

**ORGANISATION ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DES POLES D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES
DEPUIS LEUR CREATION**

Juillet 2006

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Bureau droits des usagers et fonctionnement général
des établissements de santé (E1)
Violette GARCIA
Téléphone : 01-40-56-55-57
Fax : 01-40-56-41-70
e-mail : violette.garcia@sante.gouv.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION :

1) Eléments historiques page 5

2) Contexte de l'état des lieux page 6

3) Méthodologie page 6

3.1 : La remontée des données

3.2 : L'exploitation des données

4) Observations des pôles sur le questionnaire d'enquête page 7

I) Présentation des 12 pôles d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes :

1) Principes généraux : page 8

1.1 : Le maillage territorial

1.2 : L'ancrage des pôles dans les établissements hospitaliers

1.3 : Les missions des pôles

1.4 : Les conditions de viabilité des pôles

2) Les équipes des pôles en 2005 : page 11

2.1 : L'effectif sur l'ensemble des pôles

2.2 : Caractéristiques des équipes

2.3 : Différentes formes de partenariats entre les équipes des pôles et celles des autres services

2.4 : Des équipes transversales et mobiles

2.5 : Les personnels sourds au sein des équipes des pôles

2.6 : Un regard sur l'interprète en LSF

2.7 : La « médiation de communication » au sein des pôles

3) L'activité des 12 pôles : page 21

3.1 : Les files actives annuelles des pôles depuis leur création

3.2 : Le total des consultations des pôles depuis leur création

3.3 : Les files actives annuelles des pôles et les nouveaux patients en 2004 et 2005

3.4 : Les consultations médicales des pôles en 2004 et 2005

3.5 : Le nombre d'hospitalisations suivies par les pôles en 2004 et 2005

4) La « patientèle » des pôles en 2005 : page 28

4.1 : La répartition des patients sourds selon les motifs de consultation

4.2 : La population fréquentant les pôles en 2005

4.3 : Un regard sur trois types de patients fréquentant les pôles

5) Les consultations médicales et les modes de communication : page 31

- 5.1 : L'importance de la première consultation
- 5.2 : Une estimation du nombre de patients pris en consultation par le médecin
- 5.3 : Les moyens de communication utilisés par les pôles lors des consultations

6) Le matériel de communication et les locaux dont disposent les pôles : page 33

- 6.1 : Le matériel de communication dont disposent les pôles
- 6.2 : Les locaux

II) Organisation et actions mises en place par les 11 pôles :

1) Identification des pôles : page 34

- 1.1 : Par le patient sourd et les personnels hospitaliers
- 1.2 : Les pôles repèrent le patient sourd dès son arrivée

2) Les actions de sensibilisation et les actions pour une meilleure prise en charge: page 34

- 2.1 : Les actions de sensibilisation
- 2.2 : Des actions pour une meilleure prise en charge

3) La prise en charge des besoins en santé mentale des patients sourds : page 35

- 3.1 : La coopération des pôles avec le pôle du CH Sainte-Anne
- 3.2 : La prise en charge des besoins en santé mentale

4) Les relations des pôles avec l'extérieur : page 37

- 4.1 : Les actions de sensibilisation du pôle vers l'extérieur
- 4.2 : Le partenariat entre le pôle et la médecine de ville
- 4.3 : La mise en place de relations formalisées

5) Les actions de santé publique mises en place par les pôles : page 39

- 5.1 : Les actions de prévention individualisée et secondaire menées par les pôles
- 5.2 : Le « groupe prévention » des pôles
- 5.3 : En situations de crise (canicule)
- 5.4 : Les dispositions prévues en cas d'épidémie
- 5.5 : Les moyens que le pôle pourrait mettre à disposition des autorités sanitaires

III) Présentation de l'activité du pôle du CH Sainte-Anne :

1) Son organisation et son fonctionnement : page 42

- 1.1 : Le centre médico-psychologique (CMP)
- 1.1 : Le foyer de post cure « Sébastien Mercier »
- 1.3 : L'orientation des patients sourds vers la structure d'hospitalisation

2) Les actions de communication mises en place par le pôle : page 43

2.1 : Le patient sourd repère le pôle dès son arrivée

2.2 : Le pôle repère bien le patient sourd

2.3 : Les actions de sensibilisation

IV) Les services d'accueil des urgences (SAU) et les SAMU des Centres hospitaliers universitaires (CHU) ayant des pôles :

1) Les services d'accueil des urgences (SAU) des CHU ayant des pôles : page 45

2) Les SAMU des CHU ayant des pôles : page 45

CONCLUSION page 47

INTRODUCTION

1) Eléments historiques :

En face de nombreux témoignages de sourds et de professionnels de la santé mettant à jour un fossé séparant les sourds des soignants ainsi que l'expérimentation de la permanence médico-sociale en langue des signes françaises (LSF) débutée en 1995 au Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, la Direction générale de la Santé (Dgs) et l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont décidé la pérennisation en 1996, du premier pôle en langue des signes française (LSF) au Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

En 1996, le financement par la Direction générale de la santé (Dgs) et par le Fond de formation des médecins libéraux a permis une formation nationale de perfectionnement des médecins à la langue des signes française (LSF) qui a servi de base fondamentale aux futurs pôles.

C'est dans cette dynamique qu'est venue s'inscrire la création, en 1997, au Centre hospitalier (CH) Sainte-Anne, d'un pôle pilote pour la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes sourdes, grâce à une équipe de bénévoles psychiatres pratiquant la langue des signes française (LSF) qui dans les années 80 ont fait état des difficultés d'accès aux soins des personnes sourdes.

Le travail linguistique en LSF dans le domaine des soins a débuté dans la lutte contre l'épidémie du sida et s'est poursuivi dans un diplôme universitaire (DU) intitulé « Dire la Santé en LSF » de 1998 à 2000. Puis, le soutien de la Dhos a permis que cette formation se poursuive au Centre de formation continue du personnel hospitalier (CFCPH) à Paris. C'est ainsi que 120 personnes (soignants des pôles mais aussi des services d'interprètes et des professeurs de LSF) y ont participé pendant 4 ans. Le contenu de cet enseignement a été synthétisé dans un Dvd « Dire la santé en LSF » et proposé par les pôles comme le niveau linguistique minimum demandé à tout professionnel utilisant la langue des signes dans le cadre hospitalier.

Le rapport de Dominique Gillot « Le droit des sourds » de juin 1998 a confirmé les différents axes en proposant de développer ce type de structure sur l'ensemble du territoire.

En novembre 2000, la Dhos a pris le relais et a mis en place un comité de pilotage qui a précisé les critères d'implantation et favorisé la constitution de projets. En effet, la création du pôle au Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière a servi de paradigme à la création des autres pôles régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes.

Dans cette perspective, elle a octroyé à plusieurs reprises des financements pérennes sur des crédits ONDAM à des établissements de santé afin de créer, à des dates différentes, des pôles d'accueil et de prise en charge en langue des signes française (LSF) des personnes sourdes (annexe 1).

La Dhos a financé 14 pôles régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes. Il est à noter, toutefois, qu'elle a financé la création du pôle au CHU de Poitiers (région Poitou-Charentes) en 2001 qui n'a jamais été finalisée. La liste des coordonnées des pôles figure en annexe 2. Ces structures de formes et d'appellation différentes selon les régions où elles sont implantées sont toutes guidées par une logique de santé publique.

2) Contexte de l'état des lieux :

La récente parution de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue un contexte favorable à la valorisation du rôle de ces pôles.

Après plusieurs années d'existence et de pratique professionnelle sans support juridique, les responsables des pôles, ressentant l'utilité d'une clarification institutionnelle, ont transmis en mars 2005 à la Dhos une charte élaborée par 12 pôles qui constitue une base utile de réflexion.

C'est dans ce contexte que la Dhos souhaite encadrer leur activité de manière plus précise. A cette fin, un groupe de travail inter-directionnel (Dgas, Dgs et Dhos) s'est constitué et réuni pour la première fois, le 23 septembre dernier. Il a un double objectif :

- dans un premier temps, élaborer un questionnaire qui permette de procéder au premier état des lieux de l'organisation et des pratiques professionnelles de l'ensemble des pôles depuis leur création,
- dans un second temps, sur la base des résultats de cet état des lieux, concevoir une circulaire dont l'objet sera, entre autres, d'harmoniser et de garantir une bonne pratique de l'ensemble des pôles existants.

3) Méthodologie :

3.1 : La remontée des données :

Le 5 décembre dernier, un questionnaire a été transmis aux 13 centres hospitaliers universitaires (CHU) ayant un pôle d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes et le 13 février dernier, un autre au centre hospitalier Sainte-Anne. Ce dernier questionnaire a été élaboré sur la base de la visite des membres des bureaux O2 et E1 (membres du groupe de travail) de la Dhos au pôle du CH Sainte-Anne, le 21 octobre 2005. Ces deux questionnaires figurent en annexe 3.

La remontée des données pour les 13 pôles concernés s'est étalée du 13 janvier jusqu'au 17 février dernier. La remontée des données pour le pôle du CH Sainte-Anne s'est effectuée le 07 mars 2006.

Par ailleurs, dans la mesure où certaines questions ont suscité des interprétations différentes de la part des pôles, en particulier sur la file active annuelle, il a été nécessaire de les solliciter à nouveau afin d'obtenir des données homogènes. La réflexion commune entre les pôles et le bureau E1 de la Dhos a abouti à une définition consensuelle de la file active annuelle qui est livrée au paragraphe 3) relatif à l'activité des 12 pôles.

Il a été demandé également aux pôles de transmettre des éléments supplémentaires en sus des questionnaires envoyés et en particulier, deux actions développées par les pôles permettant de mettre en avant l'amélioration de la prise en charge des patients sourds et malentendants. Elles apparaissent dans le rapport sous forme de vignettes.

3.2 : L'exploitation des données :

3.2.1 : observations d'ordre général :

Il a été pris le parti de présenter dans le corps du rapport les résultats dans leur globalité et de laisser le choix au lecteur de se reporter aux annexes, s'il en éprouve l'utilité, pour connaître les données par pôle.

Les parties II) et IV) de ce rapport relatives respectivement à l'organisation et les actions mises en place par les pôles et aux services d'accueil des urgences (SAU) et aux SAMU des centres hospitaliers universitaires (CHU) ayant des pôles ne prendront pas en compte le pôle implanté au CH Sainte-Anne qui fera l'objet d'une IIIème partie intitulée « Présentation de l'activité du pôle du CH Sainte-Anne ».

3.2.2 : observations particulières concernant deux pôles :

Les données communiquées par les CHU de Nantes et de Rouen ne seront pas prises en compte dans l'analyse présentée dans ce rapport pour les raisons développées ci-dessous.

- **Pour le CHU de Rouen :** il a élaboré une convention avec le centre communal d'action sociale (CCAS) de Rouen qui met à la disposition des personnes sourdes qui se présentent au CHU de Rouen, un interprète en LSF et un personnel administratif pour leurs démarches administratives. Dans ce contexte, le nombre de consultations médicales transmises par le CHU concernent les consultations effectuées par un médecin de quelque service que se soit avec l'interprète en LSF. Par ailleurs, le CHU de Rouen fait état de 2 kinésithérapeutes sourds au sein de l'établissement.
- **Pour le CHU de Nantes :** il existe une secrétaire médicale affectée à mi-temps au service d'ORL qui se charge d'orienter les patients sourds. De même, le CHU de Nantes a transmis la file active annuelle en 2004 et 2005 mais souligne parallèlement, qu'il ne s'agit pas de consultations exclusives en LSF.

4) Observations des pôles sur le questionnaire d'enquête :

Enfin, dans un souci de transparence, il n'est pas possible de conclure cette introduction sans retranscrire les observations des pôles sur les questionnaires. A cet effet, plusieurs pôles ont indiqué que les questionnaires, bien que complets, s'inscrivent dans une logique quantitative plus que qualitative (telle que les motifs de consultations, les types d'accompagnement etc...).

Il s'agit du premier état des lieux depuis la création des pôles qui répond au besoin de la Dhos de disposer d'éléments chiffrés. Par ailleurs, sur la base de la charte transmise par les pôles en mars 2005, le groupe de travail inter-directionnel a retenu l'idée d'une analyse, certes générale, mais qui permettait d'élaborer une circulaire pour mieux encadrer l'organisation et le fonctionnement des pôles.

Toutefois, dans la mesure du possible, ce rapport met en avant des éléments qui combinent aussi bien des données qualitatives que quantitatives. Il n'en reste pas moins que cette analyse suggérée par les pôles pourrait faire l'objet d'un deuxième état des lieux des pôles d'ici deux ans. La Dhos pourrait apprécier l'évolution de l'activité des pôles sur une plus grande période.

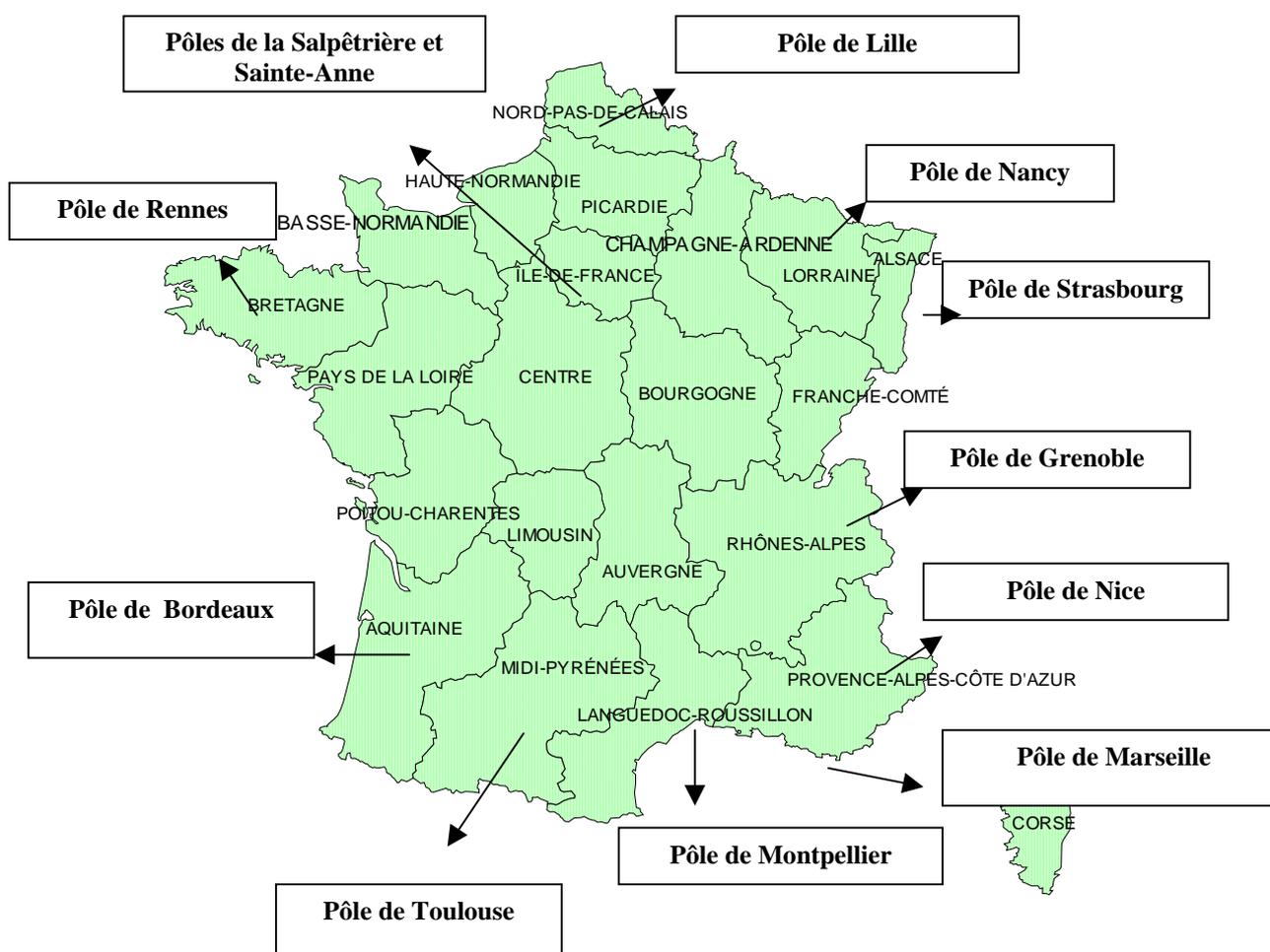
l) Présentation des 12 pôles d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes :

1) Principes généraux :

En préliminaire, il est précisé que ce rapport continuera à faire référence à la terminologie de « pôles d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes » jusqu'à ce qu'il soit adopté une nouvelle terminologie en vue d'éviter l'ambiguïté avec l'organisation des établissements publics de santé en pôles d'activité dans le cadre de la réforme de la gouvernance.

1.1 : Le maillage territorial :

L'ensemble des pôles sont implantés dans 10 régions : 8 régions comportent chacune 1 pôle et 2 régions comportent chacune 2 pôles (régions d'Ile de France et de Provence Alpes Côte d'Azur). 10 pôles sont implantés dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), un pôle dans un Centre hospitalier (CH) et un pôle dans un Groupement hospitalier de l'Institut catholique.



Comme l'indique la carte de la France, la répartition des pôles est inégale sur le territoire national laissant le cœur de la France non doté d'une telle structure soit 4 régions (Auvergne, Bourgogne, Centre et Limousin). Il est à noter que la ville de Lyon ne dispose pas d'un pôle d'accueil et de prise en charge de personnes sourdes et malentendantes à l'instar des villes de Paris et de Marseille. Actuellement, les patients et les professionnels lyonnais font appel au pôle du Chu de Grenoble.

1.2 : L'ancrage des pôles dans les établissements hospitaliers :

A la lecture du tableau ci-après, il est à remarquer que la majorité des pôles relève d'une structure hospitalière de médecine interne et 2 pôles seulement sont rattachés à une structure hospitalière d'ORL.

S'agissant des pôles rattachés à la structure hospitalière d'ORL, il faut lever une ambiguïté quant à leur mission. Il ne peut s'agir, en aucun cas, de considérer qu'elle consiste à prendre en charge les problèmes d'audition du patient qui échoient à d'autres professionnels de santé.

Régions	Pôles	Structures hospitalières de rattachement
<u>1) Nord Pas de Calais</u>	1) Pôle de Lille	Département des consultations externes
<u>2) Ile de France</u>	2) Pôle de la Salpêtrière	Médecine interne
	3) Pôle Sainte-Anne	Secteur de santé mental 16
<u>3) Lorraine</u>	4) Pôle de Nancy	ORL
<u>4) Alsace</u>	5) Pôle de Strasbourg	Médecine interne
<u>5) Rhône-Alpes</u>	6) Pôle de Grenoble	Unité de médecine légale (Département pluridisciplinaire de médecine)
<u>6) Provence Alpes Côte d'Azur</u>	7) Pôle de Nice	Service de consultations ambulatoires
	8) Pôle de Marseille	Médecine interne
<u>7) Languedoc Roussillon</u>	9) Pôle de Montpellier	Médecine interne
<u>8) Midi-Pyrénées</u>	10) Pôle de Toulouse	Médecine interne
<u>9) Aquitaine</u>	11) Pôle de Bordeaux	Médecine et de maladies infectieuses
<u>10) Bretagne</u>	12) Pôle de Rennes	ORL

1.3 : Les missions des pôles :

Bien que la question n'ait pas été posée, elle mérite que l'on s'y attarde. Dans une société où les nouvelles technologies d'information et de communication se développent à profusion, nombre de professionnels mettent l'accent sur les problèmes de communication que connaissent certains usagers et qui peuvent être préjudiciables en matière de santé publique.

Au regard de ce constat, la finalité ultime des pôles est de combler le déficit de communication qui compromet la qualité de la prise en charge des patients sourds et malentendants, ce qui leur confère un rôle potentiellement important en santé publique.

Ainsi, ces structures mettent à disposition des personnes sourdes un accueil direct aux soins comprenant des professionnels sourds, un personnel médical et paramédical formé en LSF et des interprètes en LSF.

Les données recueillies indiquent que leur mission principale consiste à permettre aux personnes sourdes une accessibilité aux soins **dans la (les) langue(s) qu'elles choisissent** lors de leur parcours de soins. En effet, les sourds accueillis aux pôles sont en majorité bilingues avec une maîtrise plus ou moins complète des deux langues (français et LSF) tout en étant souvent plus à l'aise en langue des signes dans les circonstances importantes comme les situations de soins. Certains pratiquent une langue des signes étrangères et d'autres ont uniquement une communication mimo-gestuelle.

Face à ce constat, il a été nécessaire dès 1995 de mettre en avant une idée force qui prévaut toujours au sein des pôles : l'exigence linguistique est du côté des professionnels des pôles. Cette compétence linguistique permet aux professionnels de santé d'établir un bilan des modalités de communication du patient, d'adapter leur propre communication à la situation et de mettre à la disposition des autres soignants les outils adéquats. Ainsi, les professionnels des pôles doivent être compétents dans l'ensemble des modalités de communication auxquelles est susceptible de recourir le patient sourd pour repérer celui qui est le plus adapté au patient selon les différentes étapes de son parcours de soins.

Une fois le bilan des modalités de communication du patient effectué, les pôles organisent un accès aux soins direct en levant l'obstacle linguistique. Cela les conduit à développer une activité transversale avec d'autres services spécialisés (ophtalmologie, obstétrique etc...) entraînant ainsi une mutualisation des compétences, (interventions du professionnel sourd assurant la fonction de « médiation de communication » et/ou de l'interprète et/ou du médecin du pôle et/ou de l'assistante sociale), des actions spécifiques (mise en relation avec des services d'interprètes) et une sensibilisation auprès des professionnels de santé qui méconnaissaient la problématique des patients sourds. La maternité du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière en est un exemple significatif.

Maternité du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière ⁽¹⁾ :

Bien que tous les pôles aient une activité directe avec la maternité référente de l'établissement, la maternité de la Pitié-Salpêtrière a mis plus concrètement en place depuis plusieurs années une activité spécifique : suivi des grossesses entièrement réalisé en LSF ; accueil des femmes sourdes par une aide-soignante sourde qui leur donne un dossier complet (comportant des conseils de prévention, un planning de cours, les numéros utiles...), des consultations de suivi de grossesse avec une sage-femme en LSF en présence de l'aide-soignante et éventuellement d'un interprète pour les personnes sourdes étrangères etc....

(1) : sont reproduits dans ces vignettes les propos des pôles pratiquement intégralement

Ce faisant, les pôles contribuent à l'objectif d'égalité d'accès aux soins, en permettant aux patients sourds d'exercer les droits essentiels que sont l'information et l'expression sur leur état de santé. En ce sens, le pôle pourrait constituer à l'avenir un modèle exemplaire à la prise en compte de diverses autres spécificités.

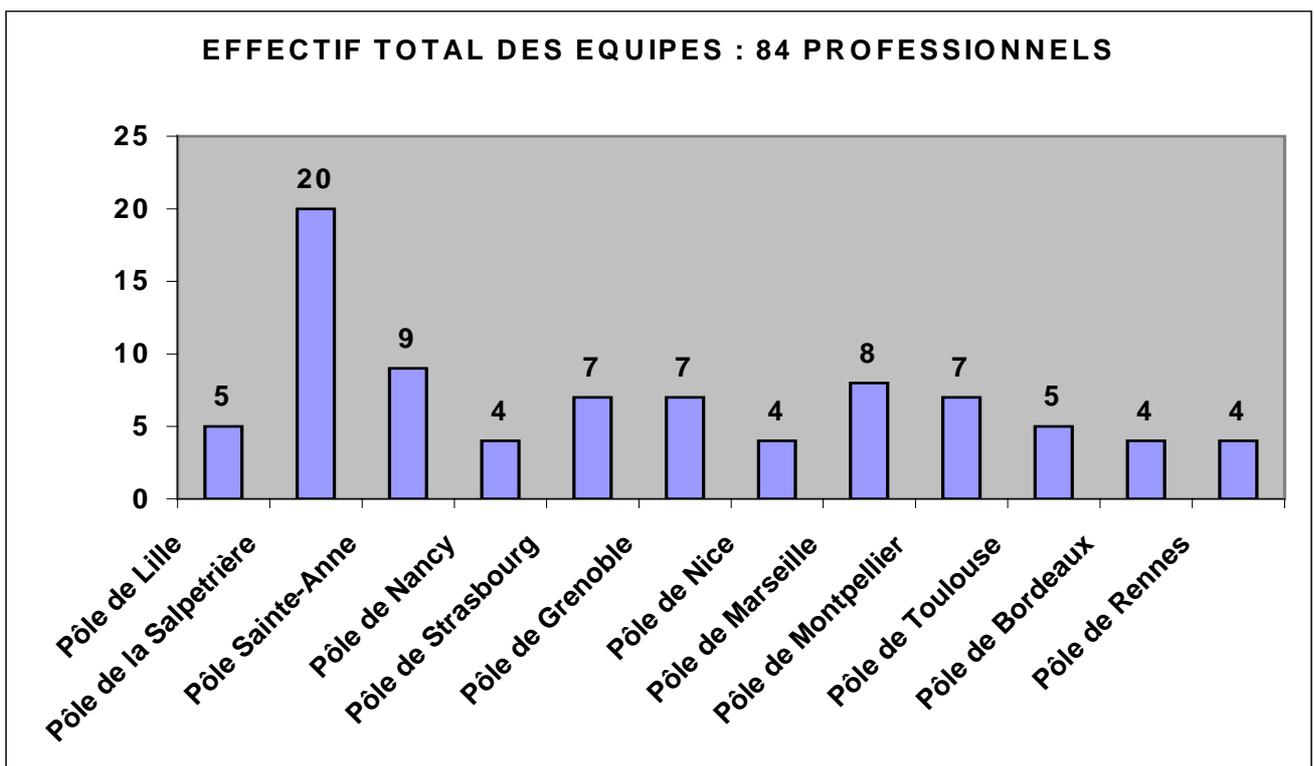
1.4 : Les conditions de viabilité des pôles :

Elle repose sur un croisement de plusieurs critères : même si l'engagement humain d'une équipe pluridisciplinaire animé par un médecin de coordination au sein du pôle ainsi que la prise en compte du contexte local sont primordiaux, il n'en reste pas moins que la viabilité du pôle repose surtout sur l'acceptation et le portage du projet par la direction, en tout premier lieu, mais aussi par les personnels de l'établissement.

2) Les équipes des pôles en 2005 :

2.1 : Effectif sur l'ensemble des pôles :

2.1.1 : les 12 pôles regroupent 84 professionnels



Plusieurs remarques sont à prendre en considération :

a) S'agissant de l'effectif :

- seuls ont été intégrés dans l'effectif les personnels des pôles relevant du service où est implanté le pôle. En d'autres termes, l'effectif relatif aux personnels de liaison des autres services est étudié au paragraphe 2.3 de cette même partie.

- une exception a été faite uniquement pour le professionnel sourd (appelé par les pôles « expert linguistique ») qui dépend de la Direction de formation du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. Sur l'ensemble des pôles, il est actuellement le seul en charge d'adapter les campagnes de prévention à l'égard de la population sourde pratiquant la LSF et en binôme avec un médecin d'un pôle, il est en charge de garantir le niveau linguistique. C'est pourquoi, il a été décidé de l'insérer dans l'effectif du pôle du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière car son activité est pleinement rattachée au pôle. Par ailleurs, son travail a été synthétisé et formalisé dans un Dvd intitulé « Dire la Santé en LSF ». La Dhos a demandé à l'Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INS HEA) de l'Education nationale une expertise dont le rapport est en annexe 4.
- il est à noter que la technicienne de laboratoire sourde, recrutée au pôle du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière grâce au financement de la Direction générale de la santé (Dgs), n'apparaît pas en tant que telle car elle est sur un poste d'infirmier compte tenu de ses diplômes.

b) en matière de vacances de postes :

- 4 pôles (Sainte-Anne, Grenoble, Bordeaux et Marseille) ont déclaré 1 voire 2 postes vacants mais les médecins coordonnateurs des pôles en accord avec la direction de l'établissement ont pris le parti, autant que possible, d'utiliser la masse salariale correspondant au poste vacant pour renforcer d'autres postes de personnels du pôle compte tenu de leur charge de travail. Dans ce contexte, les écarts déclarés par les pôles sont peu significatifs.
- l'ensemble des pôles ont à leur tête un praticien contractuel ou titulaire à l'exception du pôle du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière dont le poste de PH est vacant depuis 2002.
- le poste de technicienne d'études Cliniques (TEC) affecté au même pôle et initialement financé par la Dhos est vacant depuis plusieurs mois. Elle était en charge du recueil épidémiologique pour l'ensemble des pôles. Il en est de même pour le poste de secrétaire médicale qui est également vacant depuis plusieurs mois.

2.1.2 : des équipes de taille variable selon les pôles :

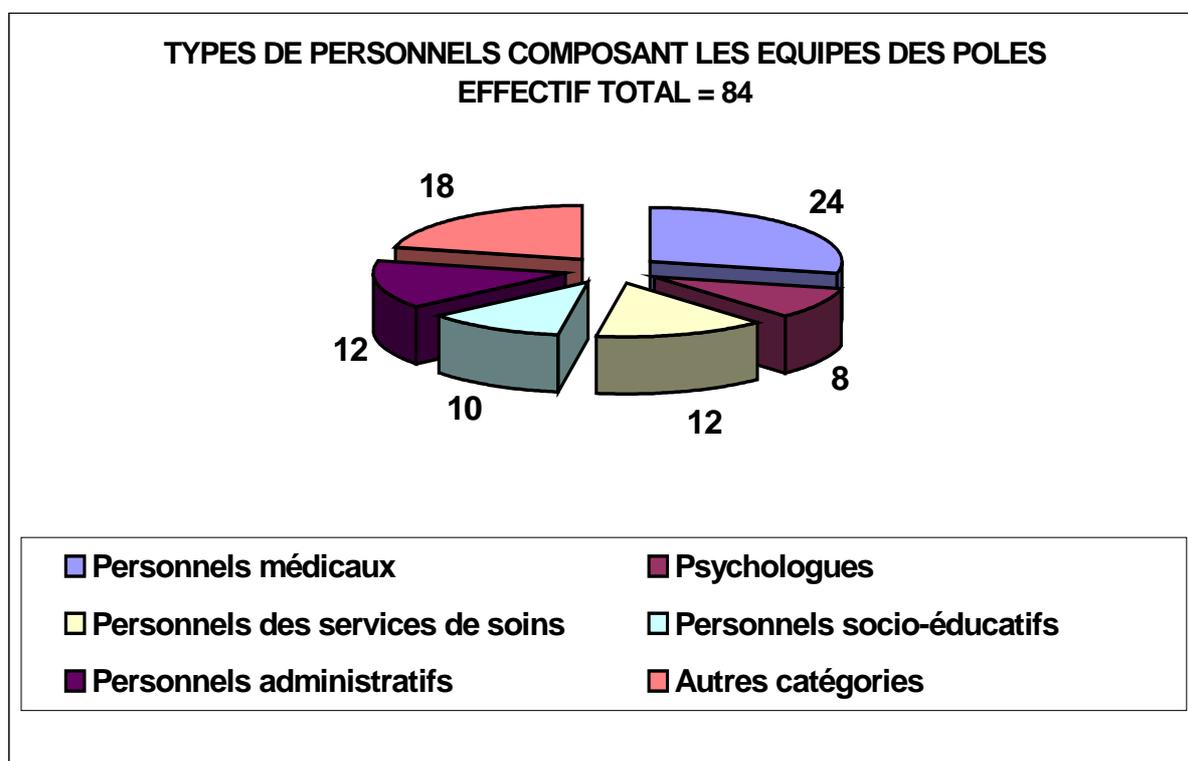
On constate que :

- 6 pôles régionaux sont caractérisés par des équipes de petite taille allant de 4 à 5 personnels ;
- 4 pôles régionaux sont caractérisés par des équipes de taille moyenne allant de 7 à 8 personnels ;
- les équipes des 2 pôles franciliens sont plus étoffées allant de 9 à 20 personnels.

2.2 : Caractéristiques des équipes :

2.2.1 : des équipes pluridisciplinaires :

- L'annexe 5 représente les effectifs présents pour chacun des pôles. La caractéristique essentielle de ces équipes est leur pluridisciplinarité qui permet de mettre au service du patient sourd des savoir-faire complémentaires et de le prendre en charge de façon globale.
- Les membres des équipes des pôles se répartissent en :
 - personnels médicaux : praticiens hospitaliers titulaires et contractuels (généralistes et spécialistes)
 - psychologues
 - personnels des services de soins : infirmiers, aides soignants et une orthophoniste
 - personnels socio-éducatifs : éducateurs spécialisés, animatrices, aides-médico-psychologiques, assistants du service social et moniteurs éducateurs.
 - personnels administratifs : secrétaires médicales, agents administratifs et adjoints administratifs
 - « autres catégories non répertoriées de la Fonction publique hospitalière » i.e les interprètes en LSF et une art-thérapeute.



2.2.2 : Le statut et le temps de travail des personnels :

S'agissant du statut, 25 personnels sont titulaires, 56 personnels ont un statut de contractuel, 1 personnel est en formation et 2 personnels sont actuellement stagiaires suite à la réussite à un concours de la fonction publique hospitalière.

Il est à remarquer également qu'en 2005 et sur 12 pôles, il existe seulement 5 praticiens hospitaliers titulaires (généralistes ou spécialistes) contre 19 praticiens hospitaliers contractuels.

Concernant le temps de travail, 20 personnels sont à temps plein et 64 personnels collaborent dans les pôles à mi-temps ou à temps partiel (annexe 4).

2.3 : Différentes formes de partenariats tissés entre les équipes des pôles et celles des autres services :

2.3.1 : l'implication de personnels des autres services :

Ce point corrobore les propos tenus antérieurement qui précisent que les pôles impliquent des partenariats avec d'autres services en vue d'améliorer la prise en charge des patients sourds dans des domaines spécifiques. Ces partenariats se traduisent par l'implication de ces personnels au sein des pôles.

On peut citer :

- Le pôle du CHU de Nancy : l'assistante sociale du service des urgences de l'établissement ne fait pas partie de l'équipe mais vient en renfort du pôle à hauteur de 0.10 ETP car ce personnel a acquis une compétence particulière en matière de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes.
- Le pôle du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : la sage-femme à hauteur de 0.8 ETP faisant partie de la maternité pour le suivi des femmes enceintes sourdes ;

2.3.2 : l'implication des personnels des pôles dans d'autres services :

Si ce type d'implication répond souvent à des raisons d'organisation ou de gestion des ressources internes, elle contribue à un enrichissement et au développement d'un savoir-faire.

Seuls 2 pôles ont répondu :

- le pôle du CHU de Nancy : l'aide-soignant sourd est affecté au bloc d'ORL de l'établissement ;
- le pôle du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière :
 - 2 praticiens hospitaliers à hauteur de 0.5 ETP faisant partie respectivement des services de psychiatrie et d'ophtalmologie : le premier pour la prise en charge des besoins en santé mentale et le second pour l'accueil des patients sourds devenant malvoyants.
 - l'aide-soignante sourde collabore avec le service de maternité à hauteur de 0.5 ETP.

2.4 : Des équipes transversales et mobiles :

2.4.1 : au sein de l'établissement de santé :

a) en matière de prise en charge médicale :

Les pôles se caractérisent par des équipes qui tissent des collaborations professionnelles transversales afin que le patient sourd soit pris en charge dans toutes les étapes de son parcours de soins. Les équipes des pôles sont ainsi appelées à intervenir en appui des personnels de tous les services de l'établissement auxquels ils ne se substituent pas mais à la

disposition desquels ils mettent leur savoir-faire et leur expérience dans la prise en charge des personnes sourdes et malentendantes.

La prise en charge médicale du patient s'effectue soit par les différents membres de l'équipe du pôle soit par d'autres services hors du pôle. Elle revêt deux formes : soit une consultation soit une hospitalisation.

A la question « quels services vous sollicitent le plus souvent ? », les réponses des 12 pôles peuvent être scindées en 2 :

- soit ce sont les services de l'établissement de santé qui sollicitent le pôle ;
- soit ce ne sont pas les services de l'établissement qui sollicitent le pôle mais plutôt les patients sourds qui demandent un rendez-vous à un service particulier.

b) pour le suivi par l'équipe du pôle lorsque le patient sourd est hospitalisé :

Les 12 pôles soulignent que les différents membres de l'équipe interviennent au lit du patient sourd en vue d'établir le bilan des modalités de communication. Puis, selon ses besoins, le patient bénéficie d'un double suivi : celui de son service d'hospitalisation et de l'équipe du pôle en soutien (interprétation des médecins du service, sortie d'hospitalisation) ou en complément (ré-explications des pathologies, des prescriptions, prise de rendez-vous, accompagnement lors de certains soins etc...).

Action d'un professionnel de santé sourd du pôle du CHU de Montpellier⁽¹⁾ :

L'aide-soignant sourd du pôle du CHU de Montpellier participe autant que possible à rompre l'isolement des patients sourds hospitalisés en effectuant lui-même les soins d'hygiène lorsqu'il se rend dans leur chambre.

c) un accompagnement effectif du patient sourd dans ses démarches :

Il s'agit de l'accompagnement du patient sourd dans ses démarches administratives afin qu'il puisse obtenir une information complète.

2.4.2 : au plan régional :

Plusieurs équipes des pôles font état de leur mobilité de deux manières :

a) des consultations médicales dans d'autres établissements de santé de la région pour la prise en charge des patients sourds :

Action mise en place par le pôle du CHU de Marseille⁽¹⁾ :

Le médecin du pôle accompagné de l'éducateur spécialisé sourd va fréquemment au centre anti-cancéreux de Marseille, l'Institut Paoli Calmette et met en place des consultations médicales dans les hôpitaux régionaux tels que le Centre hospitalier de Toulon.

b) lorsque d'autres structures sollicitent les pôles pour le suivi médical du patient sourd :

Un exemple d'action mise en place par le pôle du CHU de Grenoble⁽¹⁾ :

Il assure le suivi médical et la coordination des soins pour les détenus sourds à la maison d'arrêt de Varcès, en collaboration avec l'administration pénitentiaire. Le médecin du pôle assure les consultations au sein de la maison d'arrêt, en collaboration avec l'équipe de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA), et le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Le pôle fournit les interprètes pour les suivis psychologiques ou psychiatriques. La collaboration du pôle avec la justice s'étend à de nombreux autres domaines (mesures de protection des majeurs, plaintes, procédures, affaires familiales, avocats, juge des enfants, etc...). L'intervention de l'éducatrice spécialisée sourde est régulièrement nécessaire. Des actions de formation et de sensibilisation sont en projet.

2.5 : Les personnels sourds au sein des équipes des pôles :

2.5.1 : une présence réelle :

- Les 12 pôles répondent à l'une des recommandations du rapport de D. Gillot « Le droit des sourds » de juin 1998 qui insiste sur l'importance de la présence des personnels sourds au sein des pôles d'accueil et de soins. Bien que seuls 19 personnels sourds soient affectés dans les 12 pôles soit un peu plus de 22%, les pôles démontrent un réel effort pour les intégrer dans le milieu hospitalier. Chaque pôle comprend ainsi au moins un professionnel sourd. En effet, depuis la création des pôles, il a été constaté que la présence des professionnels sourds créent d'emblée un climat de confiance dans lequel les patients sourds peuvent s'exprimer librement. Par ailleurs, les personnels des pôles, après plusieurs années d'expérience, considèrent que la collaboration entre les professionnels sourds et entendants est une garantie de l'efficacité de l'équipe.
- Le graphique concernant la répartition des professionnels sourds rapport aux professionnels entendants par pôle figure en annexe 6.

2.5.2 : des corps et métiers diversifiés :

- Les 19 professionnels sourds sont répartis dans différents corps de la fonction publique hospitalière (FPH) démontrant ainsi une diversification en la matière.
- On les retrouve tant dans le domaine des soins essentiellement comme aides-soignants que dans le domaine de l'accompagnement comme psychologue, éducateur spécialisé, moniteur-éducateur etc...

2.5.3 : s'agissant des aides-soignants sourds affectés actuellement aux pôles :

- Il est à noter que plusieurs des 7 aides-soignants sourds actuellement affectés aux pôles sont issus de la formation mise en place en 2000 par la Direction générale de la Santé (Dgs) et assurée par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.
- La Dhos a pris le relais et, depuis 2004, s'est engagée à financer la mise en place d'une formation conduisant 15 candidats sourds à se présenter au diplôme professionnel d'aide-soignant organisé par l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI) de la Croix Rouge du Camas à Marseille. La première session de formation, ouverte pour 5 personnes sourdes, en sus des 50 places initialement ouvertes à la sélection, a débuté en février

2005. Ces 5 candidats viennent d'être diplômés en février 2006 et vont intégrer 5 pôles en France. La deuxième session de formation ouverte pour 5 autres personnes sourdes vient de débiter en février 2006.

2.6 : Un regard sur l'interprète en langue des signes française (LSF) :

2.6.1 : l'interprète en LSF :

a) le rôle de l'interprète en LSF :

L'interprète en langue des signes française (LSF) transmet le sens du discours énoncé dans une langue donnée vers une autre langue. L'interprète travaille donc entre la langue française et la langue des signes française i.e entre des personnes entendant s'exprimant en français et des personnes sourdes s'exprimant en langue des signes française. Il transmet ce qui se dit avec les trois principes habituellement exigés des interprètes : la fidélité au discours original, la neutralité et le secret professionnel. En d'autres termes, l'interprète ne joue pas un rôle de médiation.

Par ailleurs, il intervient également en soutien de la personne sourde qui assure la fonction de « médiation de communication » au sein du pôle dans ses relations avec les soignants non locuteurs de la LSF. Enfin, il participe au travail institutionnel de l'équipe du pôle.

b) part des interprètes en LSF salariés et conventionnés au sein des pôles :

6 pôles ont préféré recruter des interprètes en LSF au sein de leur équipe alors que 4 pôles (Lille, Rennes, Toulouse et Bordeaux) font appel à un service d'interprétariat dans le cadre de la prise en charge des patients sourds. Le total des interprètes en LSF salariés et conventionnés s'élève à 34 dont la part des interprètes salariés représente 38%.

Plusieurs observations sont à mettre en relief :

- Le pôle du CH Sainte-Anne n'a pas été pris en compte alors qu'il fait appel à un service d'interprétariat car l'interprète en LSF intervient uniquement pour le travail institutionnel et n'intervient pas auprès des patients sourds.
- Le pôle du CHU de Nancy n'a pas d'interprète en LSF au sein de l'équipe ; il ne fait pas davantage appel à des services d'interprétariat. Il bénéficie d'un interprète en LSF grâce à des relations de partenariat avec un institut de proximité du département et fait appel à lui de manière ponctuelle pour des conférences, des accompagnements de patients et des contacts avec l'administration.

c) sa collaboration avec les membres de l'équipe est variable selon les pratiques des pôles :

Il collabore :

- pour 9 pôles, avec l'ensemble des membres de l'équipe

- pour 1 pôle, principalement avec le professionnel sourd qui assure la fonction de « médiation de communication » au sein du pôle et l'aide-soignant également sourd et,
- pour 1 autre pôle, avec les services spécialisés et le professionnel sourd qui assure la fonction de « médiation de communication » au sein du pôle.

Projet mis en place par le pôle du CHU de Rennes⁽¹⁾ :

Dans le cadre de l'amélioration des conditions d'accueil des patients sourds et afin de pallier les difficultés de communication entre le patient sourd et le personnel médical, une expérimentation de visioconférence a été mise en place entre le Centre hospitalier de Dinan et le CHU de Rennes où est implanté le pôle de Rennes. Grâce à la visioconférence, le patient sourd et le personnel médical sont mis en relation avec un service d'interprétariat distant et ce quel que soit le service de l'hôpital où le patient sourd se situe (interprète en LSF / médecin du pôle du CHU de Rennes). Le projet est actuellement financé par le Conseil général des Côtes d'Armor.

d) interventions spécifiques des 28 interprètes en LSF sur 9 pôles en 2004 et 2005 :

L'interprète en LSF intervient :

Premier cas : dans le cadre de la prise en charge et de suivi des patients dont le pôle détient le dossier médical ;

Second cas : de manière ponctuelle, à la demande d'usagers sourds, pour lesquels le pôle ne détient pas de dossier médical.

- La comparaison des interventions spécifiques des interprètes en LSF en 2004 et en 2005 traduit une montée en charge. En effet, le total des interventions spécifiques des interprètes en LSF pour le 1^{er} cas est en augmentation de 37% entre 2004 et 2005 et pour le second cas en augmentation de 27%.
- Cette analyse ne prend pas en compte les données partielles transmises par les pôles du CHU de Rennes et du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière qui ne concernent que l'année 2005. Le pôle du CH Sainte-Anne n'a pas été également pris en compte suite à l'observation antérieure.
- L'annexe 7 représente le graphique relatif aux interventions spécifiques des interprètes en LSF par pôle pendant cette période.

2.7 : La fonction de « médiation de communication » au sein des pôles :

On utilisera le terme de « médiation de communication » bien que l'emploi du mot « médiateur » qui renvoie à des fonctions ou des métiers définis par ailleurs, puisse être source de malentendu. Les pôles eux-mêmes reconnaissent que cette terminologie n'est pas appropriée. C'est pourquoi, lors des journées de formations qui seront organisées par les pôles en octobre prochain, un débat sera à l'ordre du jour pour mieux circonscrire la fonction du professionnel sourd dans ce cadre.

2.7.1 : particularité de « la médiation de communication » :

Les 12 pôles précisent qu'ils ont fait le choix de confier cette fonction de « médiation de communication » entre les patients et l'équipe à une ou plusieurs personne(s) sourde(s) faisant partie de l'équipe. Dans la pratique, ces professionnels sont souvent appelés « médiateurs de communication »⁽²⁾.

2.7.2 : le rôle des professionnels assurant cette fonction au sein de l'équipe:

- Les 12 pôles attachent beaucoup d'importance au professionnel sourd assurant la fonction de « médiation de communication » qui est à l'interface entre le « monde des soignants » et le « monde des patients sourds ». Il permet la rencontre entre ces deux mondes selon un modèle ternaire : patient, soignant (+/- un interprète) et « médiateur de communication » sourd.
- Il intervient soit en binôme avec un membre de l'équipe du pôle soit en appui d'autres membres au sein de l'établissement dans différentes situations telles que :
 - ❖ L'accueil, l'orientation, l'accompagnement des patients sourds, en particulier ceux qui ont des difficultés aiguës de communication (sourds étrangers, sourds avec handicaps associés etc....) dans toute situation relative aux soins (consultations, hospitalisations, examens ...);
 - ❖ Le repérage des besoins spécifiques des patients, la re-formulation des explications médicales au patient et l'aide à l'expression pour les patients qui ne sont pas totalement autonomes. Il peut s'appuyer sur l'interprète de LSF du pôle ;
 - ❖ Le suivi social des patients sourds en lien avec le service social de l'établissement de santé où est implanté le pôle;
 - ❖ La participation à l'animation de groupes de paroles sous la responsabilité du médecin du pôle, aux diverses actions de prévention, d'information et d'éducation à la santé (individuelles ou collectives) y compris à l'extérieur de l'établissement où est implanté le pôle, la participation au développement des partenariats avec les différents acteurs médico-sociaux et le secteur associatif.
- Un exemple tiré du rapport⁽³⁾ d'une « médiatrice de communication » sourde affectée au pôle du CHU de Grenoble permet d'illustrer plus concrètement les propos ci-dessus. « Un patient sourd se déplace au pôle suite à la perte de sa mère avec laquelle il a toujours vécu. Compte tenu de son état psychologique, il ne répond pas aux questions du médecin du pôle qui sont retranscrites par l'interprète en LSF. Contrairement à ce dernier, la « médiatrice de communication sourde » peut poser des questions et cette situation la conduit à intervenir. Afin que l'interprète en LSF comprenne, elle reformule de manière plus compréhensible ce qui se dit, éclaire les propos et affine l'expression du patient sourd. ».
- En d'autres termes, ce professionnel sourd facilite la communication entre le patient sourd et les professionnels des pôles.

(2) : il ne s'agit pas d'une catégorie répertoriée dans la Fonction publique hospitalière (FPH) pas davantage d'une profession dûment définie et référencée comme celle de médiateur familial.

(3) Rapport intitulé « Essai d'analyse de la pratique d'une médiatrice de communication en milieu hospitalier ».

Action mise en place par le pôle au Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille (GHICL) ⁽¹⁾ :

Le pôle a développé un partenariat privilégié avec le service d'endocrinologie, plus particulièrement dans le cadre de la prise en charge des diabétiques. Initialement les séances collectives d'éducation nutritionnelle des patients sourds étaient calquées sur celles organisées à l'intention des patients entendants. L'évaluation de ces séances montrait que le niveau de connaissances des patients sourds ne progressait pas (le score passait de 1 ou 2/20 le matin à un score de 2 à 4/20, le soir). Le dispositif a été modifié de telle manière que le « médiateur de communication » sourd intervienne. Désormais, ces journées d'éducation diététique sont préalablement préparées par la diététicienne, le « médiateur de communication » sourd et l'interprète afin que le « médiateur de communication » puisse faire passer auprès du public de manière efficiente les informations. Dans ce contexte, le « médiateur de communication » sourd fait l'exposé directement en LSF, l'interprète traduit en français pour permettre à la diététicienne, qui ne connaît pas la LSF, de suivre l'exposé et d'intervenir à tout moment pour corriger ou ajouter une information. L'évaluation des séances est alors positive (le score de 1 à 2/20 le matin passe à un score de près de 15/20 le soir).

Il est intéressant à cet égard de transcrire le témoignage de la diététicienne associée à ce projet, tel qu'elle l'a formulé dans le cadre de l'évaluation du réseau de santé « Sourd et Santé » : « le médiateur de communication « temporise » le discours de la diététicienne qui parfois apparaît très théorique et technique ; il reformule également la LSF de l'interprète qui est parfois pour certains trop évoluée ; il transmet des images plus visuelles et plus pratiques qui prennent en compte les représentations que se font les patients sourds en l'occurrence en matière de nutrition; il retraduit et ré-explique les questionnaires d'évaluation en s'adaptant au niveau de la LSF de chaque patient. »

- L'ensemble des pôles font valoir que la présence d'un professionnel sourd assurant la fonction de « médiation de communication » a des effets positifs remarquables sur la dynamique de ré-appropriation de sa démarche de soins par le patient et sur la qualité du déroulement des soins à tous les niveaux. Ceci permet, en outre, un décryptage indispensable dans certaines situations particulières (sourds avec troubles de communication, sourds étrangers).

2.7.3 : le total des personnels assurant « la médiation de communication » au sein des 11 pôles :

Ce total s'élève à 14 sachant que le pôle du GHIC de Lille s'est doté de 3 professionnels sourds assurant « la médiation de communication » et le pôle du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière de 2. Le pôle du CH Sainte-Anne n'en dispose pas.

2.7.4 : leur mission transversale :

Les professionnels sourds assurant « la médiation de communication » de la plupart des pôles sont partie prenante de nombreuses consultations médicales par le médecin du pôle ou par les médecins spécialistes ne pratiquant pas la LSF. Son rôle est spécifique, indépendamment de la présence d'interprètes ou des compétences en LSF du soignant. La participation est toujours conditionnée au souhait du patient sourd lors des soins.

2.7.5 : leur profil est diversifié selon les pôles :

Pour 11 pôles, les professionnels sourds assurant la fonction de « médiation de communication » font partie de l'établissement même. Leur statut relève de la fonction publique hospitalière et la répartition est la suivante :

- pour 5 pôles, 8 sont titulaires de la fonction publique hospitalière.
- pour 6 pôles, 6 sont contractuels de la fonction publique hospitalière.

Pour l'ensemble des professionnels sourds assurant la fonction de « médiation de communication », le corps d'appartenance relève du domaine de la santé en tant que, entre autres, aides-soignants, éducateurs spécialisés etc...

Par ailleurs, pour 6 pôles, les professionnels sourds assurant la fonction de « médiation de communication » ont eu auparavant une expérience en la matière.

2.7.6 : leur formation antérieure :

Les formations qu'ils ont eues auparavant sont diverses selon les pôles : formations d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, etc...

2.7.7 : les interventions annuelles des 13 professionnels sourds assurant la fonction de « médiation de communication » en 2004 et 2005 sur 10 pôles :

Dans la mesure où le pôle du CHU de Rennes n'a pu transmettre ses données que pour l'année 2005 (à hauteur de 30), il ne sera pas pris en compte.

On remarque que le total des interventions annuelles des professionnels sourds assurant la fonction de « médiation de communication » traduit une montée en charge en 2005 à hauteur de 41% par rapport à l'année 2004.

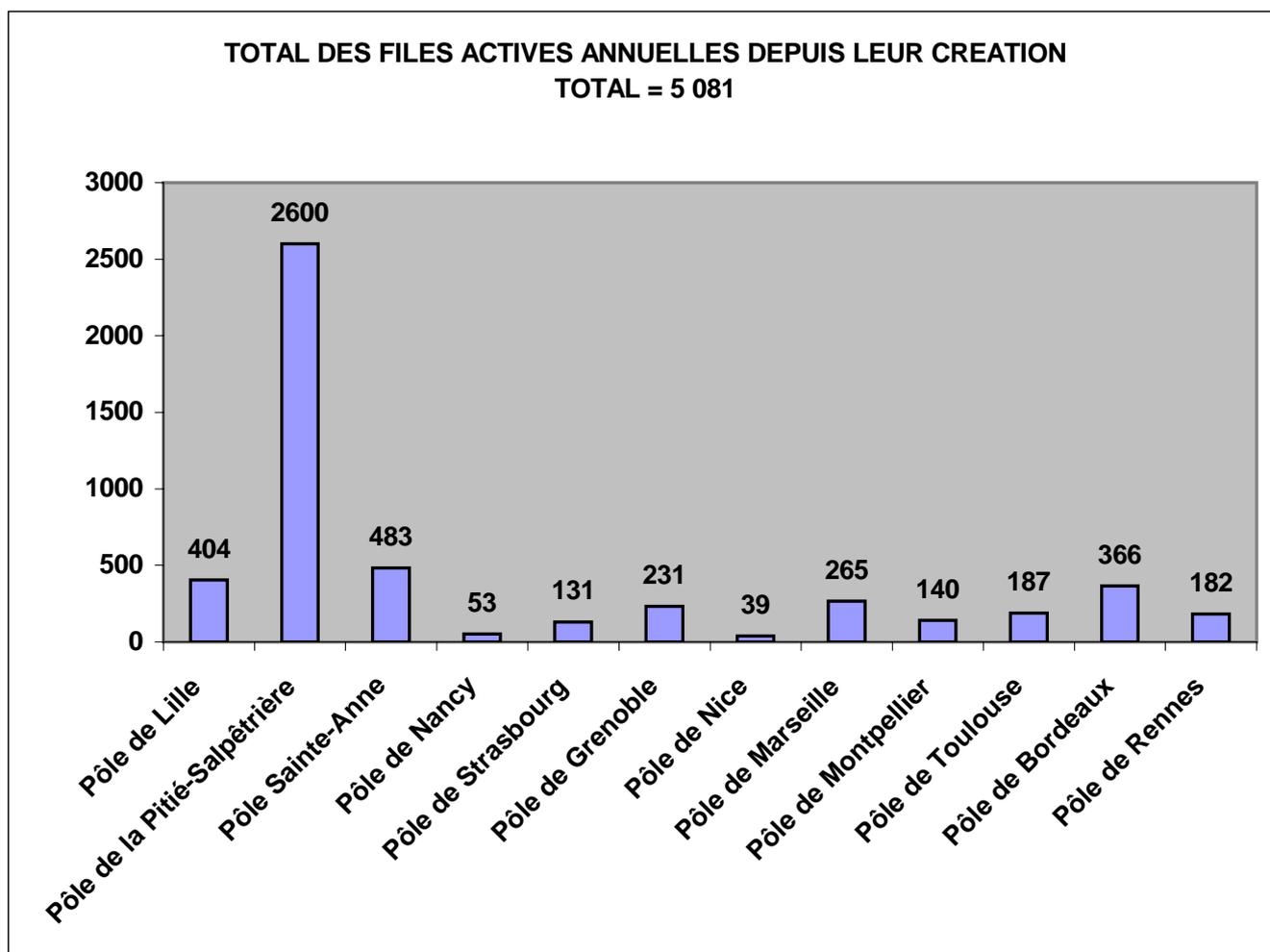
Le graphique relatif aux interventions annuelles des 13 professionnels sourds assurant la fonction de « médiation de communication » par pôle sur cette période figure en annexe 8.

3) L'activité des 12 pôles :

3.1 : Les files actives annuelles des pôles depuis leur création jusqu'à décembre 2005 :

Il est utile de rappeler la définition consensuelle de la file active annuelle à laquelle a abouti la réflexion menée par le bureau E1 en concertation avec les membres des pôles. Elle se comprend usuellement comme le nombre de patients vus au moins une fois pendant une année quels que soient le nombre et la durée des prises en charge.

	Date de création effective	Files actives depuis leur création
Pôle de Lille	01/01/2002	404
Pôle de la Salpêtrière	01/01/1995	2 600
Pôle Sainte-Anne	01/01/1997	483
Pôle de Nancy	04/11/2003	53
Pôle de Strasbourg	05/12/2001	131
Pôle de Grenoble	01/08/2001	231
Pôle de Nice	01/10/2004	39
Pôle de Marseille	01/01/2003	265
Pôle de Montpellier	01/01/2002	140
Pôle de Toulouse	04/09/2003	187
Pôle de Bordeaux	15/10/2001	366
Pôle de Rennes	01/04/2003	182
Total		5 081

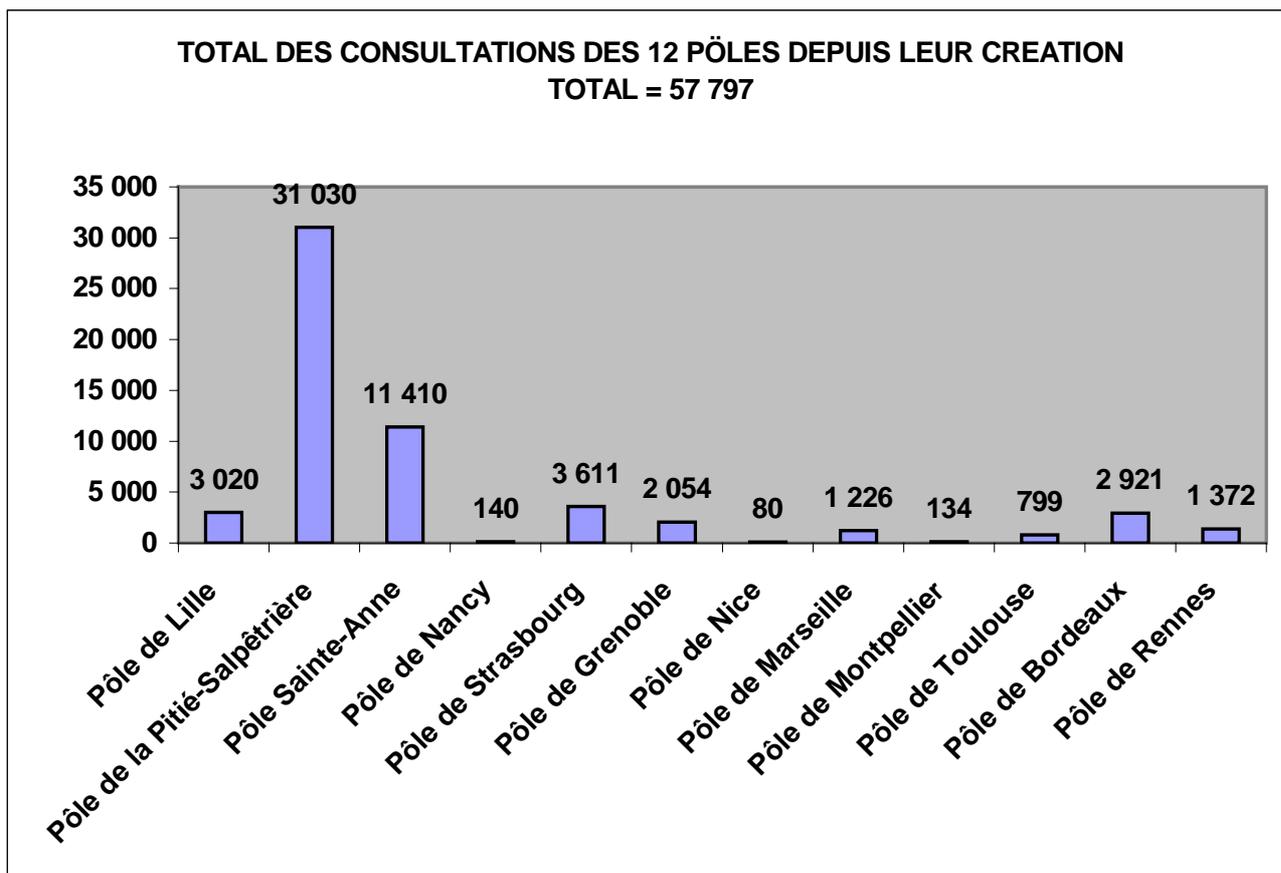


Au regard des propos tenus en introduction, la file active annuelle du pôle du CH Sainte-Anne depuis la création du pôle à hauteur de 483 doit être lue depuis la date de 1997 (et non à partir de la date de financement de la Dhos en 2001).

3.2 : Total des consultations des pôles depuis leur création jusqu'à décembre 2005 :

Pour le pôle du CH Sainte-Anne, le total des consultations à hauteur de 11410 doit donc être considéré également à partir de la date de 1997.

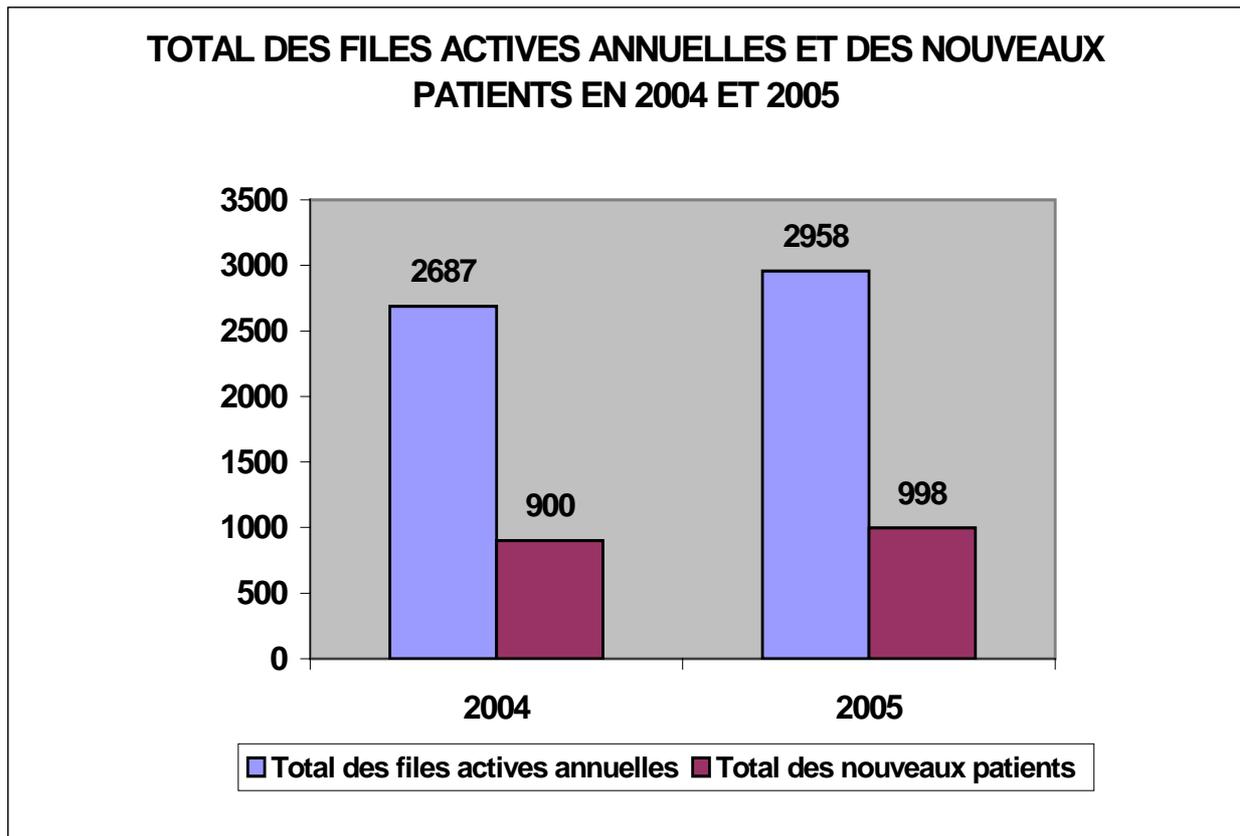
	Date de création effective	Total des consultations depuis leur création
Pôle de Lille	01/01/2002	3 020
Pôle de la Salpêtrière	01/01/1995	31 030
Pôle Sainte-Anne	01/01/1997	11 410
Pôle de Nancy	04/11/2003	140
Pôle de Strasbourg	05/12/2001	3 611
Pôle de Grenoble	01/08/2001	2 054
Pôle de Nice	01/10/2004	80
Pôle de Marseille	01/01/2003	1 226
Pôle de Montpellier	01/01/2002	134
Pôle de Toulouse	04/09/2003	799
Pôle de Bordeaux	15/10/2001	2 921
Pôle de Rennes	01/04/2003	1 372
Total		57 797



3.3 : les files actives annuelles des pôles et les nouveaux patients en 2004 et 2005⁽⁴⁾ :

3.3.1 : total des files actives annuelles et des nouveaux patients des pôles en 2004 et 2005 :

On remarque que le total des files actives annuelles des 12 pôles en 2004 par rapport à 2005 augmente de 10%. L'augmentation des nouveaux patients pour cette même période s'élève également à 10%.



3.3.2 : Les files actives annuelles et le nombre de nouveaux patients par pôle en 2004 et 2005.

a) les files actives annuelles par pôle en 2004 et 2005 :

- 10 pôles voient leur file active annuelle augmenter. Le tableau ci-après évalue la croissance de chaque pôle.

(4) : on prend en compte une année pleine i.e de janvier à décembre

	File active en 2004 (a)	File active en 2005 (b)	Ecart (b-a)	Evolution
Pôle de Lille	198	286	+88	+31%
Pôle de la Salpêtrière	1 390	1 303	-87	-7%
Pôle Sainte-Anne	224	249	+ 25	+11%
Pôle de Nancy	19	45	+26	+58%
Pôle de Strasbourg	66	65	-1	-0%
Pôle de Grenoble	97	148	+51	+35%
Pôle de Nice	7	38	+31	+82%
Pôle de Marseille	116	154	+38	+25%
Pôle de Montpellier	75	93	+18	+20%
Pôle de Toulouse	112	145	+33	+23%
Pôle de Bordeaux	279	293	+14	+5%
Pôle de Rennes	104	139	+35	+26%
Total :	2 687	2 958	+ 271	+10%

b) le nombre de nouveaux patients par pôle pendant cette période :

Tous les pôles ont de nouveaux patients. 8 pôles voient même leur nombre annuel de nouveaux patients augmenter.

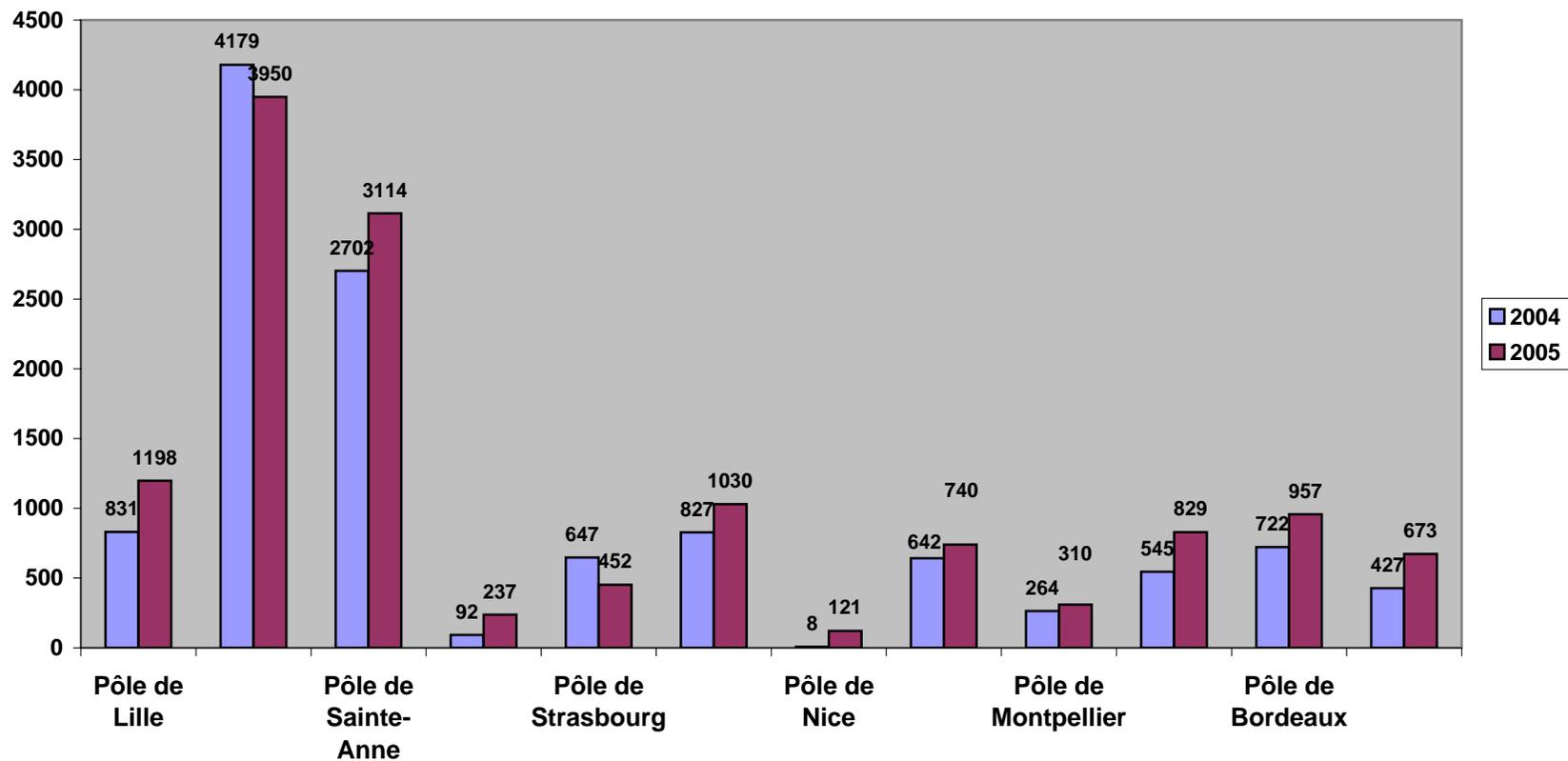
	Nombre de nouveaux patients en 2004 (a)	Nombre de nouveaux patients en 2005 (b)	Ecart (b-a)	Evolution
Pôle de Lille	90	91	+1	+ 0%
Pôle de la Salpêtrière	360	380	+20	+ 6%
Pôle Sainte-Anne	81	70	-11	-14%
Pôle de Nancy	29	63	+34	+54%
Pôle de Strasbourg	28	27	-1	- 0%
Pôle de Grenoble	38	41	+3	+8%
Pôle de Nice	0	35	+35	+100%
Pôle de Marseille	48	84	+ 36	+43%
Pôle de Montpellier	30	26	-4	-14%
Pôle de Toulouse	67	92	+25	+26%
Pôle de Bordeaux	78	18	-60	-77%
Pôle de Rennes	51	71	+20	+29%
Total :	900	998	+ 98	+ 10%

3.4 : Les consultations des pôles en 2004 et 2005⁽⁴⁾ :

3.4.1 : total des consultations des pôles pendant cette période :

Le nombre des consultations sur l'ensemble des pôles s'élève à 11 886 en 2004 et à 13 611 en 2005, soit à une augmentation de 13%.

**TOTAL DES CONSULTATIONS PAR POLE
EN 2004 ET 2005**



3.4.2 : les consultations par pôle en 2004 et 2005 :

Le graphique qui figure en page suivante démontre que 10 pôles connaissent une augmentation de leurs consultations.

3.4.3 : la répartition des consultations par catégories en 2004 et 2005 :

Au regard du graphique ci-dessus, il est à noter que les pôles pratiquent en grande majorité deux types de consultations :

- **les consultations médicales effectuées par le médecin du pôle** : le total de ce type de consultations pour les deux années s'élève à 12 622. Le nombre augmente entre 2004 et 2005 à hauteur de 10%.
- **les consultations médicales sans le médecin du pôle, avec un médecin spécialiste et un interprète en LSF du pôle** : le total pour ces deux années s'élève à 8 987 consultations et l'augmentation s'évalue pendant cette même période à 8%.

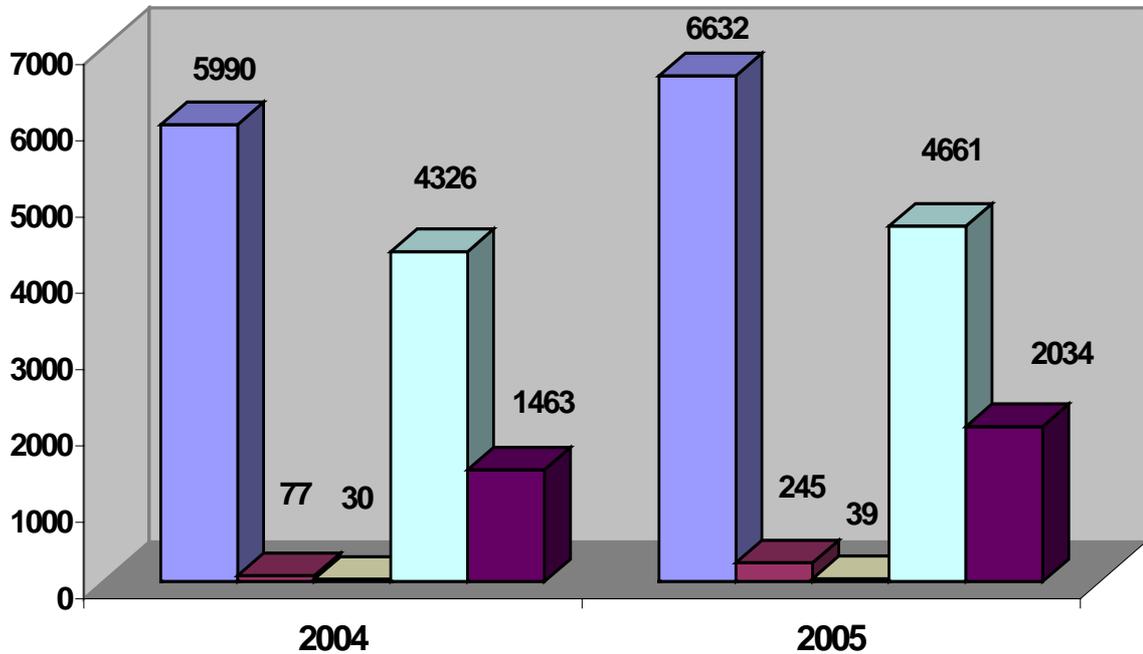
Pour les trois autres catégories de consultations à savoir celles effectuées par le médecin du pôle avec l'interprète en LSF, celles effectuées avec le médecin du pôle, un médecin spécialiste et l'interprète en LSF du pôle et la catégorie « Autres consultations », même si les données sont faibles, en revanche, leur taux d'évolution est significatif avec des augmentations respectives à hauteur de 69%, 24% et 29%.

- le graphique relatif à la répartition des consultations par pôle pendant cette période est en annexe 9. Il est à noter que les catégories de consultations faisant l'objet d'un résultat égal à 0 ne sont pas représentées dans un souci de lisibilité des graphiques.

REPARTITION DES CONSULTATIONS PAR CATEGORIES

TOTAL EN 2004 : 11886

TOTAL EN 2005 : 13611



- Nombre de consultations médicales effectuées par le médecin du pôle
- Nombre de consultations médicales effectuées par le médecin du pôle avec interprète en LSF
- Nombre de consultations médicales avec le médecin du pôle, un médecin spécialiste et un interprète en LSF
- Nombre de consultations médicales sans le médecin du pôle, avec un médecin spécialiste et un interprète en LSF
- Autres

3.5 : Le nombre d'hospitalisations suivies par les pôles en 2004 et 2005⁽⁴⁾ :

Le total des hospitalisations suivies par les pôles en 2004 s'élève à 227 et à 446 en 2005 ce qui se traduit par une augmentation de 49%. Il est à noter que le pôle du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière n'a pas effectué de suivi d'hospitalisations en 2004 et que le pôle du CHU de Nice n'a fait pas davantage de suivi d'hospitalisations ni en 2004 ni en 2005.

Le graphique relatif aux hospitalisations suivies par pôle sur cette période figure en annexe 10. Il est à noter que 10 pôles voient leur nombre d'hospitalisations en augmentation.

4) La « patientèle » des pôles en 2005 :

Afin d'éviter toute ambiguïté, il convient de préciser que la population décrite ici est celle qui fréquente les pôles et que sa composition ne peut être considérée comme le reflet de la population sourde et malentendante qui représente en France 4 millions de personnes (source : rapport de Dominique Gillot « Le droit des sourds » de juin 1998).

4.1 : Répartition des patients sourds selon les motifs des consultations :

Au regard des commentaires des responsables des pôles, il est possible de classer cette population en 3 catégories :

- une première catégorie qui est insérée dans la société mais utilise ces structures pour mieux comprendre en matière de santé les informations qu'elle a reçues du médecin traitant (cf également partie II).
- une deuxième catégorie qui n'est pas insérée dans la vie sociale et qui est caractérisée par des problèmes globaux d'exclusion. Cette population recourt aux pôles pour des problèmes variés (médicaux, sociaux, etc...).
- la dernière catégorie concerne une population ayant une pathologie lourde et des traitements complexes. Le rôle des pôles est primordial pour cette catégorie de population dans la mesure où l'intervention des pôles permet de combler un retard de diagnostic ou de mieux adapter un traitement.

4.2 : La population fréquentant les pôles en 2005 :

Parmi les patients fréquentant les pôles à des degrés divers, le questionnaire identifie six catégories⁽⁵⁾ : les patients sourds depuis les premières années de la vie, les patients sourds malvoyants, les patients sourds primo-arrivants en France, les patients devenus sourds à l'âge adulte, les patients âgés devenant sourds et autres types de patients.

Patients fréquentant les pôles en 2005	Effectif dans la catégorie	Total des réponses pour cette question	Pourcentage (%)
Les patients sourds depuis les premières années de la vie	1 690	2089	80.90%
Les patients sourds malvoyants	111	2089	5.31%
Les patients sourds primo-arrivants en France	49	2089	2.35%
Les patients devenus sourds à l'âge adulte	58	2089	2.78%
Les patients âgés devenant sourds	14	2089	0.67%
Autres types de patients	167	2089	7.99%

NB : Certains patients peuvent être comptabilisés dans plusieurs catégories.

Bien que les pôles voient en grande majorité la catégorie « patients sourds depuis les premières années de la vie » (1690 patients sur un total de 2089), il est important également de s'arrêter sur trois types de patients en mettant en exergue les actions développées par trois pôles.

(5) : il s'agit d'une typologie « induite » par le questionnaire

4.3 : Un regard sur trois types de patients fréquentant les pôles :

4.3.1 : les patients sourds devenant malvoyants (effectif égal à 111) :

Plus de la moitié des pôles déclarent être confrontés au suivi de cette population. La collaboration entre les pôles d'accueil et de soins pour les Sourds et le CRESAM (Centre de Ressources pour enfants et adultes Sourds-Aveugles et Sourds-Malvoyants) est en cours de développement. Un rapprochement est également en cours avec le centre de ressources Robert Laplane pour enfants, adolescents, jeunes adultes associant une déficience auditive et une autre déficience.

Action mise en place par le pôle du CHU de Strasbourg⁽¹⁾ :

Le pôle du CHU de Strasbourg débute un partenariat sous forme de conférences avec le centre national de référence des maladies rares en ophtalmologie dont l'objectif est de mettre en place un partenariat entre les professionnels médico-psycho-sociaux sensibilisés à la cécité et à la surdité (syndrome d'Usher).

4.3.2 : les patients devenus sourds à l'âge adulte (effectif égal à 58) :

Il est à souligner que les problématiques que rencontrent les personnes devenant brutalement sourdes à l'âge adulte sont très différentes de celles que rencontrent les personnes sourdes de naissance. Le nombre de personnes concernées augmenterait dans les prochaines années. En particulier, plusieurs responsables de pôles précisent que des personnes devenues sourdes à l'âge adulte utilisent les moyens de communication des pôles dans leurs relations avec le système hospitalier lorsqu'ils ont une pathologie importante. Ils apprécient le souci de communication qui permet d'adapter le français écrit et oral et de compléter leur information sur leur pathologie.

A cet égard, l'action que développe le pôle du CH Sainte-Anne est intéressante à mettre en avant.

Expérimentation mise en place par le pôle du CH Sainte-Anne⁽¹⁾ :

L'expérience acquise par le pôle du CH Sainte-Anne l'a amené à considérer qu'il était fondamental d'apporter une réponse et un soutien psychologique adaptés à ces personnes qui ne possèdent pas la langue de signes. Par ailleurs, la survenue de la surdité chez les personnes âgées augmente le sentiment d'isolement et accélère le processus de dépendance. Aussi, le pôle du CH Sainte-Anne a mis en place une consultation particulière à l'égard de cette population. Ce projet pilote a déjà permis l'accueil de 58 patients depuis septembre 2005. Dans ce contexte, il collabore étroitement avec le service d'épidémiologie de l'établissement même pour élaborer une enquête en la matière : « Incidence des états anxio-dépressifs dans la population des devenus sourds » ainsi qu'avec le service d'ORL du CHU Avicennes à Bobigny (93).

4.3.3 : les « autres types de patients » (effectif égal à 167) :

Bien que le pôle du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ait été créé initialement pour permettre l'accès aux soins des personnes sourdes et principalement celles qui étaient porteurs du HIV,

les pôles se sont ouverts à d'autres populations qui rencontrent des problèmes de communication. Ces patients attendent de ces professionnels de santé d'être compris.

Le faible nombre de personnes concernées peut faire paraître, de prime abord, cette donnée comme peu significative mais elle révèle la diversité de situations. Il est à noter que les pôles du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et du Chu de Nice n'apparaissent pas dans ce tableau dans la mesure où ils ont apporté une réponse égale à 0.

Pôles	« Autres catégories de consultants identifiées par pôle en 2005 »	Effectif
Pôle de Lille	Enfants entendants de parents sourds (+2 personnes sourdes accompagnant un patient entendant)	31
	Patients sourds ne pratiquant la LSF ⁽⁶⁾	9
	Patients qui ne maîtrisent ni le français oral ou écrit, ni la LSF pour lesquels il faut utiliser une communication totale associant mime, dessins	3
Pôle Sainte-Anne	Patients sourds avec handicaps associés	20
Pôle de Strasbourg	Patients malentendants	2
Pôle de Nancy	Enfants entendants de parents sourds	2
Pôle de Grenoble	Patients malentendants	10
	Patients entendants avec trouble de la communication (tétraplégie, mutilé)	2
	Patients sourds avec handicaps associés	29
Pôle de Marseille	Patients sourds de plus de 65 ans ⁽⁷⁾	11
Pôle de Montpellier	Patient entendant ayant subi une laryngotomie	1
Pôle de Toulouse	Patients sourds avec handicaps associés	9
Pôle de Bordeaux	Enfants entendants de parents sourds	20
Pôle de Rennes	Patients entendants illettrés	2
	Enfants entendants de parents sourds	16

Certains pôles développent progressivement des actions à l'intention de populations qui connaissent des difficultés importantes de communication. Tel est le cas de l'action développée par le pôle du CHU de Grenoble.

Un exemple d'action à l'égard des patients sourds avec handicaps associés mise en place par le pôle du CHU de Grenoble ⁽¹⁾ :

Le pôle a développé l'accueil et le suivi des patients sourds avec handicaps associés (atteintes visuelles, infirmité motrice cérébrale, autisme, handicap psychique, handicap mental) en mettant en place des protocoles de suivi et de communication associant les interprètes et la « médiatrice de communication » sourde. De nombreuses collaborations ont été instaurées avec des structures régionales extérieures au pôle (foyers de vie pour IMC, pour autismes, CAT etc....)

(6) : il s'agit de patients sourds pré-linguaux (ne maîtrisant pas la LSF)

(7) : il s'agit de patients sourds depuis leur naissance qui ont plus de 65 ans

5) Les consultations médicales et modes de communication utilisés par les pôles :

5.1 : L'importance de la première consultation :

12 pôles indiquent que compte tenu des cas pathologiques et sociaux très souvent lourds chez certains patients sourds, la durée moyenne d'une première consultation médicale qui permette d'établir non seulement un diagnostic approprié mais également un dialogue dans la langue choisie par lui est d'environ 1 heure. En revanche, la durée de 30 à 40 minutes d'une consultation de suivi se rapproche de celle nécessaire à la prise en charge d'un patient entendant par un médecin spécialiste.

Plusieurs pôles considèrent que leur approche permet aux patients sourds de rompre avec l'habitude qu'ils ont de se contenter de ce qui leur est proposé par les médecins libéraux traitants non signeurs sans que leur relation duelle ne soit satisfaisante.

Sur la base de ce constat, la Dhos en concertation avec la CNAM-TS a réfléchi à l'amélioration de la prise en charge des patients sourds en concertation avec les médecins traitants hors pôle (cf le point 4.1.2 de la IIème partie).

5.2 : Une estimation du nombre de patients sourds pris en consultation par le médecin (question complémentaire n'apparaissant pas dans le questionnaire) :

Pôles	Nombre de médecins affectés au pôle	Nombre de jours où il y a des consultations médicales durant la semaine (j)	Estimation du nombre de patients pris en consultation par médecin par jour
1) Pôle de Lille	1	4	5 à 6 patients
2) Pôle de la Salpêtrière	5	Non renseigné	6 à 7 patients
3) Pôle Sainte-Anne	3	5	8 patients
4) Pôle de Nancy	1	0.5	Impossible d'évaluer car pas de local
5) Pôle de Strasbourg	1	4.5	9 patients
6) Pôle de Grenoble	1	2.5	6 à 7 patients
7) Pôle de Nice	2	$2 * 1/2j = 1$	4 patients
8) Pôle de Marseille	1	4	8 patients
9) Pôle de Montpellier	2	0.5	6 patients
10) Pôle de Toulouse	1	3.5	5 patients
11) Pôle de Bordeaux	1	1.5	2 à 3 patients
12) Pôle de Rennes	1	1.5	8 patients

Il va sans dire que l'ensemble des responsables des pôles précisent qu'ils ne consacrent pas uniquement leur temps à la prise en charge des patients sourds. Une partie de leur travail consiste également à des actions de prévention, de sensibilisation auprès d'autres professionnels, de formation, à la mise en place de réunions, au travail de logistique et administratif etc...

5.3 : Les moyens de communication utilisés par les pôles lors des consultations :

Les données quantitatives communiquées par 6 pôles de manière complète ne permettent pas d'établir une analyse fine quantitative compte tenu des difficultés que les autres pôles ont eues à remplir cette partie du questionnaire. Tout au plus, ces données permettent de dégager des pistes d'analyse de manière qualitative.

5.3.1 : les difficultés rencontrées par 6 pôles sont essentiellement de 2 ordres :

- la principale difficulté est de quantifier le recours à chaque mode de communication dans la mesure où les membres des pôles utilisent plusieurs techniques de communications de manière concomitante lors d'une même consultation en complément de la LSF. Plus concrètement, un responsable de pôle met en avant le fait qu'il était difficile de scinder le recours à l'écrit et à la LSF et explique que les mots concernant le diagnostic peuvent être écrits pour que le patient les visualise ou que les dessins sont utilisés en anatomie mais sa langue reste la LSF. Un autre responsable de pôle précise que dans 20% des cas, il utilise une LSF adaptée par des méthodes de simplification et association de mimes à l'égard des patients présentant des troubles de communication ou un handicap associé.
- une seconde difficulté est liée également au fait que les pôles n'avaient pas auparavant quantifié les moyens de communication.

5.3.2 : les autres pôles qui ont pu remplir le tableau du questionnaire de manière complète ou partiellement soulignent un point essentiel :

Lorsque les pôles ont apporté des données quantitatives, ils soulignent qu'elles correspondent à la communication utilisée par les professionnels de santé à la demande des patients fréquentant les pôles.

A ce jour, aucun patient ayant sollicité les pôles n'a souhaité utiliser le langage parlé complété (LPC) ni en consultation ni pendant les soins dans un autre service alors que certains l'utilisent ou l'ont utilisé dans d'autres circonstances (en particulier dans le parcours scolaire).

5.3.3 : ces données permettent néanmoins de dégager des pistes d'analyse:

L'utilisation de ces moyens de communication permet d'éviter des erreurs médicales et également de révéler des situations insoupçonnables (traumatismes psychiques...). En effet, l'ensemble des responsables des pôles sollicités aussi bien dans leur propre établissement que comme pôles de référence régionale mettent en avant l'importance d'établir un diagnostic dans la langue du patient.

Cette évaluation médicale permet de détecter les cas, bénins ou non, en vue de mettre en place la meilleure prise en charge et de connaître les besoins nécessaires. En effet, l'ensemble des pôles précisent que nombre de cas mis en lumière a posteriori ont dévoilé des erreurs médicales qui ont été, par la suite, délétères pour la santé du patient sourd : absence de traitement pour un diabétique, hospitalisation abusive d'une personne considérée comme personne ayant un problème mental alors que le diagnostic médical n'avait pas décelé qu'elle était sourde etc....

Un témoignage parmi d'autres : le pôle du Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille⁽¹⁾ :

Grâce à une collaboration avec l'équipe de l'association Sourdmédia (réseau « Sourds et Santé »), le pôle peut proposer une prise en charge spécifique dans le domaine de la santé mentale des sourds qui a notamment permis de sortir plusieurs personnes sourdes de l'hôpital psychiatrique où elles étaient internées depuis parfois plusieurs dizaines d'années et de les réintégrer dans la vie sociale. Les établissements spécialisés de la région sont partenaires de ce réseau ce qui permet une meilleure coordination des soins.

A l'inverse, les responsables des pôles soulignent que d'autres cas qui relèvent davantage du non-dit (des cas de maltraitances) et parfois du domaine de l'interdit (incestes, viols....) sont dévoilés par certains patients lors de consultations qui trouvent dans ces structures, pour la première fois dans leur vie, la possibilité de « se libérer d'un poids » alors que les faits se sont déroulés plusieurs années auparavant.

6) Le matériel de communication et les locaux dont disposent les pôles :

6.1 : Le matériel de communication dont disposent les pôles :

- 12 pôles disposent d'un parc informatique assez complet comprenant un ordinateur et une imprimante. 11 pôles ont un télécopieur, 8 pôles ont un minitel et 10 pôles ont un téléphone portable. 11 pôles s'appuient dans leur communication sur des plaquettes d'information à la disposition des publics.
- Seuls 2 pôles ont des appels visuels et 2 autres pôles ont du matériel de visioconférence. Les autres pôles vont se doter de ces matériels pour suivre les évolutions des modes de communication des personnes sourdes.
- Il est à noter que le pôle du CHU de Nancy utilise le matériel du service d'ORL.

6.2 : Les locaux :

Bien que la question n'ait pas été posée, le pôle du CHU de Nancy fait cependant remarquer qu'il ne dispose toujours pas de locaux propres permettant au médecin de faire ses consultations dans des conditions convenables. Il doit solliciter les locaux du service d'ORL.

II) Organisation et actions mises en place par les 11 pôles d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes

La partie concernant l'organisation et les actions mises en place par le pôle du CH Sainte-Anne est traitée au point III) de ce rapport. C'est pourquoi, cette partie ne fait référence qu'à 11 pôles.

1) Identification des pôles par les patients sourds et les personnels hospitaliers :

1.1 : Par le patient sourd et les personnels hospitaliers :

1.1.1 : par le patient sourd :

- 7 pôles indiquent que dès son arrivée le patient sourd repère le pôle grâce aux supports mis en place. Ces outils sont variés allant des supports classiques tels que les pictogrammes visuels (sigles LSF et oreille barrée) ou affichettes au support plus élaboré tel que l'information sur le site internet du CHU où est implanté le pôle.
- Pour les autres soit 4 pôles, ils ont évoqué des difficultés de 2 ordres :
 - l'une liée à l'architecture pavillonnaire de l'établissement,
 - l'autre liée à la multiplicité des voies d'accès aux différents pavillons
- Au sein de l'établissement, cette structure est repérable pour 9 pôles. Un pôle n'a pas répondu et un autre pense qu'il n'est pas repérable.

1.1.2 : par les personnels hospitaliers :

Pour 8 pôles, les moyens mis en place, outre ceux évoqués ci-dessus, relèvent davantage des rencontres avec les différents services partenaires, des journées de sensibilisation auprès des personnels soignants, des supports de presse, voire d'émissions télévisées internes à l'établissement etc....

1.2 : 11 pôles repèrent le patient sourd dès son arrivée :

Ces pôles ont mis en place un accueil adapté et spécifique permettant de repérer le patient sourd dès son arrivée. Il est assuré par des personnels qui, selon les pratiques des pôles, est organisé par un binôme sourds et entendants pratiquant la LSF.

Cet accueil est un élément primordial de la viabilité du pôle dont il a été question précédemment (paragraphe 1.3 relatif aux missions des pôles).

C'est ainsi que plusieurs pôles l'ont fait intégrer dans le projet d'établissement. Trois pôles (Lille, Marseille et Salpêtrière) ont reçu la visite des experts de la Haute Autorité de la Santé (ex-ANAES) lors de l'accréditation de leur hôpital. Deux pôles ont même été retenus comme point fort de l'établissement (Hôpital de la Conception à Marseille et Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière).

2) Les actions de sensibilisation et les actions pour une meilleure prise en charge du patient sourd au sein de l'établissement :

2.1 : Les actions de sensibilisation dans un service hospitalier sont variées selon les pôles concernés :

11 pôles ont mis en place des actions de sensibilisation auprès de différents services de leur établissement. Les services hospitaliers qui sont les plus cités sont : les services de la maternité, de gynécologie, d'ORL, etc.....

Selon les réponses les plus étoffées, on citera des actions telles que :

- les actions de sensibilisation auprès des personnels hospitaliers d'autres services sont les actions les plus fréquemment citées par les personnels des pôles ce qui n'est guère surprenant, la problématique du patient sourd étant mal connue. Plusieurs pôles s'accordent à dire que cette démarche est la plus productive.
- la présentation des membres du pôle aux différentes équipes de soins,
- les actions de communication auprès des structures de formation de la région telles que les écoles de sages-femmes, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), les services d'urgences etc....

3 pôles ont mis en place des protocoles mais tous s'accordent à dire qu'ils relèvent davantage d'un « modus vivendi oral » qu'écrit qui rendrait, selon eux, la collaboration moins souple.

2.2 : Des actions pour une meilleure prise en charge au sein de l'établissement :

10 pôles ont également fait preuve de beaucoup d'originalité. Il a donc été fait le choix de ne retenir que quelques actions qui n'ont pas été citées au point précédent :

- l'information au travers d'outils de communication tels que la mise en place d'actions d'information en LSF sur le programme TV intra-hospitalier ;
- l'organisation de journées de sensibilisation inscrites dans le plan de formation de l'établissement ; mise en place d'ateliers de communication afin de sensibiliser les professionnels de santé à la problématique du patient sourd etc....
- le pôle du CHU de Nice a mis en avant le fait que la création du pôle à proximité de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) permet une collaboration réelle et efficace entre l'infirmière du pôle et l'assistant socio-éducatif de la PASS.

3) La prise en charge des besoins en santé mentale des patients sourds par les pôles :

La prise en charge des besoins en santé mentale des patients sourds par les pôles justifie une mention particulière compte tenu de l'importante demande en la matière.

3.1 : 9 pôles ont une coopération avec le pôle du CH Sainte-Anne de manière peu formalisée :

Le Centre hospitalier Sainte-Anne comporte le seul pôle en France prenant en charge les besoins en santé mentale des patients sourds. La coopération entre le pôle du CH Sainte-Anne et les 9 pôles n'est pas formalisée et se traduit par deux modes principaux d'échanges :

- L'orientation de patients sourds au pôle du CH de Sainte-Anne pour des consultations ainsi que des hospitalisations. Cette orientation, qui n'a concerné jusqu'à ce jour qu'un faible nombre de patients, a été réalisée notamment par les pôles du CHU de Nancy, du GHIC de Lille et du CHU de Marseille.
- L'organisation d'échanges cliniques pour 6 pôles : échange d'informations sur la base des dossiers des patients, prise de contact direct etc.

3.2 : La prise en charge des besoins en santé mentale est réelle :

Compte tenu de l'éloignement géographique du pôle du CH Sainte-Anne par rapport à certains pôles régionaux et de la capacité d'accueil limitée du CH Sainte-Anne, les pôles régionaux ne peuvent adresser systématiquement leurs patients sourds vers le pôle du CH Sainte-Anne. Dans ce contexte, les pôles ont préféré s'organiser en recrutant un psychologue ou en utilisant les ressources de l'établissement de santé où est implanté le pôle ou celles de la région.

3.2.1 : les soins psychologiques sont pris en charge :

- soit par le psychologue du pôle : 7 pôles sont concernés ;
- soit par les partenaires du réseau de santé. C'est le cas **du pôle du GHIC de Lille** ;
- soit dans le cadre d'un partenariat entre le pôle et le service de psychiatrie qui se traduit par la mise à disposition du médecin psychiatre ou du psychologue partenaires du service de psychiatrie, l'interprète en LSF du pôle. C'est le cas **du pôle du CHU de Grenoble**.

3.2.2 : les suivis psychiatriques :

Plusieurs pôles collaborent avec le service de psychiatrie adulte de l'établissement qui accepte de faire le suivi des patients sourds. Parfois même le pôle collabore avec les autres établissements spécialisés de la région. Dans ce contexte, il est intéressant de mettre en exergue la démarche du pôle du CHU de Marseille.

Projet en cours d'élaboration par le pôle du CHU de Marseille⁽¹⁾ :

Actuellement, une psychiatre référente dans un service de psychiatrie de l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) apprend la LSF et construit en collaboration avec le pôle du CHU de Marseille, un pôle de santé mentale qui se prénommera « pôle de santé méditerranéen ». Ce professionnel participe actuellement au Diplôme universitaire (DU) « surdité et santé mentale » mis en place en novembre 2003 par le pôle du CH Sainte-Anne (cf vignette en partie III relative à la présentation de l'activité du pôle du CH Sainte-Anne). Il est basé sur la mobilité de binômes professionnels sourds et entendants organisant des permanences dans les différentes grandes villes de la région en partenariat avec les services de santé mentale locaux. Ce pôle devrait permettre, à l'avenir, de prendre en charge les patients sourds ayant des troubles mentaux du bassin du Sud Est.

4) Les relations des pôles avec l'extérieur :

4.1 : Les actions de sensibilisation du pôle vers l'extérieur :

4.1.1 : les pôles ont misé, en premier lieu, sur les structures touchant de près les patients sourds :

10 pôles ont entrepris des actions de sensibilisation vers l'extérieur en orientant essentiellement leur démarche vers les associations et/ou les proches. Ensuite, viennent les établissements de santé de la région pour 8 pôles et les professionnels de santé libéraux pour 7 pôles.

Action mise en place par le pôle du CHU de Nice⁽¹⁾ :

Ce pôle, dont l'ouverture effective a eu lieu en octobre 2004, a élaboré une plaquette d'information avec le concours de personnes sourdes afin de faciliter les modalités d'accès et faire connaître rapidement les services du pôle à la population niçoise et aux associations de sourds de la région.

4.1.2 : le plan de communication mis en place par la Dhos en concertation avec la CNAM-TS à destination des médecins traitants⁽⁸⁾ :

- La circulaire Dhos/SDE/E1/2005/497 du 4 novembre 2005 concernant l'impact de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sur la prise en charge des personnes sourdes a proposé un plan de communication en deux volets afin d'améliorer la prise en charge des personnes sourdes entre le médecin traitant hors pôle et le médecin correspondant du pôle d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes.
- En particulier, le volet n°2 concerne une fiche technique d'informations à destination des médecins extérieurs aux pôles qui propose au médecin traitant hors pôle que le médecin hospitalier du pôle peut devenir le médecin correspondant en LSF auprès du patient sourd. Il est également proposé aux médecins traitants de diffuser cette fiche aux différents acteurs de la région tels que les centres d'information sur la surdité (CIS), les maisons départementales des personnes handicapées créées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances [...].
- Plusieurs pôles (Toulouse, Grenoble et Marseille) mettent en place une campagne de sensibilisation et d'explication sur ce thème destinée aux personnes sourdes de leur région.

4.2 : Le partenariat entre le pôle et la médecin de ville :

- 10 pôles font remarquer qu'ils n'ont pas mis en place un réseau de santé au sens des articles L. 6321-1 et 6321-2 du code de la santé publique ou qu'ils n'appartiennent à aucun réseau de santé déjà formalisé (type réseau handicap). Il est à noter que les pôles n'ont pas évoqué les raisons qui n'ont pas permis de créer de tels réseaux.

(8) vous trouverez l'ensemble des informations sur le site internet du ministère de la Santé et des Solidarités : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/poles_sourds/accueil.htm.

- Seul le pôle du GHIC de Lille a créé un réseau de santé régional (réseau sourds et santé) au sens des articles susmentionnés, dont notamment les praticiens libéraux (l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral) sont partie prenante.
- À la question « à défaut de réseau de santé formalisé entre le pôle et la médecine de ville, quelles sont les actions qui pourraient être mises en place ? », on trouve peu de réponses significatives à l'exception des réponses de 3 pôles qui mettent en avant « la constitution d'un partenariat entre les professionnels bilingues (LSF et français) et les professionnels des pôles. »
- Plusieurs pôles travaillent en relation étroite avec les sages-femmes libérales pratiquant la LSF. Plus particulièrement, c'est en Alsace qu'une action s'est mise en place.

Exemple de création de partenariat en lien avec le pôle du CHU de Strasbourg⁽¹⁾ :

Une sage-femme libérale a initié un suivi de femmes sourdes et malentendantes (suivi en LSF avec des moyens adaptés de communication). Depuis juin 2001, 247 patientes sourdes ont pu bénéficier de 1 à 10 consultations à domicile ou au cabinet dans le cadre des compétences de la sage-femme libérale (suivi de grossesse, cours de préparation à la naissance, suivi post-natal, rééducation du périnée etc...). Progressivement, un partenariat entre la Ville et l'Hôpital en coordination avec le pôle se met en place dans le cadre de la gynécologie, de la maternité (public ou privé) pour le suivi de la patiente sourde etc.

4.3 : A défaut de réseau de santé formalisé, 7 pôles ont mis en place des partenariats avec d'autres établissements de santé :

- Cette collaboration se traduit par la mise en place de protocoles ou conventions entre le pôle et les établissements de santé. A cet effet, parmi les 7 pôles concernés, 3 pôles ont participé à leur élaboration.
- S'agissant des axes prévus dans ces protocoles, les réponses les plus étoffées conduisent à conclure qu'ils relèvent de deux champs :
 - ❖ l'un précisant les modalités d'organisation entre le pôle et les établissements de santé.

On citera :

- **le pôle du CHU de Rennes** « avec les modalités d'intervention de l'interprète lors des hospitalisations et des consultations spécialisées voire le déplacement des professionnels du pôle » ;
- **le pôle du CHU de Montpellier** « dans le champ des consultations régionales extériorisées et réunions d'informations-santé » ;
- **le pôle du CHU de Strasbourg** « en matière de modalités d'intervention du médiateur de communication et de l'interprète en LSF » ;
- **le pôle du CHU de Nancy** « sur la prise en charge des patients sourds dans le domaine médico-social » et ;
- **le pôle du GHIC de Lille** « en matière de permanences par l'équipe du pôle dans certains établissements de santé de la région ».
- ❖ l'autre indiquant pour quel type de pathologie le patient sourd est pris en charge.

On citera :

- **le pôle du Groupe hospitalier de Pitié-Salpêtrière** « dans le cadre de la prise en charge des patients porteurs du syndrome d'Usher » et ;
- **le pôle du CHU de Marseille** « dans le cadre des filières de dépistage et du suivi hépatite, HIV, infections sexuellement transmissibles (IST) avec les établissements et centres concernés ».

5) Les actions de santé publique mises en place par les pôles :

5.1 : Les actions de prévention individualisée et secondaire menées par les pôles couramment à l'égard des patients sourds depuis leur création :

5.1.1 : des actions de prévention individualisée :

11 pôles mettent en exergue le fait que les accueils des sourds ne sont pas des lieux de simple prise de rendez-vous. L'accueil est un endroit privilégié où se concentrent toutes les informations spécifiques à la santé qui sont rendues vivantes et adaptées grâce à la présence et aux explications du médiateur de communication sourd.

5.1.2 : des actions de prévention secondaire mises en place par 2 pôles :

Les actions de prévention secondaire se définissent comme des actions de prévention ciblées sur une problématique de santé particulière afin d'améliorer la prise en charge des patients sourds. A cet effet, il est intéressant de mettre en avant les initiatives des pôles du GHIC de Lille et du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

Action mise en place par le pôle du GHIC de Lille⁽¹⁾ :

A Lille, depuis 2002, une prise en charge spécifique est organisée pour les sourds diabétiques (type I ou II) et les sourds avec hyperlipidémie. Une journée de bilan annuel se déroule en hôpital de jour pour les diabètes et une journée d'éducation spécifique par groupe de 8 patients. Ce pôle est reconnu régionalement comme un pôle proposant des modalités spécifiques de prise en charge du diabète pour les sourds, ce qui incite d'autres hôpitaux à adresser des patients. Le pôle du GHIC de Lille fait état de résultats concrets en termes d'amélioration de l'équilibre du diabète (mesuré par le taux d'hémoglobine glyquée).

Action mise en place au pôle au Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière⁽¹⁾ :

Depuis 2003, le psychiatre du pôle et la « médiatrice de communication » sourde animent une réunion mensuelle (dix fois par an) à laquelle sont présents en moyenne 7 participants sur le thème « souffrance au travail ». Un second groupe thérapeutique ayant pour thème « Femmes ayant subi des violences sexuelles » a débuté en 2004 avec 6 participants en moyenne.

5.2 : Les « groupes préventions » des pôles :

Les campagnes de prévention en matière de santé publique dédiées à la population entendants ne permettent pas de toucher les personnes sourdes. Ce constat a été l'un des éléments déclencheurs de la création du pôle du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

Aujourd'hui, 9 pôles s'inscrivent pleinement dans cette perspective puisqu'ils ont mis en place chacun dans leur propre pôle un « groupe prévention » depuis leur création qui a pour but de pallier cette lacune.

5.2.1 : rôle des « groupes préventions » :

Les « groupes préventions » relaient les campagnes officielles auprès des concitoyens sourds qui privilégient une langue visuo-gestuelle. Il s'agit de penser et préparer une prévention destinée aux personnes sourdes qui a plus d'impact qu'une prévention générale. Le fait qu'elle soit conçue en LSF permet d'être plus adaptée pour plusieurs raisons :

- elle est compréhensible linguistiquement pour l'ensemble des personnes sourdes pratiquant la LSF car elle est basée sur les images de cette langue ;
- elle est réalisée par des personnes sourdes elles-mêmes connaissant bien les modes de vie des personnes sourdes.

Les « groupes préventions » interviennent avec des moyens adaptés tels que des jeux de rôles, théâtres et dessins dans des lieux de vie des sourds : écoles spécialisées, lycées, foyers, etc....

5.2.2 : composition des « groupes préventions » :

Les « groupes préventions » sont composés de binômes, agents sourds et soignants pratiquant la LSF et éventuellement des interprètes en LSF des pôles.

5.2.3 : les thèmes mis en place pour l'année 2005 :

Sans reprendre l'intégralité des activités des « groupes préventions » mises en place sur l'ensemble du territoire en 2005 et qui figurent en annexe 11, on citera les actions développées par le pôle du CHU de Montpellier dans des thématiques de santé publique telles que la prévention du cancer ou les infections sexuellement transmissibles (IST) etc...

5.3 : En situations de crise (canicule etc...) :

11 pôles déclarent qu'ils n'ont pas eu à gérer de situation de crise à l'égard des personnes sourdes. En particulier, lors de la canicule de 2003, les pôles n'ont pas été sollicités.

5.4 : Les dispositions prévues en cas d'épidémie :

5.4.1 : au sein de leur établissement de santé et du département :

8 pôles indiquent que des dispositions en cas d'épidémie au sein de leur établissement et au sein du département sont prévues. A la question « préciser quelles sont les dispositions mises en place ? », 2 pôles répondent que ces dispositions relèvent des plans Blanc et Biotox. Ils ne précisent pas, toutefois, si une liste de personnes pratiquant la LSF figure dans ces plans.

5.4.2 : par les autorités sanitaires pour l'information des personnes sourdes :

10 pôles ont répondu que les autorités sanitaires n'ont prévu aucune mesure pour l'information des personnes sourdes.

5.5 : Les moyens que le pôle pourrait mettre à disposition des autorités sanitaires pour informer les patients sourds dans les meilleurs délais :

L'ensemble des pôles s'accordent à dire qu'il serait indispensable dans une telle situation de contacter les associations et les personnes sourdes par le biais des mailings dont disposent les pôles. Le pôle du CHU de Rennes indique qu'il serait intéressant qu'un interprète en LSF traduise lors d'un flash une information télévisuelle faite par un médecin spécialiste.

III) Présentation de l'activité du pôle du CH Sainte-Anne :

1) Son organisation et son fonctionnement :

Le pôle du CH Sainte-Anne est organisé dans le cadre de deux structures principales :

- le **centre médico-psychologique (CMP)** au sein duquel sont proposés deux types de prises en charge : des consultations et des activités d'hôpital de jour ;
- le **foyer de post cure « Sébastien Mercier »** ;

Par ailleurs, il oriente les patients sourds vers la structure d'hospitalisation.

1.1 : Le CMP

1.1.1 : les consultations :

Depuis 2002, le temps hebdomadaire de prise en charge des patients sourds est le suivant :

Nombre de plages hebdomadaires de consultations médicales :	45 heures
Nombre de plages hebdomadaires de consultations de psychothérapie :	36 heures
Nombre de plages hebdomadaires de consultations non médicales avec professionnel sourd :	14 heures

Pour rappel :

- le nombre de consultations s'élève depuis la création du pôle en 1997 comme pôle pilote à 11 410 (cf partie I) point 3.2).
- la file active annuelle du pôle depuis 1997 est de 483.
- à l'instar des autres pôles, la durée moyenne d'une première consultation médicale est d'une heure et celle d'une consultation de suivi est de 30 minutes.

1.1.2 : les activités d'hôpital de jour :

- Le nombre de plages hebdomadaires proposées en activité de jour est de 4 heures depuis 2003. Les activités proposées dans ce cadre sont de 2 sortes : des groupes thérapeutiques pour adolescent depuis 2004 et des groupes de communication gestuelle pour adulte sourd depuis 1999.
- L'équipe assurant ce type de prise en charge comprend 2 infirmiers détachés du SM 16, 1 animateur et 1 « orthophoniste-psychothérapeute ».

1.2 : Le foyer de post cure « Sébastien Mercier » :

Le projet de prise en charge dans ce cadre vise à permettre aux patients sourds de continuer à travailler ou de réaliser des activités. La prise en charge concernée s'étale de plusieurs mois à plusieurs années. Le foyer prend en charge actuellement 3 personnes sourdes.

Les modalités de suivi spécifique des patients sourds du foyer de post-cure S. Mercier prennent les formes suivantes :

- formation à la LSF de certains personnels de l'équipe du foyer.
- suivi bihebdomadaire par le psychiatre assistant du pôle surdité.

1.3 : L'orientation des patients sourds vers la structure d'hospitalisation :

1.3.1 : le nombre de patients sourds adressés en hospitalisation pour 2004 et 2005 :

Le nombre de patients sourds adressés en hospitalisation s'élève en 2004 à 32 pour 634 journées d'hospitalisation et à 34, en 2005, pour 1074 journées d'hospitalisation.

1.3.2 : les modalités d'hospitalisation prévues pour les patients sourds :

Les hospitalisations s'effectuent dans l'un des pavillons d'hospitalisation du secteur 16 dans le cadre d'un accueil sourds/entendants présentant l'intérêt d'éviter l'isolement des patients sourds. Quatre à cinq places y sont réservées pour les personnes sourdes.

Les patients sont pris en charge par l'assistant spécialiste du pôle de surdité. L'équipe soignante est celle du secteur 16 qui se forme 2 fois par mois à la LSF. Deux « animateurs » faisant partie du pôle de surdité proposent des activités qui mettent en contact les patients sourds et entendants.

Le personnel du pôle du CH Sainte-Anne fait remarquer que cette « cohabitation » existe depuis 1997 et donne des résultats très favorables. Néanmoins, il craint que ce fonctionnement soit remis en cause dans l'éventualité d'une réduction trop importante de capacités d'hospitalisation complète dédiées à la prise en charge des patients sourds qui rendrait ces derniers minoritaires et par conséquent isolés au sein des patients entendants.

2) Les actions de communication mises en place par le pôle :

2.1 : Le patient sourd repère le pôle dès son arrivée :

Lors de la visite des membres des bureaux O2 et E1 de la DHOS en octobre dernier, il a été constaté la facilité de repérage du pôle : fléchage, accueil au rez-de-chaussée par des personnels formés à la LSF.

2.2 : Le pôle repère bien le patient sourd dès son arrivée :

Un accueil initial des patients est réalisé dès leur entrée dans la structure au rez-de-chaussée, puis également à l'étage par des professionnels formés à la LSF, ce qui permet leur orientation vers l'unité adéquate de prise en charge.

2.3 : Les actions de sensibilisation menées en faveur d'une meilleure prise en charge psychiatrique du patient sourd :

2.3.1 : un rôle de formation et de conseil auprès des structures de prise en charge en hospitalisation psychiatrique de la région :

- Au sein du secteur de rattachement, les actions se caractérisent par des propositions de formation continue d'apprentissage en LSF pour les agents du SM 16, la possibilité de suivre le diplôme universitaire « Surdité et Santé mentale » pour les professionnels du Centre hospitalier Sainte-Anne et des journées de sensibilisation à la communication gestuelle pour tous les professionnels du Centre hospitalier Sainte-Anne.

Le diplôme universitaire « Surdité et Santé mentale » crée par le pôle du CH Sainte-Anne⁽¹⁾ :

L'enseignement pluridisciplinaire de cette formation permet de former les professionnels et différents acteurs de la psychiatrie publique (infanto-juvénile et adulte) d'Ile de France ayant en charge des patients sourds. Cette formation a débuté en novembre 2003 et s'est déroulée à raison de 2 jours par mois sur deux ans, soit 7 modules par an au total. Il y a eu 35 inscrits pour 30 places dont 11 professionnels sourds. Dans ce contexte, tous les enseignements sont traduits simultanément par un interprète en LSF. 23 personnes ont obtenu le diplôme à l'issue de la 2^{ me} année. En novembre 2005, un nouveau cycle d'enseignement a repris sur le même modèle.

- Au delà de l'établissement de rattachement, ces actions prennent la forme de l'organisation de rencontres et d'échanges avec les autres équipes, ainsi que de la contribution à la rédaction d'articles dans les journaux spécialisés. En particulier, le pôle du CH Sainte-Anne a aidé à mettre en place une fiche d'accueil des patients sourds hospitalisés avec le centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud (Villejuif).
- Enfin, des démarches d'information sur les possibilités de prise en charge existantes sont engagées auprès des personnes sourdes et de leurs proches par des rencontres avec les associations d'usagers.

2.3.2 : le partenariat entre le p le et la médecine de ville :

Cette coordination développée avec les différents professionnels libéraux qui sont concernés par les personnes sourdes (ORL, orthophonistes, audioprothésistes etc...) relève davantage du partenariat que du réseau de santé au sens des articles L. 6321-1 et 6321-2 du code de la santé publique (il ne s'agit que de partenaires libéraux).

2.3.3 : l'élaboration de protocoles et de conventions en dehors du champ sanitaire :

Le pôle a élaboré des conventions avec des structures exerçant hors du champ sanitaire afin d'améliorer la prise en charge des patients sourds. Les axes de ces conventions recouvrent deux champs :

- la prévention des troubles psychiques chez les adolescents sourds avec les établissements scolaires spécialisés et ;
- la prise en charge des patients en milieu de travail protégé avec les centres d'aide par le travail (CAT) et les foyers de vie.

IV) Les services d'accueil des urgences (SAU) et les SAMU des CHU ayant des pôles

1) Les services d'accueil des urgences (SAU) des CHU ayant des pôles :

- Il est à noter que seuls 4 services d'urgences des CHU où se trouvent les pôles ont rempli le questionnaire de manière complète et 5 de manière partielle.
- Toutefois, lorsque les services d'accueil des urgences apportent des chiffres concernant le nombre de passages effectués par les personnes sourdes ou malentendantes et le taux par rapport au nombre total de passages, ces données doivent être lues avec beaucoup de circonspection dans la mesure où elles correspondent à deux types de situations :
 - 1) La première situation concerne les seuls patients sourds repérés par le pôle lors de leur passage aux services d'urgences ;
 - 2) La seconde situation correspond aux interventions des pôles lorsque le personnel du service des urgences les contacte.
- S'agissant de l'existence ou non d'un protocole entre le SAU et le pôle, seuls 2 pôles ont mis en place un protocole. Le contenu de ce protocole définit deux axes :
 - l'un prévoit la mise à disposition du personnel soignant pratiquant la LSF du pôle.
 - l'autre prévoit des fiches d'orientation utilisées par des infirmiers des urgences et adaptée à la population sourde (pictogrammes etc...)
- Pour les autres pôles, ils signalent que bien qu'il n'y ait pas de protocole écrit, les personnels soignants des pôles pratiquant la LSF sont mis à disposition.

2) Les SAMU des CHU ayant des pôles :

- 4 SAMU ont rempli le questionnaire de manière complète et 4 de manière partielle.
- Il est à préciser que les appels effectués par appel vocal pour les patients sourds ou les interventions auprès des patients sourds ne sont pas recensés par les SAMU. Il ne s'agit donc que des appels utilisant le dispositif expérimental fax-urgence installé au SAMU en partenariat avec le pôle.
- Par ailleurs, certains pôles soulignent que dans la mesure où les personnes sourdes ne peuvent contacter directement le SAMU, elles sont passées à plusieurs reprises par le pôle pour contacter le SAMU.
- S'agissant du matériel disponible au SAMU pour prendre en charge les demandes des personnes sourdes ou malentendantes, 6 SAMU indiquent qu'ils ont acquis un minitel et 7 SAMU disposent d'un télécopieur.
- Le reste des réponses s'agissant des autres questions ne sont pas suffisamment significatives pour être retranscrites.

Action mise en place par un ensemble de pôles en matière des appels urgents pour les sourds et malentendants⁽¹⁾ :

Elaborés à partir des expériences des pôles de Grenoble (depuis 2003), Rennes, Lille, Toulouse et Strasbourg, associés aux différents SAMU et associations locales de sourds, des modèles de télécopies ont été approuvés par l'ensemble des professionnels des pôles. Ces télécopies pré-imprimés sont mis à disposition des personnes sourdes et malentendantes. Les permanenciers SAMU ont des fiches de réponse pré-imprimée (annexe 12). Des protocoles entre les SAMU et les pôles peuvent se mettre en place.

CONCLUSION

De ce premier état des lieux des pôles d'accueil et de prise en charge des personnes sourdes et malentendantes, il ressort les caractéristiques suivantes tant de leurs missions que de leur organisation :

I) Les missions :

L'émergence du HIV a révélé une population sourde vulnérable n'ayant pas accès aux soins. Si ce constat fut l'un des éléments déclencheurs de la création du premier pôle, il y a 10 ans, **la mise en place des pôles répond à un problème général de santé publique qui est celui de l'inaccessibilité des personnes sourdes au système de soins**. En effet, les pôles permettent aux personnes sourdes de bénéficier comme tout usager du droit essentiel que constitue l'accès aux soins dans la (les) langue(s) qu'elles choisissent lors de leur parcours de soins et d'améliorer leur prise en charge en levant préalablement l'obstacle linguistique.

Les pôles constituent aujourd'hui la seule structure dans le milieu hospitalier qui favorise l'accès du patient sourd à un dispositif de santé de droit commun. A l'avenir, il semble qu'ils puissent servir de **paradigme à la prise en compte** d'autres publics pour une adaptation de la communication du système de soins aux personnes en situation de handicaps psychiques, aux personnes devenues sourdes, à la grande dépendance etc...

Les pôles repèrent désormais d'autres populations qui ont de grands problèmes de communication (telles que les personnes entendantes illettrées, personnes sourdes avec handicaps associés ...) et qui utilisent les pôles pour mieux comprendre leur pathologie.

Les pôles ont mis au jour la nécessité de recourir, en face de problèmes lourds de communication, à la « médiation de communication » qui est confiée à une ou plusieurs personnes sourdes de l'équipe des pôles. L'intervention de ces professionnels met en confiance tant les patients sourds que les professionnels entendants et facilite la communication entre eux, au sein des pôles et hors des pôles.

Parmi toutes les missions développées par les pôles, l'une mérite d'être mise en lumière : il s'agit des **actions ponctuelles de prévention** développées par les pôles en vue de pallier l'inadaptation aux personnes sourdes des campagnes destinées au grand public.

II) L'organisation et le fonctionnement :

Les équipes sont **pluridisciplinaires** et mettent au service du patient sourd un savoir-faire mutuel.

Ces équipes interviennent **de façon transversale** au sein de l'établissement de santé pour mettre le niveau de recours aux soins de la population sourde au niveau de celui de la population générale.

Elles sont mobiles dans la région allant parfois chercher le patient sourd ne pouvant bénéficier des prestations qu'offrent les pôles (professionnels signeurs, interprètes en LSF...).

L'ensemble de ces trois caractéristiques, i.e pluridisciplinarité, transversalité et mobilité, conduisent les professionnels de santé des pôles à prendre en charge le patient sourd **de manière globale et efficiente**.

Enfin, les équipes ont su démontrer un réel effort à **intégrer les professionnels sourds** dans le monde hospitalier répondant ainsi à une disposition du rapport de Dominique Gillot « Le droit des sourds » juin 1998. Elles ont dans la même temps prouver que le travail professionnel commun sourd-entendant est une des garanties fondamentales de l'efficacité du dispositif.

**ORGANISATION ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES
POLES D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES DEPUIS LEUR
CREATION**

0000**0000**

ANNEXES