

ANNÉE 2018

N° 55

**THÈSE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
**par**  
**Marine BODIN**

-----  
*Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2018*

**Regards croisés sur la prise en charge à l'officine du patient présentant un handicap auditif : état des lieux du point de vue du pharmacien.**

**Président :** Mme Muriel DUFLOS, PU de Chimie Organique

**Membres du jury :** Mme Françoise NAZIH, MCU de Biochimie  
Mme Claire SALLENAVE-NAMONT, MCU de Botanique  
M. Stéphane BRUNAT, Responsable du Relais Handicap  
M. Frédéric BOYER, Pharmacien  
Mme Corinne PICHELIN, Coordinatrice de la SRAE Sensoriel

## Remerciements

*Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à :*

**Madame Muriel Duflos**, Professeur de Chimie Organique et Vice-Doyen à la formation et à la pédagogie,

*Qui me fait l'honneur de présider cette thèse.*

**Madame Françoise Nazih**, MCU de Biochimie,

*Qui m'a donné l'idée de travailler sur ce sujet et a accepté de diriger cette thèse avec beaucoup d'intérêt.*

**Madame Claire Sallenave-Namont**, MCU de Botanique,

*Qui m'a suivi et conseillé pendant mon parcours officinal.*

**Monsieur Brunat**, responsable du Relais Handicap à l'Université de Nantes,

*Qui a accepté de faire partie de mon jury de thèse et m'a orienté dans la manière dont je voulais parler de ce sujet.*

**Monsieur Boyer**, docteur en pharmacie et maître de stage,

*Qui m'a accompagné pendant ces six mois de stage de pratique professionnelle. Merci de m'avoir donné les clés du métier et ouvert la voie à une carrière de pharmacien d'officine passionné et disponible pour ses patients.*

**Madame Corinne Pichelin**,

*Qui a accepté de me rencontrer et avec qui j'ai eu un entretien très enrichissant.*

*Et qui me font l'honneur de juger mon travail.*

*Je remercie chaleureusement les personnes ayant contribué au développement de cette thèse :*

**Les pharmaciens d'officine ayant participé à l'enquête,**

*Pour avoir répondu au questionnaire et partagé avec moi leur expérience professionnelle.*

**L'équipe de la Pharmacie du Bourg d'Orvault,**

*Pour m'avoir accompagné pendant mon apprentissage du métier. Merci infiniment à Mr Imbert, Aurélie, Laurence, Claire, Aurore, Elodie, Maryse et Laurie.*

**L'équipe de la Pharmacie des Arcades à Nozay,**

*Pour m'avoir donné des idées dans la rédaction de ce travail et pour m'avoir soutenu dans mes responsabilités nouvellement acquises.*

**Alison,**

*Avec qui j'ai passé de très bons moments. Cette thèse nous a permis de faire connaissance et de révéler une belle amitié.*

*Je dédie cette thèse à :*

**L'équipe du Château de La Norville,**

*Merci au Docteur Weiss, Michelle Argalon, Marianne Clar et Marie-Claude Ponserre pour m'avoir guidé dans la découverte du monde sonore.*

**L'équipe de l'Hôpital Armand Trousseau,**

*Merci au Docteur Natalie Loundon, Isabelle Prang et Sophie Le Goff pour votre suivi et votre patience.*

**Docteur Arnaud Merville,**

*Pour m'avoir donné l'envie d'être combattive.*

**Corinne,**

*Tu n'es plus là aujourd'hui mais je poursuis le chemin que tu as tracé pour moi au travers de tout ce que tu m'as appris.*

**Mes amis,**

*Delphine et Sofia. Que la vie vous sourie à toutes les deux et que vos carrières évoluent comme vous le souhaitez.*

*Morgane. Je te remercie de ta présence pendant nos études de pharmacie et pour nos moments passés ensemble.*

*Lucie. Merci pour ta confiance, ton optimisme sans faille et ta présence à chaque étape importante.*

**Ma famille,**

*Maman, Clara, Erwan et Maël. Merci d'être toujours à mes côtés, de m'avoir permis d'étudier dans les meilleures conditions (les dimanches à travailler sur la grande table !) et pour nos moments qui me sont si chers.*

**Mathieu,**

*Merci pour ton amour, ton soutien (et ta mise en page !).*

*Je tiens à remercier tout particulièrement Maman, Clara, Claude et Mathieu pour votre relecture, vos commentaires et votre inaliénable présence ces dernières semaines.*

# Table des matières

Table des abréviations.....	10
Table des figures.....	11
Table des tableaux.....	13
Introduction.....	14
Partie I. Aspects législatifs et réglementaires. Quels textes pour quels droits ? .....	18
1. Le contexte réglementaire pour les droits des personnes handicapées .....	20
1.1. « Loi d’orientation en faveur des personnes handicapées », 30 juin 1975 .....	20
1.2. Déclaration des droits des personnes handicapées, 9 décembre 1975 .....	20
1.3. Programme d’action mondial concernant les personnes handicapées, 3 décembre 1982 .....	21
1.4. « Loi portant diverses mesures destinées à favoriser l’accessibilité aux personnes handicapées des locaux d’habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public », 13 juillet 1991 .....	21
1.5. Règles pour l’égalisation des chances des handicapés, 1994.....	22
1.6. « Le droit des sourds », Rapport Gillot, 1998 .....	22
1.7. « Loi rénovant l’action sociale et médico-sociale », 2 janvier 2002.....	23
1.8. « Loi pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », 11 février 2005 .....	23
1.9. Convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 décembre 2006.....	25
1.10. « Loi portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », 21 juillet 2009 .....	26
2. Le contexte réglementaire de l’accessibilité .....	28
2.1. « Loi pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », 11 février 2005 .....	28
2.2. Arrêté du 1 <sup>er</sup> août 2006 relatif à l’accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création.....	28
2.3. Arrêté du 8 décembre 2014 relatif à l’accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public .....	28
2.4. Recommandations pour l’aménagement des locaux de l’officine, janvier 2014 .....	29
3. Le cadre législatif de l’accès aux soins .....	31
3.1. « Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », 4 mars 2002.....	31
3.2. Charte de la personne hospitalisée, 2006 .....	31
3.3. Code de déontologie des pharmaciens, juillet 2009 .....	32
3.4. Arrêté relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d’officine [...], 28 novembre 2016 .....	34
4. Conclusion .....	36
Partie II. Recueil et analyse de données sur la région Pays de la Loire. Quel est l’état des lieux du handicap auditif à l’officine ? .....	38
1. Introduction.....	39
2. Matériels et méthodes .....	40
2.1. Le site d’étude .....	40

2.2. Le mode opératoire .....	40
2.3. Le recueil des données .....	40
3. Résultats .....	42
3.1. Profil des pharmaciens et des officines .....	42
3.2. Expérience professionnelle.....	43
3.3. Difficultés rencontrées .....	45
3.4. Moyens mis en œuvre .....	47
3.5. Pour aller plus loin .....	50
4. Discussion.....	54
Partie III. Quelques pistes d'accompagnement dans la prise en charge du patient déficient auditif.....	58
1. La notion de handicap .....	60
1.1. Notion de handicap de situation .....	60
1.2. Notion de handicap invisible .....	61
1.3. Notion de handicap partagé .....	63
2. L'accueil du patient à l'officine.....	65
3. L'accessibilité de l'information.....	68
3.1. Qu'est ce la communication ? .....	68
3.2. Qu'est ce qu'un dysfonctionnement de la communication ?.....	70
3.3. Quels sont les signes de dysfonctionnement de l'audition ? .....	73
3.4. Quels sont les outils d'aide à la communication ? .....	74
3.5. Comment établir une communication de qualité entre patient et soignant ? .....	86
3.6. Outils comme aide à la compréhension de l'ordonnance et pour faciliter l'observance.....	89
4. L'accessibilité des lieux.....	93
4.1. Solutions architecturales .....	93
4.2. Solutions techniques.....	94
5. Les fiches du pharmacien .....	101
6. La formation des professionnels de santé .....	115
6.1. La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise des Pays de la Loire (SRAE) .....	115
6.2. Maquette de formation .....	115
6.3. Unité d'enseignement de LSF à la faculté de pharmacie .....	116
Partie IV. La place du pharmacien d'officine dans le réseau de soins.....	118
1. Les nouvelles missions du pharmacien .....	119
2. Le pharmacien : un acteur de santé publique.....	123
2.1. L'accès à l'information des personnes sourdes et malentendantes .....	123
2.2. La prévention face au bruit.....	126
2.3. La presbyacousie.....	128
2.4. Les questionnaires de dépistage .....	130
3. Le pharmacien et les médicaments ototoxiques .....	133
4. Le pharmacien et les assistants d'écoute.....	135
5. Pluridisciplinarité dans la prise en charge du patient déficient auditif.....	136
5.1. La prise en charge par le médecin généraliste .....	136
5.2. La prise en charge par l'ORL .....	136

5.3. La prise en charge par l'audioprothésiste .....	136
5.4. La prise en charge orthophonique.....	136
5.5. La prise en charge psychologique.....	137
5.6. La prise en charge par le pharmacien.....	138
Conclusion .....	139
Bibliographie.....	142
Annexes .....	148

## Table des abréviations

AP-HP	: Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS	: Agence Régionale de Santé
BIM	: Boucle à Induction Magnétique
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIS	: Centres d'Information sur la Surdité
CNOP	: Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CSP	: Code de la Santé Publique
dB	: Décibel
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DPC	: Développement Professionnel Continu
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ERP	: Etablissements Recevant du Public
FM	: Modulation de Fréquence
HF	: Haute-Fréquence
HPST	: Hôpital Patient Santé Territoires
IMRad	: Introduction, Matériels et méthodes, Résultats et (and) Discussion
INPES	: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
LPC	: Langue française Parlée Complétée
LSF	: Langue des Signes Française
MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU	: Organisation des Nations Unies
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologiste
PCH	: Prestation de Compensation du Handicap
SRAE	: Structure Régionale d'Appui et d'Expertise des Pays de la Loire
UE	: Union Européenne
UFR	: Unité de Formation et de Recherche
USP	: United States Pharmacopeial convention

## Table des figures

Figure 1. Classe d'âge des pharmaciens d'officine ayant participé à l'enquête (n=30) .....	42
Figure 2. Typologie des officines étudiées (n=30) .....	43
Figure 3. Fréquence de rencontre avec les personnes présentant un handicap auditif (n=27) .....	45
Figure 4. Typologie de la patientèle concernée (n=27) .....	45
Figure 5. Problèmes rencontrés lors de la prise en charge des patients déficients auditifs (n=27) .....	46
Figure 6. Etapes de la prise en charge où la surdité a été un obstacle à la communication (n=27) .....	47
Figure 7. Moyens mis en œuvre pour faciliter la communication (n=27) .....	48
Figure 8. Qualité de l'information délivrée estimée par les pharmaciens (n=27) .....	48
Figure 9. Sentiment des pharmaciens d'avoir été compris par le patient (n=27) .....	49
Figure 10. Démarche effectuée lorsqu'il y a un accompagnant (n=26) .....	49
Figure 11. Pertinence des mesures prises pour l'amélioration de la prise en charge des patients présentant un handicap auditif (n=30) .....	51
Figure 12. Pertinence d'un outil pour l'accueil des personnes présentant un handicap auditif (n=30)	51
Figure 13. Du handicap à la « situation de handicap » .....	61
Figure 14. Cinq grands domaines dans la communication .....	69
Figure 15. Clés du code LPC .....	78
Figure 16. Sosies labiaux différenciés par le code LPC .....	78
Figure 17. « Le chat monte dans l'arbre » en LSF .....	79
Figure 18. Suite de signes pour épeler le mot « paracétamol » .....	80
Figure 19. Signe correspondant à la couleur « jaune » .....	80
Figure 20. Page d'accueil de « SignEveil » .....	81
Figure 21. Représentation de l'avatar pour le signe « jaune » .....	81
Figure 22. Exemple de pictogramme pour la « voie orale » .....	83
Figure 23. Page d'accueil de « MediPicto » .....	85
Figure 24. Identification du patient .....	85
Figure 25. Banque de pictogrammes .....	85
Figure 26. Préciser une posologie .....	85
Figure 27. Echelle de douleur .....	86
Figure 28. Anatomie .....	86
Figure 29. Conseils pour un message de qualité .....	87
Figure 30. Principe de l'induction magnétique .....	95
Figure 31. Fonctionnement de la Boucle à Induction Magnétique .....	96
Figure 32. Logo indiquant l'accessibilité d'un lieu avec une boucle magnétique .....	96
Figure 33. Page d'accueil de « SantéBD » .....	126
Figure 34. Présentation du « Hein ? Test » .....	130
Figure 35. Fonctionnement du « Hein ? Test » .....	131

Figure 36. Déroulé du « Hein ? Test » .....131  
Figure 37. Résultat du « Hein ? Test » .....132

## Table des tableaux

Tableau 1. Répartition des pharmaciens d'officine interrogés dans la Région Pays de la Loire .....	42
Tableau 2. Nombre de pharmaciens ayant pris en charge une personne présentant un handicap auditif au cours de leur exercice professionnel .....	43
Tableau 3. Membres de l'équipe parlant la LSF dans les officines étudiées.....	47
Tableau 4. Pertinence de la mise en place d'une formation dans le cadre des études de pharmacie ...	52
Tableau 5. Connaissance de l'existence d'associations ou d'unités de soins pour les personnes en situation de handicap auditif .....	52

## **Introduction**

Cette thèse « Regards croisés sur la prise en charge à l'officine du patient présentant un handicap auditif : état des lieux du point de vue du pharmacien. » fait suite au travail d'Alison Vin (1).

Nous avons souhaité aborder la thématique de la déficience auditive à travers une double thèse. Il s'agissait d'un sujet très vaste, peu abordé dans le domaine de la pharmacie d'officine et une dualité nous apparaissait : le soignant face au patient, l'entendant face à la personne sourde ou malentendante ; deux personnes amenées à tenter de communiquer ensemble et à trouver un terrain commun pour pouvoir se transmettre des informations en lien avec la santé. Bernard Mottez a évoqué dans son ouvrage « Les sourds existent-ils ? » le fait qu' « *on n'est jamais sourd tout le temps. On n'est jamais sourd tout seul. Il faut être au moins deux pour commencer à parler de surdité. C'est un jeu qui se joue à plusieurs. La surdité est un rapport. C'est une expérience nécessairement partagée.* » (2)

Ainsi, dans le dialogue, qui du pharmacien ou du patient est placé en situation de handicap ?

Selon l'étude quantitative sur le handicap auditif effectuée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), il y a 11,2% de la population française qui reconnaît avoir une déficience auditive soit une estimation à 10 millions le nombre de personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives (3), ce qui recouvre une très grande diversité de situations. Parmi les personnes affectées par des troubles auditifs, 2 sur 3 ne sont pas appareillées. Cette constatation montre que dans une carrière de professionnel de santé et plus spécifiquement de pharmacien d'officine, celui-ci sera confronté au problème de la déficience auditive et aux difficultés que cela peut impliquer dans la communication. Actuellement, la dynamique de la population est vieillissante avec une augmentation de la limitation auditive avec l'âge. A 50 ans, une personne sur cinq a au moins de légères difficultés auditives. A 80 ans, cela concerne plus d'une personne sur deux (4).

Les baisses d'acuité auditive se produisent majoritairement avec l'avancée en âge alors que le diagnostic de surdité plus sévère survient souvent durant la petite enfance. Chaque situation est unique. Elle dépend du degré de perte auditive, de l'âge de survenue de la surdité, du langage que la personne utilise le plus facilement pour communiquer et du fait que les personnes se reconnaissent sur un plan identitaire et culturel comme appartenant à la communauté sourde ou non (5). Des symptômes ou des troubles associés tel que les

acouphènes ou l'hyperacousie peuvent se surajouter à la surdité ou exister indépendamment (6), altérant la qualité de vie des patients.

L'objectif principal de ce travail réalisé en binôme est d'établir un état des lieux de cette problématique dans la région Pays de la Loire. Nous avons déterminé les difficultés rencontrées par les patients dans le parcours de soins et celles rencontrées par les pharmaciens dans leur exercice officinal face à ce type de handicap sensoriel. Ce recueil servira de base pour la mise en place, à la faculté de pharmacie de Nantes, d'un enseignement de formation pour les étudiants et les professionnels de santé autour de la déficience auditive avec notamment une initiation à la Langue des Signes Française (LSF) au comptoir. Il permettra également la mise en place d'outils de travail à destination des pharmaciens d'officine afin de les soutenir dans leur exercice quotidien au comptoir.

Dans un premier temps, il nous est indispensable de présenter les aspects réglementaires : quels textes pour quels droits ? Cette partie ayant pour objectif de mieux comprendre l'évolution des droits des patients et des devoirs des professionnels de santé au cours du temps tout en nous questionnant sur les problématiques d'aujourd'hui autour du handicap.

Dans la seconde partie, nous aborderons les aspects pratiques : quel est l'état des lieux du handicap auditif à l'officine ? Ce qui nous conduira à nous poser la question des problèmes rencontrés par les pharmaciens dans leur exercice quotidien et de leurs attentes.

Enfin, à la lueur des résultats sur les pratiques, nous essayerons d'apporter des éléments de réponse afin d'optimiser la prise en charge du patient déficient auditif à l'officine.

Aujourd'hui, la profession de pharmacien change et évolue. Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 (7), le pharmacien s'implique désormais, à part entière, dans la prise en charge globale du patient. Il est également un acteur essentiel dans la coordination entre les professionnels de santé. Il nous semblait intéressant d'analyser la place du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient présentant un handicap auditif.

### **Précision pour être claire.**

- « **Sourd et malentendant** » : désigne l'ensemble des personnes ayant des troubles auditifs, c'est-à-dire toute personne atteinte de surdité légère, moyenne ou profonde, que celle-ci soit innée ou acquise ;
- « **Déficient auditif** » : est utilisé pour englober l'ensemble des individus présentant des troubles de l'acuité auditive ;
- « **Entendant** » : fait référence à toute personne non concernée par des troubles de l'audition.

**Partie I. Aspects législatifs et réglementaires. Quels textes pour quels droits ?**

Cette partie très dense m'a paru essentielle dans ce travail. Le contexte législatif et réglementaire a beaucoup évolué au cours du temps et a pris une grande importance dans l'exercice quotidien du pharmacien d'officine. Du fait de ces évolutions, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité de la notion d'accessibilité et ont mis en place des supports d'information et de sensibilisation à destination des personnes handicapées, du « grand public » et des professionnels de santé. Quelques documents seront exploités ultérieurement dans cette thèse.

Les patients en situation de handicap ont des droits quant à leur prise en charge dans le domaine de la santé et les professionnels de santé ont des devoirs qui réglementent leur exercice. En matière d'accès aux soins, un processus de reconnaissance progressif des droits des malades a été engagé depuis les années 1970 par l'Etat et la société.

Dans ce chapitre, nous verrons les lois fondamentales qui ont été rédigées au fil du temps servant de socle pour les droits des personnes en situation de handicap. Ensuite, nous verrons les obligations réglementaires pour l'accessibilité des officines aux personnes handicapées. Nous fixerons le cadre législatif de l'accès aux soins avec les obligations des professionnels de santé pour une prise en charge optimale du patient souffrant d'une déficience. Enfin, nous nous questionnerons sur les avancées réelles et sur comment elles sont perçues par ces patients aujourd'hui.

## 1. Le contexte réglementaire pour les droits des personnes handicapées

### 1.1. « Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées », 30 juin 1975

Cette loi (8) est fondatrice de la prise en charge des personnes handicapées en France. Elle sert de base pour la rédaction de la loi du 11 février 2005 détaillée ultérieurement.

Par son article 1<sup>er</sup> : « *La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. Les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en œuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables.* », elle souligne l'importance de la **prévention** et du **dépistage** des handicaps. Elle apporte pour la première fois la **notion de soins** et de **prise en charge médicale**, et **impose l'accessibilité** des lieux publics aux personnes handicapées. Elle évoque également l'**obligation éducative** pour les enfants et adolescents handicapés. Cette loi reconnaît les personnes handicapées comme des citoyens à part entière permettant l'abandon de la notion d'assistance et amenant progressivement la notion de solidarité. L'Etat joue désormais un rôle dans la gestion du handicap et garantit les mêmes droits à tous.

### 1.2. Déclaration des droits des personnes handicapées, 9 décembre 1975

Le 9 décembre 1975, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte la Déclaration sur les droits des personnes handicapées (9) qui définit des **normes en faveur de l'égalité de traitement** de ces personnes et de leur insertion dans la société.

Cette déclaration précise qu'une personne handicapée « *a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine* ». L'individu « *a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique en ordre principal de jouir d'une vie décente, aussi normale et épanouie que possible* ». Il a également « *les mêmes droits civils et politiques que les autres êtres humains* ».

### 1.3. Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées, 3 décembre 1982

Ce Programme d'action mondial (10) a été adopté par l'Assemblée générale de l'ONU en 1982. Il vise à promouvoir la prévention de l'incapacité, la réadaptation et la participation « *pleine et entière* » à la vie sociale ainsi que l'égalité des chances par rapport à l'ensemble de la population.

Ce document cite la définition du handicap établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1980 : « *désavantage résultant pour un individu d'une déficience ou d'une invalidité, qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe et de facteurs sociaux et culturels ou l'empêche d'exercer ce rôle* ».

Il précise que le handicap est fonction des rapports des personnes handicapées avec leur environnement. Il surgit lorsque ces personnes rencontrent des obstacles culturels ou matériels les empêchant d'accéder aux divers systèmes de la société qui sont à la portée de leurs concitoyens. **Le handicap réside donc dans la perte ou la limitation des possibilités de participer, sur un pied d'égalité, avec les autres individus, à la vie de la communauté.**

Il apporte également la notion « **d'égalisation des chances** » défini par « *le processus par lequel le cadre général de la société - environnement matériel et culturel, logement et transports, services sociaux et services de santé, enseignement et emplois, et aussi la vie culturelle et sociale, y compris les installations sportives et les équipements de loisirs - est rendu accessible à tous* ».

Il est évoqué le fait que des progrès peuvent être facilités par « *la formation du personnel dans des domaines généraux, tels que l'assistance sociale, la santé publique, la médecine, l'enseignement et la réadaptation professionnelle* ».

### 1.4. « Loi portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public », 13 juillet 1991

La loi du 30 juin 1975 prévoyait déjà des normes en matière d'aménagements mais la première loi relative à l'accessibilité (11) est votée le 13 juillet 1991. Elle intègre diverses mesures concernant à la fois **l'accès aux locaux** d'habitation, aux lieux de travail ainsi

qu'aux installations recevant du public et elle **introduit ces notions dans le Code de la construction et de l'habitation.**

#### 1.5. Règles pour l'égalisation des chances des handicapés, 1994

En 1994, l'Assemblée de l'ONU adopte une résolution portant sur les règles pour l'égalisation des chances des handicapés (12).

Des notions relatives à la santé et à l'accès à l'information sont soulevées dans ce texte :

*« Les Etats devraient veiller à ce que les handicapés [...] bénéficient de soins de santé de qualité égale à ceux dont bénéficient les autres membres de la société, et ce dans le cadre du même système de prestations. »*

*« Les Etats devraient reconnaître l'importance générale de l'accessibilité pour l'égalisation des chances dans toutes les sphères de la vie sociale. Ils devraient, dans l'intérêt des handicapés de toutes catégories, a) établir des programmes d'action visant à rendre le milieu physique accessible et b) prendre les mesures voulues pour assurer l'accès à l'information et à la communication. »*

*« Les Etats devraient élaborer des stratégies permettant aux différents groupes d'handicapés de consulter les services d'information et la documentation. [...] Les techniques voulues devraient être utilisées pour ouvrir aux personnes souffrant de troubles de l'audition ou de difficultés de compréhension l'accès à l'information parlée. »*

#### 1.6. « Le droit des sourds », Rapport Gillot, 1998

En 1997, le député du Val d'Oise, Dominique Gillot, enseignante de formation, est missionnée par le premier ministre de l'époque pour répertorier les difficultés rencontrées par les personnes sourdes dans l'exercice de leur citoyenneté au quotidien. Elle remet, en 1998, un rapport parlementaire de 115 propositions intitulé « Le droit des sourds » (13) destiné à répondre aux besoins spécifiques générés par la surdité et à proposer des solutions pour remédier aux situations d'exclusion.

Parmi les grands axes de ses propositions concernant la santé, citons :

- **le développement** sur l'ensemble du territoire d'une dizaine de **réseaux régionaux/interrégionaux de professionnels de la santé bilingues** avec une organisation autour d'un pôle hospitalier ;
- **la certification des professionnels** garantissant la qualité de l'accès aux soins (diplôme de professionnel de santé bilingue) ;
- **l'emploi** au sein de ces réseaux **de professionnels sourds** des métiers de la santé dont la professionnalisation doit être développée ;
- **la participation des professionnels sourds et malentendants** à l'élaboration de supports de communication des campagnes de prévention afin de mieux cibler les personnes sourdes et d'éviter des confusions ;
- **la création des Centres d'Information sur la Surdité (CIS)** qui sont des services régionaux d'information des personnes sourdes, de leurs familles et de tout public ;
- **la mise en place de dispositifs améliorant l'écoute** dans les lieux publics.

#### 1.7. « Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale », 2 janvier 2002

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (14) apporte des évolutions à la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975. Elle **renforce les droits des usagers en promouvant l'autonomie et la protection** des personnes. Elle énonce quelques droits fondamentaux des citoyens et elle a pour objectif d'élargir le champ d'application de la loi de 1975   d'autres établissements et services en précisant ou en fixant les conditions de création, de financement et de régulation.

#### 1.8. « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (15) est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, faisant suite à la loi du 30 juin 1975.

Elle introduit pour la première fois dans l'article L-114 du Code de l'Action Sociale et des Familles une définition du handicap : *« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Au sens de cette définition, **le handicap est donc la résultante d'une pathologie ou d'un traumatisme d'une part et de l'environnement d'autre part.**

Elle reconnaît pour toute personne handicapée les mêmes droits que pour l'ensemble des citoyens : *« Toute personne handicapée a le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire. »* Ainsi, *« l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et de son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie ».*

La loi sur le handicap représente donc une avancée considérable en faveur de l'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale des personnes en situation de déficience. Elle organise l'accès au droit commun, l'adapte ou le complète par des dispositifs spécifiques afin de garantir une égalité d'accès aux soins, à l'école, à l'emploi, au logement, aux transports, aux loisirs... et de reconnaître une pleine citoyenneté aux personnes handicapées. Pour ce faire, la loi préconise une organisation des Etablissements Recevant du Public (ERP) de telle façon que *« toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps. [...] Pour faciliter l'accessibilité, il peut être fait recours aux nouvelles technologies de la communication et à une signalétique adaptée. »*

La loi modifie le Code de la construction et de l'habitation et fixe un délai de dix ans pour rendre les ERP et les transports collectifs accessibles aux personnes en situation de handicap. Elle établit une définition juridique de l'accessibilité : *« Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçue. »*

Plusieurs articles de cette loi prennent en compte pour la première fois la spécificité de la population sourde. L'article L. 312-9-1 reconnaît **la LSF** comme **une langue à part entière**. L'article 78 précise que, lors des échanges avec les services publics, *« les personnes déficientes auditives bénéficient, à leur demande, d'une traduction écrite simultanée ou visuelle de toute information orale ou sonore les concernant »*.

Il est également évoqué **la liberté de choix** dans l'éducation des jeunes **sourds entre une communication bilingue** (LSF et langue française) **et une communication en langue française seule**.

#### 1.9. Convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 décembre 2006

Le 13 décembre 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Convention relative aux droits des personnes handicapées (16) signée par l'Union Européenne (UE) le jour de son ouverture à la signature le 30 mars 2008 et ratifiée le 5 janvier 2011 après la signature des 27 membres. L'objectif de cette convention est de **promouvoir, protéger et assurer les droits des personnes handicapées**. Certains articles cités ci-après, intervenant directement dans notre problématique, concernent les aménagements du handicap, l'accessibilité et l'accès à l'information.

Dans l'article 5 relatif à l'égalité et à la non discrimination, *« les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés »*.

L'article 9 fait référence à l'accessibilité. Pour que les personnes puissent **vivre de façon indépendante**, les Etats font en sorte que *« l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication [...] et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public »*. *Les installations médicales et les services d'urgence sont concernées par ces mesures. Elles peuvent prendre la forme d'une mise à disposition « des formes d'aide humaine [...] et les services de médiateurs, notamment [...] d'interprètes professionnels en langue des signes, afin de faciliter l'accès des bâtiments et autres installations ouverts au public »*. Le fait de *« promouvoir d'autres formes appropriées d'aide et d'accompagnement [...] afin de leur assurer l'accès à l'information »* peut également les aider.

Les personnes handicapées ont *« le droit à la liberté d'expression et d'opinion, y compris la liberté de demander, recevoir et communiquer des informations et des idées, sur la*

*base de l'égalité avec les autres et en recourant à tous moyens de communication de leur choix* ». Cet article 21 a toute sa place dans la pharmacie d'officine avec une communication patient-professionnel de santé au comptoir.

L'article 25 concerne la santé et précise que *« les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap »*. Les Etats Parties *« prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé »* et *« exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent [...] des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes [...] concernées ; à cette fin, les Etats Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées »*.

#### 1.10. « Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », 21 juillet 2009

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté le 21 juillet 2009 la loi dite « HPST » c'est-à-dire la « loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires » (7). Celle-ci a permis la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et rappelle le double objectif de santé publique : **l'égal et le libre accès aux soins pour tous**. L'article L. 6112-3 le confirme : *« L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public [...] garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions [...] l'égal accès à des soins de qualité »*.

De plus, pour notre profession, *« les pharmaciens d'officine :*

- 1) *Contribuent aux soins de premier recours [...]* ;
- 2) *Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*
- 3) *Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*
- 4) *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*
- 5) *Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients [...]* ;
- 6) *Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement [...]* ;

- 7) *Peuvent [...] être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;*
- 8) *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. »*

Le pharmacien d'officine est un interlocuteur privilégié dans le parcours de soins de la personne handicapée et dans sa prise en charge globale. Il exerce une profession tournée vers le « *prendre soin de l'autre* » renforcée par le Code de déontologie (17) puisqu'il a « *le devoir d'exercer sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine* » et « *de faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art* ».

### **En quelques mots...**

- Le handicap se définit comme une limitation de la participation à la vie en société dans tous ses aspects. Il est la résultante de l'impact de la pathologie et de l'environnement chez le patient.
- Les personnes en situation de handicap ont les mêmes droits que les autres citoyens : égalité d'accès aux lieux publics, à l'information, à la communication et aux soins.
- La notion de sensibilisation et de formation des professionnels de santé est abordée.
- Progressivement, on perd la notion d'assistance de la personne handicapée pour évoluer vers la notion de solidarité.

## **2. Le contexte réglementaire de l'accessibilité**

### **2.1. « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », 11 février 2005**

Selon la loi du 11 février 2005 (15) et l'ordonnance du 26 septembre 2014 (18), « *la notion d'accessibilité concerne tous les handicaps et non uniquement le handicap moteur. Des aménagements sont nécessaires pour les usagers en fauteuil roulant et, plus largement, les personnes à mobilité réduite. Cependant, il en va de même pour les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive, ainsi que pour les personnes atteintes d'une déficience cognitive ou psychique* » (19). La loi donne donc désormais une **dimension universelle à l'accessibilité** qui n'est plus limitée au seul handicap moteur.

L'objectif de cette loi est que tous les ERP soient accessibles à tous les usagers, quelque soit le type de handicap, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015. De nombreux textes réglementaires ont été publiés afin de faciliter l'accessibilité à tous.

Les officines sont en général classées ERP de 5<sup>ème</sup> catégorie à l'exception de celles intégrées physiquement à des centres commerciaux. Le classement est alors celui du centre commercial, généralement en 1<sup>ère</sup> catégorie.

### **2.2. Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2006 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création**

Dans cet arrêté (20), un seul aménagement proposé concerne la déficience auditive. Pour l'accueil dans les lieux publics ou pour les guichets d'information ou de vente lorsque la communication est sonorisée : « *le dispositif de sonorisation doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique, signalé par un pictogramme* ».

### **2.3. Arrêté du 8 décembre 2014 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public**

Dans l'arrêté du 8 décembre 2014 (21), l'article 5 présente les dispositions relatives à l'accueil du public : « *Les accueils des établissements recevant du public remplissant une mission de service public ainsi que des établissements recevant du public de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> catégories sont équipées obligatoirement d'une telle boucle d'induction magnétique.* »

Cet arrêté présente une évolution suite à l'arrêté du 1<sup>er</sup> août 2006 puisque dans l'annexe 9, il précise qu' « un système de boucle d'induction audio-fréquences produit un champ magnétique destiné à produire un signal d'entrée aux appareils de correction auditive fonctionnant avec une bobine d'induction captrice.

Le site d'installation du système de boucle d'induction audio-fréquences présente les caractéristiques suivantes :

- le niveau de bruit de fond magnétique est tel qu'il n'altère pas la qualité d'écoute du message sonore ;
- les éventuels signaux situés dans le voisinage n'interfèrent pas avec le signal émis par le système.

La procédure de mise en condition du système inclut un essai en situation normale de fonctionnement. Il est souhaitable que des utilisateurs d'appareils de correction auditive soient présents lors de l'installation du système ou lors de modifications importantes. La réponse en fréquence du champ magnétique garantit une bonne qualité de reproduction du signal sonore. »

#### 2.4. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine, janvier 2014

Pour l'aménagement des officines, ce guide rédigé par l'Ordre National des Pharmaciens (22) précise : « Son lieu d'installation garantit un accès permanent au public y compris des personnes ayant une déficience visuelle, auditive ou motrice. De plus, l'organisation de l'officine doit assurer la qualité de tous les actes qui y sont pratiqués et permettre de mettre en œuvre les bonnes pratiques usuelles imposant que l'acte professionnel soit accompli avec soin et attention. »

Dans une situation où l'officine est de garde : « En dehors des heures d'ouverture, pour des raisons de sécurité, un guichet de garde est conseillé. Il sera alors aménagé pour être également accessible aux personnes handicapées. Le pharmacien veillera à ce qu'il en soit de même pour la sonnette de garde. Ici également, il est impératif d'assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament (article R. 4235-48 du Code de la Santé Publique (CSP)), et d'être conforme aux règles de confidentialité. »

L'interphone près de la sonnette de garde peut être équipé d'une boucle magnétique, et s'il y a un déverrouillage électrique de la porte, le signal indiquant ce déverrouillage doit être sonore et visuel (23).

Dans la pratique quotidienne, « le respect de la confidentialité est un principe général et inaliénable qui s'impose à tout acte pharmaceutique. C'est ainsi que l'accueil de la clientèle et la dispensation des médicaments s'effectuent dans les conditions de confidentialité (article R. 5125-9 du CSP) permettant le respect du secret professionnel imposé (article R. 4235-5 du CSP). Tout conseil ou dispensation faisant impérativement l'objet d'un dialogue singulier entre patient et professionnel, l'aménagement doit permettre d'assurer la dispensation à l'abri des tiers. »

### **En quelques mots...**

- L'accessibilité concerne désormais tous les handicaps et n'est plus limité au seul handicap moteur.
- Pour la déficience auditive, il y a mise en place d'un dispositif de sonorisation par induction magnétique dans les accueils des lieux publics.
- Cela s'est étendu à l'aménagement des officines pour assurer un accès permanent aux patients (y compris lorsqu'elle est de garde) et une dispensation de qualité.

### **3. Le cadre législatif de l'accès aux soins**

#### **3.1. « Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », 4 mars 2002**

La loi du 4 mars 2002 (24), nommée également « loi Kouchner », place désormais le malade au centre du système de santé en lui permettant de participer à la décision médicale et d'accéder à une information complète. Elle rend obligatoire l'obtention du consentement éclairé du patient avant tout traitement et avant tout acte médical. Elle permet également la reconnaissance de la personne de confiance, quand le malade n'est pas en capacité de donner son avis.

Cette loi définit un équilibre entre les usagers, les professionnels, les institutions de santé et l'Etat. Elle est donc l'aboutissement de la reconnaissance des droits des malades et révoque l'attitude paternaliste dans la relation de soins. Il y a une meilleure reconnaissance de la personne malade puisque la loi pose le principe de non discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention (article L. 1110-9 du CSP) et garantit la meilleure prise en charge possible.

Cette volonté d'égalité dans l'accès aux soins s'accompagne d'une volonté d'égalité dans l'accès à l'information et à la prévention médicale pour tous. Cette loi crée donc l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), un institut national en coopération avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé. Cet organisme a pour mission d'éclairer les politiques de santé, de préserver et de promouvoir la santé de tous. Il a été remplacé par Santé Publique France en 2008 (25).

#### **3.2. Charte de la personne hospitalisée, 2006**

Les règles qui ont été rédigées pour le milieu hospitalier dans la Charte de la personne hospitalisée (26) sont également applicables à la pharmacie d'officine qui peut-être considérée comme un établissement de santé à petite échelle avec la présence en son sein de professionnels de santé disponibles. Ceux-ci sont régulièrement en contact avec des patients présentant une déficience sensorielle.

Voici quelques articles qui pourraient faire écho chez le pharmacien d'officine :

- *« Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet*

*d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques. »*

- *« Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel doivent être prévus. »*
- *« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches). »*
- *« Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »*
- *« Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. »*

### 3.3. Code de déontologie des pharmaciens, juillet 2009

Le Code de déontologie des pharmaciens (27), rédigé par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOF) et intégré dans le CSP, est un texte réglementaire incontournable dans l'exercice officinal. Certains articles font référence aux obligations requises par le pharmacien d'officine vis-à-vis des patients dans son exercice quotidien.

Un projet de nouveau Code de déontologie a été adopté par le CNOF le 6 septembre 2016. Il est maintenant soumis, pour étude, à la Ministre chargée de la santé qui décidera, après consultation du Conseil d'Etat, de publier ou non ce décret (17).

Ces articles du Code de déontologie exigent une prise en compte des situations complexes et une adaptation de la part du pharmacien d'officine afin d'optimiser la prise en charge des patients. Il y a 4 notions qui nous intéressent particulièrement ici :

- **la qualité de la prise en charge du patient ;**
- **l'action de santé publique ;**
- **le secret professionnel ;**
- **les aménagements des locaux.**

Tout d'abord, l'article R. 4235-2 du CSP indique que « *le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine* », « *il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage* ».

Ceci inclut le fait que le pharmacien d'officine doit, par tous les moyens qui sont en sa possession, faire en sorte que l'information soit disponible et accessible à tous les patients, y compris ceux avec un handicap. Le professionnel de santé peut mettre en place des moyens alternatifs afin de favoriser la communication entre patient et soignant.

Cette notion est renforcée par l'article R. 4235-6 du CSP stipulant que « *le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art* ». L'article R. 4235-3 du CSP précise qu'« *il doit avoir en toutes circonstances un comportement conforme à ce qu'exigent la probité et la dignité de la profession. Il doit s'abstenir de tout fait ou manifestation de nature à déconsidérer la profession, même en dehors de l'exercice de celle-ci.* »

L'article R. 4235-48 du CSP : « *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

- *1) L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*
- *2) La préparation éventuelle des doses à administrer ;*
- *3) La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

*Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.*

*Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »*

Une dispensation de qualité constitue un enjeu de santé publique important puisqu'elle doit contribuer à une efficacité optimale des traitements et à une diminution des risques de iatrogénie médicamenteuse. Elle fait également partie des soins de premiers recours et de la mission de service public de la permanence des soins auxquels le pharmacien d'officine doit contribuer (article L. 5125-1-1 A du CSP).

**Le pharmacien d'officine est un acteur de santé publique à part entière et il doit s'assurer que les actions et messages destinés au « grand public » soient bien compris et bien interprétés.**

*« Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi »* (article R. 4235-5 du CSP). Il peut être judicieux de proposer, aux patients qui le souhaitent, de se retirer dans l'espace de confidentialité afin d'optimiser la qualité de la prise en charge dans un espace calme et dédié.

Les locaux de l'officine peuvent être organisés de façon à permettre un exercice optimal de la fonction de pharmacien. L'article R. 4235-7 du CSP stipule : *« Tout acte professionnel doit être accompli avec soin et attention, selon les règles de bonnes pratiques correspondant à l'activité considérée. Les officines, les pharmacies à usage intérieur, les établissements pharmaceutiques et les laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent être installés dans des locaux spécifiques, adaptés aux activités qui s'y exercent et convenablement équipés et tenus. »*

*« L'organisation de l'officine [...] doit assurer la qualité de tous les actes qui y sont pratiqués. Le pharmacien veille à ce que le public ne puisse accéder directement aux médicaments et à ce que ceux-ci soient dispensés avec la discrétion que requiert le respect du secret professionnel. [...] Ce dernier met à la disposition du public les informations émanant des autorités de santé relatives au bon usage des médicaments de médication officinale. »* (article R. 4235-55 du CSP).

Ceci passe par l'assurance de la bonne compréhension du patient de son ordonnance, de ses médicaments et des conseils associés qui lui sont prodigués par l'officinal.

#### 3.4. Arrêté relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine [...], 28 novembre 2016

Les bonnes pratiques de dispensation (28) reprennent des articles du Code de déontologie et du CSP mais apportent également un complément d'information concernant le conseil pharmaceutique.

*« Lors de l'acte de dispensation [...], le pharmacien conseille et informe le patient afin d'assurer le bon usage et une bonne observance du traitement. »*

*« Lors de la dispensation de médicaments à prescription obligatoire ou facultative, le pharmacien formule son conseil en prenant en considération en tant que de besoin les éléments pouvant déterminer l'observance du traitement (mode et rythme de vie par exemple). »*

*« Le pharmacien veille au caractère pratique et intelligible des conseils donnés et prend notamment en compte toute difficulté de compréhension. Il reformule les conseils donnés chaque fois que nécessaire. »*

*« Lors de la délivrance des conseils pharmaceutiques, le pharmacien veille à la bonne compréhension et l'acceptation du traitement par le patient, pour une observance et une efficacité maximales. L'information est simple, claire et adaptée au patient pour assurer sa bonne compréhension. »*

Certains points peuvent être repris et adaptés par le pharmacien d'officine pour une patientèle ayant une déficience auditive :

- *« les pharmaciens peuvent s'appuyer sur des supports d'information et des outils éducatifs destinés au public. Des brochures d'éducation sanitaire peuvent être remises gratuitement au patient » ;*
- *« le pharmacien formalise, si nécessaire, un document comprenant certains conseils associés ».*

Le pharmacien d'officine a donc **toute liberté** pour mettre à la **disposition** de sa patientèle de la **documentation adaptée** à ses besoins et à son niveau de compréhension. Cela fait partie de sa mission de santé publique et de veille sanitaire qu'il convient d'exploiter pleinement et entièrement.

### **En quelques mots...**

- Le patient, quelque soit sa particularité, est placé au centre du système de santé et participe désormais à la décision médicale en accédant à une information complète. Il a le droit à un égal accès aux soins et à la prévention.
- Le pharmacien d'officine doit s'adapter pour optimiser la prise en charge en rendant l'information disponible et accessible à tous les patients. Pour cela, il peut utiliser des supports d'information, des outils éducatifs et des brochures d'éducation sanitaire.

#### 4. Conclusion

Depuis quelques années, l'Etat et la société sont très dynamiques sur le sujet de la personne en situation de handicap. De nombreux textes de lois, arrêtés, guides, bilans ont été publiés. La rédaction de ces documents porte sur la notion de handicap recouvrant une très grande diversité de situations.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dite « Loi Handicap », a fixé une obligation d'aménagement des lieux publics et des locaux avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Quelques années plus tard, où en sommes-nous ? Les aménagements sont-ils adaptés ? L'utilisation de la boucle magnétique suggérée par les textes est-elle pertinente ? Quels sont les progrès ? Quels sont les limites ?

Un rapport a été présenté en 2012 par les sénateurs Claire-Lise Campion et Isabelle Debré. Il relate du retard important, en dépit de réels progrès, de la mise en œuvre de l'accessibilité au sein des services publics, des commerces de proximité, des cabinets médicaux et paramédicaux (29). Il n'est, par contre, rien précisé pour la pharmacie d'officine.

En 2015, les associations des personnes handicapées et notamment l'association des paralysés de France se sont attachés à dresser un bilan dix ans après la rédaction de la loi « Handicap ». Le délai de dix ans pour la mise en accessibilité des lieux publics n'a pas pu être respecté faute de moyens réglementaires, financiers et politiques (30).

Concernant l'utilisation de la Boucle à Induction Magnétique (BIM), une enquête a été effectuée en novembre 2016 sur 551 personnes par Polymorphe Design, entreprise privée travaillant pour l'accessibilité des sites culturels et touristiques au public en situation de handicap. Les données *« sont cependant à prendre avec précaution du fait de l'échantillon, pas représentatif de l'ensemble de la population : les personnes interrogées sont des personnes malentendantes ou sourdes, des professionnels du tourisme et des professionnels du domaine médico-social »*, mais elles soulèvent toutefois des remarques intéressantes (31).

De façon générale, le logo « oreille barrée avec un T » qui indique la présence d'une BIM est connu, mais peu de personnes connaissent la signification du « T ».

Les BIM sont bien présentes dans les espaces publics, certaines personnes les utilisent au quotidien et en sont très satisfaites, cela leur apporte un réel confort en milieu bruyant,

avec néanmoins une réserve : « *que le système fonctionne correctement* ». D'autres personnes ne les utilisent pas. Elles rapportent que le personnel présent au niveau des guichets ne sait pas toujours à quoi cela sert, ni comment l'activer.

Par ailleurs, le champ magnétique d'une boucle déborde très largement autour d'elle. Une isolation de l'espace pour éviter les interférences est-il mis en place ? En matière d'entretien, y-a-t-il une vérification régulière du fonctionnement et de la qualité de l'installation avec un contrôleur de boucle et des utilisateurs habitués à ce système ? Ces questions seront abordées ultérieurement dans ce travail.

Une autre problématique peut se poser autour des textes législatifs. La loi du 4 mars 2002 oblige les professionnels de santé à recueillir le consentement éclairé du patient avant tout traitement ou tout acte médical. Comment s'assurer de la bonne compréhension par le patient des informations fournies dans une langue mal maîtrisée ou difficile à percevoir et vérifier que l'accord soit donné en pleine conscience ?

Le chemin est ouvert mais il y a encore beaucoup à faire pour optimiser l'accompagnement des patients en situation de handicap. Il nous a semblé opportun de réaliser un état des lieux pour s'informer sur les difficultés réelles et les pratiques quotidiennes à l'officine, objet de ma seconde partie.

**Partie II. Recueil et analyse de données sur la région Pays de la Loire.  
Quel est l'état des lieux du handicap auditif à l'officine ?**

## **1. Introduction**

La communication au comptoir est un exercice quotidien difficile. Etant donné que « *la surdité, loin d'être un handicap auditif est donc bien un handicap linguistique, un handicap de la communication* » (32), y a-t-il des difficultés particulières perçues par les pharmaciens d'officine ? Si oui, quels sont les moyens mis en œuvre pour y remédier ?

L'objectif de cette étude est d'obtenir un état des lieux des pratiques sur un territoire géographique bien défini afin de mettre en place une formation qui soit adaptée à leurs connaissances, à leurs attentes et de sensibiliser les pharmaciens d'officine (actuels et futurs) au handicap auditif.

Cette enquête est retranscrite sous la forme d'un article très proche de la structure IMRaD correspondant à un découpage de type : Introduction, Matériels et méthodes, Résultats et (and) Discussion.

## **2. Matériels et méthodes**

### **2.1. Le site d'étude**

Cette enquête a été effectuée auprès de trente pharmaciens d'officine de la région Pays de la Loire et, plus précisément, de la région nantaise (n=21/30) et vendéenne (n=9/30) afin d'avoir un retour sur l'exercice officinal au niveau local. Le recueil des données a commencé le 16 octobre 2017 et s'est terminé le 3 octobre 2018.

### **2.2. Le mode opératoire**

Après la rédaction d'un questionnaire (annexe 1), je me suis présentée avec ce support dans les pharmacies d'officine pour recueillir les données relatives à leur pratique quotidienne. Cette démarche m'a permis de tisser un lien avec les officinaux sur un territoire géographique défini, de discuter de cette thématique qu'est la déficience auditive et de dresser un tableau global des pratiques tout en conservant des réponses écrites grâce au questionnaire.

Au cours de cet entretien dirigé avec l'officinal, durant en moyenne 15 minutes, j'ai relevé par écrit les remarques et les commentaires émis au cours de l'échange. Ceci m'a permis d'avoir des réponses plus détaillées que celles apportées par le questionnaire, et donc d'effectuer une analyse plus riche et plus complète des informations collectées.

### **2.3. Le recueil des données**

Le questionnaire élaboré s'articule en six sections :

**1) Présentation.** Cette partie a pour but de dresser le profil des pharmaciens interrogés et la typologie des officines entrant dans l'étude.

**2) Expérience professionnelle.** Cette catégorie a pour objectif :

- d'évaluer la fréquence des rencontres des professionnels de santé avec les patients présentant une déficience auditive ;
- de connaître les profils retenus par les pharmaciens lorsqu'on évoque ce type de handicap sensoriel ;
- de savoir s'il s'agit d'une patientèle de passage ou régulière pour essayer de comprendre la relation qui s'établit entre le patient et le pharmacien d'officine.

**3) Difficultés rencontrées.** Cette catégorie permet au pharmacien d'évoquer des situations complexes qui peuvent survenir entre un officinal et son patient. Savoir à quelle étape de la communication la difficulté s'est posée a pour objectif de mieux en comprendre les freins.

**4) Moyens mis en œuvre.** Cette partie a pour objectif de dresser un tableau des pratiques officinales dans les situations de handicap auditif.

**5) Pour aller plus loin...** Cette catégorie évalue les besoins en ressources des pharmaciens d'officine et leurs attentes autour de la sensibilisation au handicap.

**6) Un espace libre** est proposé pour permettre aux officinaux de s'exprimer sur le sujet et d'apporter des informations complémentaires s'ils le souhaitent.

Ce questionnaire est suivi d'un entretien rapide avec les pharmaciens, d'une quinzaine de minutes en moyenne, pour obtenir des informations plus précises et une expression libre de ceux-ci sur le sujet. Des questions leur ont été posées, si nécessaire, afin de lancer la discussion :

- « *A quel profil de patients pensez-vous lorsque l'on évoque la déficience auditive/le handicap auditif ?* »
- « *Selon vous, y-a-t-il eu des difficultés particulières dans la relation entre le patient sourd ou malentendant et le professionnel de santé entendant ?* »
- « *Quelles ont été les principales limites dans la communication ?* »
- « *A quel niveau de la prise en charge se sont présentées les difficultés ?* »
- « *Quelles techniques avez-vous mises en place pour améliorer la communication si celle-ci était déficiente ?* »
- « *Diriez-vous que la prise en charge était la même que celle des patients non déficients ?* »
- « *Seriez-vous intéressés par une formation ou une information autour de situations de handicap auditif ?* »
- « *Avez-vous des situations vécues, des remarques dont vous souhaiteriez nous faire part ?* »

### 3. Résultats

Trente pharmaciens d'officine de la région Pays de la Loire ont rempli le questionnaire (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des pharmaciens d'officine interrogés dans la Région Pays de la Loire

		Effectif interrogé
Région	Nantaise	21
	Vendéenne	9
	Total	30

#### 3.1. Profil des pharmaciens et des officines

- La majorité des pharmaciens ayant participé à l'enquête ont entre 45 et 55 ans (33%) et un grand nombre d'officinaux ont plus de 55 ans (30%) (figure 1).

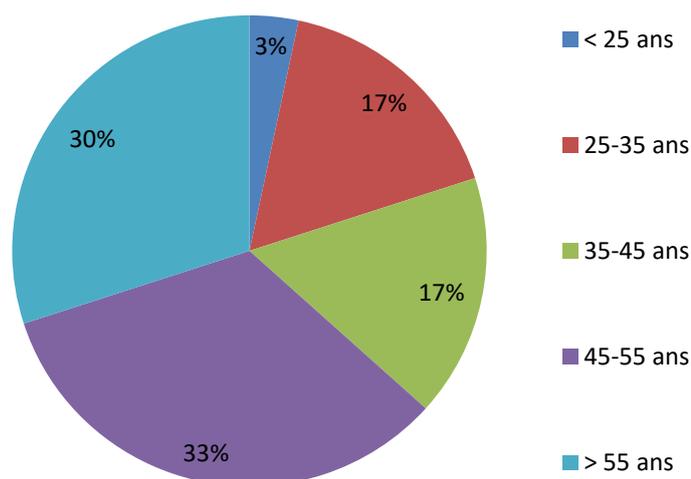


Figure 1. Classe d'âge des pharmaciens d'officine ayant participé à l'enquête (n=30)

- La majorité des pharmaciens (73%) exercent en officine de ville, en grande partie à Nantes. Certaines officines sont situées à proximité de l'institut de La Persagotière, centre de prise en charge des patients sourds et malentendants. D'autres sont localisées en centre-ville de Nantes et de Challans. Quelques-unes se trouvent en milieu rural ou en périphérie nantaise (figure 2).

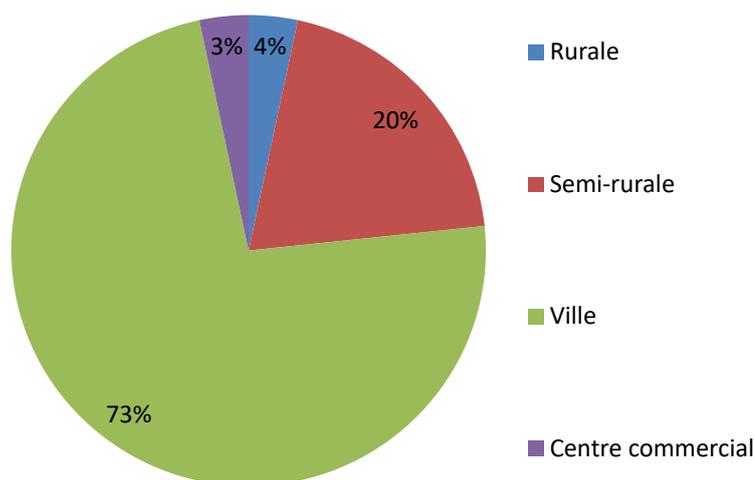


Figure 2. Typologie des officines étudiées (n=30)

### 3.2. Expérience professionnelle

- Tous les pharmaciens, à l'exception de trois, ont déjà rencontré un patient présentant un handicap auditif dans le cadre de leur profession (tableau 2).

Tableau 2. Nombre de pharmaciens ayant pris en charge une personne présentant un handicap auditif au cours de leur exercice professionnel

	Effectif	Répartition
<b>Prise en charge</b>	27	90%
<b>Non prise en charge</b>	3	10%
<b>Total</b>	30	100%

- Pour définir la surdité et nommer la déficience auditive, vingt-trois pharmaciens ont énoncé les termes suivants :
  - « *sourds/malentendants* » ;
  - « *déficience auditive* » ;
  - « *déficience génétique : patients jeunes, surdité/personnes plus âgées : malentendance, difficultés de communication* » ;
  - « *malentendant (surdité partielle)/surdité totale* » ;
  - « *personne âgée presbyacousie* » ;
  - « *jeune et sourde/personne âgée vieillissante (presbyacousie)* » ;
  - « *sourd-muet* » ;
  - « *personnes qui sont appareillées (oreilles et/ou crâne), qui prennent le temps pour parler et recevoir le message, qui lisent sur les lèvres* » ;

- « *malentendants liés à l'âge/sourds de naissance* » ;
- « *personne sourde ou appareillée, mais aussi personnes âgées* » ;
- « *malentendant/sourd/personne âgée* » ;
- « *pour la majorité déficience auditive liée à l'âge* » ;
- « *malentendant/presbyacousie liée à l'âge* » ;
- « *seniors* » ;
- « *personnes âgées* » ;
- « *toute personne âgée-hypoacousie/bébés nés sourds/adulte jeune disent qu'elles n'entendent pas mais s'expriment à l'oral, sonorité particulière de voix ; parfois elles écrivent pour plus de rapidité ; quand c'est des patients qui parlent la LSF en général ils sont deux signeurs mais il y en a un qui s'exprime à l'oral* » ;
- « *perte de l'audition/personnes appareillées* » ;
- « *surdité totale/malentendant avec « dialogue » par signes, photos, téléphone/personnes âgées* » ;
- « *personnes âgées/personnes malentendantes, sourdes* » ;
- « *personne malentendante* » ;
- « *sourd et malentendant* » ;
- « *senior avec déficience légère ou sévère/handicap de naissance* » ;
- « *malentendant* » ;
- « *personne sourde jeune (muet)/ personnes âgées non appareillées ne voulant pas l'être* » ;
- « *personnes âgées avec lesquelles on parle plus fort/personnes sourdes et malentendantes : on passe par l'écrit* » ;
- « *adulte sourd, malentendant / personnes âgées* ».

• Les officinaux rencontrent une personne d ficiante auditive entre une fois par semaine et une fois par mois (figure 3). Pour un pharmacien, cela arrive « *plusieurs fois par mois* ». Certains ont rapporté le fait « *qu'ils voyaient des personnes âgées tous les jours, et qu'elles n'entendaient pas toujours très bien* ».

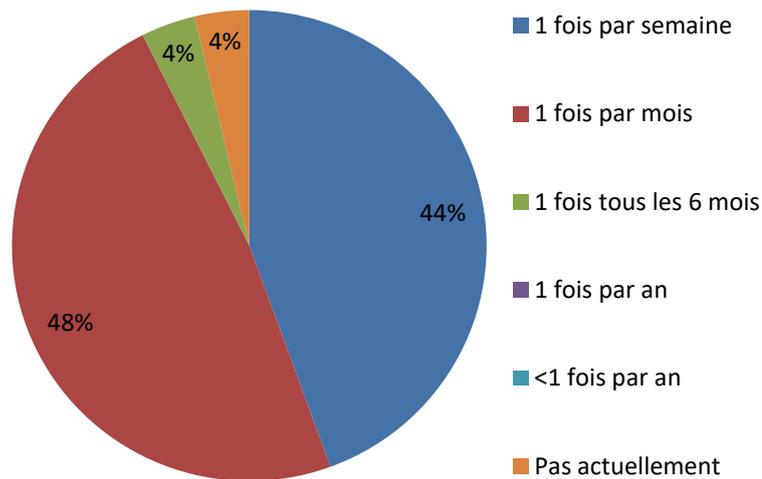


Figure 3. Fréquence de rencontre avec les personnes présentant un handicap auditif (n=27)

- La majorité des pharmaciens accueille une patientèle régulière (figure 4) avec une précision apportée par l'un d'entre eux : « *ce sont les personnes âgées* ». Certains officinaux ont signalé avoir eu des patients en situation de handicap auditif par le passé mais ne fréquentant pas actuellement leur officine. Ceux-ci les ont donc classés dans la rubrique du questionnaire « Patientèle de passage ». Certains pharmaciens ont une patientèle régulière mais également des personnes sourdes et malentendantes de passage. Ainsi, j'ai rajouté à la question originale « *S'agit-il essentiellement d'une patientèle de passage ou régulière ?* » la mention « *Les deux* ».

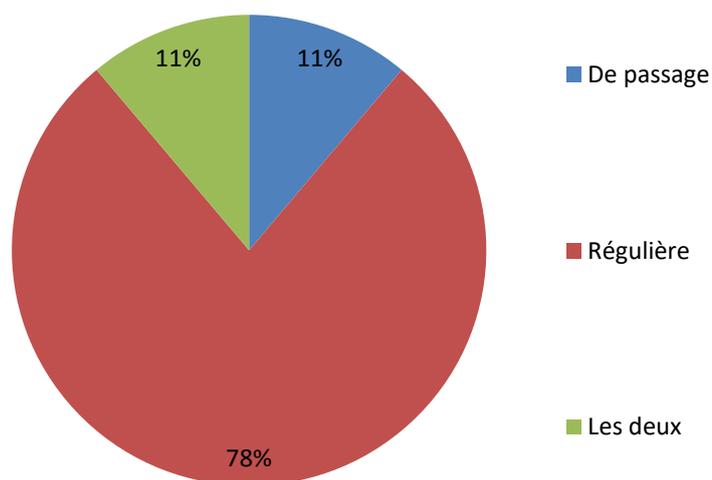


Figure 4. Typologie de la patientèle concernée (n=27)

### 3.3. Difficultés rencontrées

- Les problèmes de communication rencontrés lors de la prise en charge de ces patients sont souvent des difficultés de compréhension du pharmacien au moment de la demande

du patient. Il y a également une difficulté à transmettre une information (posologie, conseil, explication de l'ordonnance...). Deux professionnels ont noté « *un défaut de confidentialité avec la personne âgée* » et « *une confidentialité parfois difficile* », un autre a évoqué un « *problème dans la communication* » et un quatrième a rapporté qu'il s'agissait d'une prise en charge chronophage. Peu de pharmaciens ont rapporté un contre-sens ou une interprétation erronée des informations délivrées (figure 5).

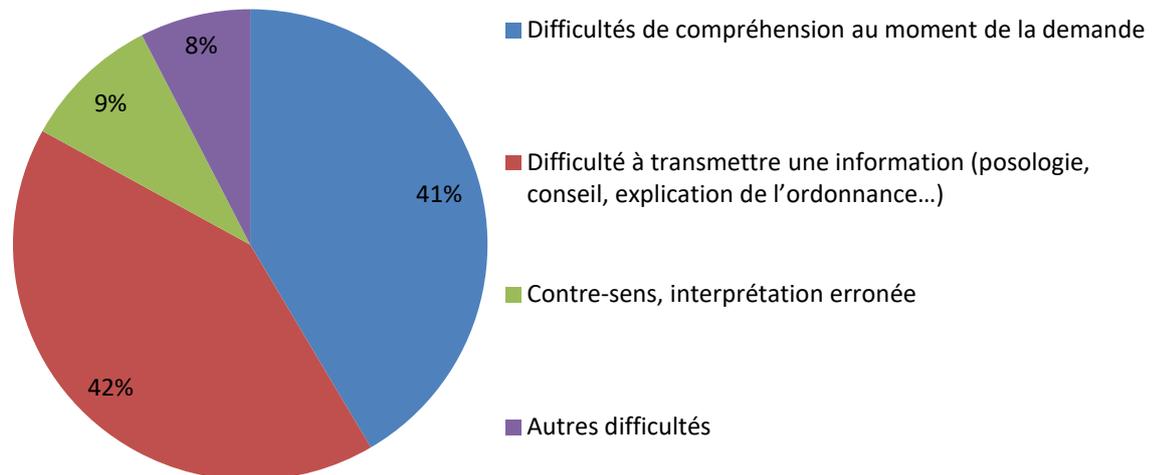


Figure 5. Problèmes rencontrés lors de la prise en charge des patients déficients auditifs (n=27)

- La surdité est majoritairement un obstacle lors d'une réponse à un questionnaire du patient mais également lors d'une dispensation d'un médicament de conseil face à une demande spontanée et lors d'un entretien pharmaceutique (figure 6). Un pharmacien d'officine s'est trouvé en difficulté lors d'une « *dispensation d'un conseil d'hygiène de vie* ». Les pharmaciens se sentent plus à l'aise face à une ordonnance parce que, pour eux, le support écrit les aide à expliquer le traitement au patient. Un officinal, cependant, s'est senti concerné par « *tous les cas de figure sauf l'entretien qui permet de se mettre au calme et d'hausser le ton* ». Un autre s'est exprimé : « *c'est juste plus compliqué mais en passant par l'écriture, ça va* ».

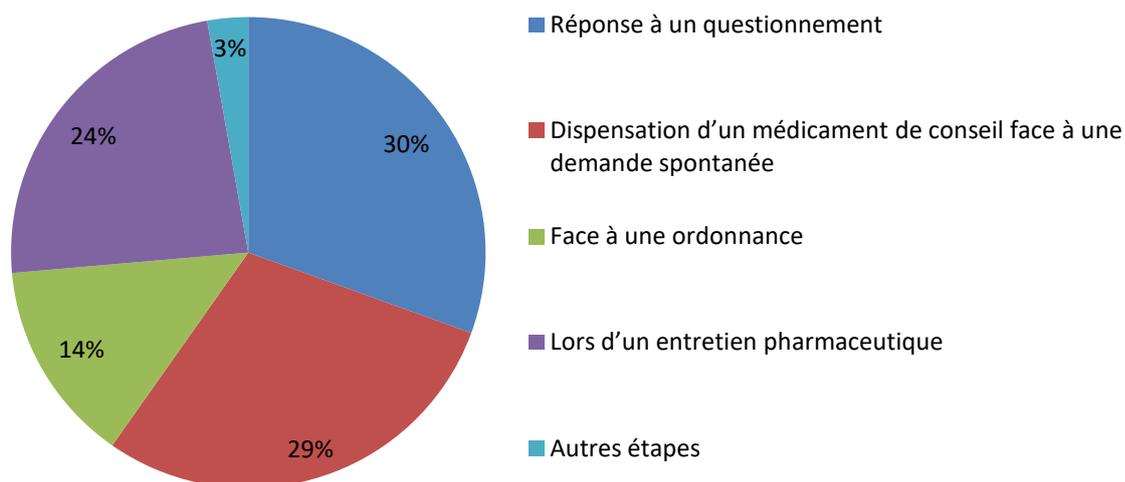


Figure 6. Etapes de la prise en charge où la surdité a été un obstacle à la communication (n=27)

### 3.4. Moyens mis en œuvre

- Dans les officines visitées, personne ne pratique la LSF à l'exception d'un pharmacien qui l'apprend « *en amateur et je manque de pratique* » (tableau 3). Celui-ci a acquis les bases de la LSF par le biais de vidéos explicatives sur la plateforme de partage vidéo YouTube.

Tableau 3. Membres de l'équipe parlant la LSF dans les officines étudiées

	Effectif	Répartition
<b>Pratique de la LSF</b>	1	96%
<b>Non pratique de la LSF</b>	26	4%
<b>Total</b>	27	100%

- Pour faciliter la communication, le passage par l'écrit est majoritairement utilisé. Le fait de parler plus fort et d'articuler est également très pratiqué, avec néanmoins des réserves : « *il y a un problème de confidentialité* », « *c'est pas forcément plus efficace* ». La lecture labiale et les explications avec des gestes arrivent en troisième position parmi les propositions du questionnaire. Un pharmacien a utilisé les dessins dans une situation de polyhandicap. D'autres ont communiqué par mail ou par SMS en amont de la délivrance. Un officinal a utilisé un texte tapé à l'ordinateur au comptoir, devant le patient. Aucun des pharmaciens ne s'est trouvé en présence d'un interprète LSF au cours de sa carrière. Un pharmacien d'officine s'est senti gêné par l'utilisation de l'espace de confidentialité car, pour lui, « *il y a le problème de la mise à part* » (figure 7).

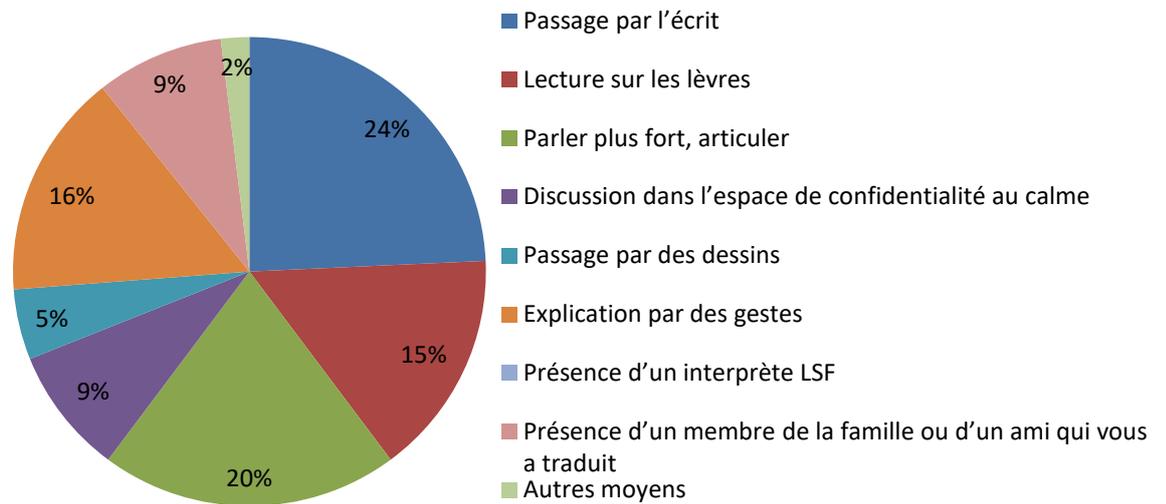


Figure 7. Moyens mis en œuvre pour faciliter la communication (n=27)

- La majorité des pharmaciens d'officine pense que la qualité de l'information délivrée est suffisante mais une partie n'en est pas sûre. Un pharmacien m'a rapporté : « *le message passe (j'y veille) mais on perd en subtilité dans le conseil de bon usage* ». Un autre a trouvé que « *selon la réaction, on a une idée de la compréhension* ». Un dernier a eu le sentiment que « *la qualité de l'information n'est jamais suffisante, on peut toujours faire mieux* » (figure 8).

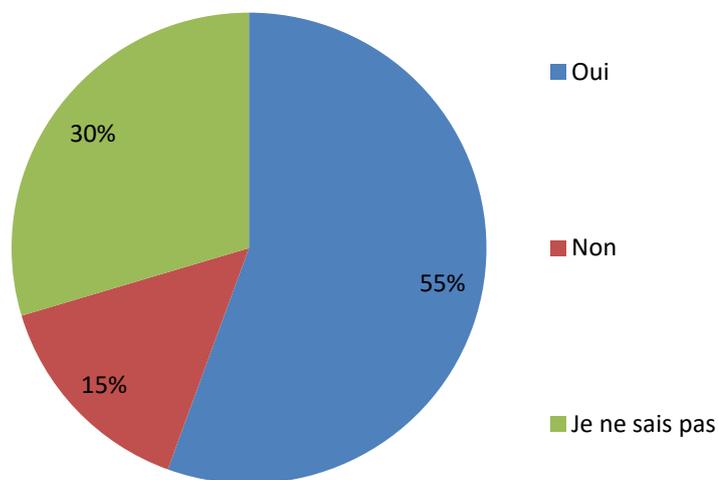


Figure 8. Qualité de l'information délivrée estimée par les pharmaciens (n=27)

- Tous les pharmaciens ont le sentiment d'avoir été compris à l'issue de l'entretien à l'exception d'un professionnel pour qui ce n'est pas toujours le cas et trois qui ne savent pas (figure 9).

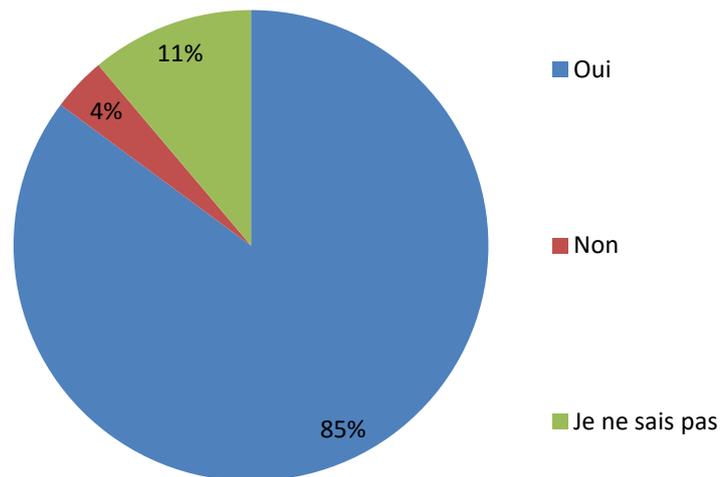


Figure 9. Sentiment des pharmaciens d'avoir été compris par le patient (n=27)

- Lorsque les pharmaciens sont dans une situation où le patient est accompagné, la majorité d'entre eux s'entretient à la fois avec la personne sourde ou malentendante et avec son accompagnateur tout en s'assurant de s'adresser à la personne concernée lorsque cela est possible (figure 10). Des officinaux ont rapporté le fait qu'ils préféreraient parler au patient en priorité, privilégiant sa compréhension, et que lorsque des difficultés se posaient, ils s'aidaient ensuite de l'accompagnant pour assurer une bonne qualité de prise en charge. En effet, il y a une recherche d'autonomie qui est très importante par les personnes en situation de handicap. Un pharmacien d'officine fait reformuler et répéter systématiquement ses patients pour s'assurer de la bonne compréhension des informations dispensées. Cela lui permet de réexpliquer s'il persiste des points obscurs dans ses explications.

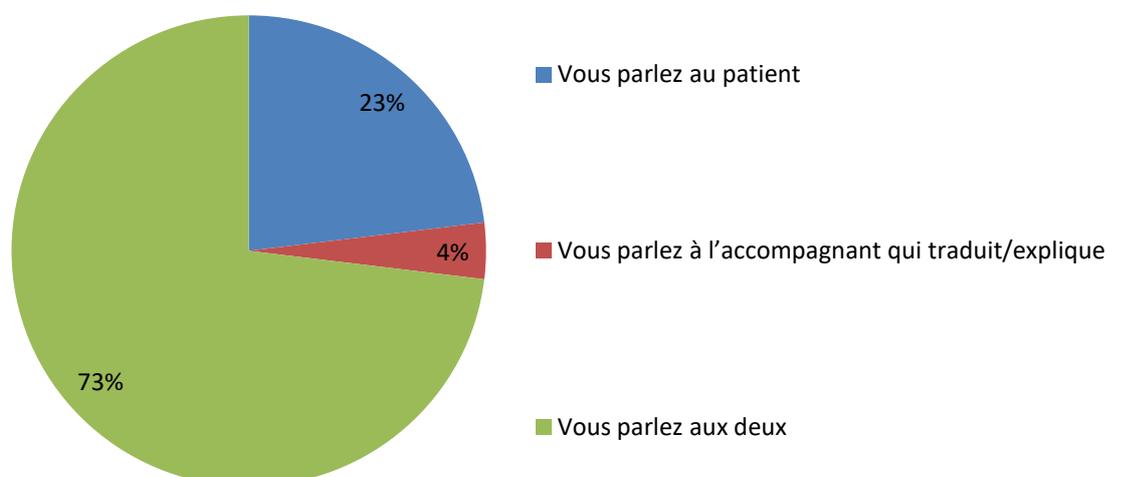


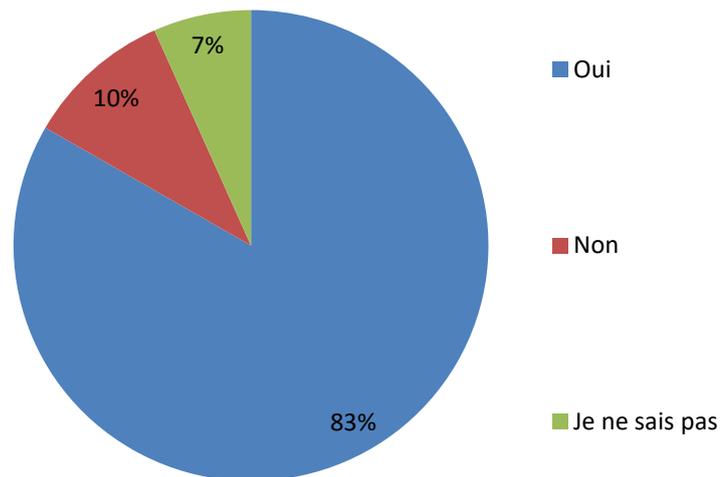
Figure 10. Démarche effectuée lorsqu'il y a un accompagnant (n=26)

### 3.5. Pour aller plus loin

- Selon les pharmaciens, certaines mesures doivent être prises pour l'amélioration de la prise en charge des patients présentant un handicap auditif (figure 11).

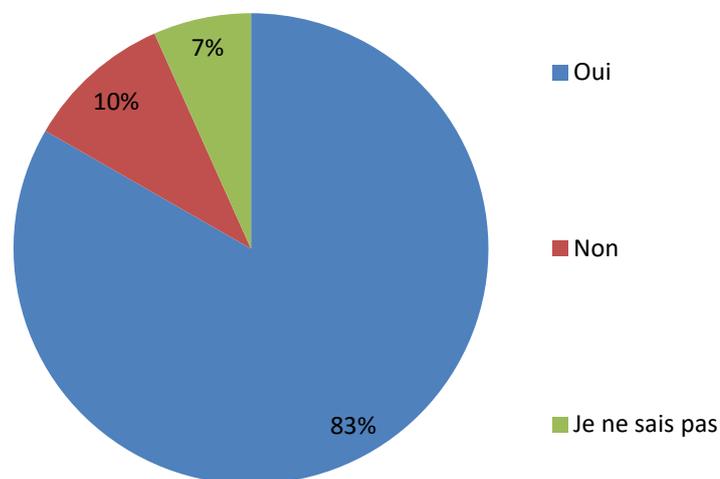
Dix-sept suggestions et remarques ont été rapportées, comme :

- « *appareillage auditif* » ;
- « *délivrer des audioprothèses en pharmacie (amplificateur d'écoute pour presbyacousie)* » ;
- « *pas confronté à ce problème en particulier, box complet insonorisé de confidentialité* » ;
- « *utiliser un traducteur ou passage par l'écrit* » ;
- « *formations professionnelles soignants à des aides, des techniques propres à la communication avec les personnes malentendantes* » ;
- « *se former à la communication* » ;
- « *apprendre le langage des signes* » ;
- « *donner des outils pour s'adapter* » ;
- « *dépistage précoce (comme pour la vue) pour éviter une prise en charge (trop) tardive* » ;
- « *sensibilisation à la problématique et donc à leurs attentes* » ;
- « *LSF si on a le temps ; dans l'urgence, quelques éléments pour l'approche et la prise en charge* » ;
- « *prévention, rendez-vous chez l'ORL* » ;
- « *communication compréhensible par tous* » ;
- « *apprentissage de la langue des signes ?* » ;
- « *manque de formation sur les problèmes auditifs* » ;
- « *connaître pour chaque cas ce qu'il souhaite pour qu'il soit le plus à l'aise* » ;
- « *meilleure information sur le sujet* » ;
- « *développement de la langue des signes, développement de l'appareillage* ».



**Figure 11. Pertinence des mesures prises pour l'amélioration de la prise en charge des patients présentant un handicap auditif (n=30)**

- Les pharmaciens ne s'informent pas particulièrement sur le sujet de la surdité et ne connaissent pas de support d'information mais souhaitent, pour le plus grand nombre, disposer d'outils concernant l'accueil des personnes déficientes auditives (figure 12). Cependant, un pharmacien a acquis quelques connaissances en discutant avec une patiente qui pratiquait la LSF, deux autres ont recherché des informations sur Internet.



**Figure 12. Pertinence d'un outil pour l'accueil des personnes présentant un handicap auditif (n=30)**

- Les officinaux estiment que la mise en place d'une formation dans le cadre des études de pharmacien a un intérêt (tableau 4). Ils imaginent un enseignement optionnel dans la formation initiale, ou bien dans le cadre de la formation continue. Pour eux, cela devrait être intégré au sein d'une unité d'enseignement plus générale de sensibilisation aux situations de handicap et devrait apporter un complément d'information sur la prise en charge des

patients présentant une déficience qu'elle soit sensorielle, motrice ou même cognitive. Les pharmaciens ont rapporté un sentiment d'impuissance vis-à-vis de certains de leurs patients qui les gênait beaucoup. Un pharmacien m'a raconté une situation de difficulté face à la prise en charge d'un patient présentant des troubles psychiques importants qui a été grandement améliorée par un complément d'informations apporté par un éducateur spécialisé. Le fait de mieux comprendre cette situation de handicap lui a apporté une aisance qui a facilité son travail. La prise en charge a été optimisée. Ce pharmacien a créé un lien avec cette personne et a pu exploiter ses connaissances dans d'autres circonstances avec d'autres patients. Des réserves sont tout de même émises : il faudrait que la formation soit assez succincte et cela nécessiterait une mobilisation régulière des connaissances pour être à l'aise au quotidien. Des titulaires d'officine ont montré un vif intérêt pour une formation à la LSF.

**Tableau 4. Pertinence de la mise en place d'une formation dans le cadre des études de pharmacie**

	<b>Effectif</b>	<b>Répartition</b>
<b>Pertinence</b>	25	17%
<b>Non pertinence</b>	5	83%
<b>Total</b>	30	100%

- Très peu de pharmaciens connaissent l'existence d'associations locales ou d'unités de soins spécifiques pour les personnes en situation de handicap sensoriel (tableau 5). Néanmoins, un titulaire d'officine m'a rapporté qu'il y avait un institut en centre-ville de Nantes qui a probablement fermé car il y a eu une diminution nette de la fréquentation d'une patientèle sourde et malentendante ces dernières années. Un autre a évoqué une association d'étudiants orthophonistes.

**Tableau 5. Connaissance de l'existence d'associations ou d'unités de soins pour les personnes en situation de handicap auditif**

	<b>Effectif</b>	<b>Répartition</b>
<b>Connaissance</b>	4	13%
<b>Non connaissance</b>	26	87%
<b>Total</b>	30	100%

- Au cours de ces entretiens, des pharmaciens d'officine ont raconté des situations qu'ils ont vécues.

Cas de Madame A., pharmacien assistant dans une officine semi-rurale. Un jour, alors qu'elle donnait un conseil à une patiente, cette dernière a posé la main sur son avant-bras en regardant fixement ses lèvres pour lui faire remarquer qu'elle parlait trop vite et qu'elle avait besoin de la lecture labiale pour la comprendre. Madame A. ne savait pas que cette patiente était malentendante. Elle a trouvé difficile d'adapter son comportement dans l'urgence et s'est trouvée assez gênée.

Cas de Madame B., titulaire d'officine de centre-ville. Elle a appelé un médecin ophtalmologue pour un patient malentendant appareillé qui avait une ordonnance complexe avec plusieurs collyres à administrer et des durées précises de traitement suite à une intervention chirurgicale. Cet homme n'avait personne dans son entourage pour appeler le médecin afin d'obtenir des informations complémentaires. Il s'est donc rendu dans sa pharmacie habituelle pour demander à ce que l'on téléphone pour lui. Madame B. a rappelé l'importance de la place du pharmacien en tant de professionnel de santé de proximité.

Cas de Monsieur C., pharmacien adjoint dans une officine de centre-ville. Il m'a rapporté qu'une patiente malentendante non appareillée mais avec des restes auditifs fréquentait régulièrement la pharmacie où il travaillait. Cette personne avait un traitement chronique et revenait tous les mois chercher ses médicaments. Elle avait « *une voix saccadée* » et « *des difficultés à s'exprimer* ». Le pharmacien ne parvenait à se faire comprendre qu'en haussant la voix et en articulant. Au fil du temps, avec l'habitude, une relation de confiance s'est établie et ils arrivent à communiquer plus aisément.

Cas de Madame D., pharmacien adjoint dans une pharmacie de quartier. Madame D. a fait part des difficultés de la communication au comptoir avec les patients. En effet, un jour, une femme a mis la main sur son front. Le pharmacien pensait que la patiente voulait un pansement. Après de multiples gestes, elle a compris que la personne avait mal à la tête et qu'elle souhaitait quelque chose pour se soulager.

#### **4. Discussion**

Cette enquête a permis un contact privilégié avec les pharmaciens d'officine rencontrés mais a également présenté des limites.

Le nombre de pharmaciens interrogés est relativement restreint. L'échantillon étudié n'est certainement pas représentatif de la population des pharmaciens d'officine ayant rencontré des patients en situation de handicap auditif. Nous pouvons peut-être nous interroger sur la pertinence des résultats chiffrés obtenus. Cependant, des remarques intéressantes et communes à plusieurs personnes ont été relevées et prises en compte pour construire la suite de ce travail.

Dans cette étude, il s'agit principalement de pharmaciens avec une ancienneté d'exercice officinal. Parmi les officinaux interrogés, il y a tout de même des pharmaciens sortis de la formation initiale universitaire depuis peu. Les remarques sont différentes selon les circonstances de prise en charge. Les pharmaciens ayant récemment quitté la faculté de pharmacie souhaitent davantage analyser la situation de communication d'un point de vue théorique par rapport à leurs aînés qui se sont habitués à adapter leur comportement en fonction du patient qu'ils ont en face d'eux et selon leurs expériences passées.

La localisation des officines est également une donnée essentielle car je n'ai pas retrouvé les mêmes profils de patients en milieu urbain et en milieu rural. Il y a davantage de patients sourds et malentendants depuis la petite enfance, appareillés ou non, dans les officines à proximité de l'Institut de La Persagotière. Lorsque nous nous éloignons du centre-ville de Nantes, nous rencontrons davantage une patientèle régulière de personnes âgées presbycousiques. Il y a un biais de recrutement certain puisque dans l'étude il s'agit, pour le plus grand nombre, d'officines de la région nantaise et de pharmacies citadines. Les mêmes remarques et les mêmes difficultés auraient-elles été retrouvées sur un autre territoire géographique ?

Il est intéressant de voir la représentation du handicap auditif dans les officines. Les termes énoncés par les pharmaciens d'officine pour définir la surdité sont nombreux. Lorsqu'on parle de déficience auditive, quasiment tous les pharmaciens font la distinction entre l'origine de la surdité (surdité congénitale/surdité acquise à l'âge adulte/presbycousie) et le degré de la surdité (surdité totale/surdité partielle). Les

pharmaciens d'officine classent les personnes présentant une déficience auditive en deux catégories :

- la **surdit e acquise** dans l'enfance, en général très importante, avec appareillage ou non ;
- la **presbyacousie** retrouvée chez la personne plus âgée, plus légère mais beaucoup plus fréquente, avec un impact sur la qualité de vie non négligeable comme nous le démontrent les témoignages de la thèse d'Alison Vin (1).

Pour eux, la rencontre avec les personnes « *sourdes de naissance* » est beaucoup plus rare tandis que les personnes presbyacousiques représentent une grande partie de leur patientèle régulière et de leur quotidien. La distinction faite par les pharmaciens entre la surdit e acquise précocement et la presbyacousie a compliqué leurs réponses au questionnaire. En effet, la fréquence de rencontre avec les patients est très différente en fonction de la situation et les propositions de réponses à cette question n'étaient pas tout à fait adaptées. Les difficultés qui se sont posées lors de la prise en charge ont également été différentes ainsi que les moyens mis en œuvre pour compenser ces obstacles à la communication. On note donc l'importance de s'adapter au patient qui se trouve en face de nous dans la prise en charge et dans sa singularité, quelque soit la situation qui se présente, handicap ou non.

Souvent, il est difficile pour les pharmaciens de penser à un profil de patient en particulier. Ils m'ont expliqué qu'étant tellement habitués à s'adapter aux différentes situations et aux différentes demandes à l'officine, le patient déficient auditif « * tait comme les autres* » et « *ne sortait pas de l'ordinaire* ». Et, du fait de l'invisibilité du handicap et de l'extrême faculté d'adaptation des patients, la majorité passait « *inaperçue* ». Ce ressenti apparait dans les réponses au questionnaire en terme de fréquence et de typologie de patientèle. La perception de la déficience auditive par le pharmacien d'officine est également très subjective et difficile à quantifier.

La partie du questionnaire concernant « *Les difficultés rencontrées* » a permis aux pharmaciens d'évoquer des situations complexes qui ont pu survenir entre le professionnel de santé et son patient. Le fait de savoir à quelle étape de la prise en charge la difficulté de communication s' st posée a pour objectif de mieux en comprendre les freins. Ceci a servi

de base pour la rédaction d'outils optimisant ce dialogue, ce qui est une part intégrante de ce travail.

Les difficultés de communication se sont posées au moment où le patient exprimait une demande spontanée. Pour la plupart des pharmaciens, leurs patients avaient du mal à s'exprimer et à verbaliser de façon claire leur requête. Ce point dans la prise en charge est important à noter car cela montre la difficulté d'acquisition du langage chez les personnes présentant un déficit auditif. Quant aux personnes presbycusiques, il y a une dégénérescence du langage et de la prononciation qui est corrélée avec la baisse auditive. En effet, la surdité peut altérer l'expression orale par d'éventuels troubles de la voix, de l'articulation et de la parole. Ceci résulte de la difficulté à percevoir le retour de la voix. De plus, le langage étant corrélé à la perception et à la compréhension immédiate, la surdité entraîne souvent un appauvrissement du vocabulaire et de la syntaxe. Les conversations se trouvent réduites et moins riches (33).

Les difficultés à transmettre une information telle qu'une posologie, un conseil adapté et personnalisé, une explication de l'ordonnance, une information complémentaire... sont réellement présentes et très fréquemment rapportées par les pharmaciens. Ceux-ci se trouvent démunis face à un dysfonctionnement de la communication sur cette étape de la prise en charge qui est essentielle dans leur pratique du métier au quotidien. La plupart des professionnels de santé se demandent que faire dans ces situations. Ils s'interrogent sur la manière de poser leur voix, quel débit de parole utiliser, à quelle fréquence et à quel volume parler pour être davantage compris par leurs patients souffrant de presbycusie. Lorsque cela est possible, la majorité passe par l'écrit dans ces situations de difficulté de communication. Quelques fois, à cette étape de la prise en charge, certains patients avouent leur surdité avec un geste montrant l'oreille ou la bouche, demandant à ralentir le débit de parole, ou bien ils ont une attention soutenue qui exprime leurs difficultés de compréhension.

Les membres des équipes des officines ont le sentiment d'avoir été compris mais la plupart ne savent pas si la qualité de l'information reçue était suffisante. Cela signifie qu'il n'y a pas d'assurance quant à la bonne compréhension par le patient. Le fait de demander à la personne de reformuler ce qu'elle a compris permettrait de s'assurer que l'information a

bien été perçue et intégrée par le patient et ainsi d'assurer une bonne qualité de prise en charge et une certitude quant au bon usage du médicament.

On note tout de même une grande hétérogénéité des pratiques en fonction de la situation qui se présente et une grande adaptabilité de la part des pharmaciens d'officine.

Les pharmaciens n'ont pas particulièrement de support d'information sur la déficience auditive mais ils sont intéressés par un outil « clé en main » simple d'utilisation et rapide à lire concernant l'accueil des personnes déficientes auditives afin de prévenir une situation gênante pour eux du fait d'un sentiment d'incompétence dans le domaine du handicap. Ils sont également très intéressés par l'intégration d'un enseignement de sensibilisation au handicap, au sein de la faculté de pharmacie, qui concernerait tous types de handicaps et situations de difficultés communicationnelles posées par une méconnaissance théorique.

La diffusion du questionnaire m'a permis de discuter du handicap auditif avec les pharmaciens d'officine et de relever un ressenti d'impuissance de la part des professionnels de santé face au handicap. Cela ne concerne pas seulement les pharmaciens, mais aussi les médecins puisque certains patients ont rapporté dans le travail d'Alison Vin (1) le fait que *« mon médecin parle trop vite/trop bas, je n'ai pas compris ce qu'il m'a expliqué »*. De nombreux travaux ont également été réalisés par des étudiants en médecine, en chirurgie dentaire, en sage-femme ou même par des étudiants orthophonistes sur la prise en charge des patients sourds et malentendants.

**Partie III. Quelques pistes d'accompagnement dans la prise en charge du patient déficient auditif**

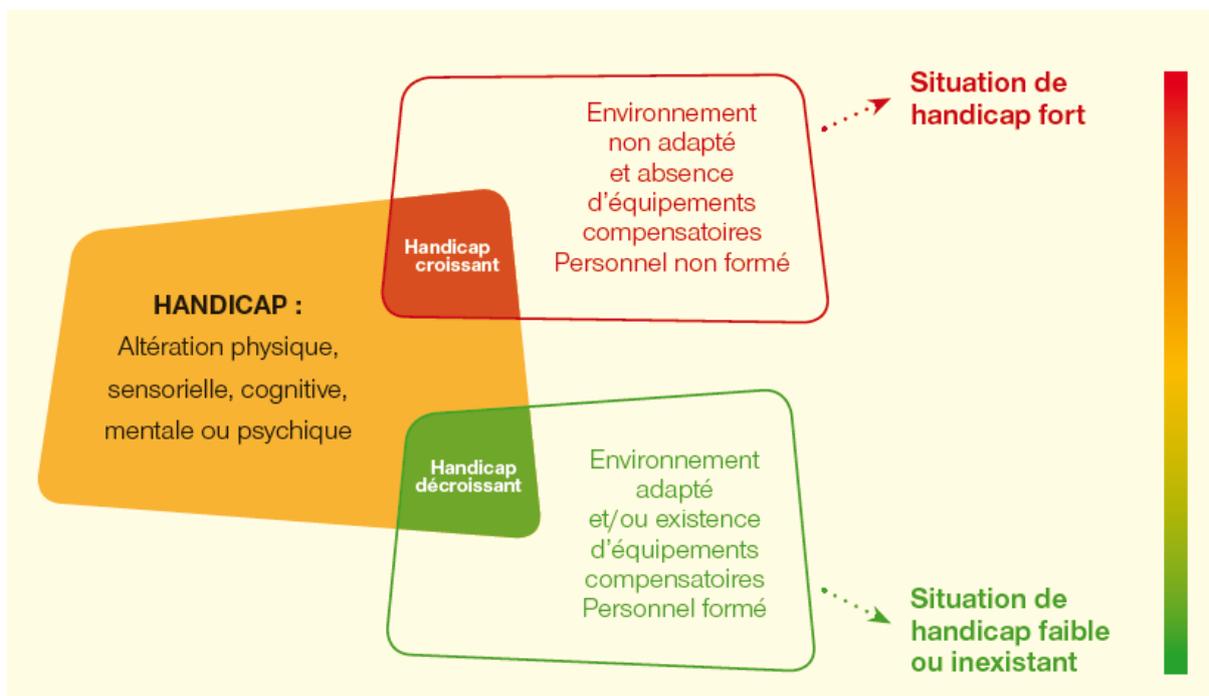
De manière générale, la loi promeut une inclusion en « milieu ordinaire » des personnes sourdes et malentendantes. Qu'en est-il de l'accès aux soins ? Les moyens actuels sont-ils garants d'un accès de qualité à la santé ? Si le législateur a souhaité améliorer l'accès aux soins par un contexte juridique incitatif, la réalité n'en demeure pas moins contrastée comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail. Ainsi, il semble nécessaire de développer un accueil personnalisé et des structures dédiées pour tendre vers une prise en charge optimale. C'est dans cette dynamique que vont être analysés les points posant des difficultés dans la communication et les moyens de compenser la perte d'informations pour arriver à un dialogue qui soit efficace et, ainsi, être sûr de la bonne compréhension par le patient.

## **1. La notion de handicap**

### **1.1. Notion de handicap de situation**

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (15) définit le handicap comme : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Le handicap n'est pas une caractéristique intrinsèque de la personne, il est le produit d'une interaction avec un environnement inadapté aux capacités de chacun. Il résulte donc d'une inadéquation entre les aptitudes individuelles d'une personne donnée et les actions imposées par l'environnement physique et social (34). Ainsi, le handicap auditif peut être expérimenté par une personne ne présentant pas de troubles auditifs dans un environnement mal sonorisé. Par opposition, deux sourds signant ensemble parviennent à communiquer et à se comprendre intégralement. Il s'agit, aujourd'hui, de supprimer autant que possible les situations de handicap et de prendre en compte les besoins spécifiques de chacun en améliorant l'accessibilité pour les sourds et malentendants (35). Si le pharmacien parvient à analyser et à prendre en compte le dysfonctionnement dans la communication alors la prise en charge du patient pourra se faire de façon optimale.

La figure 13 (36) reprend la nuance entre handicap et situation de handicap. Elle permet d'identifier les pistes d'amélioration de la prise en charge qui sont la mise en place d'un environnement adapté et/ou l'existence d'équipements compensatoires ainsi qu'un personnel disponible et formé. Le manque de formation et de sensibilisation du personnel des officines à la communication orale avec les personnes sourdes et malentendantes crée une situation de difficulté qui a souvent été rapportée.



Source : Bonnes pratiques face aux personnes déficientes ou en situation de handicap. Centre National d'Innovation Santé, Autonomie et Métiers.

Figure 13. Du handicap à la « situation de handicap »

## 1.2. Notion de handicap invisible

Les difficultés de communication sont renforcées par l'invisibilité naturelle du handicap auditif.

La surdité est un handicap encore méconnu de la société. Elle se trouve encore trop souvent réduite à la perte auditive du sujet âgé ou à l'image du sourd-muet signant. Cette image négative peut être liée :

- à **la méconnaissance** de la problématique de la déficience auditive et de ses conséquences ;
- à **la peur** de la surdité ;
- à **l'incapacité** de la personne entendante à faire face aux difficultés de communication ;
- et à **l'existence de stéréotypes** sociaux.

Par exemple, dans la déficience visuelle, le fait de porter des lunettes est mieux perçu par la société que le handicap auditif encore rattaché à la notion de vieillissement. Comme le précise Louise Tassé dans son article : « *La surdité est l'une des formes de métaphorisation collective de la vieillesse ; être vieux signifie souvent être sourd dans nos représentations collectives* » (37).

Cette connotation péjorative empêche l'individu d'interagir avec la société dans des conditions favorables (38).

Parmi les personnes présentant un déficit de l'audition, seulement deux personnes sur trois ont une correction auditive. L'aide auditive est souvent dissimulée par la personne sourde ou malentendante. Certaines ont les cheveux longs, d'autres sont coiffés d'une casquette ou portent des prothèses très discrètes favorisées par la miniaturisation croissante des appareils auditifs (38).

La surdité se révèle lorsqu'il y a une tentative de communication entre les deux protagonistes. Cette révélation est plus ou moins brutale pour la personne entendante qui ne s'est pas préparée à la rencontre et se trouve prise au dépourvu devant la difficulté à transmettre un message et à se faire comprendre. L'implication directe de l'entendant dans la révélation fortuite du handicap est souvent source de malaise (39).

Le regard attentif et soutenu de ces personnes présentant des troubles auditifs est nécessaire pour comprendre ce que dit leur interlocuteur, générant une impression désagréable. Dans des situations plus spécifiques, au cœur de nos référents historiques et culturels, les gestes n'ont pas été considérés comme un moyen d'expression « noble ». C'est pourquoi la pratique de la LSF a longtemps été évitée par les sourds dans les lieux publics. Cette méconnaissance de la déficience auditive entraîne une gêne qui aboutit souvent à un comportement artificiel voire de fuite de la part des individus. De plus, être face à une personne présentant un handicap « *confronte chacun à ce qu'il pourrait être, à ce qu'il pourrait devenir, ne serait-ce par l'irréversible travail du temps* » (40). Cette remise en question peut provoquer des sentiments d'évitement pour la personne concernée par la déficience. Le malaise de l'autre face au handicap, renforcé par l'âge, la maturité et l'acceptation du handicap crée une situation qui peut altérer le lien social entre les deux communicants.

Le caractère invisible de la déficience auditive ne génère pas d'assistance spontanée de la part de l'interlocuteur. Cela crée donc une nouvelle difficulté : le patient présentant un trouble de l'audition fait face à un interlocuteur qui ignore son handicap et ne peut ajuster son comportement pour faciliter la situation de communication (38).

En n'offrant pas de signe visible de sa différence, un individu présentant une déficience auditive participe implicitement aux erreurs de jugement que pourraient faire les personnes qu'il est amené à croiser au sein de l'espace public. Bernard Mottez fait le constat suivant : *« Il semblerait que le sourd serait moins handicapé c'est-à-dire que la situation sociale qui lui est faite serait meilleure si la surdité se voyait »* (2).

Cette constatation est paradoxale car cette invisibilité de la surdité permet également l'absence de stigmatisation des personnes concernées. En fait, qu'il soit visible ou invisible, un handicap reste difficile à assumer en société car il représente le « hors norme ». Les personnes ayant un handicap invisible conservent, dans une certaine mesure, le contrôle de l'information les concernant. Elles peuvent, en effet, dans certaines situations, choisir de révéler ou non leur surdité (35).

### 1.3. Notion de handicap partagé

*« Il faut être au moins deux pour qu'on puisse commencer à parler de surdité. La surdité est un rapport. C'est une expérience nécessairement partagée. »*

Cette phrase écrite par Bernard Mottez en 2006 (2) montre la dualité qui existe entre sourd et entendant et, donc, celle qui peut intervenir entre le patient déficient auditif et le professionnel de santé.

Contrairement à la représentation que se fait la société du handicap auditif, il n'engage pas seulement les personnes sourdes et malentendantes mais également les entendants (41). Comme le dit Charles Gardou, la surdité est avant tout le handicap de la communication (40). La notion de handicap partagé est fondamentale dans la relation avec autrui et, plus particulièrement, dans la relation de soins.

La personne sourde ou malentendante est quotidiennement confrontée à des situations d'incompréhension. Cela l'oblige, lors des interactions avec les entendants, à faire répéter certains mots voire des phrases entières. Les demandes de répétitions sont encore plus fréquentes si le comportement de l'interlocuteur n'est pas adapté et s'il y a plusieurs communicants. Le « sourd » reste, aux yeux des « entendants », la personne qui fait répéter, à qui il faut toujours tout réexpliquer. Combiné à la nécessité de parler de façon audible et d'avoir une articulation précise, ces répétitions nuisent au caractère spontané de la communication. Une communication entre « sourds et entendants » demande beaucoup de

patience, d'attention et d'énergie de la part de chacun. Or, il est fréquent que les difficultés rencontrées soient attribuées à la personne sourde uniquement, sans tenter de se remettre en question ou sans savoir comment dépasser ces obstacles à la communication (33).

Evoluer dans le système de soins, comprendre les messages de prévention, communiquer avec les professionnels de santé demeure une difficulté pour une grande partie de la population. Dans une société où l'accès et la maîtrise de l'information sont essentiels, la littératie, c'est-à-dire la capacité des individus à comprendre et à utiliser l'information pour être autonomes et faire des choix éclairés, constitue un véritable enjeu de santé publique et de citoyenneté.

L'accès à l'information est une responsabilité partagée. En effet, comprendre et communiquer ne relève pas uniquement de compétences individuelles. Chacun a la responsabilité de transmettre une information qui soit lisible et compréhensible par tous. C'est une condition essentielle à l'accès aux droits en pleine conscience (42).

### **En quelques mots...**

- Le handicap résulte d'une inadéquation entre les aptitudes individuelles d'une personne et les actions requises par son environnement physique et social.
- L'invisibilité du handicap auditif renforce les difficultés de communication.
- La surdité est souvent découverte par hasard lors d'une communication et concerne aussi bien les personnes sourdes et malentendantes que les entendants.
- Un environnement adapté, des équipements compensatoires et des professionnels de santé formés permettent d'améliorer la prise en charge.

## **2. L'accueil du patient à l'officine**

L'accueil des patients à l'officine est primordial dans le métier de pharmacien. Il permet un échange de qualité entre le patient et le professionnel de santé. Se rendre entièrement disponible pour prendre en charge la personne est une exigence prioritaire. Confortée par un sourire, le contact doit être agréable, chaleureux et professionnel. Une écoute attentive et un conseil juste et efficace sont les clés d'un entretien réussi entre le pharmacien et le patient (33).

Lorsque la personne déficiente auditive ne regarde pas son interlocuteur, ce dernier peut l'interpeller adroitement. Faire un signe de la main ou se rapprocher tranquillement du patient s'avère plus agréable et efficace, moins agressif et stressant que de crier.

Lors de l'accueil en face à face, le contact doit s'établir en priorité avec la personne concernée puis, si nécessaire, par l'intermédiaire de son accompagnateur si le patient présente des difficultés majeures de communication (43). Si une personne vient avec un interprète, il faut penser à s'adresser directement au patient et à bien le regarder dans les yeux pendant que l'interprète parle.

Le degré de familiarité joue un rôle dans la compréhension : les personnes sourdes et malentendantes ont souvent une personne privilégiée qui leur est plus facilement compréhensible que d'autres.

Etre capable de dire bonjour en LSF peut sembler sans intérêt pour la suite d'un échange avec un patient sourd : c'est le message qu'il aura sans doute le plus d'aisance à comprendre et cela n'aidera pas pour la transmission d'informations. Cependant, c'est une marque de politesse et une reconnaissance de son mode de communication propre. C'est un bon moyen d'établir une relation de confiance en donnant le sentiment de prendre en compte les difficultés d'interaction en lien avec la situation et d'accueillir la différence.

Des comptoirs dégagés et agencés de façon à respecter une confidentialité optimale doivent permettre un échange ouvert et constructif (44). Pour la personne malentendante, tous les bruits se mélangent. Une conversation à proximité l'empêche de distinguer les voix. Les lieux bruyants rendent la communication difficile et suivre une conversation requiert un effort supplémentaire qui peut être fatigant (45).

La lumière doit être suffisante mais non éblouissante pour éviter au maximum les ombres sur les lèvres. De même, ne pas masquer les lèvres et éviter de se tourner ou de bouger trop souvent la tête facilite l'échange et la lecture labiale. L'attitude du pharmacien doit être naturelle et le débit de parole modéré. Il faut donc parler le plus distinctement possible sans une exagération qui risquerait de mettre le patient mal à l'aise.

Enfin, il semble important de ne pas parler à la place de la personne sourde ou malentendante mais de la laisser exprimer seule ses besoins, à son rythme, en utilisant la méthode de communication qui lui est appropriée. Le pharmacien peut demander au patient comment il souhaite communiquer et comment communiquer au mieux avec lui (45). Il peut également demander régulièrement au cours de la conversation si la compréhension est satisfaisante. L'adaptation se fait au cas par cas en fonction des besoins de chacun : certaines personnes réclament à ce que l'on parle plus fort, d'autres veulent échanger par écrit. Il peut s'avérer nécessaire, en cas d'incompréhension, de répéter en reformulant avec d'autres termes (46).

Il ne faut pas hésiter à dire franchement et directement ce que l'on souhaite transmettre car la culture de la population sourde valorise cette communication loyale et sans ambages. Enfin, l'officinal doit s'assurer que le message a bien été compris. Cela est essentiel.

Il est facile d'oublier qu'une personne est malentendante car ses difficultés ne se voient pas d'emblée. En étant attentif, l'officinal peut identifier les moments où le patient perd le fil de la conversation, mais aussi ceux où il prend confiance en lui car il entend correctement.

Pour faciliter l'interaction entre le patient déficient auditif et l'équipe officinale, il est possible d'améliorer la communication orale en s'assurant du bon fonctionnement de la prothèse auditive et de la bonne utilisation des dispositifs technologiques (BIM, système Haute-Fréquence (HF), technologie Bluetooth par exemple).

Le patient peut compléter le discours oral par une information visuelle (lecture labiale, Langue française Parlée Complétée (LPC), LSF et/ou écrit) et par la suppléance mentale, c'est-à-dire par l'interprétation intellectuelle de ce qui n'a pas été entendu (47).

Nous pouvons rappeler que l'article R. 4236-6 du Code de déontologie précise : « *Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art* ». Cet article oblige à faire preuve de constance, de patience et de tact dans la communication avec tous les patients, dans leur différence et leur singularité.

### **En quelques mots...**

- Disponibilité.
- Contact agréable, chaleureux et professionnel.
- Ecoute attentive, adaptation personnalisée au mode de communication.
- Conseil juste et efficace.

### **3. L'accessibilité de l'information**

#### **3.1. Qu'est ce la communication ?**

Envisager la communication comme « *tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu* » n'est pas suffisant pour décrire la complexité de cette notion sociale. L'échange verbal, qui consiste en une succession dynamique de processus de transmission d'informations, doit être appréhendé comme une interaction, c'est-à-dire comme une opération mêlant des influences mutuelles entre les sujets (33).

##### **3.1.1. Définition selon le dictionnaire Larousse**

Le dictionnaire Larousse définit la communication comme une « *action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* » (48). Effectivement, le processus de transmission d'informations est dirigé par le locuteur qui émet un message en direction de l'interlocuteur. Pour l'émettre, le locuteur sélectionne un certain nombre de signaux, implicites ou explicites, appartenant à un code dans un contexte donné. Grâce à une activité de décodage, l'interlocuteur peut ainsi s'appropriier et comprendre le message. Au cours de l'échange, les rôles peuvent s'inverser et le destinataire peut devenir à son tour l'émetteur en utilisant le même canal et le même code et ainsi de suite. L'échange verbal est donc une accumulation d'actes de transmission d'informations où les participants s'influencent l'un et l'autre (33).

##### **3.1.2. Définition selon Thierry Wable**

Dans son ouvrage « La communication à l'officine » (49), Thierry Wable considère qu'il y a cinq grands domaines dans la communication (figure 14).



Figure 14. Cinq grands domaines dans la communication

Pour obtenir une communication efficace, il est indispensable de maîtriser trois paramètres qui vont permettre un langage compétent :

- l'**utilisation** (pourquoi dire ?) ;
- la **forme** (comment dire ?) ;
- le **contenu** (quoi dire ?).

Qu'en est-il alors de l'interaction entre la personne sourde ou malentendante avec autrui si l'on est dans une situation où l'on se passe complètement de la communication orale ?

T. Wable n'a pas précisé par quel biais la communication doit s'effectuer. Selon lui, il y a un langage verbal qui est « *la transmission d'un message à une ou plusieurs personnes se fondant sur l'utilisation de mots d'une langue donnée et ayant une signification. La voix n'est pas indispensable alors, la langue des signes ferait partie de ce langage* ». Un langage non verbal, souvent implicite, est caractérisé par des expressions faciales, des codes vestimentaires, une apparence, une posture, des gestes et des mouvements corporels, un regard, une distance entre soi et son interlocuteur. Le paralangage est le troisième aspect de la communication et vient compléter les deux autres. Il s'agit des aspects vocaux mais non verbaux de l'élocution tels que la prononciation, l'accent, les silences, le ton, le timbre de voix, l'intonation mais aussi les émotions. Ces trois notions combinées couvrent un champ très large dans la transmission d'informations et sont complémentaires.

Comme le fait remarquer l'auteur, « *que l'on soit sourd ou entendant, la communication demeure pour chaque être humain complexe et multimodale. Dans la conversation, elle prend diverses formes verbales et non verbales et est soumise à diverses contraintes.* »

Chez le patient présentant une déficience auditive, certes, il peut y avoir une altération du langage oral mais il y a aussi d'autres types de langages qui sont disponibles et utilisables : la gestuelle et le visuel peuvent aider la personne à établir un rapport communicationnel avec autrui.

La capacité à communiquer apparaît donc comme une « *combinaison de connaissances, de représentations, de capacités cognitives, de motivations qui doivent être partagées par le locuteur et l'interlocuteur. Il est également nécessaire de prendre en compte la situation et l'état du message à transmettre.* »

### 3.1.3. Conclusion

L'important dans la communication n'est pas la manière dont le message est transmis et reçu mais la relation nouée entre les deux protagonistes engagés dans cette interaction. La communication est envisagée comme un comportement propre à l'individu, affirmant qu'« *on ne peut pas ne pas communiquer.* » Selon cet axiome, la communication se fait obligatoirement et repose sur de multiples variables qu'on ne peut ignorer que sont les mots, l'accent, le message, la posture, les regards. Deux éléments sont inclus dans le message : le contenu, c'est-à-dire les informations apportées, et la relation qui désigne la façon dont on interprète le message. A cela s'ajoute la notion de rétroaction supposant que le message émis par le locuteur évolue en fonction des signaux envoyés par le destinataire. Ce système complexe et multifactoriel permet de comprendre aisément qu'une situation de communication peut facilement être entravée et engendrer une incompréhension (33).

### 3.2. Qu'est ce qu'un dysfonctionnement de la communication ?

De façon générale, les difficultés de compréhension sont très fréquentes au cours des conversations. Pour être efficace, le système de communication possède une modalité de contrôle, de régulation et de traitement des erreurs qui correspond à la boucle de rétroaction du récepteur vers l'émetteur. Elle permet de prendre en compte les informations émises par l'interlocuteur et ainsi d'ajuster les procédés de communication pour transmettre le message. Le locuteur, lorsqu'il parle, peut se rendre compte de l'incompréhension de son interlocuteur par des indices sur son visage, son comportement

ou une demande verbale. L'émetteur peut ainsi réajuster son discours, le corriger ou le justifier.

Les dysfonctionnements dans la compréhension peuvent être présents :

- **dans la forme** (bruit de fond parasite, mot mal prononcé, mauvaise compréhension due à une surdité par exemple) ;
- **dans le contenu** (terme incorrect, mot manquant, discours confus, deux interlocuteurs qui ne parlent pas du même sujet) ;
- **dans le fonctionnement** (des personnes qui n'entrent pas dans la communication, non respect de la parole de l'autre).

Une interruption dans une situation de communication se déroule en trois phases :

- **manifestation d'un problème ;**
- **traitement du problème ;**
- **signal montrant que le problème est résolu.**

Les « pannes » communicationnelles peuvent être repérées par le locuteur ou par l'interlocuteur. Si l'émetteur remarque spontanément que son message n'a pas été compris, il va répéter, utiliser un mot plus adéquat, réviser la forme du message ou ajouter un complément d'information. Le destinataire peut également avoir un comportement ou un discours montrant au locuteur que son message n'était pas clair. En général, dans cette situation, il donne une réponse inadéquate qui montre son incompréhension, manifeste un étonnement ou demande une clarification.

Le locuteur peut réparer le message en le répétant (simplement ou avec une modification du rythme, de l'intensité, de l'intonation), en révisant la forme (paraphrase, reformulation), en ajoutant des informations (explications supplémentaires, clarification, confirmation), en utilisant des mots-clés, en épelant le mot non compris ou en l'écrivant. L'absence d'action engendre une non réparation du dysfonctionnement.

Dans le cas d'une conversation avec une personne sourde ou malentendante, la stratégie de réparation doit être adaptée à la situation car la demande de répétition n'est en général pas ou peu efficace.

Dans le livre « La communication à l'officine » (49), « le dysfonctionnement [...] permet de saisir le travail de coproduction du sens, de l'interprétation, des négociations, du travail de la langue qui s'instaure et se met en place. [...] Le dysfonctionnement fait partie intégrante de l'intégration par les reformulations, les hésitations, les pauses, les bifurcations syntaxiques. [...] Le dysfonctionnement est très producteur de sens et, bien plus, qu'il devient dans l'échange un élément souvent indispensable pour le réglage et l'accord même du message. [...] Il est important de préciser que l'information circule très rarement sans dysfonctionnement, c'est-à-dire ce qui est dit par l'émetteur est ce qui est compris par le récepteur, dans les mêmes termes et avec le même sens. »

La communication, même entre interlocuteurs ne présentant pas de troubles auditifs, est complexe. Afin qu'elle soit la plus aisée possible, il est indispensable de respecter et de prendre en compte les variables qui sont multiples (33).

Le dysfonctionnement de la communication existe et il est important pour un professionnel de santé d'en avoir conscience afin de pouvoir compenser à la mal-compréhension et de pouvoir agir en conséquence pour optimiser l'interaction avec la personne. Les difficultés de communication peuvent provenir aussi bien du patient que du professionnel de santé. Entre le pharmacien et le patient, il peut y avoir une déperdition d'informations dans la restitution du message du fait d'un niveau de connaissances dans le domaine médical ou pharmaceutique limité. La richesse du langage, l'éducation, la culture, la manière de parler, d'utiliser les mots et de comprendre leur sens influent sur le message. Un état psychique particulier est également à prendre en compte. En effet, un choc émotionnel suite à une annonce d'une pathologie par exemple, peut entraîner un blocage faisant que la personne n'est pas en capacité d'entendre ce que le professionnel de santé tente de lui dire.

Le handicap auditif entre dans le champ du dysfonctionnement dans le sens où la perception du message peut-être altérée par une des deux parties avec un problème d'écoute, de compréhension et/ou de formulation de la demande.

Une notion est intéressante à soulever, c'est la différence entre la capacité d'entendre, de comprendre et d'écouter. L'individu peut avoir entendu une personne lui parler sans comprendre les mots entendus. Il peut aussi lui arriver de penser à autre chose et de ne pas

écouter ce qui est dit. L'appareil auditif permet de mieux entendre les sons en les amplifiant sans assurer à la personne déficiente auditive la compréhension de tous les mots prononcés. La capacité à entendre les sons et à les comprendre varie d'une personne à l'autre. Il en est de même pour la capacité à écouter qui est propre à chaque individu et qui ne dépend pas directement du port des aides auditives.

On peut définir ces termes comme suit (50) :

- **entendre** : l'oreille perçoit les sons présents dans l'environnement ;
- **comprendre** : le cerveau donne un sens exact aux sons entendus ;
- **écouter** : l'attention que porte une personne au message.

Au cours des entretiens retranscrits dans le travail d'Alison Vin (1), de nombreux patients ont évoqué le fait qu'ils « *percevaient* » le son mais qu'ils se retrouvaient dans l'incapacité à l'interpréter et à l'associer à un message donné. Selon eux, la transmission « *son-oreille-cerveau* » ne se faisait pas correctement ce qui les gênait beaucoup au quotidien et vis-à-vis de leur entourage.

Une citation de Thierry Wable (49) fait référence à la notion du « bien communiquer » : « *Il convient de le répéter : bien communiquer ne va pas de soi. Cependant, contrairement à une idée reçue, cela s'apprend. Il convient de concevoir la communication comme un système composé des interactants, du lieu de l'échange, dans un contexte donné. Tous ces éléments joueront sur le résultat de ce qui va se co-construire dans l'échange et auront un poids déterminant qu'il ne faut pas négliger. Le premier apprentissage est sans doute de bien connaître la théorie [...] notamment les difficultés courantes, les obstacles et les causes d'échecs à éviter, à corriger, à rectifier, quand malgré notre vigilance ils sont survenus.* »

D'où la pertinence d'établir un cadre théorique permettant d'améliorer les pratiques et l'aisance de la communication.

### 3.3. Quels sont les signes de dysfonctionnement de l'audition ?

Le pharmacien d'officine a un contact quotidien avec des personnes en situation de déficience auditive.

Que le handicap auditif soit de naissance, dû à une maladie, à un accident ou au vieillissement, il compromet sensiblement la communication et l'accès à l'information si l'environnement n'y veille pas. La personne sourde ou malentendante développe une stratégie qui lui est propre pour contourner son handicap et communiquer. Certaines personnes réagissent, cependant, en évitant les contacts et parfois en s'isolant progressivement (51). Le pharmacien doit être vigilant à cette typologie de patients qui peuvent se trouver en détresse psychologique.

Le handicap auditif peut-être considéré comme un « handicap invisible », évoqué précédemment. Il existe, néanmoins, quelques signes pour constater qu'une personne est en situation de difficulté auditive et le pharmacien peut-être en capacité de les repérer. Une situation de trouble de l'audition peut être supposée, par exemple, si la personne :

- montre son oreille du doigt ;
- secoue la tête ;
- fronce les sourcils ;
- bouge les lèvres sans produire de son ou parle d'une voix « artificielle » ;
- fait des gestes ;
- présente un carnet et un crayon ;
- ne réagit pas immédiatement lorsqu'on l'interpelle ;
- acquiesce sans être sûre d'avoir compris le message.

Devant ces situations, il ne faut pas hésiter à solliciter la personne et à la questionner pour évaluer ses difficultés et savoir comment celle-ci souhaite interagir dans la communication.

### 3.4. Quels sont les outils d'aide à la communication ?

Il existe des éléments facilitant l'accès des personnes sourdes et malentendantes au dialogue. En voici quelques uns mais cette liste n'est pas exhaustive.

#### 3.4.1. La lecture labiale

Les personnes sourdes et malentendantes, même appareillées ou implantées, reçoivent la parole de manière incomplète ou déformée. La lecture labiale permet d'améliorer significativement la perception du langage à travers une traduction visuelle des sons de la parole (52). Le principe est de reconnaître les mots en fonction de la forme prise par les lèvres et de leur mouvement. Chaque voyelle, consonne, ou combinaison des deux correspond à un son et donc à une forme et à un mouvement des lèvres.

Cette aide au langage est spontanée. Elle est utilisée de manière automatique et inconsciente par tous, notamment en contexte bruyant, mais elle peut-être entraînée grâce à des rééducations spécifiques proposées par les orthophonistes pour une meilleure efficacité (52). La rééducation consiste à apprendre la forme des lèvres pour chacun des phonèmes de la langue, à les reconnaître isolément puis à savoir les percevoir dans les mots en fonction de leur position.

Cependant, la lecture labiale a des limites car il y a des sons qui sont articulés à l'arrière de la bouche sans intervention des lèvres, ce qui fait qu'ils ont une image labiale invisible. C'est le cas de phonèmes comme [k], [g], [r]. Par exemple, hors contexte, il est difficile de distinguer des mots comme « grain » et « gain » ou comme « gras » et « rat ».

En outre, certains sons articulés ont des images labiales identiques car elles ont le même point d'articulation : on parle de sosies labiaux (52). C'est le cas de nombreuses paires de sons comme :

- [p]/[b]/[m] → pain/bain/main ;
- [t]/[d]/[n] → thym/daim/nain ;
- [ch]/[j] → chaîne/gêne ;
- [f]/[v] → référence/révérance.

Pour réussir à choisir entre les différentes possibilités, la personne déficiente auditive doit mettre en jeu des stratégies de compréhension complexes en faisant appel à ses connaissances, en cherchant le mot le plus adéquat en fonction du contexte, en s'appuyant sur sa perception visuelle et en utilisant ses capacités de suppléance mentale pour compléter ce qui n'a pas pu être correctement perçu.

La qualité de la lecture labiale dépend de conditions liées (53) :

- à l'**environnement** ;
- à l'**interlocuteur** ;
- au **message verbal** ;
- et à la **personne sourde ou malentendante**.

Dès lors qu'une de ces conditions n'est pas respectée, la possibilité de pouvoir lire sur les lèvres diminue. Même si deux individus se trouvent dans des conditions optimales, il se peut que tous les éléments du message ne soient pas perçus car il existe des difficultés liées

à la lecture labiale elle-même. Pour ces raisons, la lecture labiale est avant tout un complément à l'information auditive (52). Pour une personne bien entraînée, elle permet de comprendre entre 30 et 40% des mots (54). Il faut donc faire une synthèse entre ce qu'offre la lecture labiale, les éléments entendus, mais également tous les indices que peut offrir la situation (gestuelle, mimiques, contexte).

### 3.4.2. La suppléance mentale

La suppléance mentale est essentielle pour réussir à comprendre le maximum de mots lors d'un énoncé. Elle « *consiste à deviner ce qu'on n'a pas réussi à comprendre immédiatement, grâce à différents indices pouvant appartenir au domaine du non-verbal (mimiques, gestes...) comme celui du verbal (choix d'un mot dans le lexique reconnu à partir de la syntaxe, des indices grammaticaux, de l'idée générale exprimée...)* » (55). Elle intervient donc lorsque le message est lacunaire, ce qui est le cas pour la lecture labiale du fait des limites linguistiques qu'elle comporte.

La suppléance mentale se déroule sur trois niveaux (56) :

- le **niveau lexicologique** : le sujet doit faire correspondre un modèle mental linguistiquement connu aux mouvements labiaux qu'il voit ;
- le **niveau syntaxique** : le sujet doit chercher toutes les interprétations possibles appropriées selon la syntaxe de la langue ;
- le **niveau idéologique** : le sujet doit choisir, selon le contexte, la bonne version.

Pour fonctionner efficacement, la suppléance mentale doit être alimentée par un maximum d'indices linguistiques. Leur recueil dépend de l'aptitude à les repérer, à les extraire selon leur pertinence et à les interpréter en temps réel. L'efficacité de la suppléance mentale est aussi liée :

- à la richesse et à l'organisation précise du lexique ;
- à la multiplicité des voies d'accès aux mots ;
- à l'expérience syntaxique et grammaticale ;
- aux aptitudes cognitives et mnésiques ;
- aux habiletés sociales ;
- aux connaissances professionnelles et culturelles ;
- à l'affectif, à l'imagination et à la créativité.

Un travail régulier permet d'améliorer l'esprit déductif. En fonction du contexte et du sujet de la conversation, le cerveau est capable d'émettre des hypothèses pour accéder au sens du discours de manière cohérente. Des contre-sens sont possibles et peuvent se jouer sur la mal-compréhension d'un seul mot sur toute une phrase.

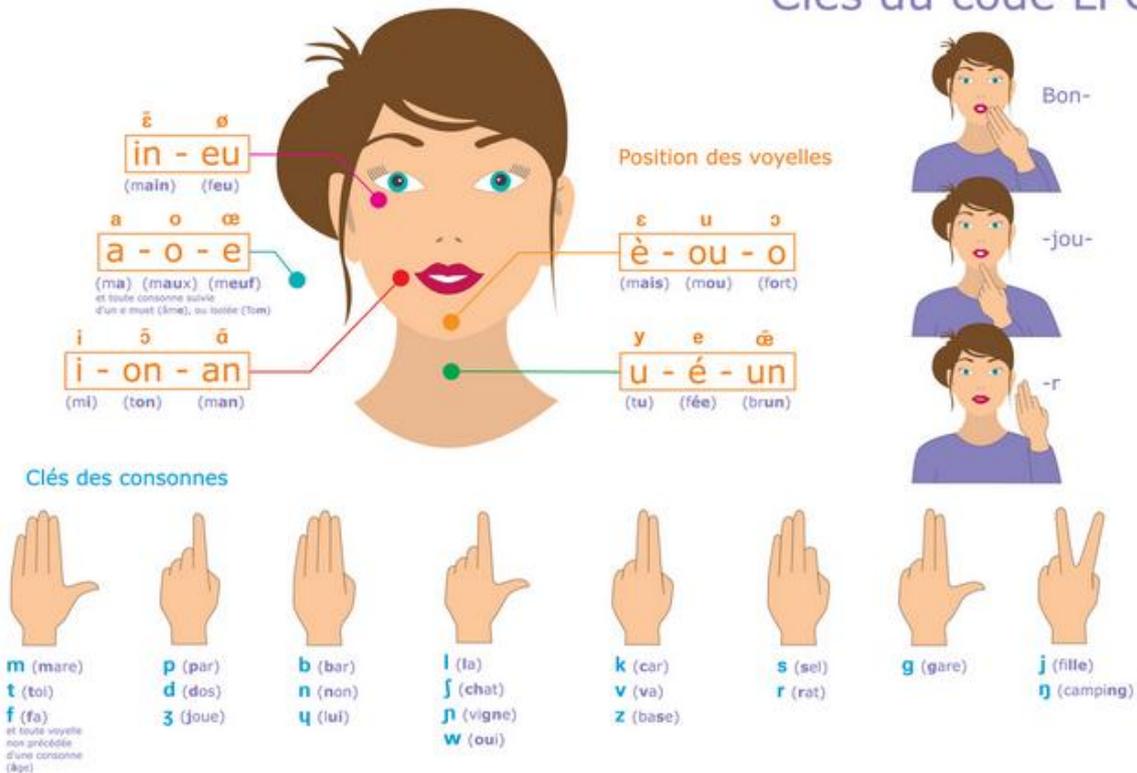
### 3.4.3. La Langue française Parlée Complétée (LPC)

La LPC est un complément à la langue orale et à la lecture labiale. Elle différencie les sosies labiaux. Chaque image labiale est complétée par un geste spécifique, une « clé », créant ainsi une image visuelle unique (lèvres + clé) (52).

Ce système permet de coder et de différencier avec la main tous les sons de la langue française (57). En complément de la compréhension auditive et de la lecture labiale, elle permet à une personne sourde ou malentendante de mieux lire sur les lèvres pour mieux apprendre et mieux comprendre la langue française avec sa structure grammaticale, son vocabulaire et ses subtilités. Les personnes reçoivent plus confortablement le français oral dans toute sa précision. Dans des circonstances particulières notamment dans les situations bruyantes (repas de famille, réunions professionnelles, fond musical) ou lorsque les aides auditives sont éteintes (au moment du coucher, de la toilette), la LPC est une véritable aide. Ce code permet également de comprendre des messages longs et complexes avec plus de facilité et moins de fatigue (57).

La LPC consiste à accompagner la parole de gestes effectués autour du visage à l'aide de la main. Le code LPC comprend cinq positions au niveau du visage qui codent les voyelles et huit configurations digitales qui codent les consonnes. En associant une consonne et une voyelle, on obtient alors la syllabe LPC ou clé LPC (figure 15) (57).

## Clés du code LPC



Source : codeurs-lpc31.fr

Figure 15. Clés du code LPC

Par exemple, le mouvement des lèvres est le même lorsqu'on prononce les mots « pain », « main » et « bain ». Il s'agit de sosies labiaux (figure 16). Le geste de la main effectué près du visage permet d'éviter les ambiguïtés liées à la lecture labiale (5).



Source : Informer les personnes sourdes ou malentendantes, partage d'expériences. INPES.

Figure 16. Sosies labiaux différenciés par le code LPC

### 3.4.4. La Lanque des Signes Française (LSF)

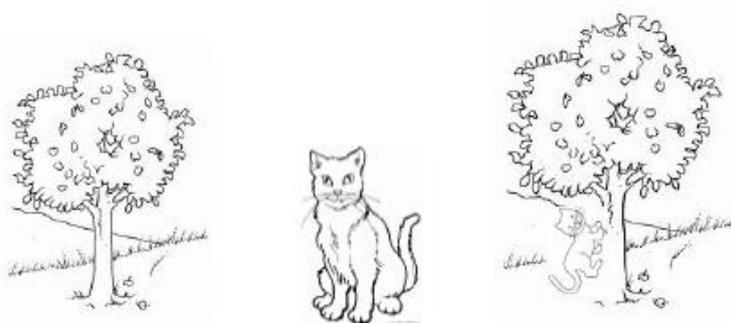
La LSF est une langue à part entière pratiquée par des centaines de milliers de personnes sourdes en France mais aussi par les professionnels en contact avec les malentendants (orthophonistes, enseignants...).

C'est une langue visuelle qui associe gestes, mouvements corporels et qui, comme toute langue, possède une structure propre, une syntaxe et une grammaire à part entière, différente de celle du français.

La particularité de la LSF réside dans le fait qu'elle utilise le champ visuel et spatial en utilisant les gestes ainsi que les mouvements du corps ou encore l'expression du visage, de telle sorte que l'on lui reconnaît une véritable dimension linguistique (58). Les signes sont basés sur l'utilisation des gestes, du regard et de l'espace : les configurations des mains, leur emplacement, leur orientation et leur mouvement forme des signes qui équivalent à des mots. La disposition de ces signes ainsi que la direction du regard permettent de visualiser les relations, le temps. Le visage et le mouvement des épaules servent aussi à exprimer les nuances du discours (59).

Une phrase n'est pas l'enchaînement d'un sujet puis d'un verbe et enfin d'un complément. L'expression de la pensée suit l'ordre des perceptions à la manière d'un réalisateur de films : installation du décor, mise en place des objets et accessoires, arrivée des personnages et enfin démarrage des actions. Si plusieurs actions sont décrites, elles suivent un ordre chronologique. Les idées s'enchaînent selon un ordre visuel et spatial exprimé par les mouvements corporels dans l'espace.

Par exemple, pour la formation d'une phrase descriptive comme : « Le chat monte dans l'arbre. » (figure 17). On signe d'abord l'objet (l'arbre) puis le sujet (le chat) et enfin l'action (mouvement du chat qui grimpe) (60).



Source : Communiquer avec une personne sourde ou malentendante. Les carnets de la Persagotière.

**Figure 17.** « Le chat monte dans l'arbre » en LSF

C'est une langue gestuelle en trois dimensions dont l'amplitude des gestes, la posture du corps et l'expression du visage sont très importantes. Ainsi, il est possible de dire « je n'aime pas trop », « je n'aime pas », « je déteste » avec le même signe. Dans ce cas-ci, seules la mimique faciale et la fluidité du geste diffèrent. Il n'y a pas de conjugaison ou de temps comme en langue française (46).

La LSF se sert également d'un alphabet manuel nommé la dactylologie française (annexe 2) pour épeler certains mots de la langue française (59). A chaque configuration de la main correspond une lettre (61).

La dactylologie permet de faire appel à des mots qui n'existent pas en LSF tels que les noms propres ou les noms des médicaments. Le recours à ces configurations de la main est obligatoire pour certains termes. Epeler chaque nom est long, fastidieux et avec un risque de confusion important. Il peut donc être proposé l'utilisation de certains signes ou le passage à l'écriture (62).

Par exemple, pour le « paracétamol », la dactylologie correspondrait à (figure 18) :

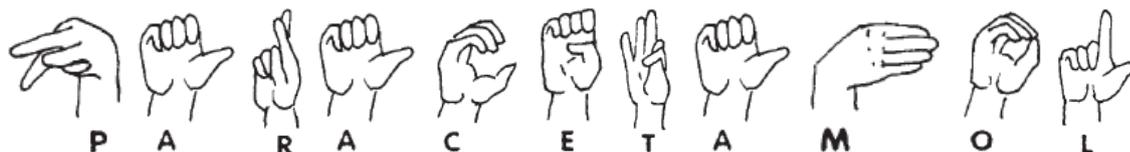


Figure 18. Suite de signes pour épeler le mot « paracétamol »

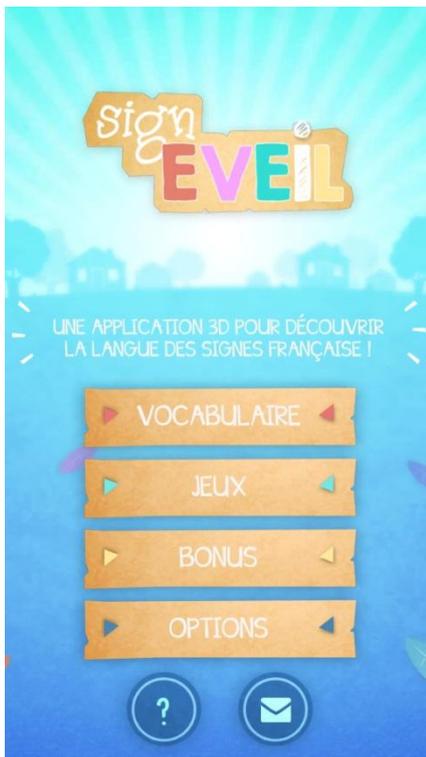
Cette suite de signes a donc évolué, parmi la population sourde et malentendante, vers le signe « jaune » (63) qui fait référence à la couleur de la boîte de Doliprane® (figure 19).



Source : Dictionnaire 1200 signes. Monica Company.

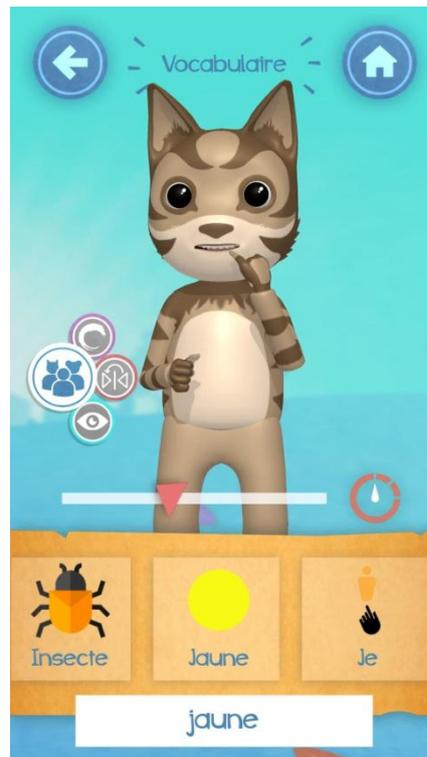
Figure 19. Signe correspondant à la couleur « jaune »

L'application « SignEveil » (64) permet de découvrir la LSF de manière ludique via un avatar 3D. Elle est disponible gratuitement sur *Smartphone* ou sur téléchargement (figure 20). Avec cet outil, on peut apprendre les mots de vocabulaire courant (figure 21) et des jeux sont disponibles pour vérifier l'acquisition des connaissances.



Source : Application SignEveil.

Figure 20. Page d'accueil de « SignEveil »



Source : Application SignEveil.

Figure 21. Représentation de l'avatar pour le signe « jaune »

### 3.4.5. La langue écrite

Que l'on s'exprime de préférence en langue française parlée ou en LSF, la maîtrise du français écrit est un facteur majeur d'intégration sociale et professionnelle pour les personnes sourdes et malentendantes (65). Le français écrit est maîtrisé de façon très variable par les personnes présentant un trouble auditif alors qu'il est une condition nécessaire à l'accès à l'information.

Les difficultés rencontrées par les patients pratiquant quotidiennement la LSF pour l'apprentissage du français écrit s'expliquent par des connaissances phonologiques compliquées à acquérir du fait du handicap auditif. De plus, la LSF étant dotée d'une syntaxe particulière propre à la pensée visuelle différente de celle du français, cela peut-être source de malentendus et de contre-sens (46).

Dans les situations bruyantes, la compréhension orale est parfois difficile. Des applications disponibles sur *Smartphone* comme, par exemple « AVA » (66), permettent désormais d'avoir accès à une transcription automatisée et en temps réel de la conversation. Les discussions en groupe peuvent alors être facilitées (65). Il existe

également des applications spécialisées dans la transcription écrite des appels téléphoniques telles que « RogerVoice » (67). Cependant, en raison de l'environnement bruyant et du débit de la parole, il peut-être utile de s'assurer de la bonne transcription du message sonore et de la bonne compréhension de celui-ci par la personne sourde ou malentendante.

#### 3.4.6. L'accompagnant et l'interprète

L'intervention d'une tierce personne dans le domaine de la santé soulève la question du secret professionnel qui s'impose pour le professionnel de santé envers son patient.

L'accompagnant est souvent un membre de la famille ou un ami proche qui connaît les difficultés de la personne concernée. Certains patients, par choix, par confort ou pour se rassurer, préfèrent la présence de ce membre à leurs côtés. Cependant, la présence d'un tiers ne permet pas la garantie et la qualité du secret professionnel. Elle enlève au patient une partie de son autonomie, son libre-choix et sa volonté de ne pas partager des informations confidentielles concernant sa santé. Cette tierce personne, bien qu'aidante et pensant bien faire, entre tout de même dans l'intimité du malade et peut-être un facteur limitant de l'échange. En effet, le patient peut-être amené à taire des symptômes, à éviter d'aborder des sujets ou à ne pas en approfondir d'autres par crainte de révéler des informations ou d'inquiéter son proche. Le pharmacien également, soumis au secret professionnel, peut ne pas aborder tous les sujets souhaités avec le patient (68).

L'interprète détient un diplôme et est soumis à un Code déontologique imposant le secret professionnel, la fidélité de la restitution des échanges et la neutralité. La question éthique de l'intervention d'un tiers dans la relation patient-professionnel de santé se pose toujours (46).

La présence d'un interprète concerne les patients parlant la LSF donc seulement une partie des patients déficients auditifs. Son intervention nécessite une demande auprès des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) d'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) donnant le droit à une subvention permettant de financer leur intervention.

### 3.4.7. Le dessin et le mime

L'utilisation du dessin ou du mime n'est pas optimale mais peut avoir un intérêt en complément d'autres moyens de communication pour comprendre un message et se faire comprendre. Lorsque les situations abordées sont imaginées, simples et que le pharmacien souhaite prendre le temps, une communication est possible par ce biais. Cependant, on en voit vite les limites lorsqu'il s'agit de parler d'une situation particulière, d'un questionnement sur un suivi de pathologie ou de grossesse, de dispenser un conseil, d'une information sur l'hygiène de vie. Ils peuvent débloquer une situation mais ne permettent pas de délivrer une information de qualité à la hauteur des connaissances acquises au cours de la formation de pharmacien d'officine. Il faut également penser au fait que certains patients souhaitent ou ont besoin d'une information complète non permis par ces moyens de communication.

Le dessin est fréquemment utilisé pour les explications ponctuelles ou les transmissions d'informations quotidiennes. Le mime est un outil couramment utilisé par les personnes sourdes parlant la LSF mais rarement par les personnes entendant qui n'ont pas l'habitude de « penser en gestes » (46).

### 3.4.8. Les pictogrammes

Le pictogramme est un signe figuratif qui représente un mot. Il peut-être associé à des symboles pour apporter plus de précision à l'information qu'il véhicule (figure 22).



Voie orale

Figure 22. Exemple de pictogramme pour la « voie orale »

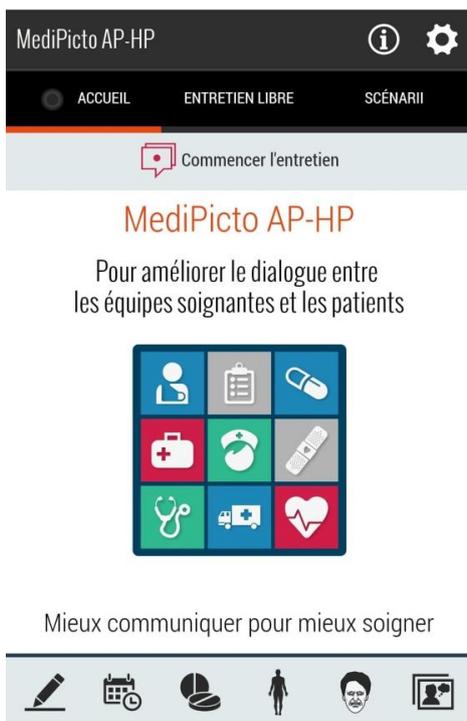
Ils sont valorisés dans de nombreuses études et considérés comme plus efficaces pour des adultes peu à l'aise avec le français écrit (69). Les pictogrammes améliorent la compréhension et la mémorisation des informations en aidant le patient à se concentrer sur le message principal et en réduisant la quantité d'informations à lire. De plus, ils améliorent l'observance car une personne qui comprend et retient le message délivré par le pharmacien est plus à même, par la suite, à l'accepter et à réaliser les actions

recommandées. Les patients apprécient l'utilisation des pictogrammes et préfèrent quand l'information écrite ou verbale sont combinées à l'information visuelle. Cependant, les pictogrammes, même sous forme de signes, n'ont pas une compréhension universelle car les représentations culturelles auxquels ils font appel sont parfois très différentes (62). Il est donc important que les pictogrammes ne soient pas utilisés seuls pour éviter le risque d'une mauvaise interprétation.

Le succès des pictogrammes dépend d'une conception rigoureuse et d'une évaluation utilisant une méthode appropriée et validée pour s'assurer qu'ils soient compréhensibles par tous. La United States Pharmacopeial Convention (USP) a commencé le développement de pictogrammes standardisés spécialement conçus pour la pharmacie. Elle définit les pictogrammes pharmaceutiques comme des images graphiques aidant à communiquer les instructions sur les médicaments, les précautions d'emploi et les signes d'alerte pour les patients (annexe 3). Elle met à disposition gratuitement et en ligne 81 pictogrammes certifiés (70).

Une application gratuite, disponible sur Internet et sur *Smartphone*, « Medipicto AP-HP » (71) a été développée par des médecins de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour faciliter la prise en charge des patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension. Cela peut concerner, par exemple, une situation de handicap, une fatigue importante, des difficultés d'expression liées à l'âge, à une maladie évolutive ou encore une barrière linguistique.

Le professionnel de santé télécharge l'application sur l'ordinateur ou sur son *Smartphone* et peut ensuite l'utiliser gratuitement en mode hors connexion (figure 23). L'identification du patient paramètre l'entretien et propose des pictogrammes adaptés (adulte/enfant, masculin/féminin), sous-titrés en français et dans la langue sélectionnée (figure 24).



Source : medipicto.aphp.fr

Figure 23. Page d'accueil de « MediPicto »



Source : medipicto.aphp.fr

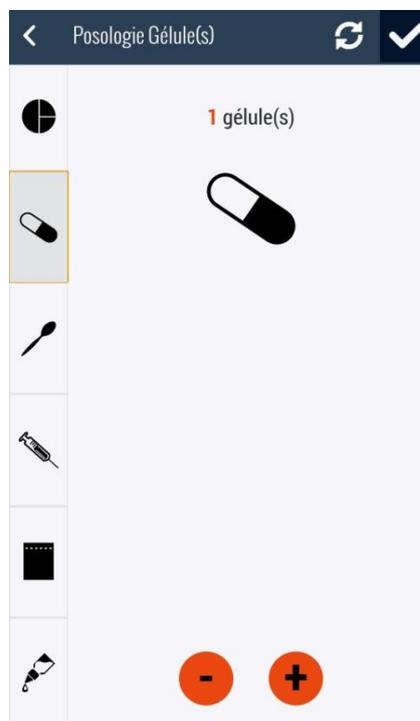
Figure 24. Identification du patient

Les pictogrammes (figure 25) facilitent l'interrogatoire et permettent d'expliquer une prise en charge ou un examen, d'établir un diagnostic, de préciser une posologie (figure 26).



Source : medipicto.aphp.fr

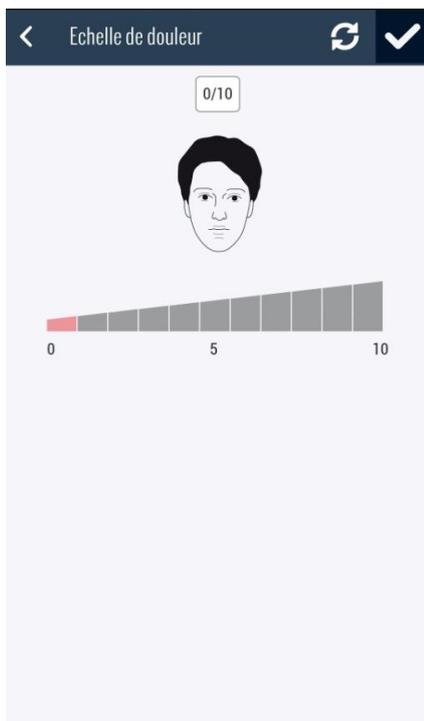
Figure 25. Banque de pictogrammes



Source : medipicto.aphp.fr

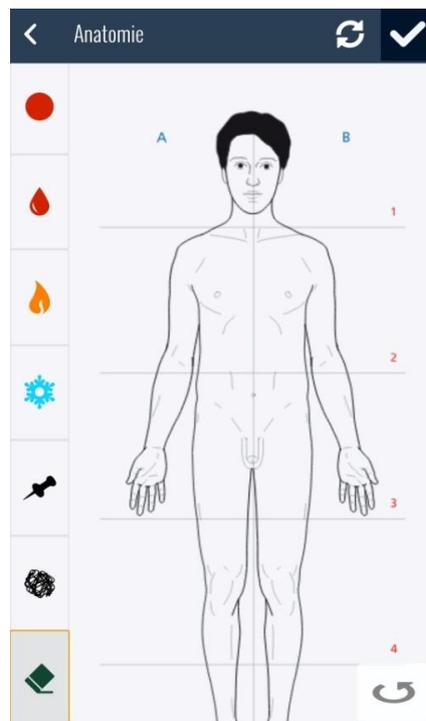
Figure 26. Préciser une posologie

L'accès à des outils complémentaires comme l'échelle de douleur (figure 27), l'anatomie (figure 28), l'évaluation du temps affine les questions et les réponses.



Source : medipicto.aphp.fr

**Figure 27. Echelle de douleur**



Source : medipicto.aphp.fr

**Figure 28. Anatomie**

A chaque étape, le patient peut dire s'il a compris la question ou le message à l'aide de trois pictogrammes : oui/non/je ne comprends pas et peut également avoir accès à un clavier de saisie. A tout moment, il peut interagir avec le soignant en accédant à une banque de pictogrammes lui permettant d'exprimer un état ou un besoin.

L'utilisation de pictogrammes comme outil de communication pourrait donc aider les pharmaciens en complément des informations orales et écrites pour faciliter la prise des médicaments et éviter les erreurs. L'objectif final est l'amélioration de la sécurité des médicaments et de l'observance des patients.

### 3.5. Comment établir une communication de qualité entre patient et soignant ?

#### 3.5.1. Définition d'une communication de qualité

La communication passe par le dialogue qui « symbolise la réciprocité de la production de sens dans l'échange ». Le dialogue avec le pharmacien « contribue notamment à la bonne compréhension des enjeux du traitement et à son bon usage par le patient ». Ainsi, une communication de qualité fait indéniablement référence à l'acte de dispensation du médicament au comptoir.

L'article 35 du Code de déontologie médicale (72) précise que le médecin doit « *une information loyale, claire et appropriée (...). Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* »

Cela est vrai pour le médecin mais s'appliquerait tout aussi bien à l'information délivrée par le pharmacien. Cette information loyale, c'est-à-dire honnête et exacte, claire et appropriée, tenant compte du patient paraît être une approche pour une bonne communication. Pour qu'une communication soit de qualité et efficace, il faut qu'elle soit le fruit d'une rencontre entre un patient avec une demande et un pharmacien qui tente de répondre à celle-ci. Elle doit donc être le résultat d'une interaction. Pour rappel, l'interaction est une communication réciproque où la façon de communiquer de l'un influe sur l'autre et vice-versa.

Pour délivrer un message de qualité au patient, des éléments sont importants (figure 29).

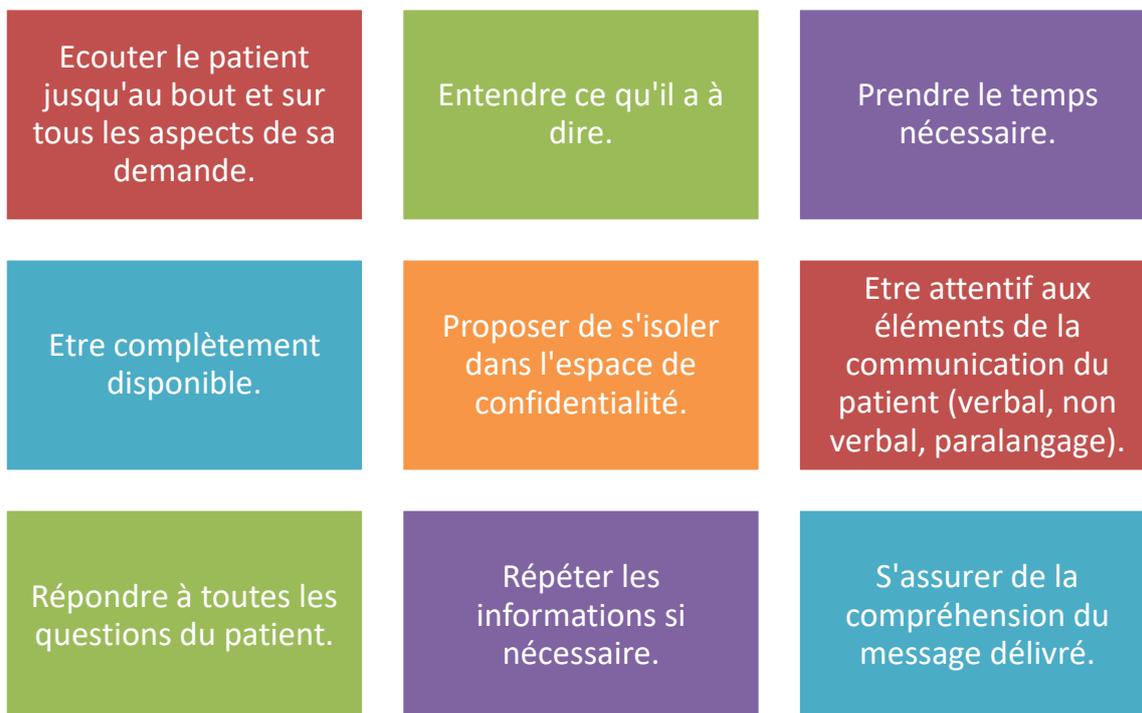


Figure 29. Conseils pour un message de qualité

Pour accueillir et informer les personnes concernées dans de bonnes conditions, il est nécessaire de prendre en compte les difficultés qui peuvent se poser et d'avoir de bonnes pratiques de communication qui permettront de les dépasser (73).

### 3.5.2. Les clés d'une communication de qualité

Mal entendre suppose de déployer des efforts importants pour s'adapter à l'environnement. Les aides auditives améliorent l'audition des personnes sourdes et malentendantes mais ce sont également les bonnes habitudes adoptées au quotidien qui permettent de compenser ce que la technique ne peut apporter. Si l'interlocuteur prend conscience des difficultés propres aux personnes sourdes et malentendantes, il peut facilement les aider à les dépasser (45).

Grâce à quelques conseils, le pharmacien peut favoriser une meilleure communication avec les personnes qui ont des difficultés à bien entendre (45). Ils facilitent la compréhension mutuelle et le dialogue avec le patient afin d'assurer une meilleure prise en charge (49) (annexe 4) :

- si la personne est appareillée, vérifier qu'elle porte bien son appareil et qu'il fonctionne correctement ;
- s'exprimer du côté où la personne entend le mieux si elle entend moins d'une oreille ;
- utiliser le débit habituel de parole, ajuster l'intensité de la voix, articuler clairement ;
- faire des phrases courtes, correctes et complètes, utiliser des mots courants, éviter les consonances identiques ;
- faire des pauses en parlant ;
- rendre visible la bouche : se positionner de face, à hauteur et si possible à faible distance, ne pas la cacher derrière un document ou un ordinateur, ne pas mettre la main devant, ne pas mâcher de chewing-gum, se souvenir qu'une barbe ou une moustache peut rendre difficile la lecture labiale, ne pas tourner le dos, faire en sorte que le visage soit éclairé, ne pas se positionner à contre-jour ;
- choisir un endroit calme, éviter ou atténuer les bruits de fond ;
- être disponible, ne pas faire deux choses en même temps ;
- s'assurer que la personne regarde avant de parler, attirer son attention par un petit signe de la main ;
- expliciter clairement les changements de sujet ;
- répéter et reformuler la phrase si nécessaire ;
- poser une seule question à la fois ;
- mettre à disposition des moyens techniques (SMS, email, BIM ...) ;
- écrire si possible et si besoin, notamment les noms propres et les nombres ;
- accompagner la parole de gestes simples et d'expressions du visage ;

- tenir compte de l'effort demandé, de la fatigue qui en résulte ainsi que des difficultés particulières qui peuvent être liées à des maladies bénignes (rhume par exemple) ;
- s'assurer que la personne a bien compris en lui demandant de résumer ce qui a été dit ;
- être patient, prendre le temps nécessaire, ne pas s'énerver si on demande de répéter ;
- ne pas crier ;
- être agréable et souriant.

### 3.6. Outils comme aide à la compréhension de l'ordonnance et pour faciliter l'observance

#### 3.6.1. Les difficultés qui se posent

En tant que pharmacien, il est primordial de s'assurer que le patient ait bien compris son ordonnance et ait bien toutes les clés en main pour prendre son traitement de la façon la plus sécurisée possible. Cette étape de conseil pharmaceutique est d'autant plus importante dans le cas où le patient présente une déficience auditive car il faut penser à vérifier que l'information est comprise.

7% de la population adulte âgée de 18 à 65 ans ayant été scolarisée en France est concernée par l'illettrisme (74). L'illettrisme est défini par « *des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans des situations simples de la vie courante* » (75).

Le rapport Gillot relève un taux d'illettrisme de 80% dans la population sourde (13). Dr Gillot précise d'ailleurs dans son rapport : « *A l'heure actuelle, l'identification statistique de la population sourde doit être considérée avec une certaine prudence. En effet, en l'absence de données officielles, les sources officieuses peu nombreuses font parfois un amalgame de situations hétérogènes qui ne recouvrent ni la même déficience, ni les mêmes besoins, tant en terme de réponse éducative, sociale, que professionnelle* » (13).

S'agit-il de surdit   inn  e ou acquise ? S'agit-il de personnes signant ou oralisant ? Quelle place ont les personnes   g  es malentendantes ? Il n'y a pas d'informations plus pr  cises.

L'illettrisme est donc    prendre en compte dans la mesure o   il peut exister et alt  rer la compr  hension d'une ordonnance.

La rédaction des ordonnances par ordinateur ainsi que des conseils associés permettent de s'affranchir de l'écriture parfois peu lisible ce qui lève un premier frein à la compréhension.

La LSF est dotée d'une syntaxe particulière qui fait que les personnes sourdes parlant la LSF ne comprennent pas toujours l'enchaînement des mots et des actions à effectuer lors de la lecture d'une ordonnance. Cette appropriation imparfaite des subtilités de la langue française peut être source de malentendus, d'incompréhensions ou de mauvaises interprétations. Il est donc essentiel que les termes nommés « mots outils » à savoir : avant, après, ensuite, avec, le, la, dans, au, puis, pour, si, sauf, entre... aient bien été compris. Il peut être nécessaire de reprendre les actions temporelles (62), (76).

Par exemple, « prendre un comprimé 1/4 h avant le repas » sera retranscrit par :

- Premièrement, **prendre le comprimé** ;
- Deuxièmement, **attendre 1/4h** ;
- Troisièmement, **manger**.

On peut également être particulièrement attentifs sur :

- la **compréhension des abréviations** (cp pour comprimés, gttes pour gouttes, qsp pour quantité suffisante pour...);
- la **durée de traitement** ;
- les **modalités de prise** ;
- et le **mode d'administration**.

Les informations importantes peuvent être mises en évidence en les surlignant. Nous pouvons également éclairer les mots de vocabulaire qui pourraient être incompris comme « hebdomadaire » qui correspond à « une fois par semaine » en fixant un jour précis. On peut également classer les médicaments par pathologie traitée si cela favorise la compréhension de l'ordonnance par le patient (43).

### 3.6.2. Comment favoriser une communication de qualité ?

Il existe de multiples façons de favoriser le dialogue autour d'une ordonnance et de s'assurer que la personne sourde ou malentendante l'ait bien comprise. Comprendre vient du latin « cum » qui signifie « avec » et « *prehendere* » : « prendre, saisir » d'où « saisir

ensemble » (77). L'idée est donc que le pharmacien puisse donner une information que le patient possède et l'emporte avec lui lorsqu'il quitte l'officine.

L'INPES relève dans son rapport de 2012 que « *même lorsque l'écrit est compris et l'oral maîtrisé, des sourds indiquent un manque de confort et de plaisir dans la lecture et de fait un manque d'appétence pour celle-ci délaissée au profit d'informations plus visuelles* » (6). A l'officine, nous pourrions mettre à disposition des personnes présentant une déficience auditive des supports imagés et visuels concernant des problématiques de santé publique et de la vie quotidienne pour accompagner la délivrance.

Pour donner une explication visuelle, nous pouvons réaliser des plans de prise sous forme de tableau pour lever les doutes, comprendre les erreurs du patient et faciliter la prise médicamenteuse surtout lorsqu'elle est étalée dans la journée. Nous pouvons également recourir à des images pour expliquer un mode de prise ou une action à effectuer. Cette méthode est cependant à utiliser avec prudence. Lauranne Coignard évoque le fait que les pictogrammes ne sont pas toujours bien interprétés et peuvent concourir à des risques de contre-sens ou d'erreurs de prise médicamenteuses qui sont potentiellement dangereuses (62).

Le temps est perçu différemment dans la population sourde et malentendante. Il est possible de souligner ou de surligner les différentes durées pour les mettre en évidence ou de rassembler les traitements selon leur durée. La date écrite en toutes lettres semble plus claire que celle notée sous la forme jj/mm/aa. L'utilisation d'un calendrier est également possible. Il présente l'avantage d'être un bon repère visuel mais peut être long à remplir s'il y a beaucoup de médicaments sur l'ordonnance.

Lors de l'étape de délivrance, il ne faut surtout pas hésiter à répéter et à faire répéter la personne. La reformulation par le patient permet au pharmacien de s'assurer que l'information perçue est identique à celle notée sur l'ordonnance et de limiter le risque iatrogène. On peut également noter les posologies sur les boîtes.

Une méthode conviendra bien à un patient donné mais ne conviendra pas à toute la population sourde et malentendante qui est très hétérogène. Il paraît essentiel de s'adapter à la personne qui est en face de nous au comptoir, quelque soit la situation qui se pose.

### **En quelques mots...**

- Les dysfonctionnements dans la communication peuvent amener à des incompréhensions entre le pharmacien et le patient. Le repérage des signes est important pour une meilleure prise en charge.
- Des outils et des conseils aident le pharmacien à compléter l'information orale pour favoriser la compréhension et le dialogue.

## **4. L'accessibilité des lieux**

### **4.1. Solutions architecturales**

#### **4.1.1. L'espace au comptoir**

Sur le plan des aménagements (qui peuvent intégrer la mise en place d'aides techniques), les grands principes pour faciliter l'accessibilité sont :

- **prendre en compte le bruit de fond** pour favoriser l'intelligibilité et éviter les nuisances sonores ;
- **dédoubler toute information sonore** sous forme visuelle (ou autre support) ;
- **prendre garde à la qualité des indications visuelles** pour qu'elles soient harmonisées, lisibles et compréhensibles ;
- **veiller à ce que l'éclairage permette d'accéder aux informations visuelles** et d'éviter les phénomènes d'éblouissement pour la lecture labiale.

Lorsqu'une information sonore est donnée sous la forme d'un message vocal, ce dernier ne doit pas seulement être audible mais également être intelligible, à savoir saisi et compris par l'auditeur. Les paramètres qui influencent l'intelligibilité d'un message sont (35) :

- la **réverbération du bruit** ;
- la **taille** et la **forme de la pièce** ;
- l'**intensité du bruit de fond** ;
- la **nature des matériaux** utilisés pour l'infrastructure (murs, plafonds).

A l'officine, les éléments qui favorisent la communication sont :

- une bonne organisation de l'espace ;
- un espacement suffisant entre les comptoirs ;
- une prise en compte et une gestion du bruit de fond (conversations, bruit de l'automate, climatisation, claquement des tiroirs, imprimantes et scanners, ventilation des ordinateurs, enfants qui jouent dans l'espace jeux...);
- un ajustement du volume de la voix : une difficulté se pose spécifiquement lorsque le personnel de l'officine souhaite parler à voix basse pour préserver la confidentialité.

#### 4.1.2. L'espace de confidentialité

A l'officine, la confidentialité est primordiale. Cette notion n'est pas toujours respectée. Très fréquemment, une simple ligne au sol est tracée afin de déterminer une limite de confidentialité mais on entend bien, même placé assez loin du comptoir. Du moins, on comprend le sujet de discussion même si l'on perçoit quelques bribes (49). Le pharmacien, pour être entendu du patient, est obligé de parler assez fort.

L'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine (28) rend obligatoire l'espace de confidentialité et précise : « *La dispensation des médicaments s'effectue dans des conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers (article R.5125-9 du CSP). Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité.* »

L'espace de confidentialité est donc impératif pour une communication de qualité. Le discours qui se fait en tête à tête dans cet espace n'a pas la même teneur qu'un dialogue qui peut être entendu par d'autres. Cet espace dédié doit être proposé lorsque la situation l'exige et à chaque fois que le patient en fait la demande. Cet espace rend l'entretien complètement confidentiel.

L'article 4 du Code de déontologie médicale (article R. 4127-4 du CSP) dit que « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* » Celui-ci s'applique également au pharmacien qui est lui aussi soumis au secret professionnel (article R. 4235-5 du CSP).

#### 4.2. Solutions techniques

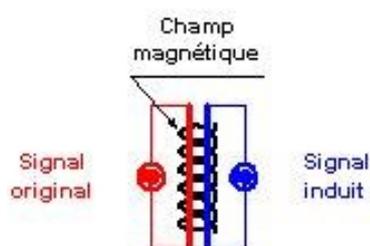
L'utilisation appropriée des dispositifs d'aide à l'audition (appareils auditifs, implants cochléaires), des technologies d'aide à la compréhension (BIM, système HF, sous-titrage), des adaptations environnementales et le soutien social, facilite l'accès à la communication, à l'information et à l'égalité des chances des personnes vivant avec une déficience auditive (78).

#### 4.2.1. La Boucle à Induction Magnétique (BIM)

La BIM permet aux personnes sourdes et malentendantes appareillées de compenser leur handicap en distinguant les informations utiles du bruit ambiant. Le système de bobine à induction magnétique fonctionne par réception directe dans les appareils auditifs du message oral amplifié provenant d'une source extérieure. La communication est donc plus aisée. La qualité d'écoute en milieu bruyant est améliorée par la suppression des bruits environnants et l'accès au message oral est favorisé. La personne déficiente auditive se retrouve ainsi dans les mêmes conditions que si elle était dans un environnement calme avec un interlocuteur unique. La compréhension est ainsi nettement améliorée.

L'appareil auditif doit être équipé d'une « position T » pour « *Telecoil* » qui désigne la bobine présente à l'intérieur des aides auditives. Une fois la « position T » activée, la personne n'entend plus que le son provenant de la boucle magnétique. Certains appareils proposent une « position MT » qui permet de recevoir les deux sources sonores en même temps : celle issue du micro de la prothèse ou de l'implant et celle issue de la BIM.

Lorsqu'un courant alternatif parcourt un conducteur électrique, il se crée un champ magnétique autour de ce dernier. Si un autre conducteur baigne dans ce champ magnétique, il apparaît à ses bornes un signal électrique identique au premier. On parle alors de signal « induit », d'où le terme d'induction (figure 30) (79).

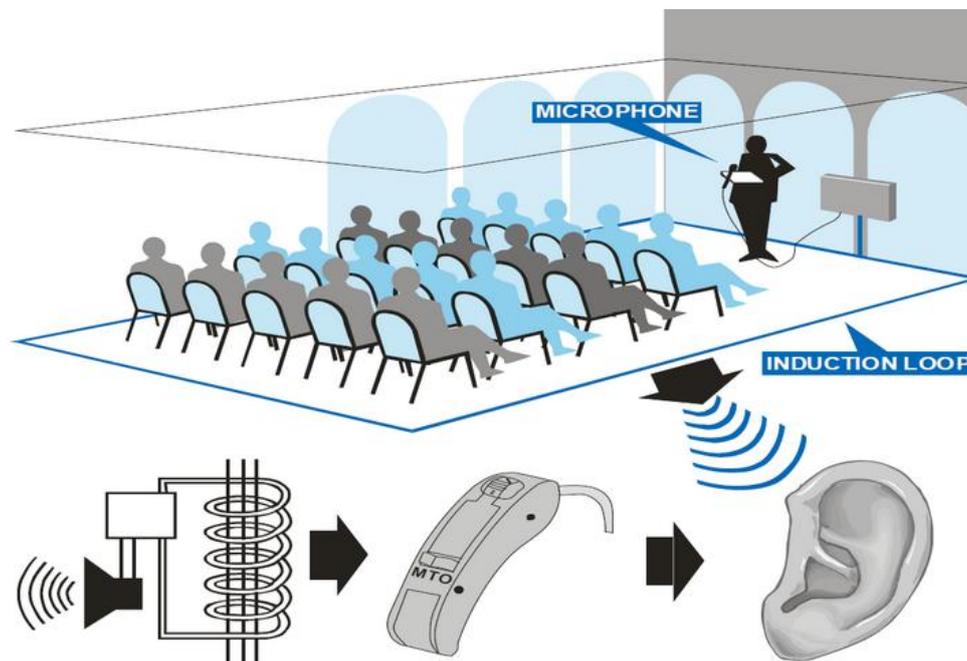


Source : FAQ boucle d'induction magnétique. BIM Concept France.

**Figure 30. Principe de l'induction magnétique**

L'amplificateur amplifie le signal d'entrée qui provient d'une source (télévision ou radio, installation sonore, microphone) et l'envoie sous la forme d'un courant électrique à la boucle constituée d'un fil de cuivre. Le circuit ainsi formé crée un champ magnétique qui permet de diffuser des ondes à partir du signal sonore. Ces ondes sont reçues par la bobine à induction qui se trouve dans la prothèse auditive ou l'implant cochléaire mis en « position T ». La bobine à induction détecte les fluctuations dans le champ magnétique et les

transforment en courant alternatif qui sera lui-même transformé en son. Enfin, ce signal audio est traité par les aides auditives (figure 31) (80).



Source : majorcom.fr

**Figure 31. Fonctionnement de la Boucle à Induction Magnétique**

La BIM peut-être installée à un guichet d'accueil ou d'information, dans une salle de réunion, un lieu culturel, un restaurant, ou en extérieur... Il n'y a pas de limite théorique. Un boîtier de BIM pourrait donc être installé au niveau d'un comptoir à l'officine.

Les lieux équipés d'une BIM présentent le logo « oreille barrée avec un T » (figure 32).



Source : majorcom.fr

**Figure 32. Logo indiquant l'accessibilité d'un lieu avec une boucle magnétique**

L'installation d'une BIM doit respecter la norme NF-EN 60118-4 qui définit un niveau normalisé de l'intensité du champ magnétique maximum à 0 dB = 400 mA/m avec un signal de niveau constant plus ou moins 3 dB dans une bande de fréquence de 100 à 5000 Hz et pour une hauteur moyenne d'écoute de 1,2 m en position assis et 1,70 m pour une personne debout. Le bruit de fond (dérangement du champ magnétique) doit être inférieur à 32 dB afin d'assurer une bonne intelligibilité (80).

L'arrêté du 8 décembre 2014 (21) stipule que « *les accueils des établissements recevant du public remplissant une mission de service public (quelle que soit leur catégorie) ainsi que les établissements recevant du public de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> catégorie sont équipés obligatoirement d'une boucle à induction magnétique* ».

La fédération d'associations de personnes d'associations de personnes malentendantes Bucodes SurdiFrance a rédigé un document le 23 octobre 2014 à l'intention des gestionnaires de salles pour leur apporter des informations concernant le fonctionnement d'une boucle magnétique et l'origine de certains dysfonctionnements (81) :

- un **bruit de fond** dû à une pollution magnétique locale générée par certains équipements (ligne électrique de haute puissance, machinerie d'ascenseurs, éclairage, port USB 3.0...) peut gêner l'intelligibilité ;
- un **bruit de type « ronflement »** peut survenir car il est possible que la boucle récupère des parasites via les lignes audio ou via la sonorisation sur laquelle elle est raccordée ;
- un **niveau audio trop faible** dans la boucle est dû aux amplificateurs qui sont sous-dimensionnés et qui ne fournissent pas l'intensité nécessaire à leur bon fonctionnement ;
- un **niveau audio anormalement irrégulier** selon l'emplacement de la boucle qui doit être positionnée à une hauteur convenable et non au sol ou au plafond comme trop souvent préconisé. Il faut, par ailleurs, tenir compte des effets du métal présent dans l'environnement qui affaiblit le champ magnétique et affecte la qualité du son ;
- une **mauvaise qualité du signal audio** avec un son pauvre et une bande passante réduite est dû à l'amplificateur qui n'offre pas les performances requises ;
- une **interférence entre des boucles avoisinantes** peut être évitée en éloignant les boucles les unes des autres car le champ magnétique déborde autour d'elles et cause une diaphonie (80).

#### 4.2.2. Le système radio Haute-Fréquence (HF)

Pour ne pas être gêné par le bruit environnant, les personnes sourdes ou malentendantes peuvent recourir à un système de Modulation de Fréquence (FM) qui permet de recevoir la parole d'un interlocuteur privilégié directement dans les aides auditives (82).

Grâce à un émetteur (micro-cravate porté par l'interlocuteur, boîtier mobile et orientable vers la source sonore), le son est véhiculé jusqu'à un récepteur (micro HF) fixé sur la prothèse auditive de la personne sourde ou malentendante. Le système FM est utilisé pour la transmission HF du micro sur un même canal. Ainsi, la parole de cet interlocuteur devient prépondérante par rapport aux bruits environnants (82).

Cette aide technique permet de recevoir un message sonore d'une source bien identifiée sans être gêné par le bruit environnant, tout particulièrement dans les contextes de groupe (réunions, conférences, repas ou scolaire). Les personnes sourdes ou malentendantes doivent fournir des efforts importants pour suivre ce qui se dit : la parole peut être perçue comme lointaine ou déformée, avec des informations qui peuvent échapper. Un système FM permet de mieux percevoir et de rendre moins fatigant l'effort fourni. Alléger les efforts liés à la réception du message permet de se concentrer sur le fond (82).

#### 4.2.3. Le système infrarouge

La transmission par infrarouge est choisie partout où la confidentialité est requise car les signaux infrarouges ne traversent pas les murs. L'émetteur est directement branché en sortie auxiliaire de la sonorisation en place. Les systèmes infrarouges faisant appel à une lumière invisible par l'œil peuvent nécessiter plusieurs émetteurs pour éviter les zones d'ombres d'une installation qui peut être plus compliquée qu'en HF. Les réglages nécessitent plus de temps et de précision. Ce système est de grande qualité, sans perturbation et garantit la confidentialité des échanges sur un périmètre de diffusion restreint. Il est notamment recommandé au niveau des guichets de banque, des compagnies d'assurances, des bureaux médicaux, des postes de télévision. Cependant, elle est beaucoup moins utilisée parce que l'installation est contraignante.

La liaison infrarouge nécessite un émetteur qui transforme les variations du son en variations d'un faisceau lumineux émettant en infrarouge hors du spectre visible et des récepteurs dont la sortie se branche soit sur une prise ad hoc de la prothèse auditive, soit sur une plaquette magnétique qui excite la bobine de la prothèse.

Le fonctionnement de la liaison infrarouge peut être perturbé par la lumière solaire et les lieux fortement éclairés. Par ailleurs, elle est peu utilisable si l'on a besoin de se déplacer car le récepteur doit toujours rester en vue de l'émetteur (13).

#### 4.2.4. Le système Bluetooth

Le système de connexion Bluetooth est de plus en plus utilisé dans les technologies actuelles. C'est un système de connexion sans fil qui permet de se connecter à des appareils électroniques à une distance proche (moins d'une dizaine de mètres), sans fil et permet la transmission d'une information sonore d'un émetteur à un récepteur.

Essentiellement utilisé pour communiquer avec le kit main-libre en voiture et écouter de la musique sans casque, le mode Bluetooth fait partie intégrante du mode de vie actuel. Aujourd'hui, cette technologie se retrouve dans presque tous les appareils électroniques : téléphones, ordinateurs, tablettes, voitures, montres, GPS...

La fonction Bluetooth est également intégrée dans les appareils auditifs actuels et les implants cochléaires. Ce dispositif facilite la vie des usagers en offrant une gestion simple et efficace des paramètres auditifs via le *Smartphone*. Il permet également de se connecter à de multiples appareils comme le téléphone fixe ou la télévision transmettant directement les ondes sonores dans l'aide auditive. Les prothèses auditives ne sont plus seulement des amplificateurs de son mais permettent aux utilisateurs de recevoir l'information en offrant une clarté supplémentaire dans l'environnement sonore quotidien. En effet, cette technologie sans fil permet d'améliorer significativement la qualité des conversations passées à partir des téléphones mobiles : le son est reçu directement dans les aides auditives, en bilatéral.

#### 4.2.5. Les applications de transcription textuelle sur Smartphone

Ces dernières années, beaucoup d'applications de transcription textuelle sont apparues sur Internet afin d'apporter aux personnes présentant une déficience auditive un complément d'information visuelle. Elles consistent à retranscrire simultanément la parole par écrit. Toutes ne sont pas performantes, avec des difficultés à transcrire en temps réel et de manière fidèle le message oral, mais certaines sont intéressantes à utiliser.

- L'application AVA (accessibilité audiovisuelle) (66), permet une retranscription instantanée de la parole. Elle intègre les sous-titres sur une conversation orale et retranscrit une conversation en face à face ou à plusieurs. Si on branche directement le téléphone sur l'ordinateur ou la radio, les sous-titres sont accessibles. L'application peut également être utilisée en association avec un microphone Bluetooth pour avoir un sous-titrage en direct de qualité. L'application est gratuite pour une utilisation jusqu'à cinq heures par mois.
- L'application Roger Voice (67) est une application mondiale pour sourds et malentendants qui sous-titre instantanément les appels téléphoniques. Elle peut se télécharger sur le téléphone mobile. Cette application peut être partagée avec d'autres personnes et les appels entre les différents utilisateurs sont gratuits. Un abonnement au forfait doit être souscrit pour entrer en communication avec les téléphones fixes (administration, médecin...).

### **En quelques mots...**

- Un bon aménagement des espaces dans l'officine peut apporter un confort dans l'écoute du patient présentant des troubles de l'audition.
- Diverses solutions techniques existent pour faciliter la communication en milieu bruyant.

## 5. Les fiches du pharmacien

Suite à l'étude menée auprès des pharmaciens d'officine, l'identification des difficultés dans la communication avec le patient en situation de handicap auditif m'a permis d'élaborer des fiches informatives à partir de supports d'information déjà existants :

- le site Internet **Surdi-Info** ;
- le guide **Les carnets de la Persagotière**. Communiquer avec une personne sourde ou malentendante ;
- le guide **SurdiFrance Bucodes**. Parler à une personne malentendante mode d'emploi ;
- l'ouvrage **Monica Companys**. Signe particulier : Sourds ! ;
- la thèse de **Loreleï Provot**. L'ordonnance visuelle : évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé ;
- le site Internet du **114**.

Ces fiches sont prêtes à l'utilisation et destinées au pharmacien d'officine pour une utilisation au comptoir. Elles synthétisent les conseils et les différents éléments abordés au cours de ce travail.

Ces fiches sont classées en deux catégories et sont rédigées selon un code couleur :

- La première catégorie porte sur le thème du comportement du pharmacien et l'attitude qu'il doit adopter vis-à-vis d'une personne sourde ou malentendante :
  - fiches bleues : outils de communication ;
  - fiches orange : clés de communication.
- La deuxième catégorie répertorie des supports de communication pour faciliter le dialogue avec le patient :
  - fiches vertes : pictogrammes/signes de LSF ;
  - fiches bordeaux : numéro d'alerte.

# Modes de communication

## L'oral.

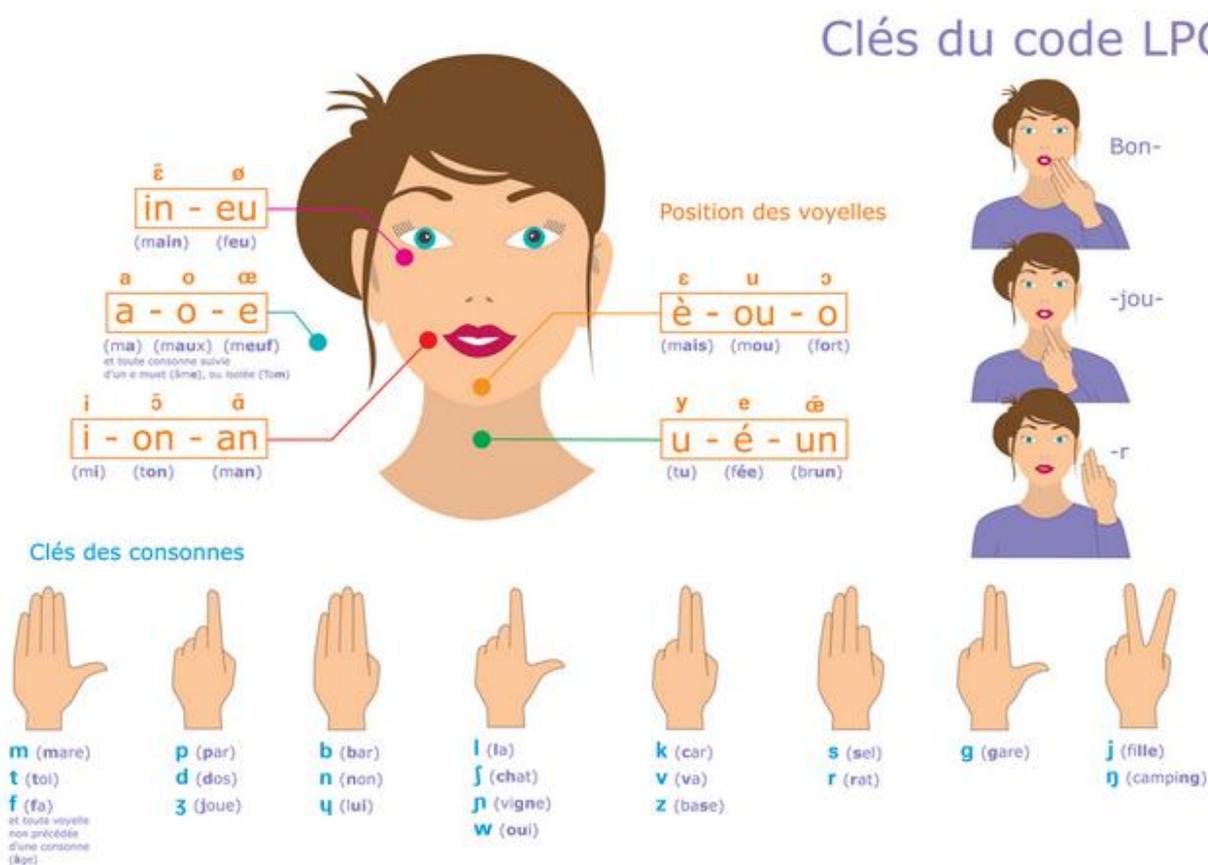
- Etre sourd ne veut pas dire être muet. Physiologiquement, les cordes vocales ne sont pas altérées par la perte auditive.
- Cependant, les capacités d'oralisation ne sont pas les mêmes pour tous ; certaines personnes parlent clairement et d'autres sont plus difficilement compréhensibles. L'absence de contrôle de modulation de la voix peut parfois rendre les propos inintelligibles. Avec l'habitude, la compréhension s'améliore.

## La lecture labiale.

- La lecture labiale est également nommée « lecture sur les lèvres ».
- Elle consiste à décrypter sur les lèvres de l'interlocuteur les mots qu'il prononce.
- La lecture labiale, à elle seule, ne permet pas de tout comprendre. Environ 30% du message oral émis est perçu par ce biais. Cela dépend de la prononciation de l'interlocuteur, de sa physionomie labiale (lèvres fines ou épaisses, barbe ou moustache...) mais aussi de la position de la personne qui parle (parler en montrant son visage, ne pas être à contre-jour, avoir un éclairage suffisant de la pièce).
- Avec la lecture labiale, la personne sourde reçoit en pointillé le message qui lui est transmis puis elle reconstitue le sens global du discours par la suppléance mentale. Cela ne lui garantit pas une bonne compréhension du message et peut entraîner des malentendus et des quiproquos.
- C'est pourquoi les personnes sourdes et malentendantes ont besoin d'informations complémentaires comme le contexte, les gestes, l'écrit ou la LSF.

## La Langue française Parlée Complétée (LPC).

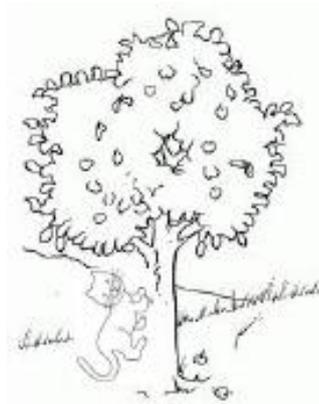
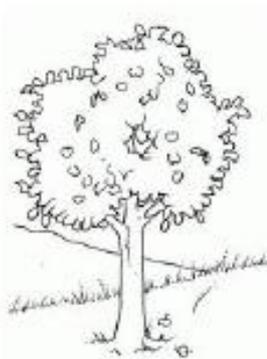
- En complément de la langue française orale et de la lecture labiale, les personnes peuvent avoir recours à la LPC.
- Chaque phonème prononcé correspond à un geste de la main autour du visage. A ce son, ce geste associe une des cinq positions de la main à l'une des huit clés effectuées avec les doigts. C'est la combinaison de ces clés et des positions de la main qui permet à la personne de différencier les sosies labiaux.
- Par exemple, si l'on prononce les mots « pain », « main » et « bain », les lettres « P », « M » et « B » ont des formes de lèvres identiques. Le principe de la LPC est de coder différemment, avec la main, ces images labiales similaires.



Source : codeurs-lpc31.fr

## La Langue des Signes Française (LSF).

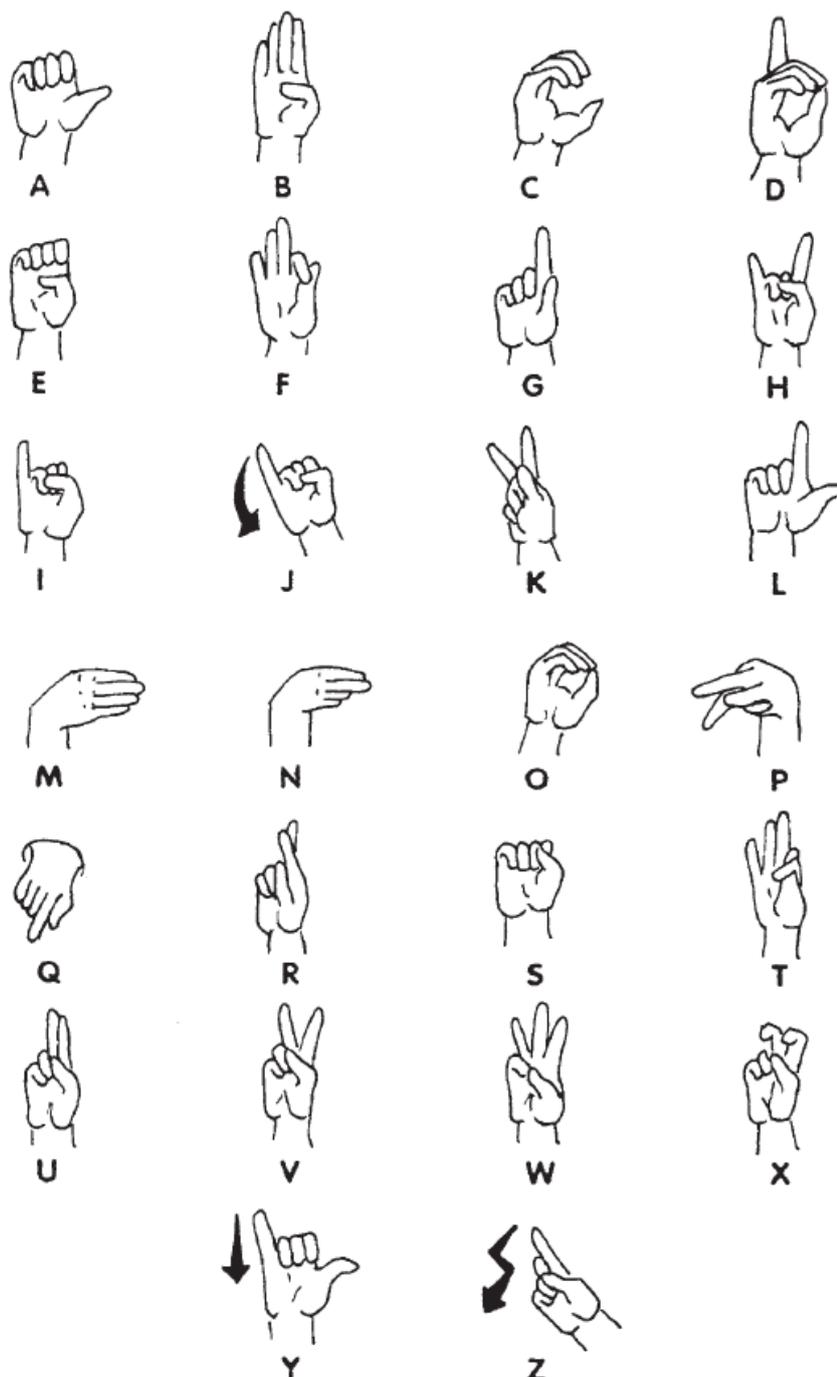
- C'est une langue à part entière. Elle possède sa syntaxe, sa grammaire, son vocabulaire, ses variations régionales et aussi ses différents niveaux de langage.
- C'est une langue visuelle.
- En LSF, le décor vient en premier, puis le personnage et enfin le verbe d'action, ce qui la différencie de la grammaire française.
- Par exemple, « Le chat monte dans l'arbre. » correspond en LSF à : signe [arbre] + signe [chat]+ mouvement du chat qui grimpe.



Source : Communiquer avec une personne sourde ou malentendante. Les carnets de la Persagotière.

## La dactylogogie.

- La dactylogogie permet de présenter chaque lettre de l'alphabet avec une position des doigts de la main. On peut ainsi épeler un nom propre, un prénom, un nouveau mot dont on ne connaîtrait pas le signe comme un nom de spécialité d'un médicament ou une Dénomination Commune Internationale (DCI).



Source : Qu'est ce que la langue des signes française ? Surdi-Info.

# Comment interpeller une personne sourde ou malentendante ?

- Les habitudes des personnes entendantes et celles des personnes sourdes ou malentendantes ne sont pas les mêmes. Les attitudes des uns peuvent intriguer les autres et inversement. Le contact physique fait partie des habitudes des personnes sourdes alors que la personne entendant peut être surprise et gênée. Il faut donc prendre en compte les comportements de chacun afin que les relations se passent de la manière la plus harmonieuse possible.
- Voici quelques techniques simples pour interpeller une personne sourde :



**Taper sur l'épaule**



**Jouer avec la lumière**



**Faire des moulinets**



**Emettre des vibrations**



**Faire appel à un tiers**

Source : Communiquer avec une personne sourde ou malentendante. Les carnets de la Persagotière.

# Mieux communiquer au comptoir

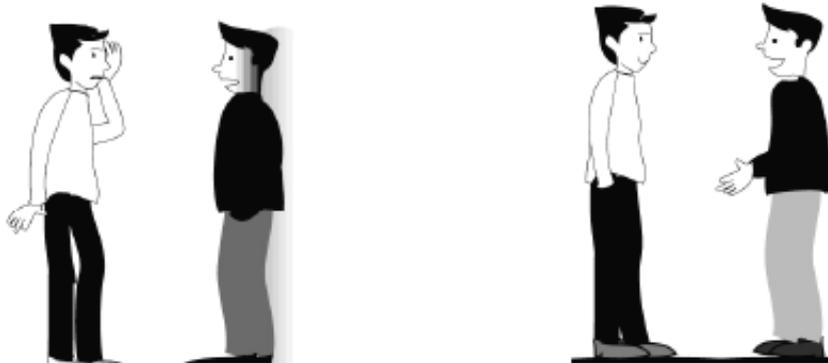
## **Ce que vous pouvez faire :**

- Attirez l'attention par un signe de la main.
- Adressez vous directement à la personne.
- Placez-vous dans un environnement calme (espace de confidentialité, comptoir à l'écart).
- Réduisez les bruits de fond (musique, imprimantes, claquement des tiroirs).
- Placez-vous de face.
- Veillez à ce que vos lèvres soient visibles.
- Parlez distinctement, à voix égale et naturelle.
- Posez votre voix.
- Répétez avec d'autres mots.
- Utilisez la gestuelle, les mimiques.
- Faites des phrases simples et courtes, utilisez un vocabulaire courant.
- Ecrivez les informations importantes (posologies, noms des médicaments, chiffres) et répétez les.
- Mettez à disposition des moyens techniques (mails, SMS, Boucle à Induction Magnétique).
- Soyez patients.

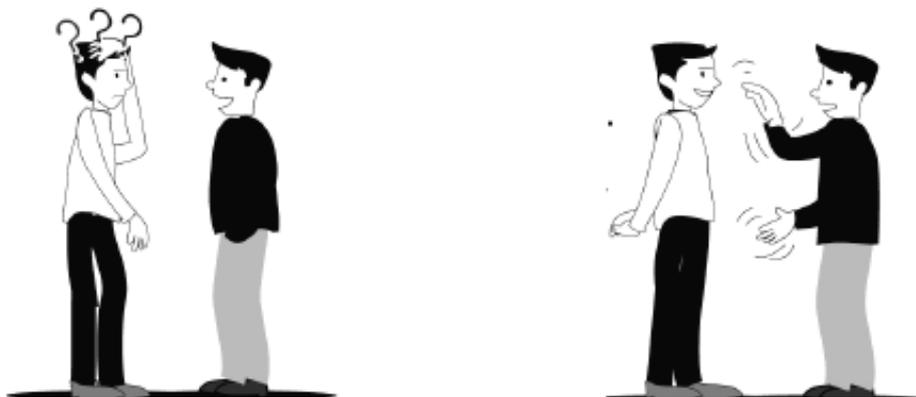
## **Ce que vous pouvez éviter :**

- Ne parlez pas avec un objet dans la bouche (chewing-gum, stylo).
- Ne dissimulez pas vos lèvres.
- Ne tournez pas la tête, en particulier lorsque vous êtes sur l'ordinateur.
- N'exagérez pas votre articulation.
- Ne parlez pas en tournant le dos.
- Ne vous mettez pas à contre-jour.
- Ne criez pas.

# Quelques conseils pratiques pour faciliter la communication



**Evitez de vous mettre à contre-jour, car il a besoin de voir ce que vous dites.**



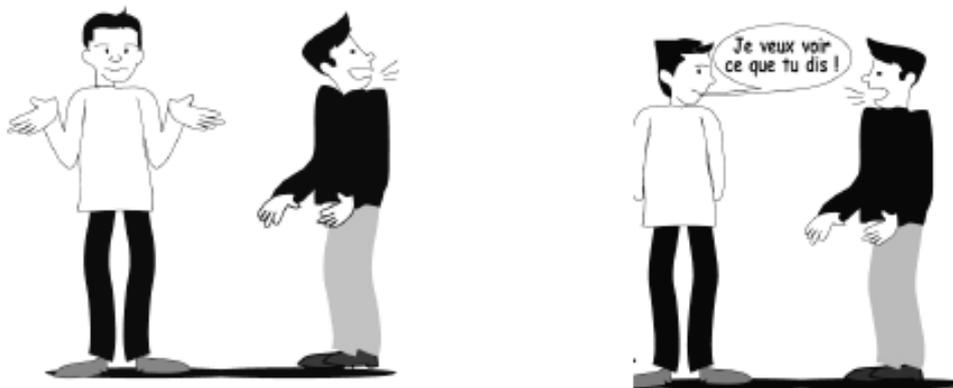
**Accompagnez votre discours de gestes simples. Si vous devez répéter vos propos, utilisez des synonymes.**



**Ne l'appellez pas s'il a le dos tourné.  
Avertissez-le que vous souhaitez lui parler.**



**Ne criez pas car cela gêne la lecture labiale.  
Parlez normalement, calmement et distinctement.**



**Parlez-lui en face.  
Il a besoin de voir pour comprendre.**

Source : Communiquer avec une personne sourde ou malentendante. Les carnets de la Persagotière.

# Quelques exemples de signes en LSF.

**BONJOUR**



**ÇA VA**



**S'IL VOUS PLAÎT**



**MERCI**



**COMPRENDRE**



**OUI**



**NON**



**FACILE**



**DIFFICILE**



**ESSAYER**



**RÉFLÉCHIR**



**CAFÉ**



**PAREIL**



**DIFFÉRENT**



**POUVOIR**



**NE PAS POUVOIR**



**TRAVAILLER**



**PAUSE**



**SAVOIR**



**NE PAS SAVOIR**



**NE PAS VOULOIR**



**VOULOIR**



**MANGER**



**BOIRE**



Source : Signe particulier : Sourd !Monica Companys 2010

# Pictogrammes

## Voies d'administration



Voie orale



Voie ophtalmique



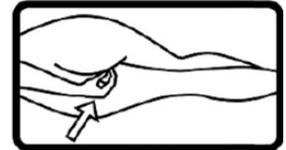
Voie auriculaire



Voie nasale



Voie vaginale



Voie rectale

## Indications



Maux de tête



Problèmes  
cardiaques



Problèmes  
gastro-intestinaux

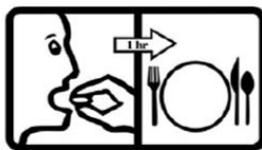


Hypertension

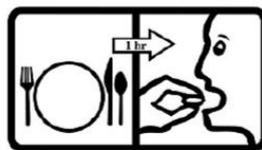


Problèmes  
respiratoires

## Posologies et mode d'administration



Prendre 1h avant le repas



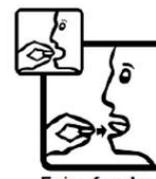
Prendre 1h après le repas



Prendre  
matin et soir



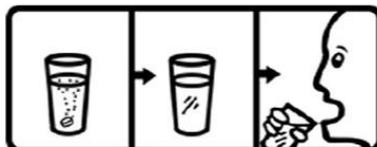
Prendre avec  
un verre d'eau



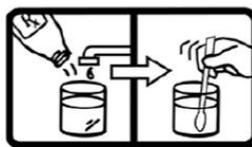
Faire fondre  
sous la langue



Bien agiter  
avant utilisation



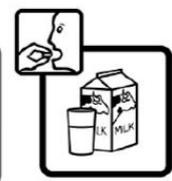
Dissoudre dans un verre d'eau



Diluer avec de l'eau



Bain de bouche - Ne pas avaler



Prendre avec des  
produits laitiers

## Contre indications



**Contre-indiqué  
chez le nourrisson**



**Contre indiqué  
chez la femme enceinte**



**Contre-indiqué  
en cas d'allaitement**

## Mises en garde et précautions d'emploi



**Ne pas prendre avec  
d'autres médicaments**



**Ne pas prendre d'alcool  
durant le traitement**



**Ne pas conduire  
en cas de vertiges**



**Médicament  
photosensibilisant**



**Ne pas croquer  
le comprimé**



**Ne pas écraser, couper,  
broyer les comprimés.  
Ne pas ouvrir les gélules**



**Conserver au  
réfrigérateur**



**Attention à sa  
consommation de sel**

Source : thèse de Lorelei Provot, L'ordonnance visuelle : évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé.

# Contact des services de secours



**Une urgence ?**  ou   
Envoyez un **SMS** au **114**

**114, numéro d'urgence pour les personnes avec des difficultés à entendre ou à parler.**

**URGENCE**  
**114**

**114, le numéro unique et gratuit** pour les sourds, malentendants, aphasiques, dysphasiques pour contacter par **SMS** ou **fax** les **services d'urgence** : SAMU (15), Police-Gendarmerie (17) et Sapeurs-Pompiers (18).

**[ SI VOS PROCHES SONT CONCERNÉS ]  
INFORMEZ-LES**

Concept & réalisation : groupe-csbma.com / RfFi : N0414



+ D'INFOS  
[www.urgence114.fr](http://www.urgence114.fr)



Source : [urgence114.fr](http://urgence114.fr)

## **6. La formation des professionnels de santé**

### **6.1. La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise des Pays de la Loire (SRAE)**

Madame Pichelin, coordinatrice régionale du SRAE à La Persagotière (83), rencontrée le 11 juin 2018 m'a présenté cette structure intervenant autour des déficiences sensorielles. C'est un lieu de ressources, d'informations et d'échanges. Il permet le lien et cherche à favoriser les coopérations entre les professionnels. La SRAE est mandatée et financée par l'ARS des Pays de la Loire.

L'objectif des interventions de cette structure est d'améliorer le parcours et la qualité de vie des personnes en situation de handicap sensoriel. Les acteurs concernés sont essentiellement les professionnels (santé, structure sanitaire, de soins et de prévention, entreprise, administration, organisme de formation) recherchant des ressources spécifiques pour soutenir et enrichir les pratiques sur l'accompagnement des déficiences sensorielles. La SRAE peut également aider les personnes en situation de handicap avec des répercussions sur leur vie quotidienne, ainsi que leurs proches, et souhaitant des informations sur les ressources mobilisables.

Les missions de la SRAE sont :

- **animer** le réseau d'acteurs ;
- **contribuer** à la qualité des pratiques professionnelles ;
- **développer** l'expertise ;
- **informer et communiquer** en direction des décideurs, des professionnels, des établissements, de la population.

Madame Pichelin a montré un grand intérêt pour la place du pharmacien, professionnel de santé, dans le parcours de soins de la personne présentant une déficience sensorielle.

### **6.2. Maquette de formation**

Il semble primordial de combiner trois axes d'acquisition de connaissances et de compétences dans le domaine du handicap pour arriver à une certaine aisance professionnelle :

- sensibilisation aux situations de handicap ;
- actions de formation ;

- organisation de travail favorisant l'apport de connaissances « en continu ».

La **sensibilisation au handicap** concerne toute la population et permet de dépasser les préjugés et les représentations faussées. Une information, la plus large possible, peut faire évoluer les attitudes et les comportements au quotidien.

Les **actions de formation** ont des cibles prioritaires plus restreintes et peuvent se présenter sous la forme de mises en situation ou de jeux de rôles pour permettre la personnalisation des attitudes à l'égard de la déficience auditive. Cela permet de voir les modalités de communication, les spécificités linguistiques et culturelles des patients sourds, les moyens de prise en compte des dispositifs existants, le rôle de l'aidant/accompagnant s'il y a, les attitudes positives, l'écoute active, le recueil des besoins, la gestion des comportements-problèmes et les aspects éthiques de la relation (43).

Un **apport de connaissances** en continu dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) peut-être intéressant afin de former les professionnels de santé suivant les évolutions du métier.

### 6.3. Unité d'enseignement de LSF à la faculté de pharmacie

Des étudiants de troisième année de la faculté de pharmacie de Nantes ont fait une demande de mise en place d'un enseignement d'initiation à la LSF au sein de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR). Un module qui, suite aux résultats de nos travaux, pourrait être étendu à une sensibilisation plus générale des professionnels de santé vis-à-vis des patients en situation de handicap auditif.

Une réunion d'information informelle conduite par deux enseignants de la faculté a été organisée le 6 mars 2017 dans les locaux de la faculté de pharmacie de Nantes. Trente-trois étudiants de la faculté étaient présents. Les attentes des étudiants vis-à-vis de ce projet étaient :

- d'améliorer la qualité du travail à l'officine et au comptoir ;
- de permettre l'accessibilité des soins pour tous ;
- de garantir la confidentialité des informations transmises au patient (Que fait-on lorsqu'il y a un traducteur ? Comment considère-t-on l'accompagnant entendant ?) ;
- de s'informer sur les difficultés de communication avec le patient sourd (Quelle est la place de l'écrit ?) ;
- de gérer les relations entre patient et pharmacien ;

- de suivre les patients de façon optimale ;
- de limiter l'isolement social ;
- de satisfaire un intérêt personnel, une curiosité ;
- d'avoir accès à une formation que le coût élevé des associations limite ;
- d'évoluer avec son temps et de développer les services de l'officine ;
- d'éviter la scission ville/campagne dans l'accès aux soins avec notamment la présence des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) dans les zone urbaines ;
- pour la filière internat, les étudiants souhaitent développer la formation des pharmaciens hospitaliers et assurer la présence de professionnels de santé « experts » à l'hôpital.

Cette rencontre a permis de faire émerger quelques idées et orientations pour la mise en place de cet enseignement. Les étudiants imaginent :

- un apprentissage concret, rapide, avec des mises en situations au comptoir qui se dérouleraient en pharmacie pédagogique par exemple ;
- la mise en place d'un apprentissage de base puis d'une spécialisation pour ceux qui souhaitent aller plus loin ;
- la mise en place de groupes de niveaux pour un apprentissage adapté ;
- un partenariat avec les autres professionnels de santé (étudiants en médecine, en sage-femme, en chirurgie dentaire... ) afin de permettre l'interprofessionnalité ;
- un enseignement permettant le dialogue avec les pharmaciens en exercice ;
- des cours sur la base du volontariat ;
- une durée annuelle d'enseignement entre 22h et 30h ;
- une évaluation qui peut-être orale et/ou avec des contrôles continus.

Forts de notre expertise et à l'écoute de la demande, un contenu de formation se profile à nous et fera probablement l'objet d'une autre thèse.

### **En quelques mots...**

- Les différentes missions de la SRAE ont mis en évidence l'importance de la formation et de la communication.
- La sensibilisation, les actions de formation et l'organisation du travail sont essentiels pour apporter une aisance dans la relation patient-professionnel de santé.

## **Partie IV. La place du pharmacien d'officine dans le réseau de soins**

## **1. Les nouvelles missions du pharmacien**

Il y a une réelle évolution du métier de pharmacien avec pour ambition de revaloriser son expertise en santé publique et de faire progresser la santé.

En plus de son rôle dans la dispensation et la préparation des médicaments, la loi HPST publiée en 2009 (7) définit clairement huit nouvelles missions pour le pharmacien d'officine dont quatre missions optionnelles qui devraient permettre une évolution significative de l'exercice pharmaceutique.

« *Les pharmaciens d'officine :*

- *contribuent aux soins de premier recours (...);*
- *participent à la coopération entre professionnels de santé ;*
- *participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*
- *concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*
- *peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients (...);*
- *peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement (...);*
- *peuvent (...) être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;*
- *peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. »*

Les fonctions du pharmacien sont multiples dans le cadre de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient (84), en particulier :

- sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage ;
- aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements ;
- promouvoir le bon usage du médicament ;
- apprendre et renforcer les techniques particulières de prise de certains médicaments ;
- aider le patient à l'apprentissage à l'autosurveillance ;
- soutenir et accompagner les patients.

Le pharmacien a un rôle important à jouer dans l'information, la prévention et le dépistage des maladies. Il peut s'y impliquer notamment en :

- participant aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique ;
- transmettant des informations scientifiquement validées sur les moyens de prévention, les maladies avec le souci de délivrer un message adapté et accessible ;
- relayant les campagnes de dépistage ;
- repérant les personnes à risque et les orientant vers une consultation médicale.

La remise personnalisée de brochures peut-être très utile pour appuyer les messages d'information délivrés par le pharmacien d'officine.

Pour adhérer à la proposition de traitement, le patient doit comprendre les mécanismes de sa maladie, l'action de ses médicaments, les bénéfices escomptés et les effets indésirables potentiels. Le contenu du message délivré doit être adapté pour répondre au besoin d'information du patient : il convient d'évaluer au préalable ce que la personne sait en vue de renforcer ou de rectifier les données comprises par le patient. L'utilisation de différents outils (schéma, brochure informative ou explicative, notice...) peut s'avérer utile pour faciliter la compréhension. Il est important de s'en assurer en demandant au patient de reformuler ce qu'il a retenu des conseils transmis par le pharmacien.

Lors de la dispensation, le pharmacien s'attachera notamment à :

- expliquer les modalités de prise des médicaments et vérifier la bonne compréhension du schéma de prise ;
- apprendre au patient les techniques particulières d'administration de certains médicaments ;
- insister sur la nécessité d'une prise régulière des traitements, même en l'absence de symptômes ;
- sensibiliser le patient aux risques d'une prise médicamenteuse en l'absence de conseils pharmaceutiques ou médicaux ;
- éduquer à la reconnaissance des effets indésirables, informer sur les moyens de limiter le risque de survenue, expliquer la conduite à tenir s'ils apparaissent et s'assurer de la bonne compréhension de ces informations ;

- élaborer avec le patient un plan thérapeutique personnalisé, clair et détaillé en intégrant au mieux ses contraintes et ses habitudes de vie ;
- aider le patient à adapter ses prises de médicament(s) dans des situations particulières (décalage horaire, oubli de prise...).

Il est essentiel d'apprendre aux patients à utiliser correctement les traitements nécessitant une technique d'administration particulière (instillation d'un collyre, inhalation d'un anti-asthmatique, auto-injection...). Une démonstration suivie d'une mise en pratique par le patient est souhaitable pour assurer un apprentissage efficace des bons gestes. L'apprentissage technique est parfois difficilement acquis, le pharmacien proposera régulièrement aux patients de vérifier les modes de prise des médicaments. Il s'agit de maintenir et de renforcer les compétences techniques des patients.

Du fait de son accessibilité, de la fréquence des contacts et de la bonne connaissance des patients et de leur environnement, le pharmacien occupe une place privilégiée dans l'accompagnement dès l'annonce d'un diagnostic, au moment de la mise en route des traitements et tout au long de la prise en charge. Il représente un soutien pour le patient et ses proches, en particulier, en cas de difficultés liées aux traitements, de survenue d'une complication ou d'un évènement majeur intervenant dans la vie de la personne, de baisse de motivation ou de confiance en soi ou envers les propositions de soins envisagées.

Il s'agit notamment :

- d'encourager le patient à exprimer ses inquiétudes, ses éventuels doutes et/ou difficultés en lien avec la maladie et son traitement, sans les minimiser ;
- d'être disponible et à l'écoute, sans jugement ;
- de faire preuve d'empathie ;
- de porter de l'intérêt au patient, sans ingérence ;
- de valoriser tous les efforts réalisés par le patient, même minimes ;
- d'orienter si besoin vers une association de patients et/ou une structure d'éducation thérapeutique.

La communication se trouve au centre des missions multiples du pharmacien (49) :

- développer et faire évoluer le conseil ;
- aider le patient à comprendre sa maladie et ses traitements ;

- mettre en place les entretiens pharmaceutiques de suivi de certaines pathologies ;
- mettre en place des actions pour l'éducation thérapeutique ;
- prodiguer un accompagnement et un soutien de certains patients ;
- accentuer la formation des pharmaciens aux techniques de communication ;
- accroître la prévention et le dépistage ;
- réduire la iatrogénie médicamenteuse ;
- renforcer l'observance ;
- développer un véritable partenariat avec les autres professionnels soignants ;
- amplifier le maintien et la dispensation des médicaments à domicile ;
- prendre en charge la population âgée fragile ;
- renouveler les ordonnances selon les résultats des analyses biologiques ;
- échanger avec le médecin pour optimiser le traitement en fonction de la pathologie et de l'âge ;
- aménager l'espace pour créer un lieu de confidentialité et ne plus se limiter à une ligne sur le sol ;
- utiliser les outils de communication (site Internet, application *Smartphone*) sans jamais perdre le lien ni l'échange avec le patient ;
- développer le libre-accès dans l'officine mais en renforçant le conseil au comptoir ;
- utiliser des dispositifs connectés et participer à l'interprétation des données.

### **En quelques mots...**

- Le pharmacien a un rôle important à jouer dans l'information, la prévention et le dépistage des maladies.
- Les fonctions du pharmacien sont multiples dans le cadre de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient.
- La communication se trouve au centre des missions multiples du pharmacien.

## **2. Le pharmacien : un acteur de santé publique**

### **2.1. L'accès à l'information des personnes sourdes et malentendantes**

Les compétences en matière de traitement de l'information regroupent l'ensemble des capacités nécessaires à la compréhension du message présenté sur des supports divers et à la restitution/transmission de ces informations. Il s'agit de la « reformulation/répétition » que les pharmaciens d'officine demandent fréquemment à leur patients pour s'assurer de la bonne compréhension du message délivré. Le pharmacien d'officine peut mettre à disposition des patients des supports d'information.

La littératie en matière de santé est définie par l'OMS comme « *les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé* ». Elle est désormais vue comme le résultat d'une interaction entre les capacités d'une personne et les exigences d'un système de santé. La scolarité, la culture, la langue, les situations de handicap sont à prendre en compte, mais aussi la disponibilité des services, les aptitudes de communication des professionnels, la nature des documents et des messages, les mesures de soutien. Les initiatives pour améliorer la littératie en santé sont simples et passent par des représentations imagées additives, des médias spécifiques, des interventions auprès de professionnels de santé (69).

L'information sur la santé constitue un enjeu particulier pour les personnes sourdes et malentendantes en raison d'un accès difficile à l'information. Les connaissances dans le domaine de la santé sont le fruit d'une imprégnation progressive et récurrente par des messages éducatifs répétés tout au long de la vie. Tous les messages transmis depuis la petite enfance par les parents, les enseignants, l'entourage... permettent de se forger un socle de connaissances presque passivement. Or, les personnes sourdes ne profitent pas de cet effet de répétition de l'information. De plus, les informations audio sont exclues pour ceux dont la surdité est plus sévère mais aussi la vidéo en l'absence de sous-titres.

Le mode de communication des professionnels de santé n'est pas toujours adapté aux besoins des patients et la présence d'un interprète pour ceux qui pratiquent la LSF ou bien d'un codeur LPC n'est pas toujours facile à mettre en place. Par ailleurs, pour les personnes sourdes depuis la petite enfance, la compréhension de l'écrit peut-être restreinte faute d'apprentissages adaptés et n'est pas toujours compensée par des informations en LSF difficilement disponibles.

Les personnes sourdes et malentendantes se sentent bien informées sur les maladies sexuellement transmissibles, le cancer ou la maladie d'Alzheimer. En revanche, elles s'estiment moins à l'aise sur d'autres pathologies comme les troubles de l'audition.

Parmi les moyens préférés pour recevoir de l'information ou des conseils sur la santé, en première position, ce sont les professionnels de santé. Cela montre bien leur place privilégiée dans l'information du patient sur les sujets de santé publique et leur rôle d'acteurs de proximité. Ensuite viennent Internet puis l'information écrite (presse, livres). Pour ceux qui parlent la LSF ou pour qui la lecture est difficile, l'information issue de l'entourage ainsi que les conférences en LSF occupent une place importante (6).

Il existe un numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes : **le 114**. Comme évoqué dans la thèse d'Alison Vin (1), il est primordial que le pharmacien d'officine ait la connaissance de ce numéro et puisse transmettre l'information au public concerné.

Les **documents imprimés** (brochures, dépliants, affiches) sont les médias à privilégier pour transmettre une information courte ou pour qui maîtrise bien l'écrit. Rendre accessible ces supports nécessite généralement de concevoir des supports dédiés aux lecteurs sourds parlant la LSF. Cette démarche requiert donc plus de temps.

**Internet** représente une source d'information importante pour toutes les personnes déficientes auditives. Elles consultent et s'échangent facilement des vidéos sur les sites web et les réseaux sociaux. C'est donc un média qu'il est important d'investir bien qu'il repose souvent sur la maîtrise de la langue écrite. Afin de ne pas laisser de côté une partie des internautes sourds, il convient de concevoir des sites très visuels avec notamment des vidéos en LSF. Donner accès aux ressources disponibles sur Internet est la première démarche à engager du fait de la souplesse de l'outil. L'option optimale est la mise à disposition de vidéos avec sous-titrage et LSF. Ces informations s'échangent ainsi facilement via les sites de partage de vidéos ou les réseaux sociaux.

Un dernier vecteur d'information est le « **bouche à oreille** ». Dans la communauté sourde, le réseau amical et associatif est particulièrement actif. Les sourds échangent beaucoup entre eux, de façon informelle ou lors de séances d'information. Il faut savoir profiter de cette dynamique pour faire circuler l'information tout en veillant à sa qualité car, mal comprise, elle circulera tout autant (5).

Pour répondre aux attentes des personnes handicapées et aux objectifs de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Santé publique France a intégré dans ses missions l'accessibilité des campagnes d'information. Elle a développé, dans le cadre d'une convention signée avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), des actions pour rendre accessibles aux personnes déficientes auditives les outils de prévention initialement proposés au grand public. Sur le site de Santé Publique France, on y trouve des supports d'information tels que des **vidéos accessibles à tous**, des **brochures**, des **affiches** et également des **liens utiles vers d'autres sites d'information**. Les thématiques abordées sont, entre autres, l'alimentation, la sexualité, le tabac, la vaccination, la canicule, le monoxyde de carbone.

- Sur ces **vidéos**, plusieurs options sont disponibles : avec les sous-titres, avec traduction LSF, avec audio-description et sans LSF ni sous-titres ni audio-description. Le rythme de lecture des vidéos peut également être ralenti. Les liens particulièrement intéressants sont répertoriés en annexe 5.

- Les **brochures** sont rédigées en « facile à lire et à comprendre » avec un vocabulaire simple, des phrases courtes et on peut également noter une alternance de pages de texte et de pages imagées pour un meilleur accès à l'information (exemple : le tabac et l'alimentation en annexe 6 et 7).

- Les **affiches** sont également accessibles à tous avec un message clair et très visuel (exemple : la rougeole en annexe 8).

- Il existe des **liens utiles** vers d'autres sites d'information comme :

- Le site Santé très facile (85) permet aux personnes déficientes intellectuelles de trouver conseils et informations en « facile à lire et à comprendre » dans le cadre de leur suivi médical.
- Pisourd (86) est un site suisse riche en vidéos d'information sur un grand nombre de sujets de santé mais il n'est plus actualisé depuis 2011.
- Média pi (87), sur abonnement, propose de suivre l'actualité en langue des signes.
- L'œil et la main (88) est une émission qui existe depuis 1995, diffusée sur France 5 le lundi à 10h15. Elle est produite par une équipe mixte sourds/entendants et est à la

destination de tous les publics, sourds et entendants. Elle est un exemple d'accessibilité : français oral, sous-titrage et LSF coexistent en permanence. Cette émission aborde des sujets d'actualité et de la vie quotidienne et les sujets traités sont très variés.

- SantéBD (89) est un outil qui décrit les consultations médicales, dentaires, paramédicales et hospitalières (figure 33). Les fiches illustrées permettent de faciliter la préparation de ces consultations et de créer un véritable dialogue patient-professionnel de santé au cours du rendez-vous. Elles pourraient être utilisées par le pharmacien pour expliquer un examen médical à un patient par exemple.



Source : [santebd.org](http://santebd.org)

Figure 33. Page d'accueil de « SantéBD »

## 2.2. La prévention face au bruit

A l'échelle mondiale, plus d'un million de personnes âgées de 12 à 35 ans présentent un risque accru de développer une déficience auditive en raison de l'utilisation dangereuse d'appareils audio personnels et de l'exposition à des niveaux sonores préjudiciables dans certains lieux (discothèques, clubs, bars, concerts, stades...) (78).

Les nuisances sonores et l'exposition aux bruits peuvent altérer l'audition et, à long terme, majorer la presbyacousie. En limitant l'exposition au bruit dès le plus jeune âge, on contribue à préserver l'audition pour le reste de la vie (90). Chez les adolescents et les jeunes adultes, l'exposition au bruit récréatif représente une grave menace pour l'audition.

Le risque apparaît lorsqu'il y a écoute de musique tous les jours ou presque, au domicile, en voiture, dans les transports en commun, longtemps et à un volume élevé. La fréquentation régulière de concerts ou boîtes de nuit potentialise également le risque.

Il n'y a pas d'égalité vis-à-vis des risques liés à des expositions aux niveaux sonores élevés : certains supportent très bien et pour d'autres il y aura une atteinte auditive plus ou moins marquée (90).

Les conséquences d'une exposition sonore élevée et/ou prolongée peuvent être l'apparition d'acouphènes, de bourdonnements ou de sifflements d'oreille, transitoires ou définitifs, une hyperacousie qui rend la personne intolérante au moindre bruit voire une surdité totale ou partielle qui peut apparaître prématurément et être définitive. Il est primordial de consulter dès l'apparition de la baisse auditive car un traitement instauré en urgence peut permettre la récupération.

Pour éviter ces effets négatifs, la recommandation est d'éviter les expositions à des niveaux sonores élevés, limiter la durée d'écoute avec un casque ou des écouteurs, s'éloigner des enceintes et se protéger les oreilles avec des bouchons d'oreille. Si des symptômes apparaissent, il est recommandé de consulter le médecin généraliste qui orientera vers un Oto-Rhino-Laryngologiste (ORL) si nécessaire (90). On pourrait également empêcher la perte auditive en rehaussant le degré de sensibilisation et en privilégiant l'écoute sans risque.

Santé Publique France expose les risques auditifs auxquels sont confrontés les personnes (91). Il met également à disposition un site internet : « Ecoute ton oreille » (92) avec des informations sur les risques, les gestes à avoir au quotidien, la notion de décibels (dB), le fonctionnement de l'oreille... Une affiche (annexe 9) ainsi qu'un dépliant « Protéger son ouïe, c'est protéger la musique qu'on aime » sont disponibles. Une vidéo accessible à tous « Comment bien mettre vos bouchons d'oreille ? » (93) est également accessible car si les bouchons d'oreille sont mal mis, ils n'ont aucun intérêt pour la protection auditive.

Le CSP indique que le volume sonore des baladeurs musicaux ne doit pas excéder 100 dB (article L.5232-1 du CSP). Ces appareils doivent également diffuser le message suivant « à pleine puissance, l'écoute prolongée peut endommager l'oreille » (94). Dans les

discothèques, salles de concert et autres lieux diffusant de la musique, le volume sonore moyen ne doit pas dépasser 102 dB.

### 2.3. La presbyacousie

La presbyacousie fait partie des déficiences auditives. Elle correspond à une diminution physiologique de l'audition ciblant principalement les fréquences aiguës. Elle est liée au vieillissement mais avec une sensibilité génétique encore mal connue (95). Cette pathologie débute généralement vers 50-60 ans et s'aggrave progressivement (90). Elle devient vraiment problématique à partir de 70-80 ans. Près d'un tiers des personnes sont concernées par une déficience auditive au-delà de 60 ans.

Il existe 3 stades dans les signes cliniques de la presbyacousie (38), (56), (96) :

- le **stade infraclinique** : difficultés à percevoir des sons aigus, altération de la perception de la hauteur des sons ;
- le **stade de retentissement social** : difficulté de compréhension dans un environnement bruyant s'accompagnant souvent d'une intolérance aux bruits forts ;
- le **stade d'isolement** : l'altération auditive entraîne l'isolement social du sujet qui préfère éviter les situations de communication difficiles.

La presbyacousie n'est pas seulement la conséquence du vieillissement de l'organe sensoriel, elle résulte également de la sénescence des voies auditives et de la baisse des facultés intellectuelles (95). De plus, elle peut provoquer une altération de l'intelligibilité entraînant une dégradation de la compréhension et de l'intégration de la parole. La personne a l'impression que ce sont les autres qui articulent mal et accuse fréquemment son entourage. Cette presbyacousie s'accompagne régulièrement d'acouphènes, d'une hypersensibilité auditive (hyperacousie), de vertiges et d'instabilités posturales.

Différents facteurs peuvent aggraver la perte d'audition (95) :

- les facteurs liés au **mode de vie** et à l'**environnement sonore** (exposition au bruit, prise de médicaments ototoxiques) ;
- et les facteurs **intrinsèques** (hypertension ou diabète par exemple).

Les traitements médicamenteux sont à prendre en considération car un certain nombre de médicaments impactent sur l'audition. Or, l'avancée en âge s'accompagne d'une

prévalence des maladies chroniques et donc d'une augmentation du nombre de médicaments consommés. C'est un point de vigilance important pour le pharmacien d'officine.

La déficience auditive du sujet âgé n'est pas évidente à remarquer, ni pour le sujet, ni pour les proches, car les symptômes surviennent de manière progressive et insidieuse. De nombreuses personnes tentent de compenser leur déficience en tendant l'oreille, en lisant sur les lèvres de manière inconsciente, en augmentant le volume de la source sonore ou en s'en rapprochant au maximum. Certains masquent leur déficit et donc leur incompréhension en prétendant avoir compris (95).

Dès qu'une gêne de la compréhension apparaît dans des situations de la vie courante (réunions professionnelles, repas de famille, dialogue en environnement bruyant...), il ne faut surtout pas hésiter à effectuer des tests auditifs.

Le diagnostic de presbyacousie est établi par l'audiométrie. L'audiométrie tonale montre une surdité de perception bilatérale et symétrique prédominant sur les fréquences aiguës. L'audiométrie vocale est essentielle pour déterminer l'impact de la presbyacousie sur la communication du sujet. Elle permet de tester l'intelligibilité à la parole avec des listes de mots et d'apprécier la gêne dans le bruit (56).

Non prise en compte, l'altération de l'audition a des conséquences sur la qualité de vie des personnes : isolement, repli sur soi, déficit et/ou trouble de la communication, dépression et perte d'autonomie.

Nous pouvons nous questionner chez une personne qui (97):

- fait répéter de plus en plus souvent ;
- répond à côté de la question ;
- met le son de la télévision ou de la radio de plus en plus fort ;
- comprend moins bien au téléphone ;
- répond mieux aux voix masculines que féminines ;
- a du mal à suivre les conversations ;
- ne participe plus à des activités de groupe ;
- ne vient plus au restaurant ;
- se plaint fréquemment du bruit ;

- se plaint d'entendre mais de ne pas comprendre ;
- pense que ses interlocuteurs articulent mal et ne parlent pas assez fort ;
- a des troubles du langage ou de l'élocution ;
- est plus nerveuse ;
- n'entend pas toujours lorsqu'on frappe à la porte.

#### 2.4. Les questionnaires de dépistage

Des questionnaires de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition sont disponibles sur Internet. Ce sont généralement des tests gratuits qui permettent de repérer une perte auditive en évaluant la compréhension de la parole dans le bruit.

Le « Hein test » (98) se présente ainsi (figure 34, 35, 36) :

**Hein ? TEST**

**TEST AUDITIF GRATUIT**

Ce test est un repérage de certaines difficultés auditives. Il ne remplace ni un bilan médical ni un dépistage auditif.

Ce test permet d'évaluer votre compréhension de la parole dans le bruit, le résultat obtenu sera celui de votre meilleure oreille.

**SEXE**

FEMME  HOMME

**Date de naissance**

Etes vous un peu gêné(e) pour comprendre la parole dans le bruit ?

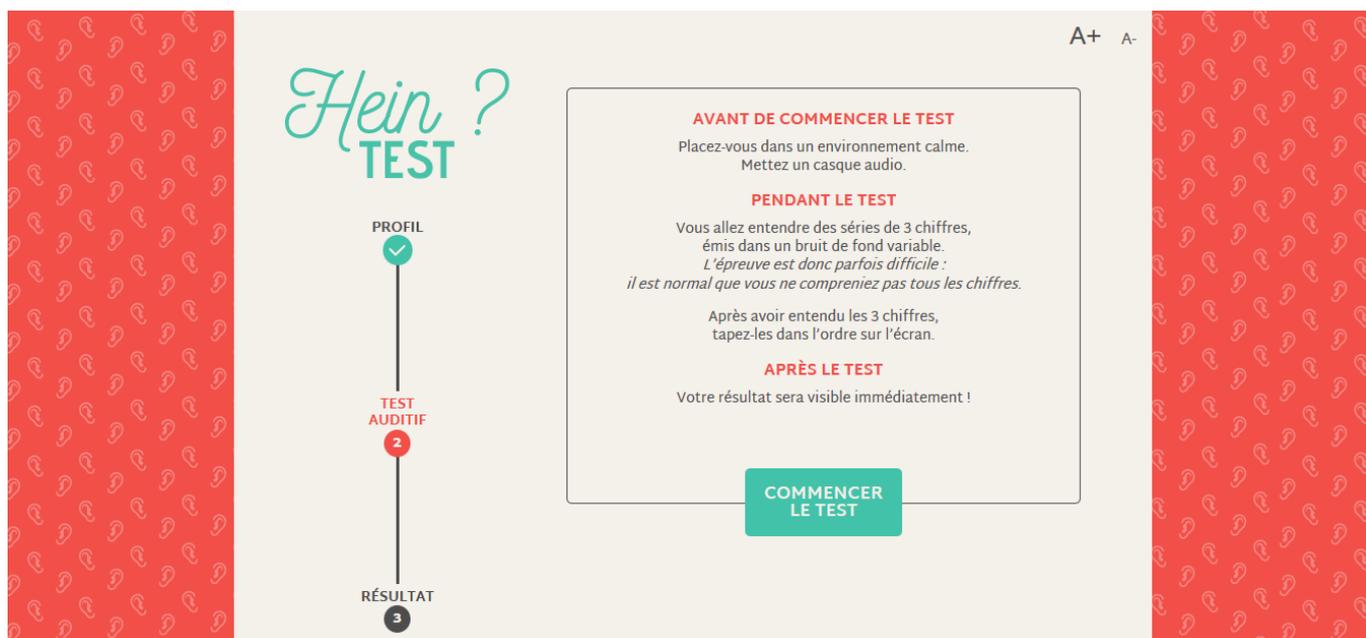
PROFIL 1

TEST AUDITIF 2

RÉSULTAT 3

Source :hein-test.fr

**Figure 34. Présentation du « Hein ? Test »**



Source : hein-test.fr

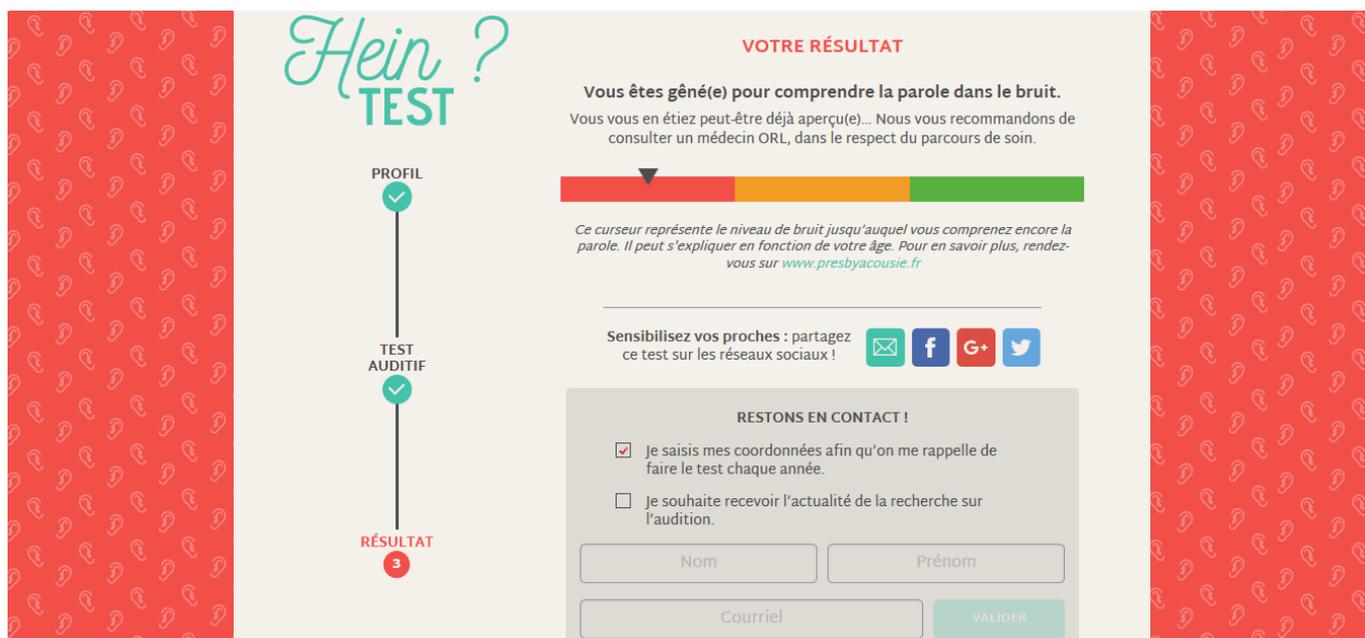
Figure 35. Fonctionnement du « Hein ? Test »



Source : hein-test.fr

Figure 36. Déroulé du « Hein ? Test »

Il y a 20 séries de 3 chiffres puis le résultat est affiché avec un texte explicatif (figure 37).



Source : hein-test.fr

Figure 37. Résultat du « Hein ? Test »

Un deuxième site « Hear it » (99) est également un test de parole dans le bruit qui s'effectue en 5 étapes.

Il s'agit bien de tests de dépistage et non de diagnostic. Un résultat montrant une gêne doit permettre une orientation chez un médecin afin d'effectuer un examen plus complet.

L'Institut Raymond-Dewar à Montréal (100) a réalisé un questionnaire intitulé « Entendez-vous bien ? » (annexe 10) qui permet le dépistage des difficultés d'écoute et d'audition. Cet outil pourrait être utilisé à l'officine dans une campagne de dépistage de la presbyacousie.

### En quelques mots...

- Le pharmacien peut mettre à disposition des supports d'information accessibles et adaptés, riches et variés (vidéos, brochures, affiches...).
- Le rôle du pharmacien a une importance dans la prévention du bruit aussi bien en milieu professionnel que dans la vie quotidienne.
- Connaître la presbyacousie permet d'identifier précocement les signes et d'orienter le patient vers une prise en charge médicale.
- L'existence de questionnaires de dépistage peut faciliter cette démarche.

### **3. Le pharmacien et les médicaments ototoxiques**

Certains médicaments sont ototoxiques, c'est-à-dire qu'ils peuvent entraîner des lésions de l'oreille interne ou des nerfs auditifs. Ils sont une cause évitable de perte auditive, troubles de l'équilibre, vertiges et acouphènes. L'ototoxicité peut être prévenue en connaissant bien ces médicaments afin d'en informer le patient, en sensibilisant les professionnels de santé quant aux facteurs de risque et en évitant une utilisation inappropriée de ces classes de médicaments (78). En effet, certains facteurs peuvent augmenter le risque d'ototoxicité comme un traitement long, une dose élevée, les âges extrêmes, une fonction rénale altérée mais aussi l'association de plusieurs médicaments ototoxiques et la préexistence d'une pathologie de l'oreille (101), (102).

Les médicaments principalement responsables d'ototoxicité sont les aminosides, le cisplatine, les macrolides comme l'érythromycine, les antipaludéens (quinine et chloroquine), les salicylates ainsi que le furosémide.

Les **aminosides** sont des antibiotiques qui engendrent une toxicité auditive sévère qui se manifeste par des pertes d'audition irréversibles aux fréquences élevées (sons aigus) se propageant ensuite aux basses fréquences (sons graves) lorsque le traitement se prolonge. Ils entraînent une atteinte cochléaire majeure et une atteinte vestibulaire réversible mais c'est surtout l'organe de Corti qui est lésé. L'effet toxique peut apparaître plusieurs jours voire plusieurs semaines après la première dose (103), (101).

Le **cisplatine** est un antinéoplasique responsable d'effets toxiques sur le système auditif similaire à ceux des aminosides. Il induit une perte d'audition souvent bilatérale et irréversible qui touche en premier lieu les hautes fréquences mais peut s'étendre aux fréquences moyennes. Les effets toxiques peuvent également se manifester sous la forme d'une douleur locale ou d'acouphènes. Leur délai d'apparition varie de quelques heures à quelques jours après l'administration mais il peut être retardé de plusieurs mois. L'utilisation du cisplatine est susceptible de modifier la composition électrochimique des liquides de l'oreille interne et de détruire les cellules ciliées. Ils ont des effets cochléotoxiques permanents (103).

Les **macrolides** sont des antibiotiques entraînant une perte d'audition réversible apparaissant suite à l'administration de doses élevées.

La **quinine** engendre, à dose élevées, une perte de l'audition réversible à l'arrêt du traitement et des acouphènes. La surdité est bilatérale, symétrique et prédomine sur les fréquences aiguës. Le mécanisme est multifactoriel avec une baisse du débit sanguin cochléaire et une altération temporaire des cellules ciliées externes (102).

Quant à la **chloroquine**, au même titre que l'hydroxychloroquine, elle est susceptible d'induire une ototoxicité potentiellement irréversible sous forme de perte auditive et de troubles de l'équilibre après un traitement prolongé, pour des doses relativement élevées.

Les **salicylés** sont responsables de déficits auditifs réversibles et temporaires associés à des acouphènes. Ceux-ci peuvent apparaître aux doses usuelles antalgiques, suite à une prise unique, mais sont très souvent le signe d'un surdosage. La toxicité apparaît par modification des équilibres ioniques entre le sang et les liquides de l'oreille interne. Les cellules ciliées externes ont un comportement modifié (103), (101).

Le **furosémide** est un diurétique de l'anse susceptible d'induire différentes manifestations ototoxiques : surdité de perception plus ou moins importante et acouphènes. La toxicité apparaît très rapidement (quelques minutes) après la première prise. Le plus souvent, la déficience auditive engendrée est réversible et les symptômes disparaissent à l'arrêt du traitement. Les diurétiques perturbent les équilibres ioniques existant entre le sang et les liquides de l'oreille interne entraînant ainsi une baisse des performances auditives (103), (101).

### **En quelques mots...**

- Il est important de repérer les médicaments ototoxiques pour informer les patients sur les risques encourus.

#### **4. Le pharmacien et les assistants d'écoute**

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé a publié un arrêté le 13 août 2014 permettant l'intégration des « *assistants d'écoute pré-réglés d'une puissance maximale de 20 décibels* » à la liste des produits autorisés à la vente en pharmacie. Cet ajout concerne uniquement les assistants d'écoute relevant du statut de dispositif médical et disposant d'un marquage CE (104).

Il s'agit d'appareils contours d'oreille pré-réglés selon un niveau de perte correspondant à une presbyacousie légère à modérée équipés d'un embout standard. Le réglage n'est pas personnalisé et l'appareil n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie ou les mutuelles. Ils ne sont pas compatibles avec les aides techniques et ne comportent pas de position T. Il est indispensable d'effectuer un essai avant tout achat (105).

#### **En quelques mots...**

- Des assistants d'écoute sont disponibles en officine et peuvent corriger une presbyacousie légère à modérée.

## **5. Pluridisciplinarité dans la prise en charge du patient déficient auditif**

La prise en charge du patient sourd et malentendant est pluridisciplinaire et suppose une bonne coordination entre les professionnels. Il est indispensable que chacun puisse s'appuyer sur les compétences de ses confrères et discuter ensemble de la meilleure prise en charge auditive pour un patient donné.

### **5.1. La prise en charge par le médecin généraliste**

Elle se fait de façon précoce dans la prise en charge. Il a pour mission d'orienter le patient vers l'ORL par le biais d'une prescription médicale en cas de suspicion de déficience auditive.

### **5.2. La prise en charge par l'ORL**

Suite à une anamnèse précise, un historique des symptômes, un examen clinique, des examens auditifs, l'ORL pose le diagnostic et précise le degré de la surdité. Il peut également proposer d'éventuels examens complémentaires pour effectuer le diagnostic étiologique et proposer un traitement adapté. Il oriente le patient, si nécessaire, vers un audioprothésiste et un orthophoniste.

### **5.3. La prise en charge par l'audioprothésiste**

En fonction de la sévérité de la surdité, l'audioprothésiste choisit l'aide auditive la plus adaptée au patient. Puis, il réalise l'appareillage et l'adaptation de celui-ci. L'audioprothésiste participe également à l'éducation prothétique c'est-à-dire qu'il montre comment mettre et retirer l'appareil, changer les piles, effectuer l'entretien et le nettoyage de l'embout, précise le rythme de changement des piles et les garanties offertes. Il assure l'entretien régulier et veille à l'efficacité et à la tolérance de la prothèse.

Il a un rôle de conseil sur le type d'appareillage adapté à la personne et aux caractéristiques de son handicap auditif mais aussi sur les aides financières possibles.

### **5.4. La prise en charge orthophonique**

Les aides auditives proposées par l'ORL et l'audioprothésiste ne sont pas toujours suffisantes pour améliorer la compréhension et la communication du patient. L'orthophoniste intervient pour optimiser la compréhension de la parole, quelque soit le

contexte de communication, en aidant le patient à développer des moyens de compensation qui pallient les défaillances auditives persistantes malgré l'appareillage.

Le bilan réalisé par l'orthophoniste vise à étudier l'impact de la surdité dans la communication et le langage ainsi que les interactions et l'autonomie de la personne. Il regroupe l'évaluation des capacités auditives et verbales, du niveau de lecture labiale, des capacités de suppléance mentale, des compétences cognitives, de la parole, de la voix. L'orthophoniste réalise une prise en charge et intervient dans les domaines qui se révèlent déficitaires.

De plus, il fournit au patient des informations relatives à sa surdité et à son appareillage. Il répond aux questions du sujet et de son entourage, est à l'écoute et accompagne le patient tout au long de sa rééducation. La prise en charge orthophonique peut aider dans l'acceptation et l'adaptation du patient à sa déficience auditive. Il peut aussi être l'intermédiaire entre le patient et d'autres professionnels qui interviennent dans son parcours de soins.

L'orthophoniste joue un rôle important dans la réhabilitation de la communication. Il intervient à plusieurs niveaux pour améliorer les capacités de compréhension orale du patient car la parole dépend de multiples paramètres : des informations auditives et visuelles, des aspects cognitifs et pragmatiques et des structures linguistiques. Le travail orthophonique permet au patient de faire coïncider ses références auditives antérieures avec les nouvelles informations sonores apportées par l'appareillage. Cet entraînement auditif est complété par la mise en place d'autres stratégies de compréhension telles que la lecture labiale et la suppléance mentale (33).

#### 5.5. La prise en charge psychologique

La surdité a des conséquences psychologiques sur les patients. Il semble intéressant voire nécessaire de leur proposer une aide psychologique. Dans les services hospitaliers, il n'y a pas ou peu d'accompagnement psychosocial. Or, pendant le diagnostic de surdité et après, il est important de travailler avec le patient sur la perte de l'audition puis sur l'acceptation à une nouvelle façon de vivre et d'interagir avec l'environnement. L'acceptation de la surdité sera d'autant plus réussie si l'entourage participe à ce processus. En effet, bien étudier les possibilités de communication est important. Des conseils pour

communiquer avec les autres, à la maison, avec les amis et sur le lieu de travail évitent bien des incompréhensions et des attitudes d'évitement. La reconnaissance des conséquences par l'entourage proche et les médecins généralistes, l'information quant aux mesures à prendre sont essentiels pour éviter les troubles psychiques par la suite.

#### 5.6. La prise en charge par le pharmacien

Le pharmacien d'officine a une mission de santé publique et de prévention autour des troubles de l'audition. Il met à disposition des supports d'information. Il peut désormais délivrer des assistants d'écoute à l'officine. Il assure la sécurité de la délivrance et veille à la bonne prise des médicaments. En voyant régulièrement les patients, il est en capacité de repérer les problèmes d'observance liées à une mauvaise compréhension de l'ordonnance et de mettre en garde sur certaines classes de médicaments ototoxiques. Il peut également participer au dépistage de la presbyacousie et orienter vers les autres professionnels de santé si besoin.

#### **En quelques mots...**

- Une bonne prise en charge du patient déficient auditif suppose une coordination entre les différents professionnels.

## Conclusion

Des obstacles se posent dans l'accès aux soins des patients en situation de handicap auditif : les relations médicales se déroulent pour la grande majorité à l'oral, la sensibilisation des professionnels de santé et de la population est inachevée, les campagnes de prévention atteignent peu ce public qui est plus sensibilisé au visuel, l'information nécessaire pour prendre des décisions libres et éclairées est incomplète.

La relation patient-professionnel de santé est basée sur le lien de confiance qui est essentiel pour une prise en charge de qualité. Cette relation de confiance s'établit grâce à une communication optimale entre les deux protagonistes. Les limites rencontrées sont mises en évidence lorsque le patient présente une déficience auditive car l'absence de moyen de communication idéal et l'absence de réciprocité dans l'échange rendent difficile la relation.

Les professionnels de santé ont souvent peu de connaissances sur les moyens à mettre en œuvre pour faciliter l'échange. Il existe des éléments d'aide à la communication et des moyens architecturaux et technologiques pour aider les patients à acquérir une certaine aisance dans le dialogue avec le pharmacien d'officine. Ceux-ci peuvent être intéressants à prendre en compte et à mettre en place au sein de l'officine pour permettre une qualité de prise en charge qui soit optimale.

Une sensibilisation large des pharmaciens à la question de la surdité en proposant une formation optionnelle permettrait d'améliorer cette relation duelle de soins. La question de l'apprentissage et de la pratique de la LSF se pose mais une pratique irrégulière induirait nécessairement une déperdition progressive des acquis. L'idéal serait donc, en complément, des formations visant à sensibiliser les professionnels de santé à la connaissance de la communication avec les personnes en situation de handicap, à la mise en place d'un comportement adapté vis-à-vis du patient présentant une déficience auditive, à l'adaptation des problématiques de santé publique, à une sensibilisation de la population générale à la surdité et aux risques liés au bruit afin de préserver l'audition le plus longtemps possible.

Le pharmacien d'officine est un professionnel de proximité qui a une place centrale dans le réseau de soins. Il est un acteur de première ligne : au comptoir, il est en capacité de dépister de façon précoce les difficultés auditives et d'orienter vers le médecin généraliste.

Il peut également avoir un rôle de prévention de la perte auditive, un rôle de soutien dans le diagnostic d'une déficience auditive, un rôle d'information sur la surdité. Ces missions sont tout à fait cohérentes avec l'évolution du métier du pharmacien. Le domaine du handicap, étendu à tous types de déficiences, est un domaine complet qui tend à se développer avec le vieillissement de la population et le maintien à domicile, et qui répond à un besoin certain de la part des patients et de leur entourage.

Le tout étant de s'adapter à la singularité du patient et à la situation unique qui se présente à un instant donné. Il est possible de créer un lien avec la personne en lui demandant : « Comment souhaitez vous communiquer ? ». Ceci est applicable à toutes les situations, au quotidien, avec tous les patients.

## Bibliographie

1. Vin A. Regards croisés sur la prise en charge à l'officine du patient présentant un handicap auditif : état des lieux du point de vue du patient. [Thèse]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2018.
2. Mottez B, Andrea B. Les sourds existent-ils ? Paris: l'Harmattan; 2006. 388 p. (La Philosophie en commun).
3. Haeusler L, De Laval T, Millot C. Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-santé ». Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2014 Aout. (Série Etudes et Recherches).
4. Surdi-Info. Des chiffres autour de la surdité [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.surdi.info/bibliographie/des-chiffres-autour-de-la-surdite/>
5. Allaire C. Informer les personnes sourdes ou malentendantes, Partage d'expériences. Saint-Denis: INPES; 2012. 58 p. (Référentiels de communication en santé publique).
6. Sitbon A. Baromètre santé sourds et malentendants 2011-2012. Saint-Denis: INPES; 2015. 296 p. (Baromètres santé).
7. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
8. République Française. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [Internet]. 75-534 juin 30, 1975. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>
9. Organisation des Nations Unies. Déclaration des droits des personnes handicapées. déc 9, 1975.
10. Organisation des Nations Unies. Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées. déc 3, 1982.
11. République Française. Loi n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public [Internet]. 91-663 juill 13, 1991. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000353816&categorieLien=id>
12. Organisation des Nations Unies. Règles pour l'égalisation des chances des handicapés. 1994.
13. Gillot D. Rapport Gillot : Le droit des sourds. 1998.
14. République Française. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. 2002-2 janv 2, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
15. République Française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. 2005-102 févr 11, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>
16. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. déc 13, 2006.
17. Ordre National des Pharmaciens. Code de déontologie [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie>
18. République Française. Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2014/9/26/2014-1090/jo/texte>

19. Ministère de la transition écologique et solidaire, Ministère de la cohésion des territoires. Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité. 2017.
20. République Française. Arrêté du 1 août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BF2D153FBE316949A0BC9FA034DC8CD5.tpdjo08v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000821682&dateTexte=20080623](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BF2D153FBE316949A0BC9FA034DC8CD5.tpdjo08v_3?cidTexte=JORFTEXT000000821682&dateTexte=20080623)
21. République Française. Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029893131>
22. Ordre National des Pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine. 2013.
23. Ministère des affaires sociales et de la santé. Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité. 2012.
24. République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
25. INPES. Qui sommes nous ? [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/INPES/quisommesnous.asp>
26. Ministère de la Santé et des Solidarités. Charte de la personne hospitalisée. avr, 2006.
27. Code de déontologie [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689165&dateTexte=&categorieLien=cid>
28. République Française. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/28/AFSP1633476A/jo>
29. Champion C-L. Réussir 2015. Sénat; 2013 mars.
30. Giraud-Baro. Loi Handicap, 10 ans après. Association des Paralysés de France; 2009.
31. SurdiFrance Bucodes. Enquête « Tourisme et visiteurs malentendants » sur l'usage des BIM [Internet]. [cité 1 juill 2018]. Disponible sur: <https://surdifrance.org/info-par-theme/accessibilite/361-enquete-tourisme-et-visiteurs-malentendants-sur-l-usage-des-bim>
32. Michel Poizat. La voix sourde la société face à la surdité. Collection Sciences humaines. Paris: M talli ; 1996. 291 p.
33. Bianchi C. Approche communicative et lecture labiale chez les adultes devenus sourds [Mémoire]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2012.
34. Sanchez J. Accessibilit s, mobilités et handicaps : La construction sociale du champ du handicap. Les Annales de la Recherche Urbaine [Internet]. 1992 [cité 2 août 2018];57(1):127-34. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/aru\\_0180-930x\\_1992\\_num\\_57\\_1\\_1707](https://www.persee.fr/doc/aru_0180-930x_1992_num_57_1_1707)
35. Saby L. Vers une amélioration de l'accessibilité urbaine pour les sourds et malentendants : quelles situations de handicap résoudre et sur quelles spécificités perceptives s'appuyer ? [Thèse]. [Lyon, France]: Institut National des Sciences Appliquées de Lyon; 2007.

36. Centre National d'Innovation Santé, Autonomie et Métiers. Bonne pratiques face aux personnes déficientes ou en situation de handicap. 2013.
37. Tassé L. L'oreille cassée. Le stigmate de la surdité chez les personnes âgées malentendantes (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés* [Internet]. 1997 [cité 14 sept 2018];21(1):85. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/015463ar>
38. Bourel F. Exercer la médecine générale en étant sourd ? Etude qualitative sur la perception et le vécu des troubles auditifs chez les médecins généralistes du Nord Pas de Calais lors de l'exercice de leur profession. [Thèse]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé Lille 2; 2013.
39. Coiffard S. Les patients sourds et l'accès à l'unité d'accueil et de soins en LSF du CHU de Rennes [Thèse]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2011.
40. Gardou C. Le handicap au risque des cultures: variations anthropologiques. Erès; 2010. 437 p.
41. Bancel C. L'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2011.
42. Ruel J, Allaire C. Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 116 p. (Référentiels de communication en santé publique).
43. Haute Autorité de Santé. Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap. 2017.
44. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance. 2013.
45. SurdiFrance Bucodes. Parler à une personne malentendante mode d'emploi. 2017.
46. Rapin A. Prise en charge à l'officine des patients déficients visuels et auditifs [Thèse]. [Angers, France]: Université Angers; 2014.
47. INPES. Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative. 2013.
48. Dictionnaire de français Larousse. Définition : communication [Internet]. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561?q=communication#17429>
49. Wable T. La communication à l'officine.
50. Côté J, Petit M, Institut Raymond-Dewar. La surdité : ça nous concerne ! Guide pour l'entourage d'aînés malentendants. [Internet]. 2009 [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: [http://raymond-dewar.qc.ca/aines\\_guide\\_entourage\\_web.pdf](http://raymond-dewar.qc.ca/aines_guide_entourage_web.pdf)
51. Ministère Délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. Guide des civilités à l'usage des gens ordinaires. 2005.
52. Surdi-Info. Surdité et lecture labiale [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.surdi.info/lecture-labiale/surdite-et-lecture-labiale/>
53. Lason G. L'aspect pragmatique de la lecture labiale chez l'adulte devenu sourd [Mémoire]. [Nancy, France]: Université Henri Poincaré Nancy I; 2002.
54. 2-AS. Surdifiche n°1 : La lecture labiale. 2011.
55. Brin F, Courrier C, Lederlé E, Masy V. Dictionnaire d'orthophonie. 3ème édition. Ortho; 2004. 303 p.
56. Vial E. Proposition de bilan de lecture labiale pour les personnes de plus de 60 ans devenues sourdes ou malentendantes [Mémoire]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2008.
57. Surdi-Info. Qu'est-ce que la langue française parlée complétée ? [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.surdi.info/langue-francaise-parlee-completee/presentation-lpc/>

58. Morvan R. Accès aux soins des patients sourds au CHU de Nantes [Thèse]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2009.
59. Surdi-Info. Qu'est-ce que la langue des signes française ? [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.surdi.info/langue-des-signes-francaise-lsf/langue-des-signes-francaise/>
60. Etienne M-H, Héard A. Communiquer avec une personne sourde ou malentendante. Les carnets de la Persagotière; 2014.
61. 2-AS. Surdifiche n°8 : La langue des signes française.
62. Coignard L. Ordonnance et patient sourd : adaptations pour améliorer la compréhension [Thèse]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2014.
63. Companys M. Dictionnaire 1200 Signes. La Langue des Signes Française. Monica Companys. 2002. 144 p.
64. Mocaplab. Signeveil [Internet]. 2018 [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.mocaplab.com/fr/projects/signveil/>
65. Surdi-Info. Langue écrite [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.surdi.info/langue-ecrite/>
66. Ava - Communiquez en toute accessibilité [Internet]. [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ava.me/fr/>
67. RogerVoice [Internet]. [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <https://rogervoice.com/fr/home>
68. Conti L. La consultation de médecine générale vue par les sourds [Thèse]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
69. Allaire C. Conception universelle et accès à l'information sur la santé. Revue de littérature. avr 2016;
70. USP. Download USP Pictograms [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.usp.org/download-pictograms>
71. Assistance Publique-Hôpitaux de paris. Accueil- KitCom Santé [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <http://medipicto.aphp.fr/#/>
72. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 35 - Information du patient [Internet]. [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>
73. SurdiFrance Bucodes. Un référentiel pour former, informer et sensibiliser sur le handicap lié à la perte auditive. 2018.
74. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Les chiffres [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>
75. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Les définitions [Internet]. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions>
76. Dubuisson C, Reinwein J. Difficultés d'écriture et de lecture des mots-outils pour des sourds. Syntaxe et sémantique [Internet]. 2002 [cité 28 juin 2018];(3):25-38. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-syntaxe-et-semantique-2002-1-page-25.htm>
77. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [Internet]. [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/>
78. OMS. Prévention de la surdité et de la déficience auditive. 2017 mai.
79. BIM Concept France. FAQ boucle d'induction magnétique [Internet]. [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.bimconceptfrance.fr/tout-savoir-sur-les-boucles-dinduction-magnetique.html>

80. Majorcom. Boucle d'induction magnétique [Internet]. [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.majorcom.fr/web/fr/760-copie-de-le-cablage-electronique.php>
81. Electroacoustique consultant. Test des boucles d'induction magnétique pour malentendants. 2014.
82. Surdi-Info. Les systèmes FM ou micros HF pour les personnes sourdes et malentendantes [Internet]. [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.surdi.info/aides-techniques/les-systemes-fm-ou-micros-hf-pour-les-personnes-sourdes-et-malentendantes/>
83. SRAES sensoriel. Accueil [Internet]. [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.sraesensoriel.fr/>
84. Cespharm. Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
85. Trisomie 21 France. Santé très facile [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.santetresfacile.fr/>
86. Pisourd [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.pisourd.ch/>
87. Média'Pi ! [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://media-pi.fr/>
88. L'œil et la main [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/>
89. SantéBD : aider les personnes en situation de handicap à se préparer à la consultation médicale [Internet]. [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.santebd.org/>
90. Journée Nationale de l'Audition Association. La Santé auditive, un facteur clé de l'hygiène de santé, d'équilibre de vie. 2017.
91. INPES. Santé environnement. Risques auditifs [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante\\_environnement/risques-auditifs.asp](http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante_environnement/risques-auditifs.asp)
92. Ecoute ton oreille. Risques auditifs [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ecoute-ton-oreille.com/index.html>
93. INPES. La santé en films [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/videos/risques-auditifs/risques-auditifs1.asp>
94. Code de la santé publique - Article L5232-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690337&dateTexte=&categorieLien=cid>
95. Lazzarotto S. Qualité de vie des sujets âgés déficients auditifs. Rôle, place et importance des déterminants de qualité de vie. [Thèse]. [Marseille, France]: Université d'Aix-Marseille; 2017.
96. Normand I. Presbyacousie : du trouble à la prise en charge [Mémoire]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2007.
97. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux. Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. 2017.
98. France Presbyacousie. HeinTest [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.hein-test.fr/>
99. Hear it [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.hear-it.org/fr/Test-de-l-audition>
100. Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition [Internet]. [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: <http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
101. Rapin A. Prise en charge à l'officine des patients déficients visuels et auditifs [Thèse]. [Angers, France]: Université Angers; 2014.

102. Zannoni A. Le pharmacien et l'oreille : conseils à l'officine [Thèse]. [Nancy, France]: Université Henri Poincaré Nancy I; 2008.
103. INRS. Bruit. Agents ototoxiques. [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/bruit/agents-ototoxiques.html>
104. République Française. Arrêté du 13 août 2014 modifiant l'arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029387801&categorieLien=id>
105. SurdiFrance Bucodes. Bien s'équiper en appareils auditifs.

## **Annexes**

## Table des annexes

Annexe 1	: Questionnaire à destination des pharmaciens
Annexe 2	: Dactylologie française
Annexe 3	: Pictogrammes USP utilisables à l'officine
Annexe 4	: Affiche « Voir pour comprendre »
Annexe 5	: Vidéos de santé publique disponibles pour les patients
Annexe 6	: Extrait de la brochure « Arrêter de fumer, pour comprendre »
Annexe 7	: Brochure « Manger, bouger, c'est la santé ! »
Annexe 8	: Affiche accessible à tous « La rougeole »
Annexe 9	: Affiche « Protéger son ouïe, c'est protéger la musique qu'on aime »
Annexe 10	: Questionnaire de dépistage « Entendez-vous bien ? »

# Annexe 1. Questionnaire à destination des pharmaciens



UNIVERSITÉ DE NANTES



UFR Sciences pharmaceutiques et biologiques

Bonjour,

Nous sommes étudiantes en fin d'études de pharmacie à Nantes. Nous réalisons une thèse encadrée par les enseignantes Mme Sallenave-Namont et Mme Nazih. Nous souhaitons établir un état des lieux de la prise en charge de la déficience auditive dans les officines. Ce travail a pour but de recueillir votre avis sur la question afin de modifier la formation des professionnels de santé autour du handicap et de mettre en place un enseignement approprié, au plus près de votre exercice, à la faculté de pharmacie de Nantes.

Nous vous remercions pour toutes les réponses que vous apporterez à ce questionnaire et pour votre participation à ce travail qui nous tient très à cœur.

Bien cordialement,

Alison Vin et Marine Bodin

## Présentation

1) Quelle est votre classe d'âge ?

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 25 ans  | <input type="checkbox"/> 45-55 ans |
| <input type="checkbox"/> 25-35 ans | <input type="checkbox"/> > 55 ans  |
| <input type="checkbox"/> 35-45 ans |                                    |

2) Dans quel type de pharmacie exercez vous ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pharmacie rurale      | <input type="checkbox"/> pharmacie de ville             |
| <input type="checkbox"/> pharmacie semi-rurale | <input type="checkbox"/> pharmacie de centre commercial |

## Expérience professionnelle

3) Avez-vous déjà été confronté au moins une fois dans votre exercice professionnel à la prise en charge d'une personne présentant un handicap auditif ?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

Si la réponse est « non », vous pouvez passer directement à la question 14.

4) Lorsqu'on parle de handicap auditif ou de déficience auditive, à quel(s) profil(s) pensez-vous ?

5) A quelle fréquence rencontrez vous une personne présentant un handicap auditif (quel qu'il soit) ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine     | <input type="checkbox"/> 1 fois par an  |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois        | <input type="checkbox"/> <1 fois par an |
| <input type="checkbox"/> 1 fois tous les 6 mois |   |

6) S'agit-il essentiellement d'une patientèle de passage ou régulière ?

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> de passage | <input type="checkbox"/> régulière |
|-------------------------------------|------------------------------------|

## Les difficultés rencontrées

7) Quels sont les problèmes qui ont été rencontrés lors de la prise en charge de ce patient ? (un choix multiple est possible)

- difficultés de compréhension au moment de la demande
- difficulté à transmettre une information (posologie, conseil, explication de l'ordonnance...)
- contre-sens, interprétation erronée
- autres :

8) A quel moment, selon vous, la surdité peut être un obstacle à la communication ? (un choix multiple est possible)

- réponse à un questionnement

- dispensation d'un médicament de conseil face à une demande spontanée
- face à une ordonnance
- lors d'un entretien pharmaceutique
- autres :

### Les moyens mis en œuvre

9) Est-ce qu'un membre de votre équipe pratique la langue des signes française (LSF) ?

- oui  non

10) Quels moyens mettez-vous en œuvre pour faciliter la communication ? (un choix multiple est possible)

- passage par l'écrit
- lecture sur les lèvres
- parler plus fort, articuler
- discussion dans l'espace de confidentialité au calme
- passage par des dessins
- explication par des gestes
- présence d'un interprète LSF
- présence d'un membre de la famille ou d'un ami qui vous a traduit
- autres :

11) Selon vous, la qualité de l'information que vous avez fournie à ce(s) patient(s) était suffisante ?

- oui  non  je ne sais pas

12) Avez-vous le sentiment d'avoir été compris ?

- oui  non  je ne sais pas

13) Lorsqu'il y a un accompagnant, quelle démarche entreprenez-vous ?

- vous parlez au patient
- vous parlez à l'accompagnant qui traduit/explique
- vous parlez aux deux

### Pour aller plus loin...

14) Pensez vous que des mesures doivent être prises pour l'amélioration de la prise en charge des patients présentant un handicap auditif ?

- oui  non

Si oui, lesquelles ?

15) Comment vous informez vous sur ce sujet ?

16) Aimerez vous disposer d'outils concernant l'accueil des personnes présentant un handicap auditif ?

- oui  non

17) Pensez vous que la mise en place d'une formation dans le cadre des études de pharmacie ait un intérêt ?

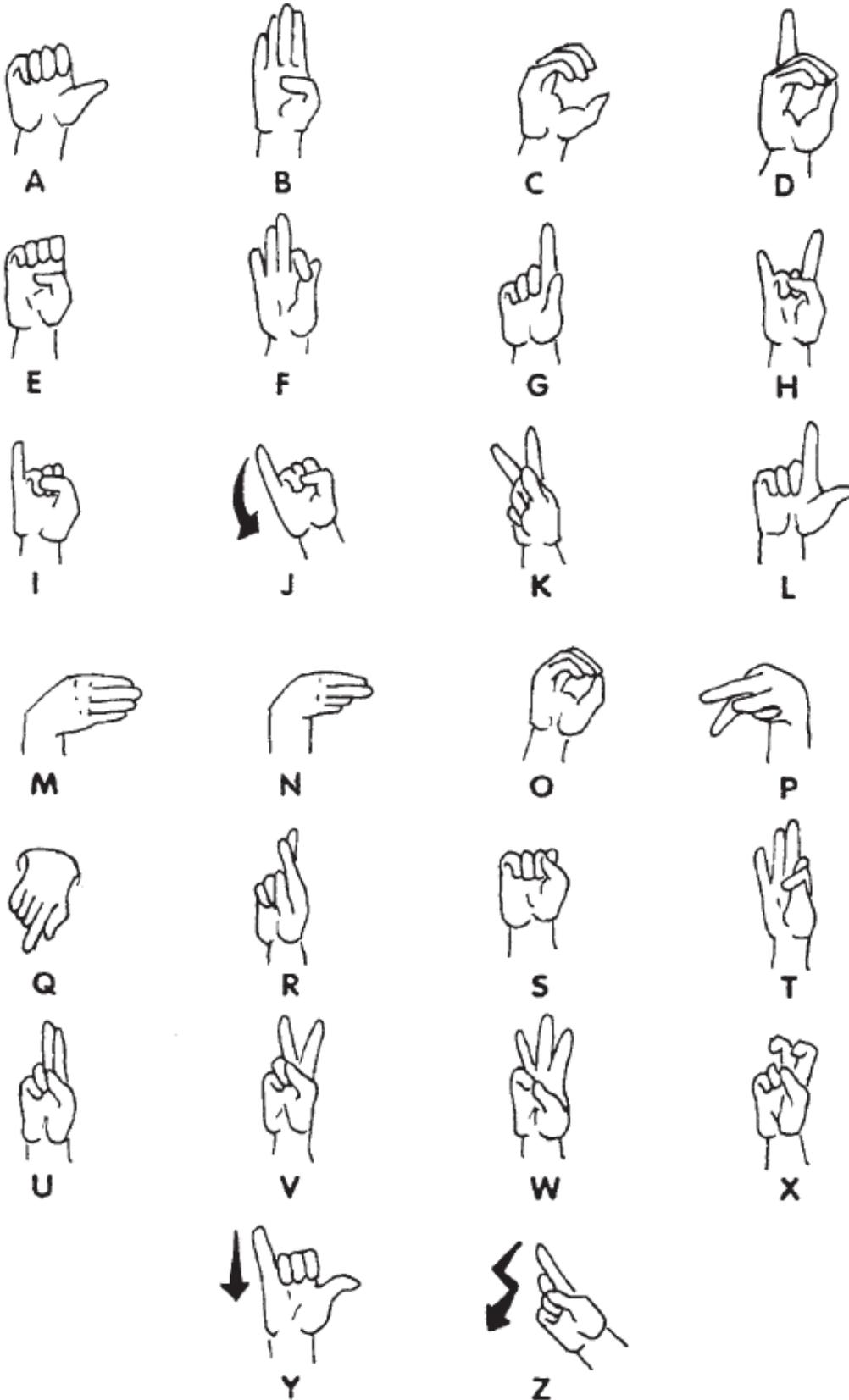
- oui  non

18) Connaissez vous l'existence d'associations ou d'unités de soins pour des personnes en situation de handicap auditif si vous aviez besoin d'orienter un patient ?

- oui  non

19) Avez-vous des interrogations ou une expérience professionnelle dont vous souhaiteriez nous faire part ?

## Annexe 2. Dactylogogie française



Source : Qu'est ce que la langue des signes française ? Surdi-Info.

## Annexe 3. Pictogrammes USP utilisables à l'officine

© 1997 USPC

### Voies d'administration



Voie orale



Voie ophtalmique



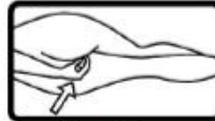
Voie auriculaire



Voie nasale



Voie vaginale



Voie rectale

### Indication



Maux de tête



Problèmes  
cardiaques



Problèmes  
gastro-intestinaux

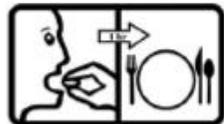


Hypertension

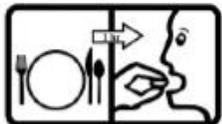


Problèmes  
respiratoires

### Posologie et mode d'administration



Prendre 1h avant le repas



Prendre 1h après le repas



Prendre  
matin et soir



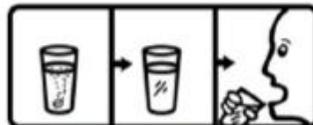
Prendre avec  
un verre d'eau



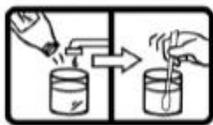
Faire fondre  
sous la langue



Bien agiter  
avant utilisation



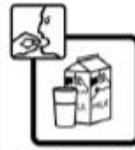
Dissoudre dans un verre d'eau



Diluer avec de l'eau



Bain de bouche - Ne pas avaler



Prendre avec des  
produits laitiers

### Contre-indications



Contre-indiqué  
chez le nourrisson



Contre indiqué  
chez la femme enceinte



Contre-indiqué  
en cas d'allaitement

### Mises en garde et précautions d'emploi



Ne pas prendre avec  
d'autres médicaments



Ne pas prendre d'alcool  
durant le traitement



Ne pas conduire  
en cas de vertiges



Médicament  
photosensibilisant



Ne pas croquer  
le comprimé



Ne pas écraser, couper,  
broyer les comprimés.  
Ne pas ouvrir les gélules



Conserver au  
réfrigérateur



Attention à sa  
consommation de sel

Source : L'ordonnance visuelle : évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé. Thèse de Lorelei Provot.

## Annexe 4. Affiche « Voir pour comprendre »

# Voir pour comprendre

## Conseils pour la communication avec les personnes sourdes ou malentendantes



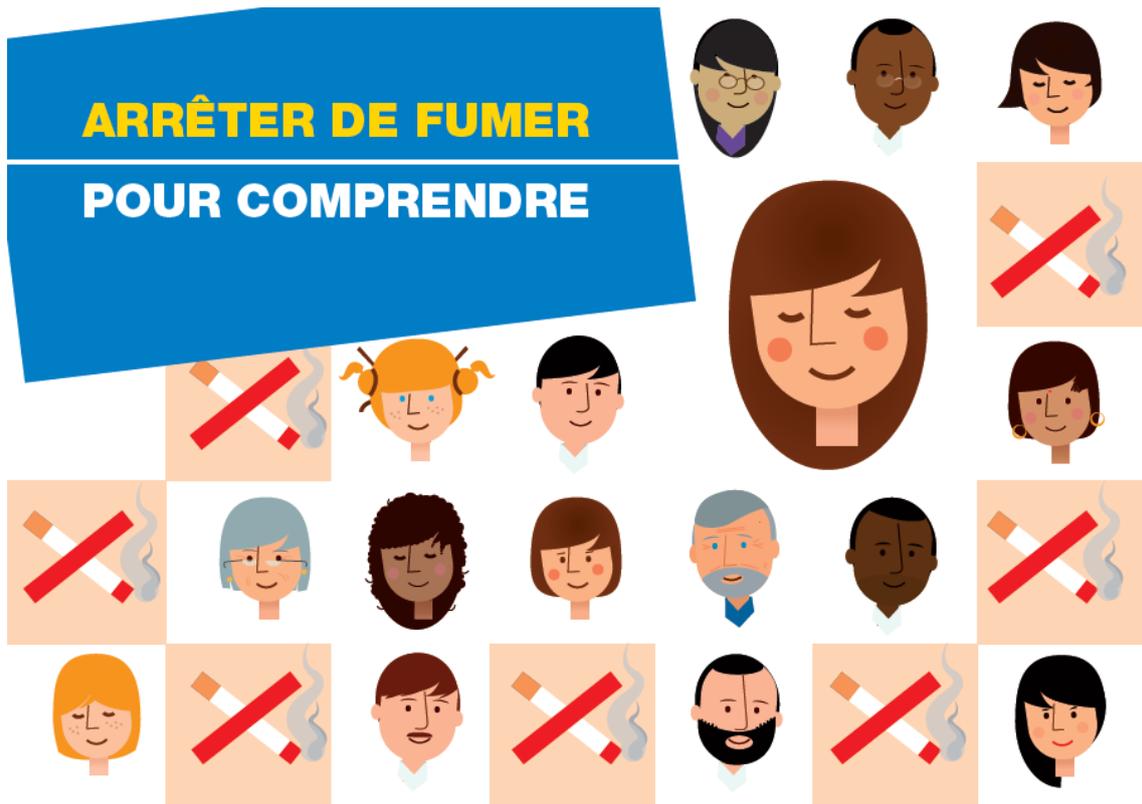
pour davantage d'informations sur la surdité et la malaudition :

[www.voirpourcomprendre.ch](http://www.voirpourcomprendre.ch)

## Annexe 5. Vidéos de santé publique disponibles pour les patients

- Sur le site Internet de Santé Publique France :
  - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/nutrition/index.asp> ;
  - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/vie-affective-sexuelle/index.asp> ;
  - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/tabac/index.asp> ;
  - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/vih/index.asp> ;
  - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/vaccination/index.asp>.
- Concernant le SIDA, l'association AIDES a mis en place des vidéos en Langue des Signes Française afin d'apporter toutes les informations avec une accessibilité optimale pour les patients sourds.
- Il existe également des vidéos en LSF qui expliquent les étapes de la grossesse depuis la conception jusqu'à l'accouchement. Elles ont été conçues par le Réseau sourds et santé du Nord-Pas de Calais et Elix, un dictionnaire vivant en langue des signes qui propose une traduction signée de mots de vocabulaire français.
  - <http://www.elix-lsf.fr/videotheque/article/la-grossesse-1-228532>
  - <http://www.elix-lsf.fr/videotheque/article/la-grossesse-2-228533>
  - <http://www.elix-lsf.fr/videotheque/article/la-grossesse-3-228534>
  - <http://www.elix-lsf.fr/videotheque/article/la-grossesse-4-228535>
- Des vidéos sur le diabète sont également mises à disposition par le Réseau sourds et santé du Nord Pas-de-Calais et le Réseau sourds santé Bourgogne.
  - <http://www.elix-lsf.fr/videotheque/?recherche=DIABETE>
- <http://www.sematos.eu/index.html> est un dictionnaire vidéo en Langue des Signes Française.

Annexe 6. Extrait de la brochure « Arrêter de fumer, pour comprendre »



Pourquoi arrêter de fumer? _____	4
Comment arrêter de fumer? _____	14
J'arrête de fumer parce que je veux un enfant _____	20
J'arrête de fumer sans grossir et sans stress _____	24
À qui demander des informations? _____	26

## Pourquoi arrêter de fumer ?

### J'arrête de fumer pour ma santé

À tous les âges et même si vous avez fumé très longtemps, arrêter de fumer, c'est bon pour la santé.

Dans la fumée du tabac il y a de la nicotine et des produits très dangereux : du goudron, du plomb, des gaz toxiques, etc.

Le tabac tue et provoque beaucoup de maladies graves. Ces maladies sont par exemple : les cancers, les maladies du cœur, la bronchite (toux, difficultés à respirer).

### Fumer, c'est dangereux pour la santé



Source : [inpes.santepubliquefrance.fr](http://inpes.santepubliquefrance.fr)

# Annexe 7. Brochure « Manger, bouger, c'est la santé ! »

**PETIT DÉJEUNER**

**DÉJEUNER**

**DÎNER**

**3 REPAS PAR JOUR**

**BOUGER**

**Manger bouger c'est la santé !**

**Santé publique France**

[inpes.santepubliquefrance.fr/accessible](http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible)

## Manger, bouger c'est la santé !

**FRUITS ET LÉGUMES**  
5 par jour

**CÉRÉALES, FÉCULENTS**  
À chaque repas

**LAIT, YAOURT, FROMAGE**  
3 par jour

**VIANDE, POISSON, ŒUFS**  
1 ou 2 par jour

**GRAISSES**  
Très peu

**SUCRÉ**  
Très peu

**SEL**  
Très peu

**Eau à volonté**

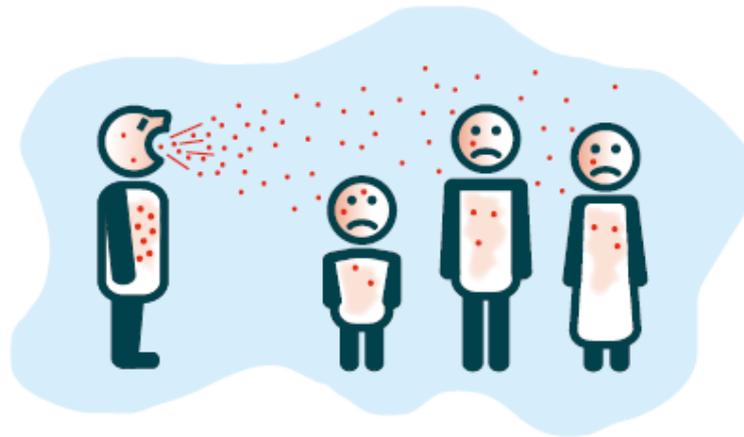
⚠️ Limiter les graisses, sucres et sel cachés

Source : [inpes.santepubliquefrance.fr](http://inpes.santepubliquefrance.fr)

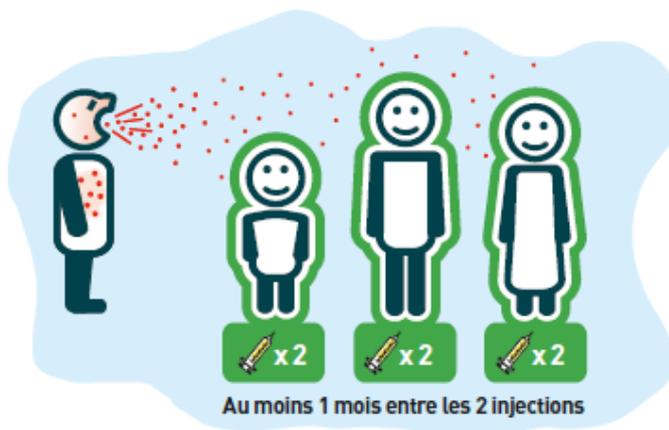
# ATTENTION ROUGEOLE !

**La rougeole se transmet très facilement**  
quand on tousse, on éternue, on se mouche, par la salive.

La rougeole  
touche  
les enfants et  
les adultes  
non vaccinés

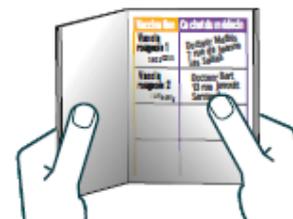


## La vaccination protège contre la rougeole



Enfants et adultes  
de moins de 38 ans,  
pour être protégés,  
il faut 2 injections.

Vérifiez votre carnet  
de santé.



Vous avez  
des questions ?



◀ Demandez au médecin



Annexe 9. Affiche « Protéger son ouïe c'est protéger la musique qu'on aime. »

**PROTÉGER SON OUIË**  
C'EST PROTÉGER LA MUSIQUE QU'ON AIME

 > CONTRÔLEZ LE VOLUME DE VOTRE MP3

 > LIMITEZ LA DURÉE D'ÉCOUTE

 > EN BOÎTE, EN CONCERT, ÉLOIGNEZ-VOUS DES ENCEINTES

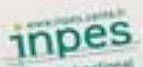
 > EN BOÎTE, EN CONCERT, FAITES DES PAUSES

 > EN CONCERT, PORTEZ DES BOUCHONS D'OREILLE



  
ÉCOUTE TON OREILLE  
[www.ecoute-ton-oreille.com](http://www.ecoute-ton-oreille.com)

  
Ministère de la Santé  
et de la Sécurité Sociale

  
inpes  
Institut national  
de prévention et  
d'éducation pour  
la santé

## Annexe 10. Questionnaire de dépistage « Entendez-vous bien ? »

### Compilation des résultats

Pour les questions  
de 1 à 14  
inclusivement :

Chaque "oui" vaut 4 points,  
chaque "parfois" vaut 2 points et  
chaque "non" vaut 0 point.

Pour la question 15 :

La réponse "a" vaut 0 point,  
"b" vaut 2 points,  
"c" vaut 3 points et  
"d" vaut 4 points.

Votre total :

Si votre résultat global est supérieur au  
chiffre 14, consultez un audiologiste ou un  
professionnel du réseau de la santé pour  
une référence en audiologie.

Pour en savoir plus long sur le pro-  
gramme d'accès à l'aide auditive et ses  
modalités, ou pour connaître le nom  
d'un médecin, d'un spécialiste ORL,  
d'un audiologiste ou d'un audio-  
prothésiste de votre localité,  
consultez les ordres profession-  
nels.

**IRD** Institut Raymond-Dewar  
Centre de réadaptation spécialisé  
en surdité et en communication

3600, rue Berri  
Montréal (Québec)  
H2L 4G9 Canada  
514-284-2581 / ATS 514-284-3747  
Télécopieur 514-284-5086  
ird@raymond-dewar.gouv.qc.ca



*Un partenaire aidant à la réalisation de notre mission !*



**Questionnaire de dépistage  
interactif disponible sur Internet**

[www.raymond-dewar.qc.ca](http://www.raymond-dewar.qc.ca)

Reproduction avec l'autorisation écrite de l'auteure, Hélène Caron.

Questionnaire réalisé par Hélène Caron, M.O.A., audiologiste,  
Institut Raymond-Dewar et validé scientifiquement par Michel  
Picard, Ph.D., professeur titulaire d'audiologie, Université de  
Montréal.

Reproduction de l'aquarelle *Plaisir de communiquer* de Lise  
Thouin Potel, aquarelliste.

 dit  par le Service des communications de l'Institut Raymond-  
Dewar, mars 2007.

## Entendez- vous bien ?



Questionnaire de  
dépistage des  
difficultés  
d'écoute et  
d'audition

**IRD** Institut Raymond-Dewar  
Centre de réadaptation spécialisé  
en surdité et en communication

Certaines personnes ne savent pas qu'elles ont un problème d'audition. Vous faites peut-être partie de cette catégorie. Nous vous invitons à le vérifier. Par ailleurs, il est important que les intervenants ou les personnes significatives soient à l'affût des signes pouvant révéler la présence de problèmes d'audition chez vous.

### Les signes de surdité

- La personne fait répéter lorsque vous lui parlez (surtout lorsqu'elle ne voit pas votre visage).
- Elle répond "de travers" lorsque vous lui posez une question.
- Elle est souvent distraite lors d'une activité de groupe.
- Elle est portée à s'isoler quand il y a des activités de groupe.
- Elle vous fixe du regard lorsque vous lui parlez.
- Elle ne répond pas lorsque vous lui parlez et qu'elle a le dos tourné.
- Son entourage vous fait des commentaires au sujet de son audition (ex. : télévision, téléphone, etc.)

### Pour chacune des questions suivantes cochez :

1. Faites-vous répéter quand vous parlez avec une seule personne ?  
 oui     parfois     non
2. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand plusieurs personnes parlent ensemble ?  
 oui     parfois     non
3. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand vous ne voyez pas le visage de la personne qui parle ?  
 oui     parfois     non
4. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand il y a du bruit autour de vous ?  
 oui     parfois     non
5. Trouvez-vous que les gens marmonnent ou ne parlent pas assez fort (à la télé, les amis, les médecins) ?  
 oui     parfois     non
6. Trouvez-vous que les gens parlent trop vite (à la télé, les amis, les médecins) ?  
 oui     parfois     non
7. Avez-vous de la difficulté à comprendre au téléphone ?  
 oui     parfois     non
8. Avez-vous de la difficulté à entendre couler l'eau du robinet ou du bain quand vous êtes dans une autre pièce ?  
 oui     parfois     non
9. Avez-vous de la difficulté à entendre la sonnerie du téléphone quand vous êtes dans une autre pièce ou dans la salle de bain (chez vous ou en visite) ?  
 oui     parfois     non
10. Avez-vous de la difficulté à entendre la sonnerie de la porte (chez vous ou en visite) ?  
 oui     parfois     non
11. Avez-vous de la difficulté à entendre lorsqu'on frappe à la porte ?  
 oui     parfois     non
12. Est-ce que votre famille, vos amis ou vos voisins vous font remarquer que vous mettez le volume de votre télévision ou de votre radio trop fort ?  
 oui     parfois     non
13. Avez-vous tendance à vous retirer des autres de crainte de ne pas les comprendre ?  
 oui     parfois     non
14. Préférez-vous vous retirer des activités à cause de bruit autour de vous (ex. : salle à dîner, restaurant, fêtes de famille, bingo, etc.) ?  
 oui     parfois     non
15. Comment trouvez-vous votre audition ?  
 Cochez une seule réponse.  
 a) bonne audition  
 b) léger problème d'audition (difficultés d'écoute occasionnelles)  
 c) problème d'audition modéré (difficultés d'écoute fréquentes)  
 d) important problème d'audition (difficultés d'écoute habituelles ; presque toujours)

**Vu, le Président du jury,**

Muriel DUFLOS

**Vu, le Directeur de thèse,**

Françoise NAZIH

**Vu, le Directeur de l'UFR,**

Gaël GRIMANDI

---

**Nom - Prénoms : BODIN Marine, Catherine, Marie**

**Titre de la thèse : Regards croisés sur la prise en charge à l'officine du patient présentant un handicap auditif : état des lieux du point de vue du pharmacien.**

---

**Résumé de la thèse :**

Des obstacles se posent dans l'accès aux soins des patients en situation de handicap auditif malgré un contexte législatif et réglementaire en constante évolution.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux sur la région Pays de la Loire des difficultés de communication rencontrées par les pharmaciens avec les patients souffrant de troubles auditifs.

Un questionnaire et des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les pharmaciens dans leurs officines. Les résultats sont constitués des réponses aux questions fermées et des remarques des pharmaciens au travers des commentaires libres.

Ce travail démontre que les situations de communication ne sont pas aisées. Les trente pharmaciens interrogés sont intéressés par la mise à disposition de supports d'information et de sensibilisation sur la déficience auditive. Néanmoins, des réserves sont émises, rendant nécessaire la discussion avec les étudiants et les professionnels de santé pour la mise en place d'une unité d'enseignement au sein de la faculté de pharmacie de Nantes.

Des fiches de communication, des notions relatives à l'accessibilité de l'information, aux moyens technologiques et architecturaux sont proposés dans ce travail. Ils peuvent permettre une qualité de prise en charge optimale et rétablir un lien de confiance dans la relation patient-professionnel de santé.

La profession de pharmacien d'officine évolue et de multiples missions se développent autour de la prise en charge globale du patient et de la coordination entre les professionnels de santé.

---

**MOTS CLÉS : DEFICIENCE AUDITIVE, COMMUNICATION, PRISE EN CHARGE DU PATIENT, ACCESSIBILITE, SENSIBILISATION, COORDINATION.**

---

**JURY**

**PRESIDENT : Mme Muriel DUFLOS, PU de Chimie Organique**

**ASSESEURS : Mme Claire SALLENAVE-NAMONT, MCU de Botanique**

**Mme Françoise NAZIH, MCU de Biochimie**

**M. Stéphane BRUNAT, Responsable du Relais Handicap**

**M. Frédéric BOYER, Pharmacien**

**Mme Corinne PICHELIN, Coordinatrice de la SRAE Sensoriel**

---

**Adresse de l'auteur : UFR des Sciences Pharmaceutiques, 9 rue Bias, 44035 Nantes**