectivement, une **exposition chronique** à des sons forts conduit progressivement à la destruction des cellules ciliées et est donc irréversible.

Une autre cause externe est la prise de traitements. Il existe une catégorie de **médicaments dits ototoxiques**, ayant une action néfaste pour l'oreille interne. Cette classe regroupe notamment les aminosides une famille d'antibiotiques, quelques diurétiques, les salicylés et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (19).

### **- Traumatismes**

A l'instar de l'oreille moyenne, l'oreille interne peut subir des **traumatismes directs**, avec encore l'exemple du coton-tige, ou des **traumatismes crâniens** à la suite d'accidents. Dans des cas plus graves, le rocher ou l'os entourant l'oreille peut être fracturé. Pendant une séance de plongée, il se peut aussi qu'une variation trop importante de pression conduise à des lésions, il s'agit alors de **barotraumatisme**.

**Quelle que soit l'origine, toute surdité brutale est synonyme d'urgence médicale.**

## II. LA LANGUE DES SIGNES FRANÇAISE : « UNE LANGUE À PART ENTIÈRE »

Quelques écrits sur les sourds et leur(s) moyen(s) d'expression peuvent être trouvés avant le XVIII<sup>e</sup> siècle, mais c'est bien à la fin de ce dernier que la langue des signes française va prendre son essor. On parlera même de « l'âge d'or » de la langue des signes française. Malgré cette période, elle sera pourtant interdite avant d'être reconnue en tant que langue près d'un siècle plus tard.

### A. Un peu d'histoire

Les premiers documents relatant l'histoire des sourds ont été rédigés par des entendants. Dans la Grèce antique, le mot « *logos* » était utilisé par des philosophes, synonyme de « parole » et de « raison » (6, 20). Notamment, le philosophe **Platon** employait ce terme pour exprimer sa pensée : une personne ne peut raisonner si elle est dépourvue de parole.

Le philosophe **Aristote**, disciple de Platon, allait plus loin dans la réflexion, attribuant la vue comme le meilleur sens pour les besoins des animaux et l'ouïe pour l'intelligence, puisque sans langage, il n'y a point d'instruction. Ainsi, pour lui, un sourd serait moins intelligent qu'un aveugle.

Pourtant, toutes les nations ne jugeaient pas les sourds de cette manière. Les Égyptiens et notamment les Perses leurs portaient une attention affectueuse et voyaient leur surdité comme un don du ciel.

Peu d'informations sont trouvées quant à la communication d'un sourd dans une communauté d'entendants. Cependant, dans le cas où les sourds seraient réunis au sein d'une même famille ou regroupés entre eux, le constat est similaire : ils communiquent par leurs propres moyens.

A la fin du IV<sup>ème</sup> siècle, **Saint Augustin** expliquait à Saint Jérôme que les gestes d'une famille bourgeoise milanaise étaient comme des mots. Douze siècles plus tard, **Montaigne** décrit leurs échanges :

« Nos muets disputent, argumentent et content des histoires par signes. J'en ai vu de si souples et formés à cela qu'à la vérité, il ne leur manque rien à la perfection de se savoir faire entendre. »

Montaigne, Essais, Livre II

Au XVI<sup>ème</sup> siècle, les entendants veulent éduquer les sourds mais il est pourtant impossible d'envisager un apprentissage par les gestes. Les enseignants, en majorité des prêtres ou des moines, pensaient que le seul moyen de communication devait être la langue parlée qu'ils enseignaient. Malgré tout, dans cette démarche, des sourds ont pu être éduqués, contredisant alors les pensées d'Aristote (20).

A la fin des années 1760, les traditions vont être bousculées. À la suite d'une rencontre avec des jumelles dialoguant par leurs propres gestes, **l'abbé de l'Épée** admettra qu'une expression par geste est possible. Il créa alors une école gratuite pour les enfants sourds où les cours étaient enseignés avec des « signes méthodiques ».

L'abbé de l'Épée utilisait les gestes, tout en se basant sur la grammaire française, pour traduire les mots d'une phrase les uns après les autres. Ce système fit reconnaître les gestes mais il diffère de la langue des signes française d'aujourd'hui. En effet, ce système s'adaptait à la langue française avec la création de nouveaux signes artificiels mais il ne prenait pas en compte les autres paramètres essentiels des gestes qui contenaient le sens de ces mots inventés : ce sont l'expression du visage et l'ensemble des mouvements par rapport au corps et l'espace (20, 21).

Indéniablement, l'abbé de l'Épée a permis une avancée pour les sourds mais il n'en reste pas pour autant l'inventeur de la langue des signes. Par leur besoin de communiquer, les sourds eux-mêmes ont enrichi cette langue, et d'autant plus par leur regroupement au sein d'une même école, comme celle créée par l'abbé de l'Épée.

L'année 1789 va être une date clé pour l'histoire de la langue des signes françaises, qui signe le début de « l'âge d'or ». Certes, cette année correspond à la mort de cette figure importante qu'est l'abbé de l'Épée, mais c'est aussi l'année de la Révolution française et de la déclaration des droits de l'homme, manifestant égalité et liberté.

L'institution Nationale des Sourds-Muets de Paris, anciennement l'école de l'abbé de l'Épée, se voit assigner un nouveau directeur : **l'abbé Sicard**. Il obtint ce poste grâce notamment à la performance de son élève sourd **Jean Massieu**, qui devint le premier sourd répétiteur d'un professeur entendant.

En 1815, Jean Massieu et **Laurent Clerc** démontrent la méthode d'apprentissage pour les sourds dans d'autres institutions en France et même à Londres. C'est alors qu'ils font la rencontre de l'entendant américain **Thomas Gallaudet**, dont le nom a été donné à l'université pour sourds de Washington, unique au monde. Laurent Clerc le suivra en Amérique pour y créer une première école.

Filleul de l'abbé Sicard et vivant aux côtés des sourds, **Auguste Bébien** apprit à maîtriser la langue des signes et devient un professeur entendant. Selon lui, l'apprentissage du français doit passer par la langue des signes afin d'en faciliter la compréhension. Les écrits de son élève **Ferdinand Berthier** sont bien la preuve de la réussite de cet enseignement.

Cependant, l'école est dirigée par un conseil d'administration qui prône la méthode oraliste, soit l'éducation par la parole. Ainsi, le conseil réduit le mandat d'Auguste Bébien en tant que directeur adjoint en le renvoyant. Même si l'enseignement par les signes s'est imposé, des fervents oralistes ont continué leur bataille, tel que le **docteur Itard** qui n'a de cesse cherché à éliminer la surdité par de maintes expériences sans résultat. De plus, il a mis en place des cours dispensés uniquement par la parole.

Malgré la montée de l'oralisme, des sourds devinrent professeurs, comme Ferdinand Berthier. Il fut un membre important de la population sourde, notamment en créant un banquet annuel en l'honneur de l'abbé de l'Épée où seule la langue des signes est autorisée. Ce banquet avait pour but de mobiliser la communauté sourde et de promouvoir la langue des signes française.



Les successeurs de l'abbé Sicard au poste de directeur essayèrent de rendre strictement gestuel l'enseignement et d'exclure complètement la parole, forçant les oralistes à répliquer.

De ce fait, en 1880, un congrès international a été organisé à Milan. L'objectif était d'adopter de meilleures conditions pour les sourds-muets. A l'exception de trois sourds, les 252 autres participants étaient entendants. Sans surprise, la conclusion de ce congrès conduisit à l'éducation par la parole, en bannissant les signes. À la suite de ce verdict, de nombreuses conséquences en ont découlé mais la langue des signes n'est pas la seule impactée, les langues régionales en pâtirent également (20, 22).

La méthode oraliste a conduit une grande partie des sourds à une sous-éducation. Les gestes étaient dévalorisés et les échanges avec les entendants étaient rapidement limités, entraînant de la « honte et de la culpabilité » chez les sourds. Certains enfants sourds pensaient ne jamais grandir puisqu'ils n'avaient jamais rencontré d'adultes sourds, d'autres pensaient finir par entendre s'ils savaient parler. Malgré tout, la langue des signes fut toujours utilisée pendant ces cent ans d'interdiction car s'ils étaient réunis entre eux, les sourds avaient ce besoin de communiquer et pour cela il fallait signer (20).

Les sourds n'ont cessé de se réunir et de faire valoir leurs droits. Fin des années 1970, le congrès de la « Fédération Mondiale des Sourds » se tient à Washington. Par cet événement, les Français pourront observer que la langue des signes américaine est admise par la loi. Dans cette même ville, la seule université pour sourds au monde accueille deux milles américains sourds pour étudier divers enseignements. Différents mouvements vont être alors mis en place. Cette période sera considérée comme « le réveil sourd ».

De plus, en 1991, la loi Fabius sera adoptée par l'Assemblée Nationale, permettant aux enfants sourds de choisir leur méthode d'éducation entre l'oral et la LSF. Cette même loi sera abrogée en 2005, où la langue des signes française sera enfin reconnue en tant que telle (20, 21).

## **B. Définitions de la langue des signes**

La langue des signes française (LSF) n'est pas un langage mais bien une langue. Dans un premier temps, elle l'est de par la loi.

Selon la Loi n°2005-102 du 11 février 2005, soit l'article L312-9-1 du Code de l'éducation, « la langue des signes française est reconnue comme une langue à part entière ». De plus, cette loi permet aux élèves d'en recevoir l'enseignement et de choisir cette langue comme une option à des concours ou examens, tel que le baccalauréat (23).

Dans un deuxième temps, la langue des signes française est une langue de par sa définition. En effet, selon Larousse, une **langue** est un « système de signes verbaux propre à une communauté d'individus qui l'utilisent pour s'exprimer et communiquer entre eux » à la différence du **langage**, qui est une « faculté propre à l'homme d'exprimer et de communiquer sa pensée au moyen d'un système de signes verbaux ou graphiques » (6). Par conséquent, le langage est une capacité commune à tous les êtres humains alors que la langue ne sera commune qu'à un groupe de personnes.



## C. Quelques points de grammaire

### 1. Les paramètres d'un signe

Ces définitions sont en accord avec ce qu'est la langue des signes puisque cette dernière n'a pas été créée par une seule et même personne mais par les sourds afin de répondre à un besoin : celui de communiquer. Ainsi avec le temps, les sourds ont inventé des « signes », à l'instar des mots dans les langues parlées. Ce sont des gestes plus ou moins complexes qui répondent à cinq paramètres principaux (20, 21, 24) :

- La **configuration de la main**, soit le placement des doigts pour donner une forme à la main.

Il en existe plus d'une cinquantaine dont certaines dérivent de la dactylologie. En effet, certaines formes de main correspondent aux lettres de l'alphabet.

D'autre part, une configuration peut être unimanuelle, c'est-à-dire qu'elle se fera uniquement avec la main dominante. Ensuite, la configuration peut être bimanuelle avec l'utilisation cette fois des deux mains, de façon symétrique ou asymétrique. Dans le cas d'une symétrie, les mains ont la même forme. Dans une situation asymétrique, il convient de définir le concept de « main dominante » et de « main dominée ».

La « **main dominante** » ou « main active » correspond à la main gauche pour un gaucher et à celle de droite pour un droitier. Cette main va être celle qui réalise le signe, que ce soit dans des signes à une ou deux mains. A l'inverse, la « **main dominée** » est passive et sert de support à la main dominante lors d'un signe à deux mains.

- L'**emplacement** du signe, c'est-à-dire la place de la main par rapport au corps et l'espace.

Lorsque le signe se place dans l'espace, il va se situer devant le corps ou sur le côté de la tête. Au niveau du corps, le buste et le visage se distinguent permettant une quinzaine de zones possible pour signer. De manière générale, les signes du visage sont plus précis et ceux au niveau du reste du corps et de l'espace sont plutôt amples et simples. Cela s'explique du fait que l'interlocuteur a une vue d'ensemble sur le buste du signeur mais elle sera principalement centrée au niveau du visage de ce dernier.

Par ailleurs, pour enrichir la diversité de signes, certains commencent à un endroit et se terminent à un autre.

- L'**orientation de la paume**, qui peut être dirigée vers le sol ou le haut, mais encore en direction de soi ou de l'interlocuteur.
- Le **mouvement** que l'on fait avec le signe.

Ce paramètre ne prend pas seulement en compte le mouvement de la main mais également celui des doigts, des poignets et des bras. Avec un seul mouvement, le signe peut être simple et répété, néanmoins il peut être rendu complexe avec une combinaison de plusieurs mouvements, comme des mouvements simultanés des mains et des doigts. De surcroît, le mouvement peut informer de la direction ou de la vitesse.

- **L'expression du visage.**

Certes ce dernier n'est pas en rapport avec la main mais il est tout aussi important. Deux expressions peuvent donner à un signe deux sens distincts. De même, l'expression peut différencier la ponctuation que l'on souhaite donner à une phrase. Par exemple, un air interrogatif avec un jeu de sourcils froncés ou relevés permet de poser une question.

D'autres éléments peuvent intervenir dans la formation des signes. Les paramètres principaux peuvent être accentués pour intensifier un sens, grâce à des mouvements élaborés, en accélérant ou ralentissant les mouvements. Tout comme dans la langue française, la LSF propose des signes composés : il suffit de contracter les deux signes en un seul en adaptant le mouvement.

## *2. Une syntaxe pour la langue des signes*

La création de signes ne suffit pas à créer une langue. Pour devenir la langue des signes française, il a fallu structurer ces signes en une syntaxe qui lui est propre.

A la différence du français oral où les mots se suivent les uns après les autres, la LSF va associer un ensemble de **paramètres simultanément**. En effet, cette simultanéité s'explique du fait que les signes nécessitent l'intervention de plusieurs grands muscles, demandant alors du temps pour réaliser le mouvement.

Par conséquent, la vue permet de capter en globalité les informations, alors qu'avec l'ouïe, un ensemble de bruits brouillent l'information principale.

Pour réaliser un discours, la langue des signes française nécessite d'**utiliser l'espace** dans son ensemble dont certaines zones sont à déterminer (20) :

- **L'espace du signeur.**

Cet espace est délimité sur la partie haute de la taille, soit du bassin à la tête et sur les côtés. Pour se représenter les limites, l'exemple d'un cadre présentant un portrait peut être évoqué. Ces limites permettent de distinguer la LSF du mime qui utilise toutes les parties du corps. Il existe néanmoins des exceptions, il arrive que quelques signes se fassent en-dessous de la ceinture.

- **L'espace du temps.**

A partir du corps, une ligne de temps va se déterminer : vers le devant du corps se place le futur, devant mais au plus près du corps se trouve le présent et en arrière au-dessus de l'épaule le passé. Par cette utilisation de l'espace, il n'y a pas de conjugaison, le temps des verbes est alors sous-entendu.

- **L'espace comme une scène.**

Lors d'une discussion pendant laquelle le signeur souhaite parler d'une personne ou d'une chose, si elle est présente alors il suffit de la désigner du doigt. Si elles sont au nombre de deux, le

signeur va signer le chiffre deux et faire un mouvement de « va et vient » entre les deux personnes ou objets. Dans le même principe, de trois à cinq, le signeur signera les chiffres mais le fera cette fois-ci de façon « circulaire ». Dans le cas où elles seraient plus que cinq, le doigt doit balayer toutes les personnes ou choses concernées.

Dans la mesure où la personne ou la chose est absente du cadre, le signeur doit la placer dans l'espace. Ainsi le signeur va choisir une zone devant lui ou sur le côté.

Pour aller un peu plus loin, pendant une histoire, le signeur peut être simplement le narrateur. Sinon, après avoir placé les personnages dans l'espace, il peut se mettre à leur place pour prendre le rôle en décalant légèrement son buste vers la zone où sont placés les personnages.

Pour construire une phrase, les signes ne se placent pas les uns après les autres par hasard. De manière générale, le signeur commence par répondre à la question « où ? », il place alors le moment et le lieu. Ensuite, il répond à la question « qui ? » et désigne ainsi le ou les personnes ou objets dont il veut parler. Enfin, il termine sa phrase par l'action qui sera réalisée par le sujet, répondant à la question « quoi ? ».

Il est important de ne pas faire d'à-coup ou de marquer des pauses après chaque signe. Les pauses se font à la fin d'une phrase entière (20, 21).

Ensuite, d'un point de vue grammatical, les phrases peuvent prendre différentes formes. Pour les distinguer, le signeur aura recours à des expressions de son visage et des signes de la tête.

Une phrase négative va ainsi associer un signe négatif, souvent situé en fin de phrase, à la tête qui fait non. Ce mouvement de tête peut être réalisé tout au long de la phrase. Pour certains signes, la négation est directement intégrée dans ce dernier.

Pour une phrase interrogative, le principal paramètre à prendre en compte va être les sourcils. Généralement, un haussement de sourcils va concerner les questions fermées alors qu'un froncement s'appliquera aux questions ouvertes (20).

Les éléments présentés ci-dessus prouvent que la langue des signes française suit des règles précises. Ils permettent de donner un premier aperçu quant à l'union des signes entre eux. Cependant, ces éléments ne sont pas exhaustifs et la syntaxe a bien d'autres règles qui ne seront pas détaillées dans ce manuscrit.

## *D. Autres moyens spécifiques de communication*

### *1. Le français signé*

Le **français signé** est une passerelle entre la langue des signes française et la langue française. Les sourds et les entendants vont alors communiquer en mélangeant les deux langues pour que chacun se fasse comprendre. Ainsi, les signes se feront plutôt selon l'ordre des mots du français courant et non dans l'ordre de la syntaxe de la LSF.

Cette méthode est plutôt utilisée dans la mesure où l'entendant ne maîtrise pas complètement la syntaxe de la langue des signes française. Parfois, le français signé peut se

rapprocher de la LSF si l'entendant a quelques notions et utilise d'autres paramètres propres à la LSF, comme l'expression du visage et l'utilisation de l'espace. Lorsque le français signé est employé en même temps que la parole, il s'agit de **communication bimodale**.

Dans le cas où il y aurait peu de notions, la dactylogologie peut être une solution permettant d'épeler les mots dont le signe n'est pas connu (20).

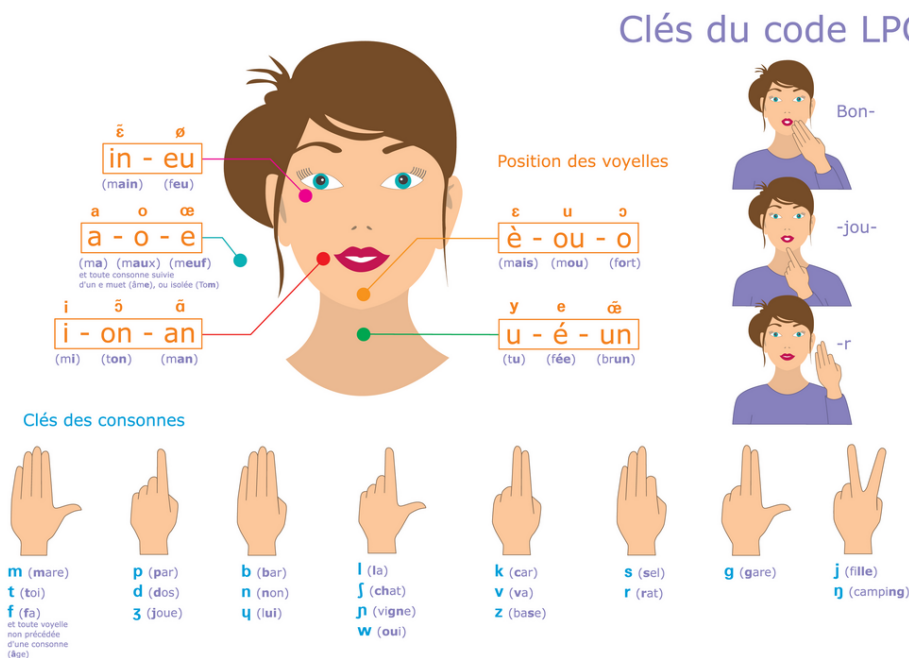
Le français signé n'est pas une langue mais un mode de communication pouvant faciliter la compréhension. De plus, c'est un moyen pouvant être moins fatigant pour le sourd par rapport à une simple lecture labiale qui demande beaucoup de concentration.

## 2. La Langue française Parlée Complétée (LfPC)

La **Langue française Parlée Complétée (LfPC)** est ni plus ni moins la langue française orale associée à un code pour distinguer les sons aux mouvements de lèvres identiques. Cette technique permet entre autres de lire les mots et les sons, dans le but d'améliorer la compréhension de la langue française et de faciliter l'expérience de la lecture.

Ce procédé audio-visuel se distingue de la lecture labiale par l'intervention d'un élément visuel supplémentaire : la main. Tout en parlant, le locuteur code avec sa main au niveau du visage pour différencier les syllabes. Pour ce faire, deux paramètres sont à prendre en compte (25, 26, 27), représentés avec la figure 9 :

- La configuration de la main, avec huit formes possibles pour déterminer les consonnes,
- Le placement au niveau du visage, avec cinq zones, pour positionner les voyelles.



**Figure 9.** Affiche du code de la LfPC faite par l'association ALPC (27)

### III. CONTEXTE ET ENQUÊTE AUPRES DES OFFICINES

#### A. Contexte & réflexion

La réflexion initiale de ce projet est de répondre à cette simple problématique : comment améliorer la prise en charge des patients sourds ou malentendants au comptoir ? Les premières recherches ont mené à des textes confortant cette pensée. Ceux-ci sont tout uniment une loi française et le serment de Galien, un pilier pour la profession de pharmacien.

La définition du handicap a été initialement créée avec la « Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Dès lors, celle-ci a eu pour objectif d'améliorer l'insertion de toute personne présentant un handicap quel qu'il soit.

L'article L114-1 du Code de l'action sociale et des familles complète que « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale ». En tant que citoyen, une assistance mutuelle doit être apportée à tout autre citoyen, avec ou sans handicap.

L'article L114-2 de ce même code ajoute que « les familles, l'État, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale [...] et entreprises publics et privées associent leurs interventions [...] en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables ». De cette manière, l'objectif est de maintenir un milieu de vie ordinaire (11).

Le serment de Galien complète cette réflexion. En effet, le pharmacien ne doit en aucune façon manquer à ses engagements et ses obligations, que ce soit d'un point de vue légal ou moral, envers ses patients. Il se doit d'apporter, envers tous les patients, toutes les informations nécessaires quant à leurs traitements ainsi que leurs bonnes compréhensions (28).

Par conséquent, cette loi et cette promesse solennelle confortent l'idée de proposer des solutions à la prise en charge des patients sourds.

#### 1. Solutions existantes pratiquées en officine

Aujourd'hui, diverses solutions sont déjà existantes et appliquées au comptoir pour les personnes malentendantes, en particulier pour celles devenues sourdes ou pour celles ayant pu apprendre à parler et/ou à lire. Ces moyens peuvent être tout simplement l'écrit ou la lecture labiale.

L'**écrit** est un moyen régulièrement employé par les équipes officinales, en particulier pour la retranscription des posologies sur le conditionnement des traitements, ou encore la réalisation de plan de prise. Malencontreusement, le **taux d'illettrisme** chez les sourds profonds est important. Un rapport officiel datant de 1998 recense ce taux à **80%** (29). De plus, si la surdité survient chez l'enfant, alors l'acquisition du langage oral et/ou de l'écrit sera retardé. C'est pourquoi « **41% des enfants sourds de 6 à 11 ans savent lire, écrire et compter sans difficulté** contre 81% dans la population générale » (30). Ces chiffres corroborent le fait que l'écrit peut être une notion limitée.

De plus, la langue des signes française suit une syntaxe qui lui est propre et diffère de celle du français, que ce soit à l'oral ou à l'écrit. Alors, la compréhension de l'écrit n'est pas toujours simple pour le patient sourd, comme tout étranger ne maîtrisant pas la langue d'un autre pays.

La **communication orale** est possible et, quel que soit le niveau de surdité, la **lecture labiale** peut en faciliter la compréhension. Effectivement, cela peut être une aide pour les personnes ayant des notions convenables en langue parlée ou pour les personnes ayant eu des sessions d'apprentissage avec des orthophonistes (31). Dans ces cas, et dans la mesure où ces personnes y ont recours depuis des années, la lecture sur les lèvres permet la **restitution de 30 à 45% des informations entendues**, sous réserve que la discussion se fasse dans de bonnes conditions (32).

Toutefois, la lecture labiale présente certaines limites. Le mouvement des lèvres ne permet pas l'articulation de tous les sons, puisque quelques-uns se prononcent derrière la bouche et d'autres ont une forme labiale identique. Pour illustrer ces propos, l'exemple des lettres [b] et [p] ou encore [d] et [t] sont des « sosies labiaux », il est impossible de les différencier seulement avec les lèvres (33). La lecture labiale est donc bien une aide car, associée au contexte et à ce qui est potentiellement entendu, le cerveau déduit des hypothèses quant au sens de la discussion : il s'agit de la **suppléance mentale** (31, 33). Mais pour ce faire correctement, des conditions optimales doivent être appliquées, telles qu'être face au patient, ne pas être à contre-jour ou ne pas être dans un environnement bruyant.

Certes, l'écrit et l'oral avec la lecture labiale présentent des limites mais ce sont de premières solutions simples et non négligeables.

## 2. Obstacles dus à la crise sanitaire de la Covid-19

Les communications entre les personnes sourdes ou malentendantes et les entendants étaient déjà délicates mais c'était sans compter sur l'apparition de l'épidémie de la Covid-19 début 2020. Dans ces conditions, de nouvelles contraintes sont apparues.

Tout d'abord, le **port du masque** est devenu obligatoire pendant la crise sanitaire et les masques chirurgicaux ou en tissus empêchent totalement la lecture labiale. Inconsciemment, même les entendants sont impactés puisque c'est un automatisme. Ainsi, la lecture labiale n'est pas un procédé limité aux sourds ou malentendants (33).

À cela s'ajoute de potentiels **plexiglass** dans les commerces et pharmacies, une nouvelle barrière physique qui bloque le son. Les personnes se sont mises instinctivement à parler plus fort et/ou à articuler exagérément, ce qui n'est pas forcément une solution dans les discussions avec les personnes sourdes ou malentendantes. En effet, selon l'origine de la surdité, certaines fréquences ne sont plus entendues et donc parler plus fort ne changerait rien à la situation.

Par conséquent, ces nouveaux obstacles compliquent la communication par voie orale et d'autant plus la lecture labiale. Ces circonstances renforcent l'objectif de proposer de nouvelles solutions quant à la prise en charge des patients sourds ou malentendants.



### 3. Nouvelles solutions envisagées

Après réflexion, les sourds et les malentendants se sont toujours adaptés, alors pourquoi les professionnels ne s'adaptent pas en retour ? La principale solution venant à l'esprit est l'apprentissage de la langue des signes française, ou plutôt l'initiation de quelques signes dans un premier temps. Savoir dire bonjour, merci et au revoir en LSF devient essentiel. **L'organisation mondiale de la santé encourage « les professionnels de santé, les enseignants et les employeurs à apprendre des signes** ou le langage des signes pour faciliter la communication avec les sourds » (12).

De cette façon, l'idée serait de proposer un guide ou une affiche, proposant des signes essentiels, afin de faciliter les échanges avec les patients sourds signants, comme peuvent le faire les professionnels de santé avec les étrangers grâce aux différentes langues apprises au cours du cursus.

Néanmoins, ce projet présente une limite majeure puisque la population cible concernerait les sourds ou malentendants parlant la langue des signes françaises. Selon la Fédération Nationale des Sourds de France (FNSF), les sourds signant couramment sont estimés à 100 000 personnes, soit 1/3 de la population sourde (34).

Dans l'optique de trouver des solutions pour communiquer avec les sourds signants, le laboratoire UPSA a rendu son site accessible en 2016 aux personnes sourdes et malentendantes. En association avec la plateforme **Sourdline**, UPSA a permis aux patients sourds et malentendants de pouvoir dialoguer avec un intermédiaire bilingue en LSF et français. De cette manière, chaque patient parlant la LSF pouvait ainsi poser ses questions sur un traitement (35).

En novembre 2019, Vidal et le laboratoire UPSA présentent, aux professionnels de santé, une **formation e-learning pour « Connaître les difficultés des personnes sourdes et malentendantes, pour mieux communiquer et délivrer les conseils et les médicaments »**. Ainsi, deux vidéos permettent de comprendre les difficultés de communication que peuvent rencontrer les sourds et malentendants, et proposent des solutions pour des échanges réussis au comptoir entre les professionnels de santé et les personnes sourdes et malentendantes (36, 37).

Pour continuer dans cette lancée, le projet « **ma pharmacie en langue des signes** » voit le jour en 2021. En partenariat avec le laboratoire UPSA, Sourdline développe un nouveau dispositif à l'attention des équipes officinales pour leur permettre de dialoguer confortablement avec les patients sourds et malentendants, puisqu'un interprète sera présent en visio pour s'assurer de la bonne compréhension des conseils (38, 39).

Plusieurs autres mesures ont été proposées pour contrecarrer le port du masque qui complique les dialogues et notamment la lecture sur les lèvres. La première, ce fut la création de « **masques inclusifs** ». Ils se composent d'une partie en tissu et d'une partie transparente au milieu. La lecture labiale est ainsi possible, et les expressions du visage de nouveau accessibles (40).

L'utilisation seule de **visières** est plus controversée. Il est vrai que leurs emplois seraient bénéfiques pour les sourds ou malentendants puisque tout le visage serait visible, laissant le champ libre sur les lèvres et les différentes expressions du visage. Toutefois, les visières sont ouvertes de chaque côté du visage, ne permettant pas une étanchéité complète face à l'épidémie par rapport aux masques chirurgicaux. Le haut conseil de la santé publique a donné son avis le 13 mai 2020,

quant aux visières et autres barrières de protection, précisant qu'« elles ne peuvent être utilisées comme seul moyen barrière pour une protection respiratoire » (41). Ainsi, il en va de même pour les **plexiglass** disposés sur les comptoirs, s'ils sont utilisés seuls.

Une autre mesure est l'utilisation d'applications de sous-titrage. Le principe est de permettre l'échange entre patients et professionnels de santé en direct et sans ôter le masque, grâce au sous-titrage de la conversation. Un exemple est celui de l'application **Ava** (42). Une solution qui peut être facilement adaptée au comptoir, dans la mesure où il y aurait peu de bruits parasites autour et que le patient sache lire.

Par le biais d'Instagram et dans le cadre d'un projet en santé publique, quatre étudiantes en kinésithérapie ont réalisé une page dédiée à la communication avec les personnes sourdes et malentendantes, dont le nom est « *Isf\_surdi.sante* ». Leur but est de proposer aux professionnels de santé quelques signes et clés pour améliorer la prise en charge des patients sourds et malentendants (43).

La réflexion de ce projet a été confortée par la non-présence d'**Unités d'Accueil et de Soins des Sourds** (UASS) en région Centre. La figure 10 illustre ces propos : la région centre est de couleur blanche, indiquant l'absence d'une UASS.

Les deux unités les plus proches sont celles de Poitiers et de Nantes, créées respectivement en 2016 et 2010. La toute première unité, créée à Paris en 1995, a été l'Unité d'Informations et de Soins des Sourds (UNISS), située à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (44).



**Figure 10.** Carte des régions possédant une ou des unité(s) d'accueil et de soins pour les personnes sourdes (44)



La création de ces unités avait pour objectif de répondre à deux problématiques. La première problématique était de garantir aux sourds un accès égal aux soins et à toutes informations sur la santé, tout comme les entendants.

La deuxième était de permettre aux professionnels de santé d'exercer correctement leur profession. Le médecin Dagron Jean, cofondateur de l'UNISS de la salpêtrière, a ajouté que « celui qui fait l'effort de communication, [...] c'est le professionnel ».

De plus, c'est aussi dans un souci de confidentialité que les échanges entre professionnels et sourds devaient être fait en LSF (45).

Les équipes de ces unités sont bilingues en LSF et français, c'est-à-dire que des entendants et des sourds les composent. Ainsi, les professionnels de santé sont formés à la langue des signes française. Dans le cas contraire, des **interprètes** viennent compléter ces unités. Les interprètes ont pour rôle de traduire les dires du professionnel de santé pour le sourd et inversement (45).

Cependant, dans certaines situations, un interprète seul peut ne pas être adapté et le recours à un **intermédiaireur** peut être nécessaire. L'intermédiaireur ne traduit pas mais s'assure que le patient ait compris et reformulera en cas de besoin. Il peut également faire remonter au professionnel entendant ce qui était clair ou non dans le discours, que ce soit d'un point de vue oral ou gestuel. Très souvent, le poste d'intermédiaireur est occupé par des personnes sourdes (45, 46).

## *B. Enquête auprès des équipes officinales*

### *1. Objectif de l'enquête*

Le questionnaire a pour intérêt de recueillir le point de vue des équipes officinales sur la prise en charge des patients sourds ou malentendants. L'enquête va permettre d'étudier leur ressenti quant à l'idée de prendre en charge un patient sourd ou malentendant et de connaître les moyens de communication utilisés.

Le principal but de cette enquête est de s'interroger sur un mode de communication spécifique et peu employé auprès des entendants : la langue des signes française. À la suite de cette enquête, l'objectif serait de proposer des solutions simples pour faciliter les échanges entre les entendants et les malentendants ou les sourds, qu'ils signent ou non.

### *2. Présentation de l'enquête*

Le questionnaire s'intitule « **Enquête sur la prise en charge des personnes sourdes ou malentendantes à l'officine** » (voir Annexe 1). Il se présente sous la forme d'un Google Forms, divisé en six rubriques et est composé de vingt questions au maximum.

La première rubrique présente l'enquête, en expliquant le sujet du questionnaire, en précisant que celui-ci est anonyme et en indiquant qu'il faut entre 5 et 10 minutes pour y répondre.

La deuxième a pour but de mieux connaître les répondants. Ainsi, cette catégorie permet de connaître le sexe, l'âge et le statut au sein de l'officine du répondant ; mais aussi le département, le nombre d'habitants et la zone géographique où est située l'officine.

La troisième partie permet de questionner sur quelques généralités, telles que le ressenti à l'idée de recevoir un patient sourd ou malentendant, les moyens de communication et les outils employés. Cette rubrique a également pour objectif de savoir si le répondant parle la langue des signes française et s'il connaît le numéro d'urgence dédié aux sourds ou malentendants.

La dernière question, déterminante pour la suite du questionnaire, interroge sur la présence ou non de sourds ou malentendants dans la patientèle. Si la réponse est affirmative, le répondant passe à la quatrième rubrique, remplissant ainsi vingt questions. En revanche, dans le cas d'une réponse négative, le répondant passe directement à la cinquième rubrique sans répondre à la quatrième, remplissant alors seize questions au total.

La quatrième rubrique est dédiée aux patients sourds ou malentendants du répondant. Seuls les répondants ayant répondu « oui » à la question « Parmi vos patients, recevez-vous des personnes sourdes ou malentendantes ? » y ont accès.

Elle permet de connaître leur nombre et de savoir si ces patients parlent la LSF. Elle s'intéresse à la perception des équipes officinales quant à la qualité de la communication avec les personnes sourdes ou malentendantes. Elle se penche aussi sur l'intérêt du répondant quant au moyen de communication que souhaiterait utiliser le patient.

La cinquième rubrique cible le principal but de l'enquête, l'objectif étant de savoir si les équipes officinales ont des notions en LSF ou si elles seraient intéressées par des bases en LSF. Par conséquent, les questions se portent sur le fait de savoir si les répondants se sont documentés ou s'ils ont reçu des documents à propos de la LSF.

La dernière rubrique remercie les personnes ayant contribué à l'enquête et un espace « avis » non-obligatoire a été ajouté pour laisser une expression libre.

### 3. Résultats et analyse de l'enquête

Le questionnaire a été mis en ligne du 17 janvier 2022 au 27 avril 2022 et distribué auprès de plusieurs groupes de pharmaciens tels que des syndicats et des URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).

Du fait de l'actualité avec la Covid-19, les canaux de communication pouvaient être encombrés, et par conséquent, quelques-uns ont préféré ne pas repartager l'enquête. Malgré tout, 188 personnes ont répondu au sondage.

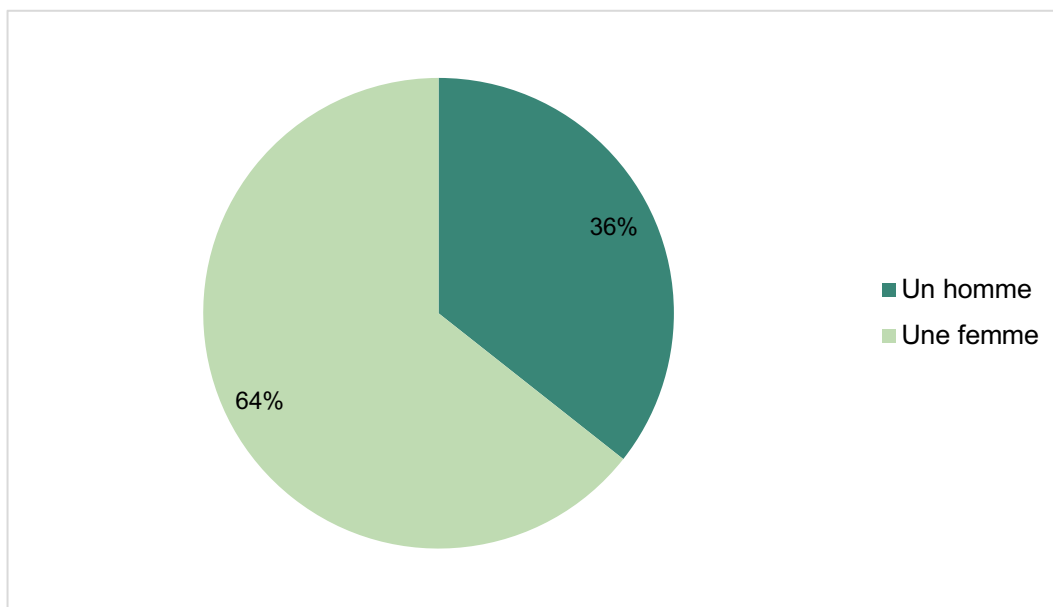
Les réponses au questionnaire vont être présentées et analysées une à une.

#### *i. Rubrique 2 : « A propos de vous »*

##### Question n°1 : Vous êtes une femme ou un homme ?

Le questionnaire a obtenu plus de réponses chez les femmes que chez les hommes. Effectivement, le nombre de réponses se porte à 121 chez les femmes, soit un pourcentage de 64%, contre 67 chez les hommes, soit 36%. Ces pourcentages sont illustrés par la figure 11.

Ces chiffres sont corroborés par ceux publiés par l'ordre des pharmaciens. Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, les hommes représentaient 32% des pharmaciens alors que les femmes 68% (47).



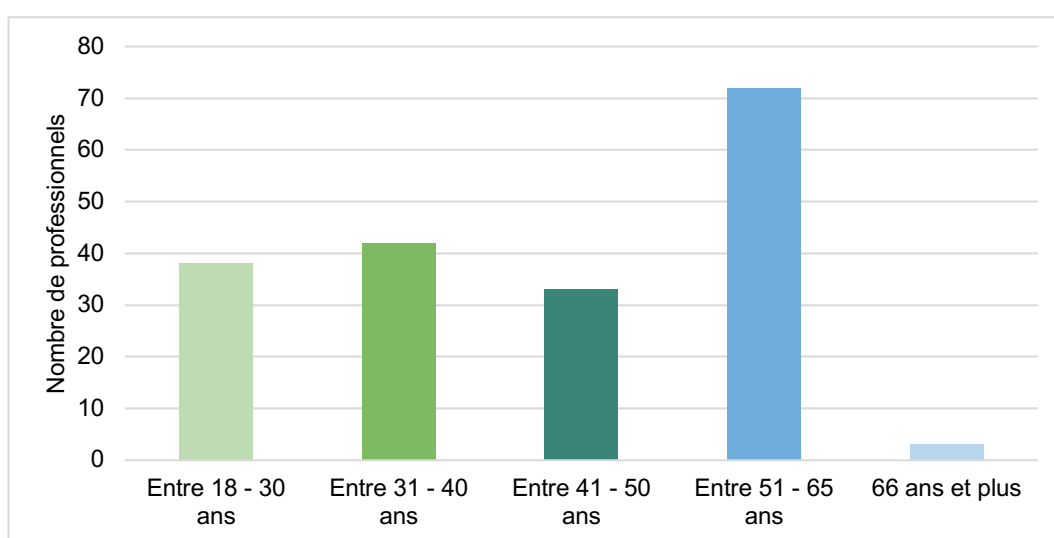
**Figure 11.** Pourcentage de femmes et d'hommes ayant répondu à l'enquête

### Question n°2 : Quel âge avez-vous ?

Suite aux réponses, toutes les tranches d'âge ont été représentées. La moyenne d'âge ainsi obtenue est de 44 ans, proche des 46,8 ans donnés par l'ordre des pharmaciens au 1<sup>er</sup> janvier 2021 (47).

Dans la figure 12, elles sont réparties de la manière suivante :

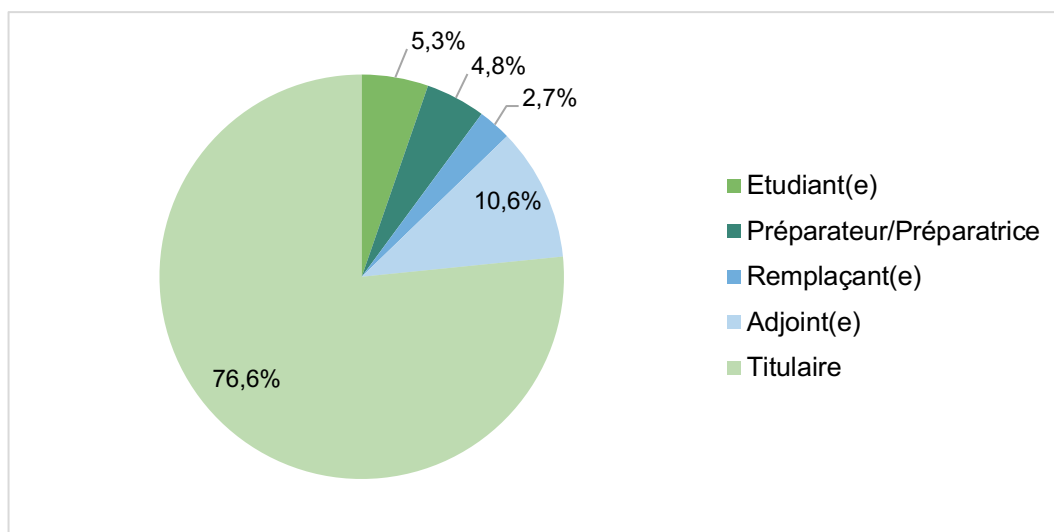
- La tranche d'âge des 18 à 30 ans représente 38 réponses,
- La tranche d'âge des 31 à 40 ans représente 42 réponses,
- La tranche d'âge des 41 à 50 ans représente 33 réponses,
- La tranche d'âge des 51 à 65 ans représente 72 réponses,
- La tranche d'âge des 66 ans et plus correspond à 2 réponses.



**Figure 12.** Répartition des professionnels selon leur âge

### Question n°3 : Quel est votre statut au sein de l'officine ?

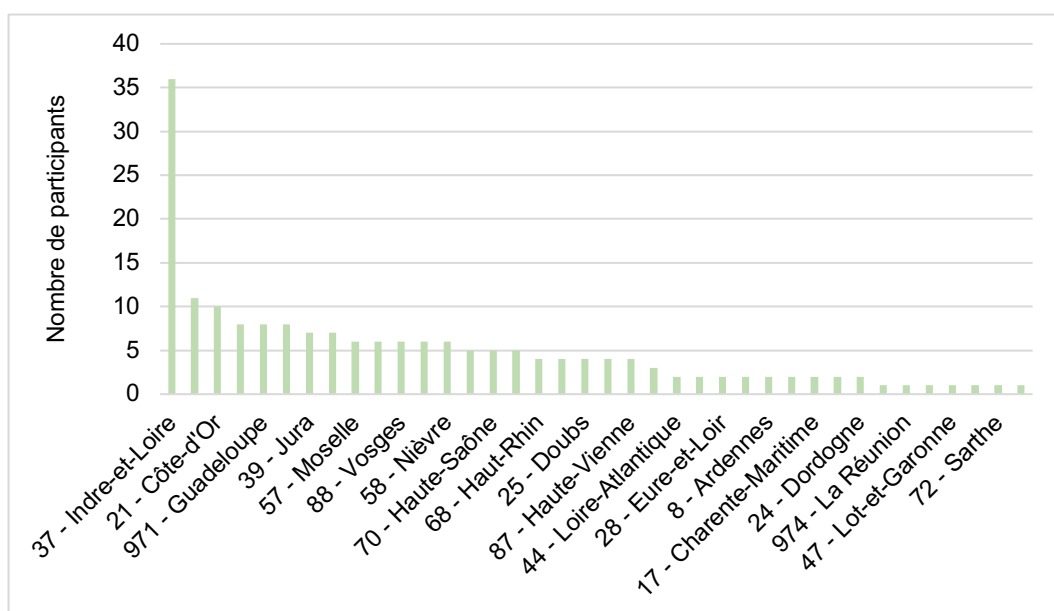
Majoritairement, les répondants sont des titulaires. Ils représentent 76,6% des participants, soit 144 réponses. A ces derniers s'ajoutent vingt adjoint(e)s, cinq remplaceant(e)s, neuf préparateurs/préparatrices et dix étudiant(e)s. Ci-après, la figure 13 montre en pourcentage la répartition des professionnels selon leur statut au sein de l'officine.



**Figure 13.** Répartition des professionnels selon leur statut au sein de l'officine

### Question n°4 : De quel département êtes-vous ?

Les participants ayant répondu appartiennent à une trentaine de départements dont le département majoritaire est l'Indre-et-Loire, comme le présente la figure 14.



**Figure 14.** Répartition selon les départements

Mais pour une meilleure représentation, la figure 15 regroupe les réponses selon les régions. Ainsi, sept régions se démarquent de cette façon :

- Le Grand Est avec 50 réponses,
- La Bourgogne-Franche-Comté avec 49 réponses,
- Le Centre-Val-de-Loire avec 44 réponses,
- La Nouvelle-Aquitaine avec 32 réponses,
- La Guadeloupe avec 8 réponses,
- Les Pays de la Loire avec 3 réponses,
- L'Auvergne-Rhône-Alpes et la Réunion avec une réponse chacune.

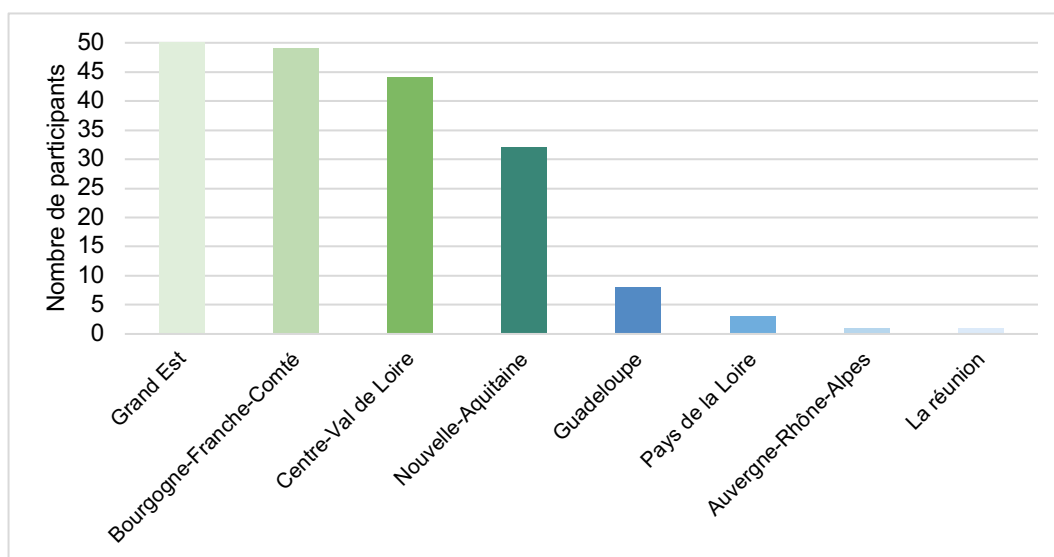


Figure 15. Répartition selon les régions

#### Question n°5 : Quel est le nombre d'habitants dans la ville où vous exercez ?

Les officines sont différenciées selon le nombre d'habitants de la ville où elles exercent.

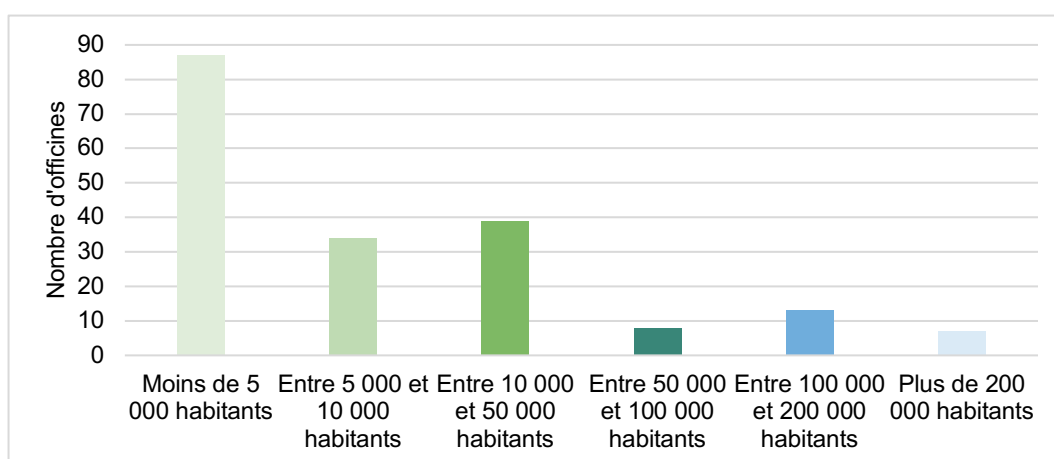


Figure 16. Répartition selon le nombre d'habitants de la ville où exercent les officines

Réparties dans la figure 16, les officines se situent dans des villes de :

- Moins de 5 000 habitants pour 87 d'entre-elles,
- 5 000 à 10 000 habitants pour 34 d'entre-elles,
- 10 000 à 50 000 habitants pour 39 d'entre-elles,
- 50 000 à 100 000 habitants pour 8 d'entre-elles,
- 100 000 à 200 000 habitants pour 13 d'entre-elles,
- Plus de 200 000 habitants pour 7 d'entre-elles.

#### Question n°6 : Quelle est la zone géographique où vous exercez ?

Les officines se distinguent dans la figure 17 selon la zone géographique où elles sont situées:

- 85 réponses de pharmacies situées en zone rurale,
- 54 réponses de pharmacies en périphérie urbaine,
- 43 réponses de pharmacies en centre-ville,
- Et 6 réponses provenant de pharmacies de centre commercial.

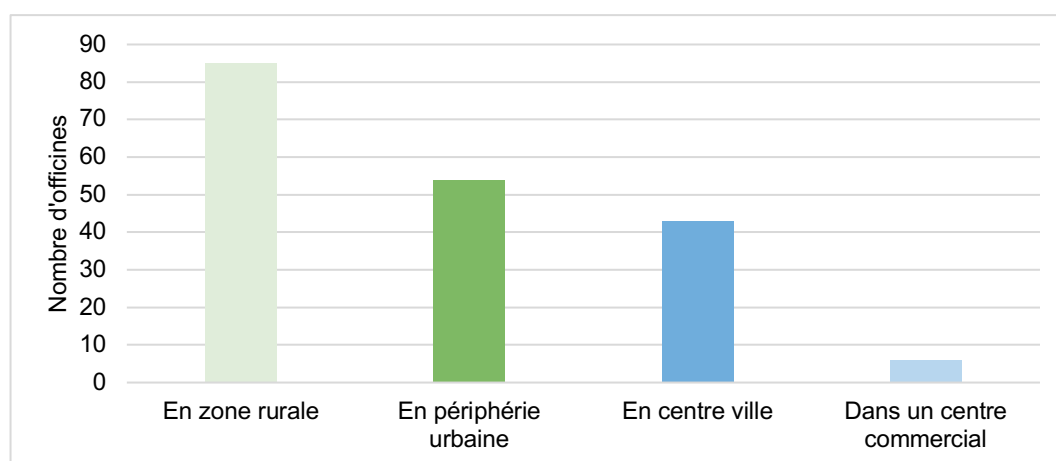


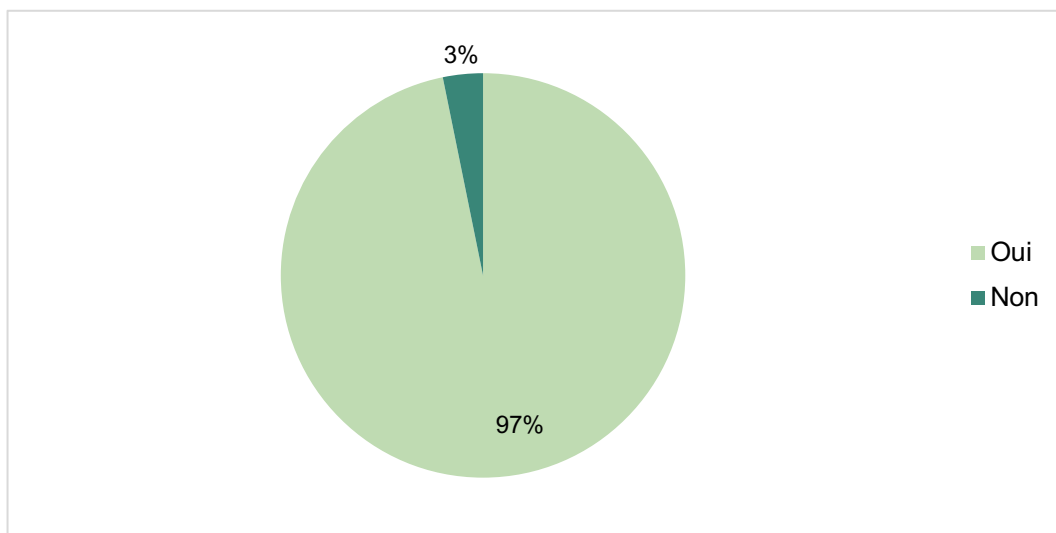
Figure 17. Répartition selon la zone géographique

#### *ii. Rubrique 3 : « Vous & les patients sourds ou malentendants »*

#### Question n°7 : Avez-vous déjà pris en charge au comptoir un patient sourd ou malentendant ?

Un grand nombre de professionnels de santé est amené à rencontrer une personne malentendante. Le questionnaire révèle que 97% des membres de l'équipe officinale ont déjà pris en charge un patient malentendant au comptoir, comme l'expose la figure 18.

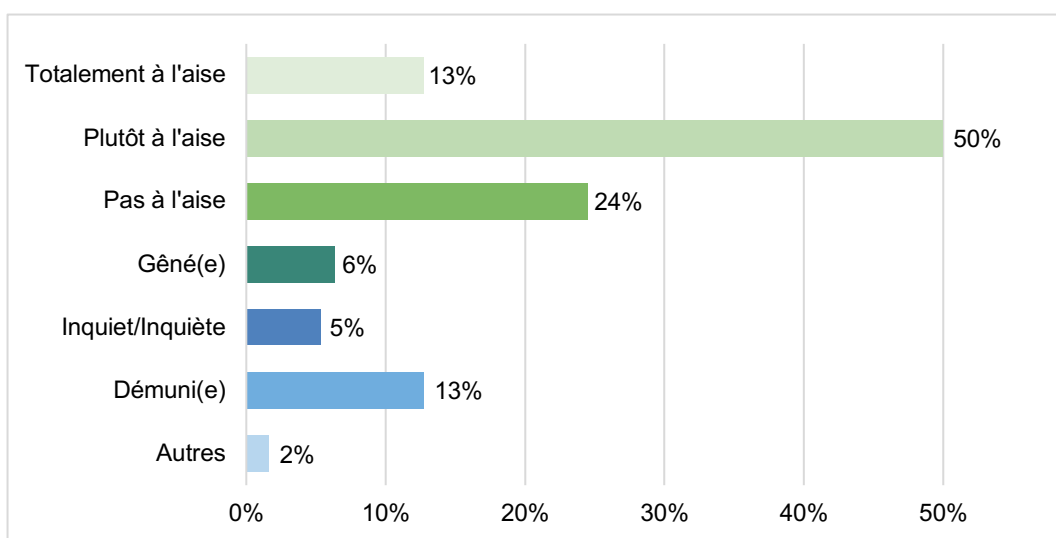




**Figure 18.** Proportion d'officines ayant déjà reçu un sourd ou malentendant au comptoir

### Question n°8 : Comment vous sentez-vous à l'idée de recevoir un patient sourd ou malentendant ?

Avant d'analyser les réponses à cette question, il faut noter que celle-ci est à choix multiples. Par conséquent, le pourcentage total observé dans la figure 19 est supérieur à 100%.



**Figure 19.** Ressenti(s) des officines à l'idée de recevoir un patient sourd ou malentendant

Chaque ressenti a été analysé indépendamment des autres et dix-neuf personnes ont sélectionné deux ressentis ou plus. Les deux ressentis les plus retrouvés sont « plutôt à l'aise » et « pas à l'aise ». Parmi les « plutôt à l'aise », deux ont ajouté se sentir démuni. En revanche, dans la catégorie « pas à l'aise », plusieurs autres ressentis y ont été associés tels que démuni, gêné et/ou inquiet, présentés dans le tableau I.

De plus, trois autres personnes ont préféré exprimer leur ressenti. Ainsi, le premier se dit « déstabilisé », le deuxième trouve que la compréhension est « difficile de part et d'autre » et le dernier « essaie de s'adapter ».

	Totalement à l'aise	Plutôt à l'aise	Pas à l'aise	Démuni(e)	Gêné(e)	Inquiet / Inquiète
Totalement à l'aise	24					
Plutôt à l'aise		92		2		
Pas à l'aise			31	7	2	
				2	4	
Démuni(e)		2	7	2	11	2
Gêné(e)			2		4	
Inquiet / Inquiète				4	2	4

Tableau I. Répartition des réponses selon les ressentis

### Question n°9 : Parlez-vous la langue des signes française ?

Sur 188 répondants, que ce soit un interrogé ou un collaborateur, uniquement deux personnes parlent couramment la LSF et seulement huit personnes ont répondu avoir quelques notions en LSF. La figure 20 montre que tous les autres répondants n'ont aucune connaissance en langue des signes française.

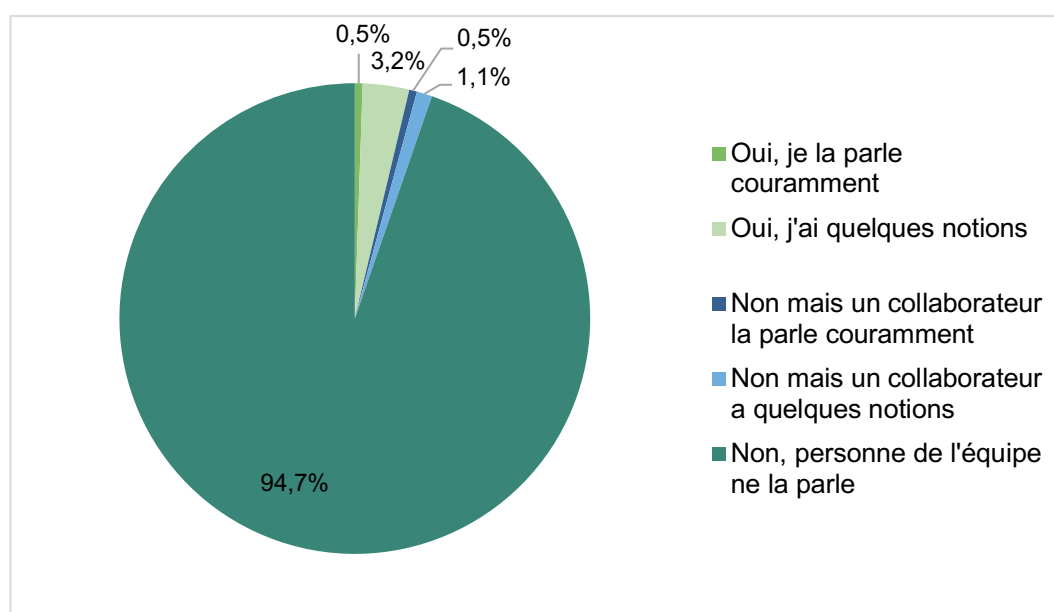
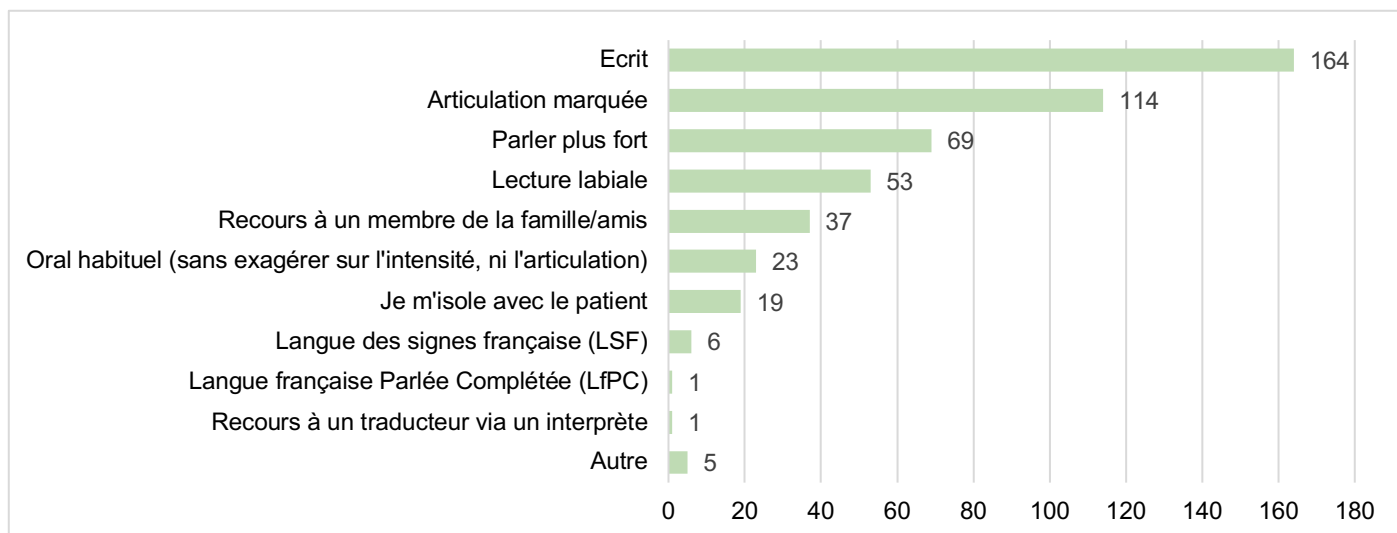


Figure 20. Pourcentage de professionnels parlant la LSF en officine

En effet, ces chiffres stipulent que seuls 4% des professionnels en pharmacie ont des bases en langue des signes française, et 1% la parle couramment. Ces pourcentages renforcent donc l'idée du projet de transmettre des bases en LSF.

### Question n°10 : Comment communiquez-vous ou communiqueriez-vous ?

Étant une question à choix multiples, une multitude d'associations d'outils a été proposée. Par souci d'analyse, il a été choisi d'analyser les moyens de communication indépendamment les uns des autres.



**Figure 21.** Moyens de communication employés

Les principaux moyens de communication les plus souvent évoqués corroborent la réflexion énoncée plus tôt. Ainsi, comme le montre la figure 21 :

- 87% des répondants utilisent l'écrit,
- 61% des répondants articulent de façon plus marquée,
- 37% des répondants parlent plus fort,
- 28% des répondants utilisent la lecture labiale.

Ce sont des moyens simples et rapides à mettre en place mais qui pour autant présentent des limites. Peu ont proposé de s'isoler avec le patient (10%), et encore moins ont évoqué les moyens de communication spécifiques aux sourds profonds tels que la LSF (3%) et la LfPC (1%).

Parmi les autres moyens, des outils précis ont été suggérés : une application de sous-titrage et une boucle magnétique pour malentendants dans la mesure où ils ne sont pas sourds profonds.

### Question n°11 : Utilisez-vous ou utiliseriez-vous des outils ?

Tout comme la question précédente, celle-ci est à choix multiples. Néanmoins, les réponses vont être présentées telles qu'elles ont été soumises avec le tableau II. De plus, la figure 22 va synthétiser les outils proposés selon le nombre de participants les utilisant.

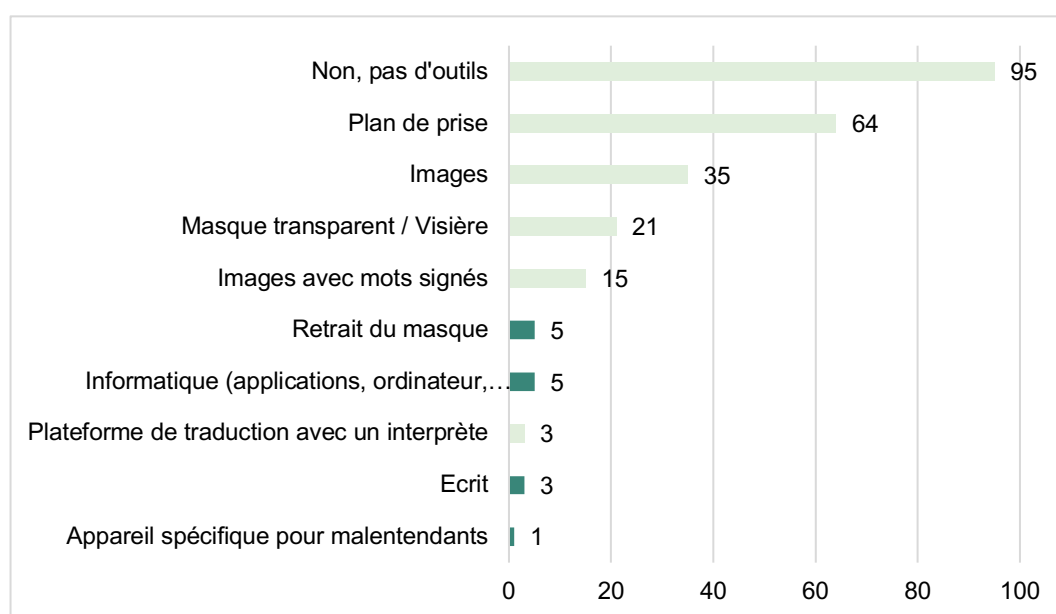
Tout d'abord, le tableau II doit être développé. La première ligne soumet les outils déjà proposés comme potentielles réponses (vert clair) et des outils proposés par les participants (vert foncé). La première colonne indique le nombre de résultats identiques selon les outils employés. Les résultats montrent que :

- 95 personnes n'utilisent aucun outil et représentent 50% des répondants,
- 15 personnes ont à la fois sélectionné « plan de prise » et « images »,
- 3 personnes ont sélectionné « plan de prise » et proposé « retrait du masque ».

Outils	Nombre de réponses										
		Non, pas d'outils	Plan de prise	Images	Images avec mots signés	Masque transparent / Visière	Plateforme de traduction avec un interprète	Retrait du masque	Informatique (applications, ordinateur, téléphone)	Ecrit	Appareil spécifique pour malentendants
1											
2	95	X									
3	25		X								
4	15		X	X							
5	10		X			X					
6	9			X							
7	5				X						
8	4		X	X	X	X					
9	3					X					
10	3		X		X						
11	3		X					X			
12	2			X	X						
13	2			X		X					
14	2									X	
15	1						X				
16	1		X	X			X				
17	1		X	X	X		X				
18	1		X	X		X					
19	1					X			X		
20	1		X					X	X		
21	1								X	X	
22	1							X	X		
23	1								X		
24	1										X

**Tableau II.** Répartition des réponses selon le ou les outil(s) utilisé(s)

La figure 22 reprend les données inscrites dans le tableau II, toujours avec le même code couleur. Les outils sont classés par ordre décroissant d'utilisation. Ainsi, les outils les plus utilisés sont le « plan de prise » et les « images ». Cependant, ces derniers sont placés après la non-utilisation d'outil.



**Figure 22.** Répartition des outils selon le nombre d'utilisateurs

Question n°12 : Connaissez-vous le numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes ?

La figure 23 permet de constater que seulement 11% des personnes questionnées connaissent le numéro d'urgence dédié aux personnes sourdes et malentendantes.

Accessible à n'importe quel moment, le 114 est un numéro permettant les échanges par sms ou visiophonie. Ce numéro doit être connu au même titre que le 17 pour la police, le 18 pour les pompiers et le 15 pour le SAMU. Ce numéro peut même être utile dans des circonstances où il est impossible de parler. Il paraît donc évident que ce numéro d'urgence doit être transmis pour que tous soient informés.

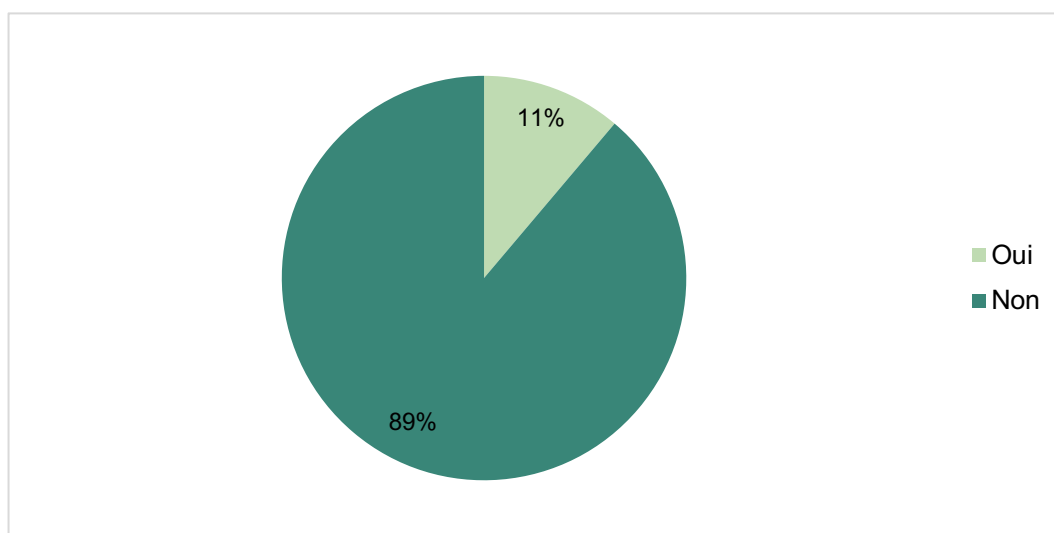


Figure 23. Pourcentage connaissant le numéro d'urgence 114

Question n°13 : Parmi vos patients, recevez-vous des personnes sourdes / malentendantes ?

Uniquement 27 personnes ont répondu ne pas recevoir des personnes sourdes ou malentendantes parmi leur patientèle habituelle, mais 24 d'entre elles en ont déjà pris en charge.

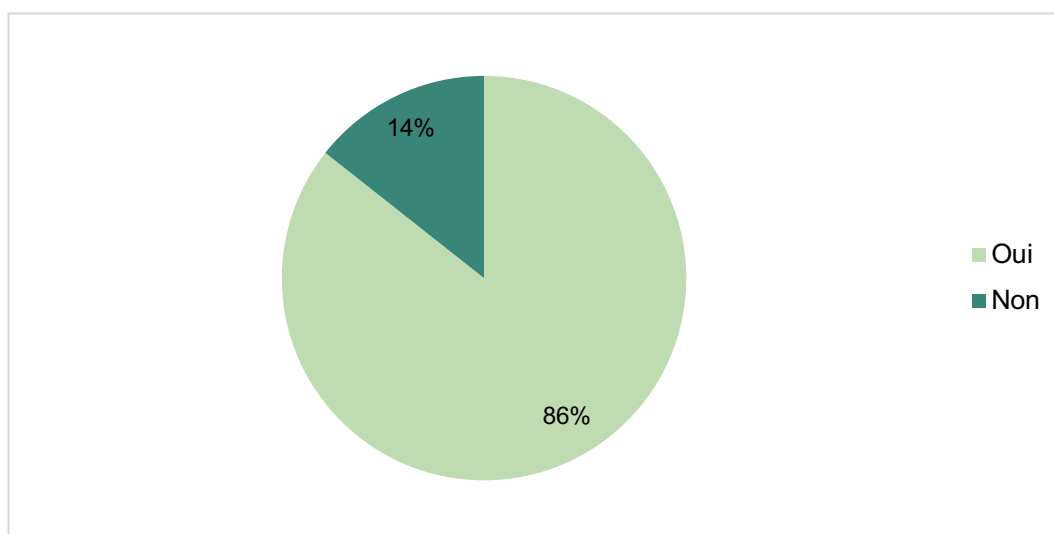


Figure 24. Proportion d'officines recevant un ou des sourds ou malentendants dans leur patientèle

Cette question était décisive pour la suite du questionnaire. En effet, ces 27 personnes ont été directement redirigées à la question 18. Par conséquent, la rubrique 4 ne concernera non plus 188 mais 161 personnes.

### iii. Rubrique 4 : « A propos de vos patients »

#### Question n°14 : Combien de patient(e)s sont concerné(e)s ?

Les pharmacies, ayant répondu accueillir des patients malentendants, se répartissent de la façon suivante (figure 25) :

- 77 pharmacies disent avoir 1 à 2 patient(s) malentendant(s),
- 63 officines disent avoir entre 3 à 5 patients malentendants,
- 13 officines ont entre 6 et 10 patients malentendants,
- Et 8 pharmacies ont plus de 10 patients malentendants.

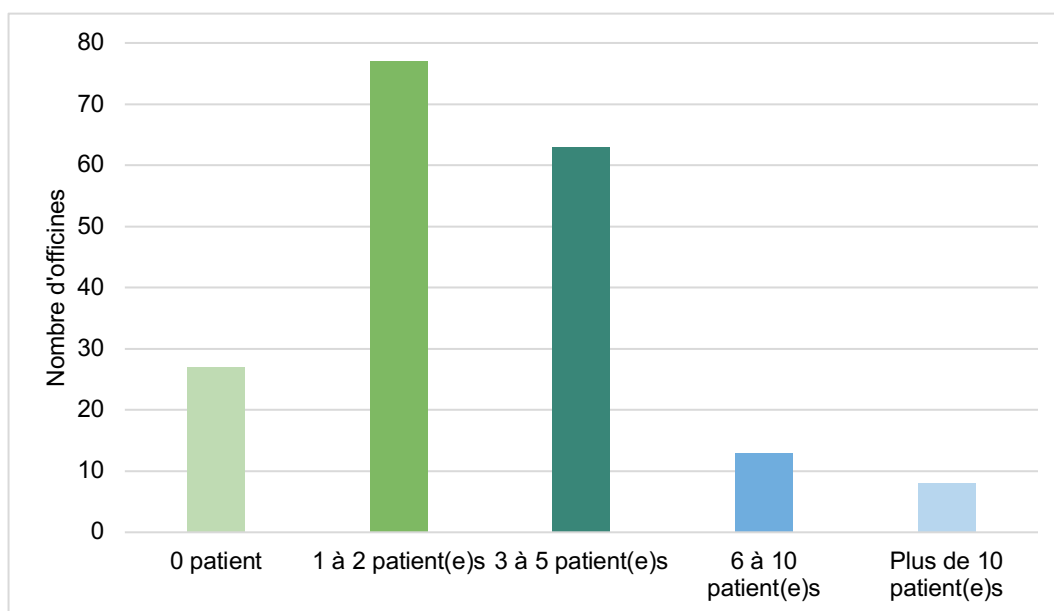


Figure 25. Répartition des officines selon le nombre de patients malentendants accueillis

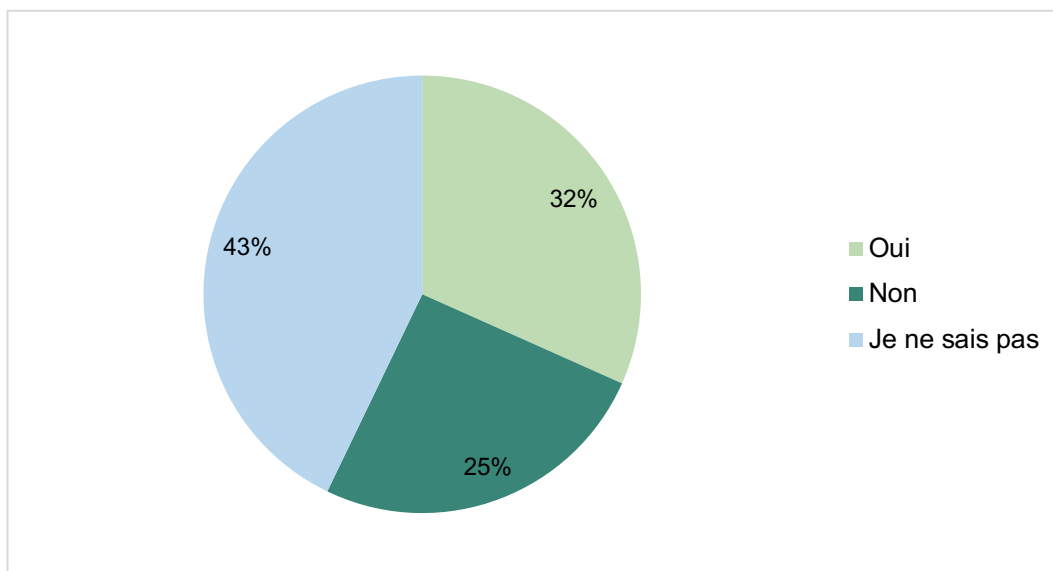
A partir de ces données et sans oublier les 27 pharmacies disant ne pas recevoir de patients malentendants, une officine compte en moyenne trois patients malentendants dans sa patientèle.

La figure 25 présente la répartition du nombre de malentendants accueillis dans les officines, tout en prenant en compte les officines ayant répondu ne pas en recevoir à la question précédente.

#### Question n°15 : Certains de ces patient(e)s parlent-ils la langue des signes française ?

Sur 161 réponses, 51 officines affirment que certains de leurs patients malentendants parlent la langue des signes. En revanche, 41 personnes disent que leurs patients malentendants ne la parlent pas et 69 ne savent pas si c'est le cas. Ces chiffres sont convertis en pourcentage dans la figure 26.



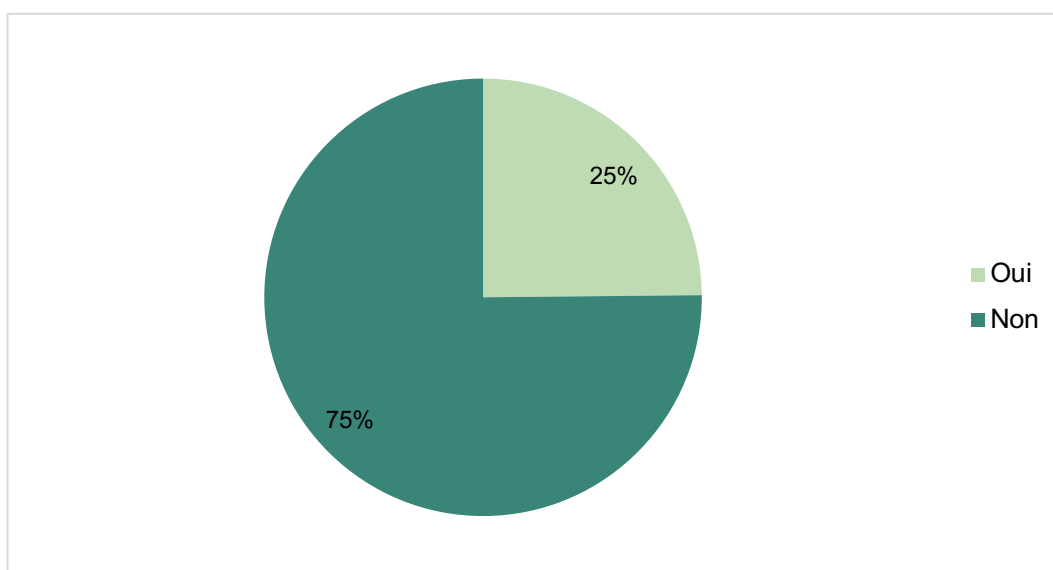


**Figure 26.** Proportion des officines accueillant des patients parlant la LSF

Sur les 51 pharmacies (32%) accueillant des patients communiquant par la LSF, trois disent avoir quelques notions en LSF et deux autres la parlent couramment dont l'un est un collaborateur. Ainsi, seulement 10% des officines recevant des patients parlant la LSF, ont des bases ou parlent couramment la langue des signes. Un chiffre qui doit être augmenté et conforte la mise en place du projet.

Question n°16 : Vous êtes-vous renseigné(e)s sur le mode de communication que le patient souhaitait utiliser ?

Illustré avec la figure 27, les personnes s'étant renseignées sur le choix de communication du patient ne représentent qu'un quart des officines accueillant des malentendants au sein de leur patientèle.



**Figure 27.** Pourcentage de pharmacies s'étant renseignées sur le choix de communication du patient malentendant

A cette question, lors d'une réponse positive, il était demandé de préciser le mode de communication choisi. Majoritairement, ce sont l'écrit et la lecture labiale les plus retrouvés, suivi de la LSF et de l'utilisation de SMS ou de l'ordinateur. Quelques-uns ont également évoqué les aidants, l'utilisation d'images, l'articulation marquée, le fait de parler plus fort, et même le LfPC.

Il est aussi important de relever que, parmi les 51 personnes recevant des patients parlant la LSF, 32 d'entre-elles ne se sont pas renseignées du mode de communication que le patient préférerait employer et n'ont pas de notion en LSF. Il est possible qu'avec des bases en LSF, cela permettrait à ces personnes d'engager une nouvelle façon de communiquer avec leurs patients malentendants.

Question n°17 : De façon générale, quel ressenti avez-vous concernant la prise en charge au comptoir de vos patient(e)s malentendant(e)s ?

Comme le montre la figure 28, la grande majorité des répondants, soit 65%, considère que la communication avec les patients malentendants est délicate. Ces professionnels ont l'impression que les patients ne comprennent qu'une partie des messages véhiculés. À cela, s'ajoute 4% qui considèrent même que la communication est difficile et que les patients ne comprennent pas la majeure partie des messages essentiels.

Néanmoins, 31% trouvent que la communication est aisée et que les patients comprennent les messages transmis.

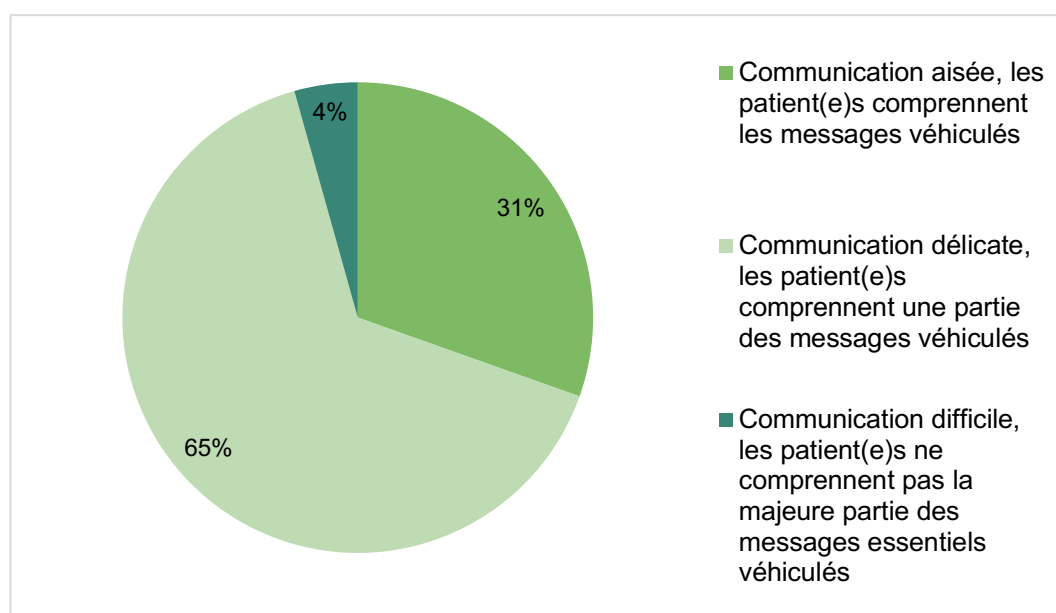


Figure 28. Ressenti vis-à-vis de la prise en charge des patients malentendants au comptoir

#### iv. Rubrique 5 : « Votre avis m'intéresse »

##### Question n°18 : Vous êtes-vous déjà documenté(e)s sur la langue des signes ?

La question n°18 est à choix multiples, ce qui explique que la somme des données de la figure 29 soit supérieure aux 188 réponses obtenues.

Beaucoup de professionnels d'officine n'ont pas eu l'occasion de se documenter sur la langue des signes française. Selon l'enquête, 137 personnes sont concernées représentant 73% des professionnels. Parmi les compléments d'informations, ils sont nombreux à dire qu'ils sont intéressés mais que le temps leur manque.

Il est vrai que la LSF est une nouvelle langue et demande un certain investissement. De plus, de nombreuses formations sont proposées mais les horaires se coordonnent peu de fois avec les emplois du temps. Il faut ajouter à cela que les formations sont longues pour acquérir un niveau correct en LSF.

Autrement, certains participants ont évoqué s'être documentés à la suite d'une rencontre avec un sourd, un parent d'un enfant sourd ou même de professionnels du milieu. D'autres se sont informés par l'intermédiaire de livres notamment dans le cas de l'apprentissage des signes avec leur bébé.

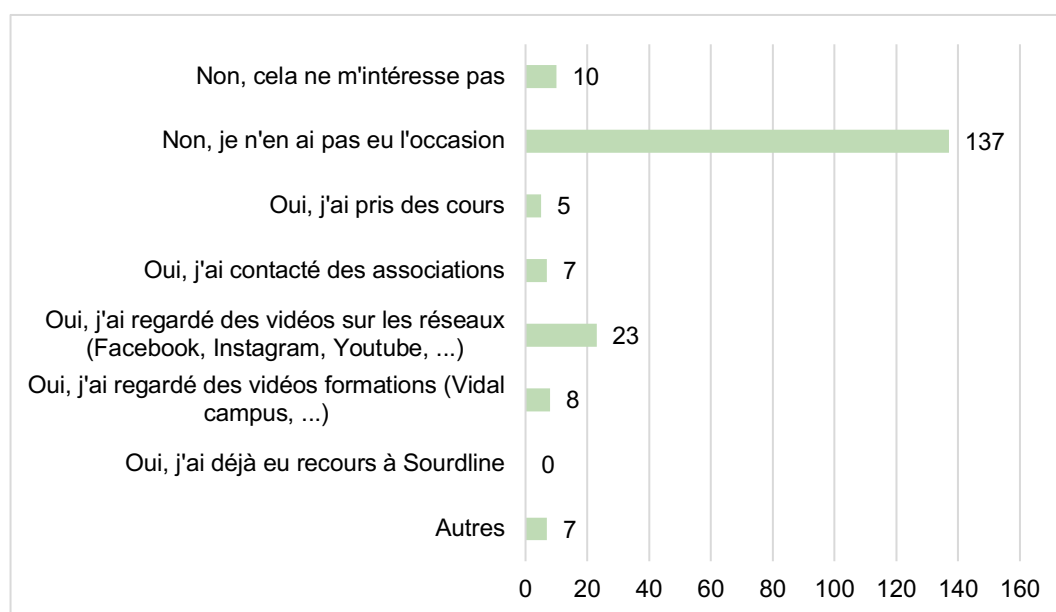


Figure 29. Répartition de la potentielle documentation sur la LSF

##### Question n°19 : Avez-vous reçu des documents à propos des sourds/malentendants ?

Sur toutes les personnes interrogées, 169 personnes (représentant 90% des répondants) n'ont reçu aucun document concernant les sourds ou malentendants. Par conséquent, seuls 19 personnes ont reçu des documents, représentés dans le tableau III et répartis comme suit :

- 10 personnes ont lu un ou des article(s) dans des abonnements de revues pharmaceutiques,
- 3 personnes ont reçu un livret en langue des signes française,

- 2 personnes ont également répondu à une enquête sur ce sujet, et sont déjà comprises chacune dans l'une des catégories ci-dessus,
- Et 6 autres personnes ont reçu divers documents.

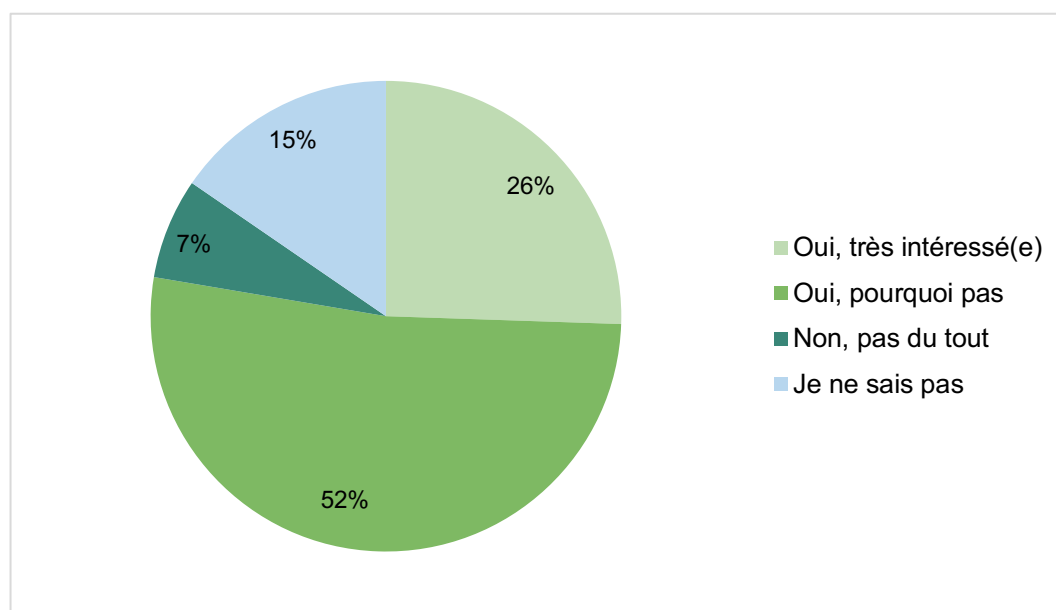
	Aucun document	Lu un/des article(s) dans des abonnements pharmaceutiques	Répondu à une enquête sur le sujet	Reçu un livret en langue des signes française	Autres
Aucun document	169				
Lu un/des article(s) dans des abonnements pharmaceutiques		9	1		
Répondu à une enquête sur le sujet		1		1	
Reçu un livret en langue des signes française			1	2	
Autres					6

**Tableau III.** Répartition des réponses selon le type de documents reçus

Les divers autres documents reçus proviennent soit de milieux associatifs ou de manifestations, soit de parents de patients malentendants, soit des documents propres à une formation. Une pharmacie a également précisé avoir affiché dans son officine l'affiche sur le 114.

Question n°20 : Vous ou votre équipe, seriez-vous intéressé(e)s par des bases en langue des signes française (notamment en vocabulaire médical) ?

Pour conclure ce questionnaire, avec la figure 30, 78% des personnes se sont dit intéressées par des bases en langue des signes française, dont 26% étaient « très intéressées ». Par ailleurs, 7% n'étaient pas du tout intéressées et 15% ne se sont pas prononcées.



**Figure 30.** Pourcentage selon l'intérêt porté sur des bases en LSF

#### 4. Conclusion de l'enquête

Pour conclure, le récapitulatif ci-après présente des chiffres clés à retenir suite à l'enquête menée auprès des officines :

- 97% des professionnels en pharmacie ont déjà pris en charge un patient sourd ou malentendant.
- Plus d'un tiers des participants interrogés se disent « pas à l'aise », « gêné », « inquiet » ou « démuni ».
- Près de 95% des professionnels en officine n'ont aucune base en langue des signes française.
- 89% des répondants ne connaissent pas le numéro d'urgence « 114 » dédié aux sourds et malentendants.
- En moyenne, une officine compte trois sourds et/ou malentendants dans sa patientèle.
- 90% des officines, accueillant des patients parlant la LSF, n'ont pas de base en LSF.
- 69% des professionnels trouvent que la prise en charge des patients sourds ou malentendants est sensible.
- 90% des participants n'ont reçu aucun document sur le sujet et 78% seraient pourtant intéressés.

En somme, au vu du nombre de professionnels ayant déjà pris en charge ou ayant parmi leur patientèle un patient sourd ou malentendant, au vu du nombre de personnes n'ayant aucune base en LSF et n'ayant reçu aucun document à ce propos étant pourtant intéressées, les retours de l'enquête confortent l'idée de proposer des solutions et notamment des bases en langue des signes française.

De plus, quelques personnes intéressées ont fait remarquer que ce qu'il leur manquait, c'était tout simplement du temps. En effet, apprendre une nouvelle langue demande des formations, et pour être complètes, celles-ci sont longues.

## IV. LE PROJET : GUIDE A LA COMMUNICATION AVEC LES MALENTENDANTS ET SOURDS

Dans une autre thèse de 2018, une enquête a été réalisée auprès de 42 patients sourds. L'intérêt de cette enquête était de se renseigner sur le sentiment des patients à la délivrance des traitements en pharmacie et de potentielles propositions pour mieux les prendre en charge.

Selon ces patients, les deux moyens de communication les plus utilisés en pharmacie sont d'abord l'oral puis l'écrit. Pour autant, la plupart souhaiterait que les professionnels de santé en officine soient initiés à la langue des signes française. De plus, dans le cas d'une communication orale, prendre le temps est essentiel pour les sourds (48).

Suite à l'enquête réalisée en 2022, les résultats sont similaires. L'écrit est utilisé par 87% des professionnels en officine, mais ont-ils conscience de l'illettrisme potentiel ? Savent-ils que, pour les signants, la syntaxe de leur langue diffère de celle du français ? De plus, l'écriture des professionnels est-elle en abrégée ou lisible de façon à être relue par un aidant si besoin ?

Les participants de l'enquête disent à 61% marquer l'articulation à l'orale, mais à quel point ? En effet, si l'articulation est trop accentuée, cela peut ne pas arranger la compréhension de l'échange puisque le sourd peut avoir l'habitude de lire sur les lèvres avec un débit régulier de parole. En revanche, si le professionnel articule de façon à prendre son temps pour éviter de parler trop vite, alors le sourd ou malentendant pourra certainement mieux comprendre les dires.

Les membres de l'équipe officinale seraient près de 37% à parler plus fort. Malheureusement, selon le type et le degré de surdité, les fréquences intensifiées peuvent ne pas être entendues malgré tout, et notamment si des bruits parasites viennent troubler les conversations.

Enfin, 28% des questionnés utilisent la lecture labiale mais dans quelles conditions ? Si le patient doit se concentrer sur les lèvres pour une meilleure compréhension alors l'environnement dans lequel l'échange se fait doit être approprié. Si le professionnel parle tout en allant chercher des traitements, le patient ne pourra pas suivre la conversation. Un regard capté peut quant à lui concentrer l'attention du patient.

Toutes ces questions vont trouver une réponse dans les documents qui vont suivre. L'idée est de proposer aux officines des affiches ou infographies avec des essentiels pour améliorer la prise en charge des patients sourds et malentendants, tout en facilitant les échanges.



## A. Infographies

Pour répondre aux questions soulevées après l'enquête, deux infographies ont été réalisées afin de rappeler les essentiels de la conduite à tenir face à un patient sourd ou malentendant et de proposer différentes aides pour améliorer leur prise en charge.

La première infographie est intitulée « **Les essentiels pour dialoguer avec les personnes sourdes ou malentendantes** » et est proposée par la figure 31. Celle-ci récapitule de simples mesures quant à l'attitude, la communication et l'environnement dans lequel doit avoir lieu l'échange entre sourds et entendants (49, 50, 51).

La première partie parle de l'attitude. Elle insiste sur la disponibilité et la patience du professionnel de santé, sur l'attention aux expressions, sur le placement face au patient en le regardant dans les yeux et en laissant la bouche apparente dans la mesure du possible, sous-entendant le retrait du masque.

La seconde partie développe les communications écrite et orale. A l'oral, l'essentiel est de prendre son temps en faisant des phrases courtes au lexique simple et en marquant des pauses, le tout en continuant de parler normalement. L'écrit est une autre solution mais pour cela, il faut faire attention à la lisibilité. Ainsi une écriture en toutes lettres et en majuscule est recommandée.

Le thème de la dernière partie concerne l'environnement. En effet, dialoguer dans un environnement adapté est primordial. L'idéal est de s'isoler puisque les bruits environnants parasitent les échanges. Pour une conversation soutenue par lecture labiale, il est important de se mettre face à la lumière et non à contre-jour afin de bien distinguer les mouvements des lèvres.

La deuxième infographie est présente par la figure 32 sous le nom « **Aides pour améliorer la prise en charge des sourds et malentendants** ». Cette dernière soumet des clés pour aider à la prise en charge des patients sourds et malentendants.

Dans les outils proposés, on retrouve une application de sous-titrage (52), des plateformes mettant en relation avec des interprètes (39, 53) et l'idée d'un tableau de posologie associé aux signes téléchargeable (54). Elle rappelle également le numéro d'urgence qui est dédié à ces patients, accessible à tout moment, avec différents canaux de communication (55).



Figure 31. Infographie « Les essentiels pour dialoguer avec les personnes sourdes et malentendantes »



Figure 32. Infographie « Aides pour améliorer la prise en charge des sourds et malentendants »

## B. Affiches en langue des signes françaises

La première fiche concerne la dactylologie ou les signes correspondant aux lettres de l'alphabet en langue des signes française. Ces configurations conventionnelles sont utiles pour épeler des mots dont le signe n'est pas connu par la personne, ou pour épeler des noms et prénoms. De plus, plusieurs mots se signent grâce à la dactylologie, notamment en utilisant la première lettre.

La figure 33 « **DACTYLOLOGIE : Alphabet de la langue des signes française** » présente ainsi ces différentes configurations.

La deuxième fiche a pour but de présenter des signes de politesse, essentiels à l'accueil d'un patient signant. Ils sont présentés dans la figure 34 « **FICHE LSF N°1 : ACCUEILLIR** ». Grâce à cette fiche, le professionnel de santé va pouvoir apprendre à dire bonjour, merci, s'il vous plaît et au revoir.

Bonjour et merci sont identiques, le contexte permettra de faire la différence. Par exemple, si ce signe est réalisé par une personne suite à son entrée dans une pièce, le sens sera en faveur de bonjour. Si ce signe est placé à la fin d'une conversation alors ce sera plutôt merci.

Le professionnel aura également l'occasion de pouvoir demander comment va le patient. Deux possibilités sont proposées dans la fiche pour « ça va ». En effet, l'expression du visage va permettre de distinguer la question de l'affirmation. Pour la question, les sourcils seront relevés et les yeux bien ouverts. En revanche, pour l'affirmation, un simple sourire et un oui de la tête accompagneront le signe.

La troisième fiche est intitulée « **FICHE LSF N°2 : QUESTIONS / REPONSES** ». La première page, présente en figure 35, propose des questions de base : « Qui ? », « Pourquoi ? », « Où ? », « Age ? » et « Question ? ».

La deuxième page, exposée dans la figure 36, émet quant à elle des réponses. Ainsi, « oui » et « non » sont signés. Pour les autres réponses, elles répondront à la question « Qui ? », permettant en même temps d'apprendre à signer « femme », « homme », « enceinte », « bébé » et « enfant ».

La « **FICHE LSF N°3 : PROFESSIONNELS DE SANTE** » propose cinq signes dont deux métiers : médecin et infirmier ; puis trois lieux : pharmacie, hôpital et urgences. Elle est illustrée par la figure 37.

Étant sur deux pages, les figures 38 et 39 soumettent la « **FICHE LSF N°4 : TEMPS** ». Cette fiche évoque la notion de temps et tout particulièrement des moments de la journée. Les signes devront permettre d'aider le professionnel de santé à pouvoir situer la prise des médicaments en signant l'instant où ils doivent être pris.

La « **FICHE LSF N°5 : VOCABULAIRE SPECIFIQUE** » propose trois termes caractéristiques, qui sont « ordonnance », « carte vitale » et « médicament ». Elle propose aussi les signes « sourd » et « entendant ». Si un patient sourd signe qu'il est sourd, ainsi le professionnel de santé pourra reconnaître le signe et s'adapter en conséquence. Cette fiche sera retrouvée en figure 40.



# DACTYLOLOGIE

*Alphabet de la langue des signes française*



Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 33. « DACTYLOLOGIE : Alphabet en langue des signes française »

# FICHE LSF N°1 ACCUEILLIR

Début du signe

Fin du signe

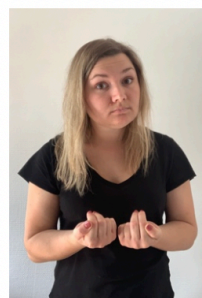
**Bonjour  
/ Merci**



La main plate va de la bouche vers l'avant.

La différence entre bonjour et merci se fera principalement par le contexte.

**Ça va ?  
(x2)**



Le visage doit être interrogateur. Étant une question fermée, les sourcils sont relevés et les yeux ouverts.

**Ça va !  
(x2)**



La différence avec « ça va ? » se fait par un hochement « oui » de la tête.

**S'il vous plait**



La main en B descend le long de la joue.

**Au revoir  
(x2)**



(x2) : Le mouvement est à répéter deux fois.

Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 34. « FICHE LSF N°1 : ACCUEILLIR »



# FICHE LSF N°2

## QUESTIONS / REPONSES

Début du signe

Fin du signe

**Qui ?**  
(x2)



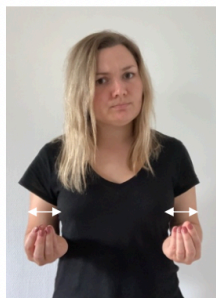
Les questions présentées sont des questions ouvertes. Ainsi, une réponse précise est attendue. Les questions se feront plutôt avec un froncement des sourcils.

**Pourquoi ?**  
(x2)



Le doigt vient taper la tête deux fois de suite.

**Où ?**  
(x2)



Les deux mains vont et viennent du côté vers le centre.

**Age ?**  
(x2)



Les mains en cinq viennent se taper l'une dans l'autre deux fois.

**Question ?**



Pour ce signe, il faut dessiner un point d'interrogation avec le doigt.

(x2) : Le mouvement est à répéter deux fois.

Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 35. « FICHE LSF N°2 : QUESTIONS / REPONSES »

## FICHE LSF N°2 (suite)

# QUESTIONS / REPONSES

**Oui  
(x2)**



Le signe se fait deux fois rapidement, en même temps que la tête fait « oui ».

**Non  
(x2)**



En même temps que le signe, la tête fait « non ».

**Enceinte**



Avec la main en cinq, le signe mime le ventre de la femme enceinte.

**Femme**



**Homme**



**Bébé (x2)**



**Enfant (x2)**



La main fait une rotation pour signer « bébé », à la différence d'« enfant » où la main va de haut en bas.

Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 36. « FICHE LSF N°2 (suite) : QUESTIONS / REPONSES »



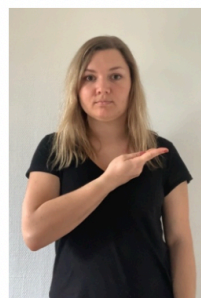
# FICHE LSF N°3

## PROFESSIONNELS DE SANTE

Début du signe

Fin du signe

**Médecin  
(x2)**



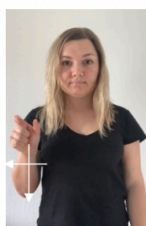
La main en K remonte vers le haut avec le majeur qui touche la poitrine.

**Infirmier  
Infirmière**



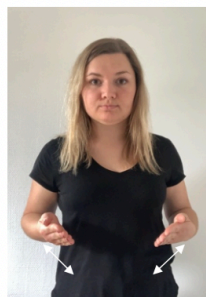
La main en A forme une croix sur le haut du bras.

**Pharmacie**



La main va de haut en bas, puis de gauche à droite, pour former une croix.

**Hôpital  
(x2)**



Les mains plates pivotent de haut en bas.

**Urgences  
(x2)**



La main en V passe sous le menton.

(x2) : Le mouvement est à répéter deux fois.

Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 37. « FICHE LSF N°3 : PROFESSIONNELS DE SANTE »

## FICHE LSF N°4 TEMPS

*Début du signe*

*Fin du signe*

**Matin**



La main monte  
comme le soleil qui se  
lève.

**Midi**



La main en B vient se  
poser sur la bouche.

**Soir**



La main descend  
comme le soleil qui se  
couche.

**Avant**



La main va vers  
l'arrière.

**Après**



La main fait comme  
une virgule.

Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 38. « FICHE LSF N°4 : TEMPS »



## FICHE LSF N°4 (suite)

# TEMPS

Début du signe

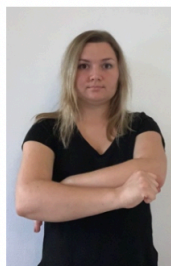
Fin du signe

**Jour**



Le doigt va vers le haut.

**Semaine**



Le poing descend en faisant une rotation pour venir se placer dans l'autre sens.

**Mois**

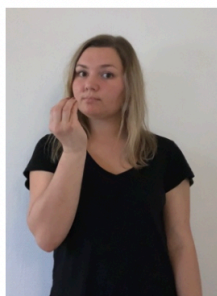


La main en A descend le long de l'autre main.

**Boire**



**Manger  
(x2)**



(x2) : Le mouvement est à répéter deux fois.

Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 39. « FICHE LSF N°4 (suite) : TEMPS »

# FICHE LSF N°5

## VOCABULAIRE SPECIFIQUE

Début du signe

Fin du signe

**Ordonnance**



Suivant la forme d'une feuille, ce signe peut être suivi de « médecin » pour dire « ordonnance médicale ».

**Carte Vitale  
(x2)**

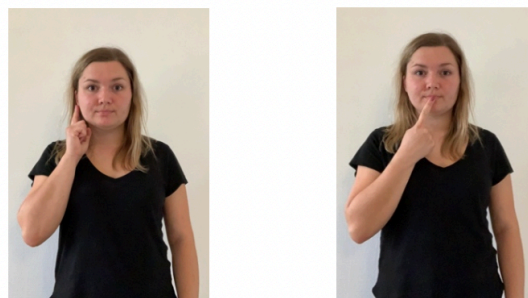


La carte vitale se signe par « carte verte », l'association des signes « carte » et « vert ».

**Médicament**

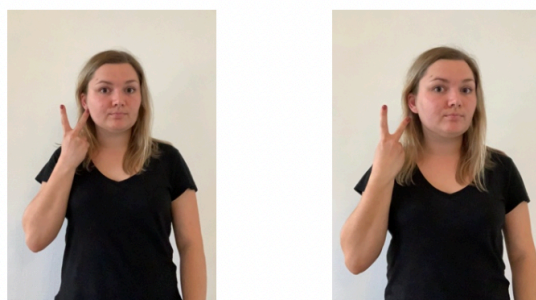


**Sourd**



L'index va de l'oreille à la bouche.

**Entendant**



Le majeur glisse sur le lobe de l'oreille, d'avant en arrière.

(x2) : Le mouvement est à répéter deux fois.

Réalisé par Charlotte GERARD-BIARD

Figure 40. « FICHE LSF N°5 : VOCABULAIRE SPECIFIQUE »

## CONCLUSION

Le patient a une place centrale dans le métier du pharmacien et une des missions primordiales est la communication. Du fait de leur potentielle connaissance de la langue française parlée et de leur entourage, différentes possibilités existent pour communiquer entre sourds et entendants. Les moyens les plus couramment utilisés sont l'écrit, la lecture labiale, parler plus fort, accentuer l'articulation ou encore le recours à un intermédiaire.

Cependant, à la suite d'une enquête réalisée auprès des équipes officinales, 69% des professionnels considèrent que la communication avec les patients sourds ou malentendants est délicate voire difficile. De plus, il ressort de cette enquête que 89% d'entre eux ne connaissent pas le numéro d'urgence dédié aux sourds et malentendants et 90% n'ont reçu aucun document à leurs propos. En vue de la réalisation de nouveaux outils, il a été également demandé leur connaissance de la langue des signes française : 95% des professionnels interrogés ont répondu n'avoir aucune base en LSF, mais ils sont pourtant intéressés à 78%.

Certes, un tiers de la population sourde signent, or la LSF est une méthode à ne pas négliger pour améliorer la communication avec les sourds signants. Cette langue est maintenant reconnue en tant que telle depuis 17 ans mais est encore peu répandue auprès des entendants. A l'instar de l'anglais appris au cours du cursus pour dialoguer avec les étrangers, la LSF mérite d'être partagée. Comme toute langue, l'étude de la LSF demande du temps et les formations proposées ne sont pas toujours compatibles avec les emplois du temps des professionnels de santé.

Ainsi, au cours de cette thèse, deux infographies ont été réalisées dans le but de rappeler l'attitude à avoir envers les patients sourds ou malentendants, et de proposer quelques outils ou supports déjà existants. A cela s'ajoute des fiches proposant quelques signes clés. Elles sont une amorce à l'apprentissage de la langue des signes française et seront à destination des professionnels de santé.

Malgré tout, ce projet présente des limites et ne se suffit pas à lui-même. Les fiches proposées ne retranscrivent pas la syntaxe propre à la LSF et l'apprentissage de cette langue nécessite d'être vu. De ce fait, la réalisation de vidéos ou de formations en e-learning pourraient permettre d'aller plus loin.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège Français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. (2017). *ORL*. Elsevier Masson.
2. Richard L. Drake, A. Wayne Vogl, A. Mitchell, Fabrice Duparc, Jacques Duparc. (2020). *Gray's Anatomie – Le manuel pour les étudiants*. Elsevier Masson.
3. *L'anatomie de l'oreille*. (2018, 24 janvier). Surdi Info Service. Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/oreille-et-son-fonctionnement/anatomie-de-l-oreille/>
4. Grondin, S. (2019). Bases physiques et biologiques de l'audition. Dans *Psychologie de la perception* (2<sup>e</sup> édition, p23-45). Hermann.
5. Krief, R. (2022, 12 mai). *L'organe de Corti : un rôle clé dans le système auditif*. Vivason. Consulté le 28 juin 2022, à l'adresse : <https://www.vivason.fr/votre-audition/oreille/organe-corti>
6. Larousse du Collège. (2006). Editions Larousse.
7. Association Bucodes Surdifrance. (2018). *Un référentiel pour former, informer et sensibiliser sur le handicap lié à la perte auditive*. Consulté à l'adresse : [https://surdifrance.org/images/formation/Referentiel\\_former\\_informer\\_sensibiliser\\_handicap\\_auditif.pdf](https://surdifrance.org/images/formation/Referentiel_former_informer_sensibiliser_handicap_auditif.pdf)
8. *Surdité et déficience auditive*. (2021, 2 mars). Organisation mondiale de la santé. Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
9. JORF n°0235 du 8 octobre 2016. (2016, 8 octobre). *LOI n°2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique (1)*. Legifrance. Consulté à l'adresse : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/10/7/ECFI1524250L/jo/article\\_105](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/10/7/ECFI1524250L/jo/article_105)
10. *Sourd ? Malentendant ? Déficient auditif ? Le choix des mots*. (2017, 11 décembre). Surdi Info Service. Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/je-cotoie-une-personne-sourde-ou-malentendante/sourd-malentendant-deficient-auditif-le-choix-des-mots/>
11. Code de l'action sociale et des familles (Version en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2021). *Article L114*. Legifrance. Consulté à l'adresse : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006796446](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796446)
12. *10 faits sur la surdité*. (2021, 2 mars). Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/deafness>
13. *L'audiométrie subjective*. (2018, 8 février). Surdi Info Service. Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/audition/l-audiometrie-subjective/>

14. *La surdité : transmission ou perception ?* (2018, 8 février). Surdi Info Service. Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/audition/la-surdite-transmission-ou-perception/>
15. *Définition et types de surdité.* (2021, 2 février). L'Assurance Maladie. Consulté le 28 février 2022, à l'adresse : <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/perte-acuite-auditive/definition-causes>
16. *Stimulateur de perte auditive.* Clinique Auditive Bouchard Tremblay et Associés. Consulté le 10 mars 2022, à l'adresse : <https://www.cliniqueauditive.com/fr/sante-auditive/simulateur-de-perde-auditive>
17. *Les surdités de transmission chez l'adulte.* (2018, 13 février). Surdi Info Service. Consulté le 28 février 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/audition/principales-causes-de-surdite/les-surdites-de-transmission-chez-l-adulte/>
18. *Les surdités de perception chez l'adulte.* (2018, 13 février). Surdi Info Service. Consulté le 10 mars 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/audition/principales-causes-de-surdite/les-surdites-de-perception-chez-l-adulte/>
19. Teknetzian, M. (2017). Les médicaments ototoxiques. Dans *Le Moniteur des pharmacies*, n°3160, p.28. Consulté à l'adresse : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3160/les-medicaments-ototoxiques.html>
20. Moody, B. (1983). *La langue des signes. Tome 1., Histoire et grammaire.* Vincennes : Ed. IVT : diff Marketing Ellipses, cop.
21. Marchal, O., & Tessier, T. (2019). *Petit guide de conversation en langue des signes française.* Rue Des Enfants.
22. France Télévisions. (2016, 12 décembre). *L'œil et la main – L'âge d'or. Un siècle d'ascension de la langue des signes* [vidéo]. France Télévisions. Consulté à l'adresse : <https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/51007-l-age-d-or-un-siecle-d-ascension-de-la-langue-des-signes.html>
23. Code de l'éducation (Version en vigueur depuis le 12 février 2005). *Article L312-9-1.* Legifrance. Consulté à l'adresse : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006524761/#LEGIARTI000006524761](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006524761/#LEGIARTI000006524761)
24. Millet, A. & Verlaine, L. (2019). *Grammaire descriptive de la langue des signes française : Dynamiques iconiques et linguistique générale.* UGA Editions.
25. *Langue française parlée complétée (LfPC).* (2018, 17 janvier). Surdi Info Service. Consulté le 5 mai 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/presentation-lfpc/>
26. Schultz, J. (2020). *La LfPC regardée par les sciences* [Brochure]. Consulté le 5 mai 2022, à l'adresse : <https://alpc.asso.fr/wp-content/uploads/Brochure-MAJ-2020-WEB.pdf>

27. *Les clés du code LPC*. (2020, 14 juin). ALPC. Consulté le 5 mai 2022, à l'adresse : <https://alpc.asso.fr/les-cles-du-code-lpc/>
28. *Serment de Galien*. (2019, 5 septembre). Ordre National des Pharmaciens. Consulté le 4 février 2022, à l'adresse : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Comment-devenir-pharmacien/Serment-de-Galien>
29. Gillot, D. (1998, juin). *Le droit des sourds : 115 propositions : rapport au premier ministre*. Consulté le 4 février 2022, à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/984001595.pdf>
30. *Surdité de l'enfant*. (2021, 3 août). Tous à l'école. Consulté le 21 février 2022, à l'adresse : <https://www.tousalecole.fr/content/surdit%C3%A9-de-lenfant>
31. Association Bucodes SurdiFrance et Scop Le Messageur. (2018). *Un référentiel pour former, informer et sensibiliser sur le handicap lié à la perte auditive*. Consulté le 21 février 2022 à l'adresse : <https://surdifrance.org/images/formation/Referentiel former informer sensibiliser handicap auditif.pdf>
32. Chastonay, O., Blanchard, J., Cantero, O., Carmes, M., Michel, P., Singy, P., Bodenmann, P., & Mongourdin, B. (2018, 19 septembre). *Les Sourds : une population vulnérable méconnue des professionnels de la santé*. Forum Médical Suisse. Consulté le 21 février 2022, à l'adresse : <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2018.03361#:~:text=Les%20personnes%20sourdes%20sont%20vuln%C3%A9rables,et%20aux%20difficult%C3%A9s%20de%20communication>
33. *Lecture labiale*. (2018, 17 janvier). Surdi Info Service. Consulté le 28 mars 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/surdite-et-lecture-labiale/>
34. *Accueil – Quelques chiffres*. (s. d.). Fédération Nationale des Sourds de France. Consulté le 31 mars 2022, à l'adresse : <https://www.fnsf.org/>
35. Vandendriessche, M. (2016). UPSA ouvre un service d'informations pour les malentendants. Dans *Le Moniteur des pharmacies*, n°3155, p.45. Consulté à l'adresse : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3155/upsa-ouvre-un-service-d-informations-pour-les-malentendants.html>
36. Gauthier, Y. (2020). Finis les dialogues de sourds au comptoir. Dans *Le Moniteur des pharmacies*, n°3310, p.28. Consulté à l'adresse : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3310/finis-les-dialogues-de-sourds-au-comptoir.html>
37. *Connaître les difficultés des personnes sourdes et malentendantes, pour mieux communiquer et délivrer les conseils et les médicaments*. (2019, 20 novembre). VIDAL Campus. Consulté le 21 octobre 2020, à l'adresse : <https://campus.vidal.fr/>

38. Gauthier, Y. (2021). Patients malentendants : le coup de mains d'UPSA. Dans *Le Moniteur des pharmacies*, n°3375, p.34. Consulté à l'adresse : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3375/patients-malentendants-le-coup-de-main-d-upsa.html>
39. Ma pharmacie en langue des signes. Consulté le 31 mars 2022, à l'adresse : <https://mapharmacieenlanguedessignes.com/>
40. Clausener, M., Collin, A.-H., Gauthier, Y., Pouzaud, F., & Vandendriessche, M. (2020). Langage et signes. Dans *Le Moniteur des pharmacies*, n°3322, p.12. Consulté à l'adresse : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3322/langage-et-signes.html>
41. Haut Conseil de la Santé Publique. (2020, mai). *Avis relatif à l'emploi des visières ou écrans faciaux de protection dans le contexte de l'épidémie Covid-19*. Consulté le 4 avril 2022, à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=822#:~:text=Le%20HCSP%20recommande%20de%20ne,du%20port%20d'un%20masque>
42. Colin, F. (2021). Appli : Ava à votre service, bien entendu. Dans *Le Moniteur des pharmacies*, n°3382, p.46. Consultable à l'adresse : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3382/appli-ava-a-votre-service-bien-entendu.html>
43. @lsf\_surdi.sante. (2021, 29 mars). *Bienvenue sur notre page !* [Post Instagram]. Instagram. Consulté à l'adresse : [https://www.instagram.com/p/CNAazfuhQCD/?utm\\_medium=share\\_sheet](https://www.instagram.com/p/CNAazfuhQCD/?utm_medium=share_sheet)
44. *Accès aux soins pour les personnes sourdes et malentendantes*. (2021, 18 novembre). Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 17 mai 2022, à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/patients-sourds>
45. France Télévisions. (2015, 23 février). *L'œil et la main – Sourds et soignants, 20 ans d'histoire* [vidéo]. France Télévisions. Consulté à l'adresse : <https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/51185-sourds-et-soignants-20-ans-d-histoire.html>
46. *Les intermédiaires*. (2018, 9 mars). Surdi Info Service. Consulté le 17 mai 2022, à l'adresse : <https://www.surdi.info/les-intermediaires/>
47. La démographie des pharmaciens. (s. D.). Ordre National des Pharmaciens. Consulté le 22 avril 2022, à l'adresse : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>
48. Rambaud, J. (2018, décembre). *Les missions du pharmacien d'officine face aux patients sourds* (Thèse).

49. *Personnes sourdes et malentendantes*. (2019, 20 novembre). VIDAL Campus, Consulté le 20 janvier 2022, à l'adresse : <https://campus.vidal.fr/>
50. Association Bucodes SurdiFrance. (s. d.) *Parler à une personne malentendante | Mode d'emploi*. Consulté le 23 février 2022, à l'adresse : [https://surdifrance.org/images/brochures/Parler\\_a\\_une\\_personne\\_malentendante\\_mode\\_d\\_emploi.pdf](https://surdifrance.org/images/brochures/Parler_a_une_personne_malentendante_mode_d_emploi.pdf)
51. *Voir pour comprendre | Notre affiche informative sur la surdité*. (s. d.) Voir pour comprendre. Consulté le 23 février 2022, à l'adresse : <https://www.voirpourcomprendre.ch/communiquer-avec-les-malentendants/affiche/>
52. *Sous-titres pour tous*. (s. d.). Ava. Consulté le 10 mai 2022, à l'adresse : <https://fr.ava.me/>
53. *Sourdline | Accessibilité pour sourds et malentendants*. (s. d.). Sourdline. Consulté le 10 mai 2022, à l'adresse : <https://www.sourdline.com/apropos.php>
54. Apotiko. (2021, 23 avril). *Patients sourds*. Consulté le 10 mai 2022, à l'adresse : <http://www.apotiko.fr/officine-patients-sourds-langue-des-signes/>
55. *Mode d'emploi | Urgence 114*. (s. d.). Info Urgence 114. Consulté le 10 mai 2022, à l'adresse : <https://www.info.urgence114.fr/mode-emploi/>

## **ANNEXES**

Annexe 1. Questionnaire à destination des professionnels de santé .....	72
---	----

## Annexe 1. Questionnaire à destination des professionnels de santé

### Rubrique 1 sur 6 : Enquête sur la prise en charge des personnes sourdes ou malentendantes à l'officine

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse, je vous sollicite aujourd'hui pour connaître votre point de vue quant à la prise en charge des patient(e)s sourd(e)s ou malentendant(e)s à l'officine. Avec la Covid-19, le port du masque a rendu la communication plus difficile, empêchant notamment la lecture labiale. Je me questionne ainsi sur comment améliorer notre comportement au comptoir auprès de ces patient(e)s.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que 5 à 10 minutes.

En vous remerciant par avance pour votre participation.

Cordialement.

Charlotte GERARD-BIARD

*\*Obligatoire*

### Rubrique 2 sur 6 : A propos de vous

Cette partie me permettra de mieux vous connaître tout en restant anonyme !

1) Vous êtes : \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

2) Quel âge avez-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Entre 18 – 30 ans
- ☐ Entre 31 – 40 ans
- ☐ Entre 41 – 50 ans
- ☐ Entre 51 – 65 ans
- ☐ 66 ans et plus



3) Quel est votre statut au sein de l'officine ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Titulaire
- ☐ Adjoint(e)
- ☐ Remplacent(e)
- ☐ Préparateur / Préparatrice
- ☐ Étudiant(e)

4) De quel département êtes-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> 1 – Ain                     | <input type="radio"/> 35 – Ile-et-Vilaine       | <input type="radio"/> 70 – Haute-Saône           |
| <input type="radio"/> 2 – Aisne                   | <input type="radio"/> 36 – Indre                | <input type="radio"/> 71 – Saône-et-Loire        |
| <input type="radio"/> 3 – Allier                  | <input type="radio"/> 37 – Indre-et-Loire       | <input type="radio"/> 72 – Sarthe                |
| <input type="radio"/> 4 – Alpes-de-Haute-Provence | <input type="radio"/> 38 – Isère                | <input type="radio"/> 73 – Savoie                |
| <input type="radio"/> 5 – Hautes-Alpes            | <input type="radio"/> 39 – Jura                 | <input type="radio"/> 74 – Haute-Savoie          |
| <input type="radio"/> 6 – Alpes-Maritimes         | <input type="radio"/> 40 – Landes               | <input type="radio"/> 75 – Paris                 |
| <input type="radio"/> 7 – Ardèche                 | <input type="radio"/> 41 – Loir-et-Cher         | <input type="radio"/> 76 – Seine-Maritime        |
| <input type="radio"/> 8 – Ardennes                | <input type="radio"/> 42 – Loire                | <input type="radio"/> 77 – Seine-et-Marne        |
| <input type="radio"/> 9 – Ariège                  | <input type="radio"/> 43 – Haute-Loire          | <input type="radio"/> 78 – Yvelines              |
| <input type="radio"/> 10 – Aube                   | <input type="radio"/> 44 – Loire-Atlantique     | <input type="radio"/> 79 – Deux-Sèvres           |
| <input type="radio"/> 11 – Aude                   | <input type="radio"/> 45 – Loiret               | <input type="radio"/> 80 – Somme                 |
| <input type="radio"/> 12 – Aveyron                | <input type="radio"/> 46 – Lot                  | <input type="radio"/> 81 – Tarn                  |
| <input type="radio"/> 13 – Bouches-du-Rhône       | <input type="radio"/> 47 – Lot-et-Garonne       | <input type="radio"/> 82 – Tarn-et-Garonne       |
| <input type="radio"/> 14 – Calvados               | <input type="radio"/> 48 – Lozère               | <input type="radio"/> 83 – Var                   |
| <input type="radio"/> 15 – Cantal                 | <input type="radio"/> 49 – Maine-et-Loire       | <input type="radio"/> 84 – Vaucluse              |
| <input type="radio"/> 16 – Charente               | <input type="radio"/> 50 – Manche               | <input type="radio"/> 85 – Vendée                |
| <input type="radio"/> 17 – Charente-Maritime      | <input type="radio"/> 51 – Marne                | <input type="radio"/> 86 – Vienne                |
| <input type="radio"/> 18 – Cher                   | <input type="radio"/> 52 – Haute-Marne          | <input type="radio"/> 87 – Haute-Vienne          |
| <input type="radio"/> 19 – Corrèze                | <input type="radio"/> 53 – Mayenne              | <input type="radio"/> 88 – Vosges                |
| <input type="radio"/> 2A – Corse-du-Sud           | <input type="radio"/> 54 – Meurthe-et-Moselle   | <input type="radio"/> 89 – Yonne                 |
| <input type="radio"/> 2B – Haute-Corse            | <input type="radio"/> 55 – Meuse                | <input type="radio"/> 90 – Territoire de Belfort |
| <input type="radio"/> 21 – Côte-d'Or              | <input type="radio"/> 56 – Morbihan             | <input type="radio"/> 91 – Essonne               |
| <input type="radio"/> 22 – Côtes d'Armor          | <input type="radio"/> 57 – Moselle              | <input type="radio"/> 92 – Hauts-de-Seine        |
| <input type="radio"/> 23 – Creuse                 | <input type="radio"/> 58 – Nièvre               | <input type="radio"/> 93 – Seine-St-Denis        |
| <input type="radio"/> 24 – Dordogne               | <input type="radio"/> 59 – Nord                 | <input type="radio"/> 94 – Val-de-Marne          |
| <input type="radio"/> 25 – Doubs                  | <input type="radio"/> 60 – Oise                 | <input type="radio"/> 95 – Val-D'Oise            |
| <input type="radio"/> 26 – Drôme                  | <input type="radio"/> 61 – Orne                 | <input type="radio"/> 971 – Guadeloupe           |
| <input type="radio"/> 27 – Eure                   | <input type="radio"/> 62 – Pas-de-Calais        | <input type="radio"/> 972 – Martinique           |
| <input type="radio"/> 28 – Eure-et-Loir           | <input type="radio"/> 63 – Puy-de-Dôme          | <input type="radio"/> 973 – Guyane               |
| <input type="radio"/> 29 – Finistère              | <input type="radio"/> 64 – Pyrénées-Atlantiques | <input type="radio"/> 974 – La Réunion           |
| <input type="radio"/> 30 – Gard                   | <input type="radio"/> 65 – Hautes-Pyrénées      | <input type="radio"/> 976 – Mayotte              |
| <input type="radio"/> 31 – Haute-Garonne          | <input type="radio"/> 66 – Pyrénées-Orientales  |  |
| <input type="radio"/> 32 – Gers                   | <input type="radio"/> 67 – Bas-Rhin             |  |
| <input type="radio"/> 33 – Gironde                | <input type="radio"/> 68 – Haut-Rhin            |  |
| <input type="radio"/> 34 – Hérault                | <input type="radio"/> 69 – Rhône                |  |

5) La ville, où vous exercez, compte : \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Moins de 5 000 habitants
- ☐ Entre 5 000 et 10 000 habitants
- ☐ Entre 10 000 et 50 000 habitants
- ☐ Entre 50 000 et 100 000 habitants
- ☐ Entre 100 000 et 200 000 habitants
- ☐ Plus de 200 000 habitants

6) Vous exercez : \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ En zone rurale
- ☐ En périphérie urbaine
- ☐ En centre-ville
- ☐ Dans un centre commercial

### Rubrique 3 sur 6 : Vous & les patients sourds ou malentendants

7) Avez-vous déjà pris en charge au comptoir un patient sourd ou malentendant ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

8) Comment vous sentez-vous à l'idée de recevoir un patient sourd ou malentendant ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Totalelement à l'aise
- ☐ Plutôt à l'aise
- ☐ Pas à l'aise
- ☐ Gêné(e)
- ☐ Inquiet / Inquiète
- ☐ Démuni(e)
- ☐ Autre : .....

9) Parlez-vous la langue des signes française ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Oui, je la parle couramment
- ☐ Oui, j'ai quelques notions
- ☐ Non mais un collaborateur la parle couramment
- ☐ Non mais un collaborateur a quelques notions
- ☐ Non, personne de l'équipe ne la parle

10) Comment communiquez-vous ou communiqueriez-vous ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Écrit
- ☐ Oral habituel (sans exagérer sur l'intensité, ni l'articulation)
- ☐ Parler plus fort
- ☐ Articulation marquée
- ☐ Langue des signes française (LSF)
- ☐ Langue française parlée complétée (LFPC)
- ☐ Lecture labiale
- ☐ Je m'isole avec le patient
- ☐ Recours à un membre de la famille/amis
- ☐ Recours à un traducteur en LSF
- ☐ Autre : .....

11) Utilisez-vous ou utiliseriez-vous des outils ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Non, pas d'outils
- ☐ Plan de prise
- ☐ Images
- ☐ Images avec mots signés
- ☐ Masque transparent / Visière
- ☐ Plateforme de traduction via un interprète
- ☐ Autre : .....

12) Connaissez-vous le numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

13) Parmi vos patients, recevez-vous des personnes sourdes / malentendantes ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

*Passer à la question 14*

*Passer à la question 18*

#### Rubrique 4 sur 6 : A propos de vos patients

14) Combien de patient(e)s sont concerné(e)s ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ 1 à 2 patient(e)s
- ☐ 3 à 5 patient(e)s
- ☐ 6 à 10 patient(e)s
- ☐ Plus de 10 patient(e)s

15) Certains de ces patient(e)s parlent-ils la langue des signes française ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

16) Vous êtes-vous renseigné(e)s sur le mode de communication que le patient souhaitait utiliser ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Oui (préciser le moyen dans « autre »)
- ☐ Non
- ☐ Autre : .....

17) De façon générale, quel ressenti avez-vous concernant la prise en charge au comptoir de vos patient(e)s malentendant(e)s ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Communication aisée, les patient(e)s comprennent les messages véhiculés
- ☐ Communication délicate, les patient(e)s comprennent une partie des messages véhiculés
- ☐ Communication difficile, les patient(e)s ne comprennent pas la majeure partie des messages essentiels véhiculés

#### Rubrique 5 sur 6 : Votre avis m'intéresse

18) Vous êtes-vous déjà documenté(e)s sur la langue des signes ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Non, cela ne m'intéresse pas
- ☐ Non, je n'en ai pas eu l'occasion
- ☐ Oui, j'ai pris des cours
- ☐ Oui, j'ai contacté des associations
- ☐ Oui, j'ai regardé des vidéos sur les réseaux (Facebook, Instagram, Youtube, ...)
- ☐ Oui, j'ai regardé des vidéos formations (Vidal campus, ...)
- ☐ Oui, j'ai déjà eu recours à Sourdline
- ☐ Autre : .....

19) Avez-vous reçu des documents à propos des sourds/malentendants ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ J'ai répondu à une enquête sur ce sujet
- ☐ J'ai lu un/des article(s) dans des abonnements pharmaceutiques
- ☐ J'ai reçu un livret en langue des signes française
- ☐ Non, aucun document
- ☐ Autre : .....

20) Vous ou votre équipe, seriez-vous intéressé(e)s par des bases en langue des signes française (notamment en vocabulaire médical) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui, très intéressé(e)s
- ☐ Oui, pourquoi pas
- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Je ne sais pas

#### Rubrique 6 sur 6 : Merci !

Madame, Monsieur,

Je tiens à vous remercier d'avoir pris de votre temps pour répondre à cette enquête !

Si vous le souhaitez, vous pouvez donner votre avis dans l'expression libre qui suit.

Cordialement.

Charlotte GERARD-BIARD

21) Votre avis

.....

.....

.....

.....

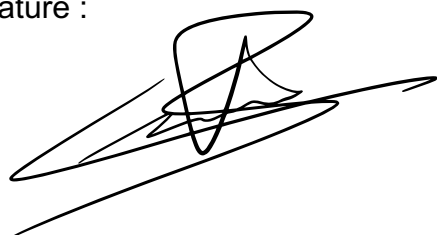
**ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT**

Je, soussigné(e) GERARD-BIARD Charlotte,

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



**SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN**

N° Étudiant : 21301778

N° Thèse : 47

Nom et Prénom : GERARD-BIARD Charlotte

Sujet : Prise en charge des patients sourds ou malentendants à l'officine et introduction à la langue des signes française

Tours, le : 22/7/22

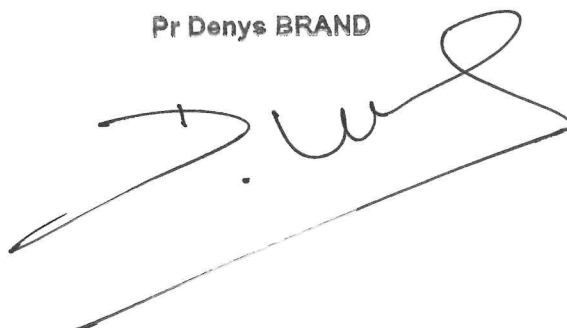
Le(s) Directeur(s) de Thèse :



**Vu et Transmis :  
Le Doyen**

Le directeur de la Faculté  
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND





GERARD-BIARD, Charlotte

N° 47

### TITRE DE LA THÈSE

**Prise en charge des patients sourds ou malentendants à l'officine  
et introduction à la langue des signes française**

### RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Une des missions essentielles du pharmacien est de communiquer avec le patient. Cependant, la communication peut être délicate avec les patients sourds et malentendants. L'écrit et la lecture labiale sont des solutions simples à mettre en place mais elles présentent toutefois des limites. La crise de la Covid-19 n'a pas amélioré la communication, où les masques et les plexiglass sont devenus des barrières supplémentaires. Dans ces conditions, comment la prise en charge de ces patients peut-elle être améliorée ?

Pour répondre à cette problématique, une enquête a d'abord été réalisée auprès de 188 professionnels d'officine, le but étant de connaître leur point de vue quant à la prise en charge des patients sourds ou malentendants à l'officine. De plus, cette enquête devait aussi s'intéresser à un mode de communication spécifique : la langue des signes française.

Cette enquête a confirmé que la communication avec cette patientèle était délicate voire difficile à 69%. Parmi les répondants, 90% disent n'avoir reçu aucun document à propos des patients sourds et malentendants, 95% n'ont aucune base en langue des signes française alors que 78% sont pourtant intéressés.

Par conséquent, dans un souci de communiquer autrement et d'améliorer la prise en charge des patients sourds et malentendants, cette thèse propose deux infographies rappelant l'attitude à avoir et les outils existants, ainsi que des fiches avec des signes clés pour initier à la langue des signes française.

### MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY

Patients sourds ; Patients malentendants ; Langue des signes française ; Communication ; Pharmacien ; Infographies ; Fiches ; Enquêtes ; Thèses et écrits académiques

### JURY

Présidente : Mme MUNNIER Émilie – Pharmacien, Professeur d'université, HDR – Faculté de pharmacie de Tours

Directrice de thèse : Mme VERGOTE Jackie – Pharmacien, Maître de conférences – Faculté de pharmacie de Tours

Membres : Mme CAO Clara – Pharmacien d'officine remplaçant

### DATE ET LIEU DE SOUTENANCE

Le 18 juillet 2022 à la Faculté de pharmacie Philippe-Maupas de Tours