

Perspectives d'avenir Pôle santé en suisse romande

Échanges et table ronde

« Diversité et égalité des chances » Publication de l'OFSP & H+

Conformément aux valeurs fondamentales de la
Constitution fédérale suisse,
énoncées à ses articles 2, 7 et 8, il convient de
**veiller à ce que l'égalité des chances
soit aussi grande que possible**,
que la dignité humaine soit respectée et
protégée,
de même que l'égalité devant la loi.

ACPG: je vous ai déjà mis ce petit texte durant la présentation d'hier et vais vous le relire.

Lecture du texte

D'autres textes mentionnent clairement le droit des sourds, le droit de toute personne à avoir droit aux soins, pouvoir y accéder quelle que soit sa langue, sa religion, ses choix politiques.

J'ai mis ce petit texte en premier car il y a beaucoup de lois mais parfois la réalité est très très loin de la théorie. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure on accueille a cette table ronde (la slide n'est pas complète au vu des changements opérés en dernière minute pour accueillir tout le monde autour de la table)

Participants:

Mme Frédérique Palama (FP), représentant la SGBFSS

Mme Anne Grassi (AG), représentant forum écoute

Dr. Benoît Drion (BD), médecin responsable et Denis Planchon, intermédiaireur de Lille

Dr. Anna Ciosi (AC), psychiatre responsable unité et Carole Gutman, Marseille

Isabelle Fierro Muehlemann (IF), responsable formation Appartenances

Mme Françoise Esen (FE), sage femme et membre du comité de Les Mains pour le Dire

Modératrice: Anne-Claude Prélaz Girod (ACPG), responsable du secteur infos.santé.sourds de l'association Les Mains pour le Dire

Anne-Claude Prélaz Girod: J'avais envie de démarrer autour d'une question qui m'intéresse beaucoup, relative à la formation des interprètes d'Appartenances (interprètes communautaires pour les personnes migrantes), qui est reconnue maintenant au niveau fédéral. Je trouvais très intéressant d'avoir une discussion autour de « comment sont formés d'une part les interprètes communautaires » « quel est le cursus » et de faire un parallèle, avec ce qui relève des intermédiaireurs (que Denis nus a présenté ce matin). Il y a encore peu de choses officielles qui existent. Quelles sont les perspectives d'avenir? Qu'est ce qu'on

peut imaginer pour le futur en Suisse? Un pôle santé, comme on l'a dit hier, ce n'est pas possible sans les sourds, on aura donc besoin d'intermédiaires sourds. Quelqu'un m'approchait tout à l'heure en me demandant qui seraient ces sourds, qui allait devenir intermédiaire. Ce sont des questions importantes et je souhaiterais que l'on puisse en parler un peu. Est-ce qu'Isabelle tu serais d'accord de donner une petite précision sur la durée de formation (des interprètes communautaires), pour voir si on peut faire le parallèle avec ce qui existe en France pour les intermédiaires.

Isabelle Fierro Muehlemann: Il y a deux niveaux de formation actuellement en Suisse. Le certificat suisse d'interprète communautaire reconnu par l'association suisse des interprètes communautaires « Interpret » (www.inter-pret.ch/) située à Berne pour toute la Suisse. Cette association a fixé des standards pour toute la formation, donc elle dit assez clairement qu'une formation d'interprète communautaire doit comporter deux modules soit à peu près 200 heures de formation; il y a un certain nombre de standards assez précis sur la forme et les contenus de cette formation. Cette association reconnaît des formations qui peuvent être données par qui se propose. Appartenances était une des institutions de formation. On est les seuls maintenant pour la formation en Suisse romande. On a demandé à cette association qu'elle reconnaisse notre formation et on a dû faire en sorte que notre formation corresponde à ces standards.

La formation chez nous est en cours d'emploi qui a lieu, soit 2 jours, soit une soirée et un samedi par mois pendant à peu près une année pour les 2 modules. Un premier module porte sur le rôle de l'interprète, les techniques d'interprétariat, l'expérience personnelle et on insiste beaucoup sur une réflexion sur sa propre pratique. On demande aux interprètes en formation de pouvoir analyser un entretien, d'analyser ce qu'ils ont utilisé comme techniques, comment ils ont fait au niveau des émotions, qu'est-ce qu'ils ont apporté comme médiation culturelle, de pouvoir dire ce qu'ils font, et pas seulement le faire.

Le deuxième module s'appelle « s'orienter dans le système de santé, de l'école et du social » et comme je vous le disais ce matin, il est plutôt porté sur comment fonctionne le système de santé, le système de la migration, les différentes institutions en Suisse. Les interprètes qui suivent cette formation s'inscrivent auprès d'Appartenances.

C'est une formation qui est payante mais qui est subventionnée par l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique), cela donne donc une formation d'une année pour 1'400.-CHF pour les deux modules. Ils suivent ces deux modules et reçoivent des attestations d'Appartenances comme quoi ils ont suivi et validé ces deux modules. Ils doivent également attester de 50 heures de pratique comme interprète communautaire, et attester d'un niveau de compétences en français et dans la langue d'interprétariat (il peut y avoir plusieurs langues d'interprétariat) du niveau du cadre européen de niveau B2. Ils doivent aussi attester de 8 heures de supervision en lien avec l'interprétariat communautaire. Quand ils ont toutes ces attestations, ils les présentent à Berne, à cette association suisse qui leur donne le certificat.

Des interprètes souhaitent aller au deuxième niveau, qui est le brevet fédéral d'interprète communautaire, ce qui correspond en Suisse (la Suisse a un système de formation assez particulière par rapport à l'Europe) à un niveau tertiaire-universitaire mais dans le domaine tout à fait professionnel.

Les interprètes souhaitant acquérir ce brevet doivent avoir le certificat et doivent attester de 1'000 heures d'intervention qui, on le comprendra, ne peuvent pas toujours être faites dans le domaine de l'interprétariat communautaire, car (on ne l'a pas dit ce matin) il existe des langues où c'est assez facile d'arriver à 1'000 heures et d'autres langues où ce n'est pas évident (par exemple l'interprète japonaise qui n'a pratiquement pas réussi à avoir le certificat car elle n'arrivait pas à avoir 50 heures). On a reconnu dans ces 1'000 heures, un

peu comme pour les intermédiaires, ceux qui ont une autre formation, soit dans le domaine de la santé ou du social. Beaucoup donnent des cours de français, travaillent dans le domaine de la migration, ou sont même soignants. Une partie doit être faite comme interprète mais une partie peut venir des autres activités de ces personnes. On leur demande aussi d'augmenter leurs heures de supervision, et à ce moment-là, ils peuvent se présenter aux examens fédéraux qui sont organisés toujours par l'association **Interpret** (www.interpret.ch) sous mandat de l'Office de la Formation et de la Technologie (OFFT). C'est un examen qui dure une journée, on met les candidats en situation pour voir comment est-ce qu'ils agissent dans telle ou telle situation. Quand elles réussissent l'examen, elles obtiennent le brevet fédéral d'interprète communautaire.

Anne-Claude Prélaz Girod: Je posais cette question pas innocemment afin de déterminer si ce ne serait pas une des filières que nous devons garder en tête ici, en Suisse, pour former les sourds. Si vous dites qu'il y a forcément du français, cela va poser souci. Y a-t-il moyen de réfléchir à long terme ? Ce sera peut-être une piste à creuser pour les sourds intéressés à devenir intermédiaires. Ils pourraient avoir cette base de connaissances du système médical, etc. que vous avez décrit) mis à part quelques domaines qui ne seraient pas possibles. Cela m'a tout de suite parlé que des sourds qui souhaiteraient se former pourraient en partie intégrer une structure de ce type là.

Peut-être Benoît ou Denis souhaiteriez-vous compléter avec ce qui se passe au niveau de la formation, ce qui existe en France et comment vous êtes arrivés là où vous en êtes ?

Benoît Drion: En France il n'y a rien du tout, c'est le gros problème. Je suis très en admiration face à ce qui existe ici et pense que vous avez beaucoup de chance. En France, il n'y a rien du tout. Évidemment les intermédiaires qui travaillent avec nous ont une formation, un diplôme de base. Ils sont soit éducateurs, aide-soignant, aide médico-psychologique, moniteur éducateur, podologue pour Élise et par ailleurs, ils assurent une fonction d'intermédiation, mais ils n'ont pas de diplôme d'intermédiaires au sens tel que vous le décrivez pour l'interprétariat communautaire. C'est quelque chose qui manque et sur lequel j'aimerais bien qu'on travaille. Il faudrait peut-être que vous veniez en France pour sensibiliser la France, parce que, dans ce domaine, vous avez certainement de l'avance par rapport à ce qui se fait, pas seulement par rapport aux sourds, mais face à l'interprétariat communautaire qui est tout à fait inexistant.

Actuellement dans les hôpitaux français, la seule chose qui existe comme cadre légal, c'est l'obligation (qui doit figurer, je pense, dans un cadre légal) d'avoir une liste de personnes dans l'institution qui pratiquent des langues étrangères. Quand on a un patient qui parle arabe par exemple, on peut faire appel à du personnel qui pratique l'arabe, mais ça peut être n'importe qui, c'est quelqu'un qui n'a aucune formation. Il m'est arrivé très concrètement d'avoir une patiente sourde d'origine arabe qui ne connaît ni le français et ni la langue des signes française, avec son mari qui lui parle arabe et ne parle pas du tout le français. Je me retrouvais en situation avec une personne qui pratique la langue des signes arabe, je pouvais me débrouiller avec l'intermédiaire qui pouvait faire le relais et une personne entendante qui parlait arabe et ne pratiquait pas la langue des signes. J'ai donc fait appel aux services de mon hôpital, il y a eu une aide-soignante parlant arabe et qui est venue « faire l'interprète ». J'ai tout de suite vu la différence entre une interprète de ce type-là et une interprète professionnelle. Elle n'arrêtait pas d'intervenir, elle n'était pas d'accord avec ce qu'il disait, enfin, c'était tout à fait étonnant. C'est comme cela que ça se passe en France, il n'y a pas de formation, rien du tout dans les hôpitaux c'est du n'importe quoi.

Anna Ciosi: On se retrouve dans la situation du premier film qu'on a visionné tout à l'heure. En France, on est dans ce type de situations tout le temps avec des gens plus ou moins

futés qui arrivent à divers degré à garder de la distance mais....

Benoît Drion: Si vous avez la chance ici en Suisse d'avoir un cadre pour les interprètes communautaires, peut-être que c'est l'occasion effectivement de se rattacher à ce cadre-là et, moyennant des adaptations, de rendre cette formation accessible à ce que nous, nous appelons les intermédiaires. C'est une voie de formation qui serait intéressante et à creuser.

Carole Gutman: Justement, sur ces listes d'interprètes de langues vocales, nous, les interprètes en langue des signes, on apparaît, et c'est aussi pour cela que chaque fois qu'on va à un rendez-vous on nous demande ce qu'on fait dans la vie parce qu'il n'y a pas d'interprètes qui soient QUE interprètes dans les langues vocales, en général ils sont aide-soignant puis interprète ou infirmière puis interprète. Nous, les interprètes on fait partie de cette même liste. Le statut de l'interprète à l'hôpital est un petit peu compliqué, déjà on ne peut pas être titularisé. On ne peut pas être fonctionnaire parce que le statut d'interprète n'existe pas dans la fonction publique hospitalière. Quand on a fait un peu le bilan, les interprètes qui travaillent dans les hôpitaux sont embauchés chacun sur des grilles qui sont complètement différentes: on a des psycho, on a des techniciens.... (sous plein de statuts différents) des agents de maîtrise.... après les salaires et les évolutions de carrières progressent en fonction de ces grilles-là. Chacun essaie de faire évoluer les choses au sein de son propre établissement. On n'arrive pas encore à avoir un statut commun pour les différents interprètes au niveau de la reconnaissance.

Quand je suis arrivée à l'hôpital, j'ai eu pendant 2 mois une blouse avec un badge « psychologue LSF » que je n'ai jamais portée. Me faire une blouse avec une étiquette « interprète LSF », n'était pas possible, donc je n'ai pas mis de blouse.

Anne-Claude Prélaz Girod: Pour compléter, j'aimerais beaucoup entendre-regarder Denis concernant sa position. En tant que personne sourde, expert linguistique, tu es devenu intermédiaire dans le cadre de la structure à Lille. J'aimerais savoir quels sont les éléments qui sont, pour toi, les plus pertinents, qu'est ce qui vous est utile aux intermédiaires. Vous avez fait toute une évolution depuis un certain nombre d'années. Est-ce que ce sont les rencontres entre les différents intermédiaires des autres pôles ou quels sont les aspects qui, pour vous les intermédiaires, sont vraiment formateurs, puisque vous apprenez sur le tas, avec l'expérience, au fil des ans?

Denis Planchon: Je travaille depuis 5 ans et j'avais besoin en tant que personne sourde, de faire de la recherche sur la langue des signes. Je n'ai pas appris la langue des signes à l'école, mais de manière naturelle. J'avais besoin de travailler sur ma langue, j'étais l'objet de critiques, des demandes pour savoir quelle formation j'avais suivie. Je me suis donc inscrit à l'ESIT pour rejoindre la formation. Ce qui était important pour moi, c'était la langue des signes, de s'imprégner, mais ce que j'apprenais en classe ne correspondait pas à ce que je vivais dans la pratique. Il y avait uniquement cette formation au sein de Paris 8, avec VISUEL, j'ai pris beaucoup d'éléments qui m'ont permis un recul et de la recherche, d'affiner. Avant j'avais ma langue des signes, mais j'avais beaucoup de difficultés à répondre, là le regard a changé grâce aux apports linguistiques.

Anne-Claude Prélaz Girod: Merci pour cette réponse. En tant qu'intermédiaire tu es amené à faire le relais entre le médecin et le patient, et ça m'intéressait de savoir comment on apprend à se positionner dans ce rôle qui est nouveau, émergent et qui n'existait pas avant. Personne n'intervenait comme cela avant la création des pôles. Ma question était « Qu'est ce qui est utile dans ces cas-là? » « Qu'est-ce qu'il y a besoin de ne pas oublier quand on forme des sourds à cette fonction d'intermédiaire? ».

Denis Planchon: Au début de mon engagement, nous avons une réunion thématique par mois, lors de laquelle on avait des échanges. Une des intermédiaires sourde était en congé maternité et c'est moi qui suis intervenu sans être très au clair sur mon rôle, à quoi j'allais servir, ... La patiente ne comprenait pas pourquoi j'allais être là et j'ai dû lui expliquer, mais ce n'est pas une compréhension immédiate, il faut répéter plusieurs fois....

Est-ce que l'intermédiaire remplace l'interprète? Cela a été long, il y a eu de nombreux échanges jusqu'à ce que ce soit clair qu'on ne remplace pas l'interprète. Les patients et les médecins sont rassurés là-dessus. Il faut toujours expliquer que nous sommes là pour faire en sorte que la communication soit claire, que la personne ait bien compris. Au début, certains patients pensaient que j'allais venir avec eux dans la chambre d'hôpital, ils n'étaient pas au clair. Il fallait leur expliquer que je venais pour la communication avec l'infirmière.

Nous faisons ce travail de sensibilisation dans les différents services. L'intermédiaire intervient auprès des patients pour les sensibilisations, pour la recherche linguistique, etc.

Le champ d'intervention est très large. Personnellement, je m'occupe surtout de recherche linguistique.

Frédérique Palama: Est-ce que tes collègues ont également suivi la formation à Paris ou est-ce que c'est toi qui les a formées? Comment cela s'est-il passé pour elles deux?

Denis Planchon: Nous avons eu des échanges. Je ne sais pas si ça suffit.

Frédérique Palama: Est-ce que tu aurais encore besoin de formation? Est-ce qu'il y a un travail qui se fait?

Denis Planchon: Bien sûr ce n'est pas fini. Lors des échanges qu'on a une fois par année (rencontre de tous les intermédiaires qui se retrouvent à Paris), on découvre les spécificités de chacun, les particularités de leur travail. Au départ, moi je suis comptable et n'ai aucune formation dans le domaine de la santé. Au fil de ces échanges, on voit que c'est très lié au métier d'éducateur spécialisé. Il faut savoir se contrôler, garder la distance avec le patient, ne pas être en lien affectif avec lui; pleurer, prendre pitié, ce n'est pas dans le rôle de l'intermédiaire. Il y a tout un travail de contrôle sur soi, de prise de distance, cela progresse, mais il faut du temps. L'expérience aide et ce n'est pas fini.... certains intermédiaires apportent leur expérience dans le groupe, des erreurs...

Anne-Claude Prélaz Girod: Y a-t-il d'autres personnes qui souhaitent réagir à cela ? J'aimerais vraiment que le public se sente libre de poser des questions sur les différentes thématiques. J'ai mis quelques points qui me semblaient intéressants à discuter mais sentez-vous libres de poser des questions sur des thématiques particulières qui vous intéressent.

Frédérique Palama: Ce matin lors de ton exposé, tu nous as présenté des points qui m'ont fait réfléchir. Lorsque le patient, le malade, arrive, qui décide d'engager un intermédiaire? Est-ce le patient sourd lui-même ? Qui prend cette décision ?

Denis Planchon: C'est intéressant en effet de voir qui prend cette décision. Prenons l'exemple d'une personne sourde qui prend un rendez-vous. Au secrétariat, sur le planning, les secrétaires voient si les interprètes sont disponibles. Une fois l'interprète engagé, il peut arriver que le patient ne comprenne pas la langue des signes de l'interprète, ce qui peut engendrer beaucoup de contresens et de malentendus. Cela peut être un des éléments qui entrent en ligne de compte pour faire appel aux intermédiaires. Ou alors, lors de l'accueil; lorsque le sourd arrive au cabinet et s'exprime en langue des signes, on va faire appel à l'intermédiaire. Troisièmement, c'est le secrétariat qui peut demander à la présence des intermédiaires; les secrétaires sont des enfants entendants de parents sourds et peuvent déterminer si leur intervention est nécessaire pour tel ou tel patient.

Benoît Drion: Comme tu viens de le dire, il y a tout cela, mais il n'y a pas d'évaluation formelle qui est faite pour cela actuellement; peut-être qu'il le faudrait, mais pour l'instant il n'y en a pas. Une autre situation, qui est sans doute la plus fréquente, c'est lorsque le patient va chez le médecin avec une interprète et, après la consultation, l'interprète revient au secrétariat et dit que cela ne passe pas et précise que, pour ce patient, pour un prochain rendez-vous, il faut un intermédiaire. C'est souvent cela qui se passe.

Frédérique Palama: C'est donc l'interprète qui va dire s'il y a besoin d'intermédiaire. Est-ce que le patient est informé? Est-ce qu'il accepte cela? Est-il au courant avant le prochain rendez-vous? J'aimerais savoir concrètement, comment cela se passe.

Denis Planchon: C'est vrai qu'une majorité des personnes sourdes ont un niveau de langue des signes parfois assez inférieur, ils ont de la peine à comprendre l'interprétation en langue des signes, et ont besoin d'explications supplémentaires. Ils pensent que l'interprète va aider, lui donner des explications supplémentaires (ce qui n'est pas du ressort d'un interprète). Cela ne fait pas partie du rôle de l'interprète, c'est le rôle de l'intermédiaire. Ce n'est donc pas le patient qui choisit. Il va se rendre compte, après la consultation, de la différence entre un interprète et un intermédiaire et verra qu'il comprend mieux avec l'intermédiaire, qu'il y a moins de frustrations. Parfois, on informe simplement le patient qu'il y aura un intermédiaire; ou le patient a entendu parler de l'intervention des intermédiaires et est content quand ce dernier intervient. Parfois certains sourds ont un niveau intellectuel insuffisant, et ont une compréhension de la langue des signes très lacunaire.

Benoît Drion: Je ne sais pas si Carole peut compléter ce que je vais dire là. L'intermédiaire est utile pour l'usager dans le dispositif où il y a le médecin l'interprète, le patient sourd et l'intermédiaire. L'intermédiaire est utile pour l'interprète tout autant que pour l'usager sourd. On des des situations qui m'étonnent toujours: pour le même patient, où il y a intervention de deux interprètes différents, l'un dit que pour ce patient-là il n'y a pas besoin d'intermédiaire et l'autre interprète nous dit qu'il y a besoin d'intermédiaire. Donc, dans ce cas-là, l'intermédiaire intervient pour le second interprète. Je ne sais pas s'il supplée quelque chose pour l'interprète ou si c'est la première interprète qui ne se rend pas compte que.... voilà... c'est parfois étonnant que, suivant l'interprète, pour un même patient on a parfois besoin d'un intermédiaire, parfois pas.

Carole Gutman: C'est vrai; j'en ai déjà entendu parler. Moi-même, je dit j'ai besoin d'intermédiaire ou je n'ai pas besoin d'intermédiaire. Les rares fois où j'ai eu une collègue avec moi, nous étions globalement d'accord. Je sais que les interprètes ne sont parfois pas du même avis. Cela dépend de la perception. Il y a des sourds qu'on comprend parfaitement, peut-être tout simplement parce qu'on a plus l'habitude de les traduire et que du coup la communication passe plus facilement, et d'autres qu'on a pas l'habitude de traduire. Cela peut être des moments où on ne se rend pas compte. Je pense que tout est possible. Il y a aussi le cas où l'intermédiaire intervient juste avec le médecin (on a ce cas-là avec Anna) Chaque fois que l'intermédiaire vient avec moi, c'est sûr qu'il y a une présentation, une explication du rôle du médiateur, et c'est comme ça qu'il est accepté. Cela ne m'est jamais arrivé que le patient sourd refuse l'intermédiaire. Si c'était le cas, alors il n'y aurait pas d'intermédiaire.

Denis Planchon: On pense que l'intermédiaire intervient toujours pour les sourds mais il est aussi là pour l'interprète. L'intermédiaire est là pour les deux, même pour les trois: il est aussi là pour le médecin. Cela arrive souvent qu'au cabinet médical, le médecin parle très vite et l'interprète signe très vite. Tout le monde se dit qu'au fond il n'a pas très bien compris. Le patient n'a pas bien compris la langue des signes, le sourd demande si on pourrait ré-expliquer. Autre situation: le cabinet est très petit et mal éclairé et l'interprète est en contre-

jour, ou des situations où le sourd est mal placé, trop près de l'interprète ou du médecin...et qu'il faut chercher une autre salle. C'est l'intermédiaire qui peut le dire, alors que l'interprète sur place ne peut pas le faire; ce n'est pas tellement à l'interprète de dire que c'est trop petit trop serré, de voir comment on peut se placer par rapport à la personne sourde.

Carole Gutman: Denis, moi je me permets d'intervenir à partir du moment où le cadre dans lequel se déroule la consultation fait que mon travail n'est pas possible. Si la personne sourde est face à la fenêtre et est éblouie ou si moi je suis éblouie, ou s'il y a du bruit dans la pièce et que je n'entends rien de ce que dit le médecin; si faute de lumière, je ne vois pas le patient, j'interviens, car les conditions dans lesquelles je peux faire mon travail ne sont pas remplies (il y a des conditions minimales). Si l'intermédiaire le fait à ma place, c'est très bien aussi. Quand l'intermédiaire n'est pas présent, si certaines conditions ne sont pas respectées et qu'elles entravent mon travail, j'interviens. Je trouve important que les interprètes interviennent sur le cadre. C'est vraiment la seule chose sur laquelle nous pouvons intervenir... donc intervenons!!

Anna Ciosi: Je voulais préciser dans quels contextes on peut avoir besoin de l'intermédiaire; dans le domaine de la santé mentale, il y a vraiment une demande qui est celle de l'urgence psychiatrique. Quasi systématiquement, dans la mesure du possible, j'y vais avec l'intermédiaire parce que la personne, dans le cadre de l'urgence, est très angoissée. Quand il s'agit d'une urgence psychiatrique, la personne peut être délirante, très agitée. Quand on se retrouve face à quelqu'un de très halluciné et de très agité, il n'y a pas mieux qu'une personne sourde professionnelle et formée pour prendre contact avec le patient. Je vois par exemple une personne sourde très délirante qui va fermer les yeux; pour qu'on puisse communiquer avec cette personne, lui dire « vous allez rester à l'hôpital, on va vous garder, etc. » on a beaucoup de mal à établir le contact les yeux fermés, par le toucher. La présence de l'intermédiaire permet d'être plus « proche » du patient, se permettre de lui appuyer sur l'épaule, d'avoir une sorte de contact physique qu'ont les sourds entre eux (quand il s'appellent et se tapent sur l'épaule, etc.) L'approche est donc plus adaptée culturellement que ce que nous pourrions faire nous, dans une situation d'urgence même si on est médecin formé à la langue des signes. Le premier aspect, c'est le contact. C'est identique pour une urgence somatique, un blessé grave, une personne avec un infarctus ou avec une souffrance aiguë physique, l'angoisse de la souffrance physique et l'angoisse de « à quelle sauce je vais être mangé dans cet hôpital où on ne me comprend pas ». Quand l'intermédiaire arrive, c'est un grand soulagement. Il n'est pas aussi grand quand c'est l'interprète ou le médecin signeur. L'intermédiaire a vraiment un rôle à jouer (même si le médecin signeur et l'interprète sont là). Ce rôle d'apaisement et d'accompagnement est vraiment important. Pour en revenir aux urgences psychiatriques, on se retrouve face à quelqu'un qui a une psychose ou un délire aigu, le discours est tellement décousu, le langage est tellement altéré du fait de la présence du délire, qu'on a vraiment besoin de la présence de l'intermédiaire pour pouvoir comprendre ce que dit le patient, affiner le diagnostic et essayer de mettre en place un traitement adapté. Ce sont des situations un petit peu plus précises dans le domaine de l'urgence et de la psychiatrie.

Un troisième point par rapport au fait de ne pas vouloir de l'intermédiaire; moi, j'ai plutôt la situation opposée, à savoir que lorsque je reçois en consultation psychiatrique des patients avec intermédiaire (on est en binôme intermédiaire médecin), si ce patient a besoin d'exams somatiques (une fibroscopie, d'aller passer une échographie, une mammographie, etc.) le patient me dit qu'il faut que Gisèle (l'intermédiaire qui travaille avec nous) soit là, qu'il a besoin d'elle; qu'elle lui ré-explique, même si on lui a déjà expliqué 10 fois qu'on allait lui faire une petite anesthésie locale avant d'enfiler le tube, que ça allait durer 15 minutes et qu'après il y avait 2 heures de salle de réveil, etc. L'intermédiaire est là pour

reprendre tout cela, pallier à l'angoisse. Elle a véritablement un effet magique. Sans intermédiaire, ça ne marche pas, ou ça marche moins bien.

Frédérique Palama: Carole, tu nous disais que la présence de l'intermédiaire n'a jamais été refusée, mais dans le cas où ils sont de sexe opposé un intermédiaire homme avec une patiente femme.... est-ce que c'est bien accepté? Comment cela se passe-t-il (je pense par exemple à une évaluation gynécologique, ou pour une femme battue)? Est-ce que c'est bien accepté ?

Denis Planchon: On a déjà eu des situations difficiles avec des mammographies ou des prélèvements mammaires. Un exemple: L'interprète va sur place avertit la patiente qu'il y a un homme, que c'est moi qui vais 'être l'intermédiaire. J'explique que je ne vais pas voir du tout, qu'elle a le droit de refuser, et que si elle refuse, si les intermédiatrices femmes sont déjà occupées, il faudra prendre un rendez-vous ultérieurement. J'explique à la patiente que je ne vais pas la regarder sous toutes les coutures. La patiente hésite un moment après quoi elle est d'accord, se déshabille; elle revient en croisant les bras pour ne pas montrer sa poitrine. Elle a un linge sur le ventre, on ne voit rien du tout. Je la regarde droit dans les yeux. Après une minute, elle comprend que je suis là comme intermédiaire. Du coup, elle laisse tomber ses bras et ne se cache plus. Elle comprend que je suis là pour la communication, et tout se passe bien. Elle comprend avec grande clarté. En fin de séance, elle me demande si c'est moi qui serai là la prochaine séance Je lui dis qu'il y a un tournus et que ce ne sera pas forcément moi. Elle souhaiterait avoir la même personne et je dois ré-expliquer qu'on fait un tournus, au bout du compte on joue sur un espace de confiance. Chez un gynécologue, c'est un terrain un peu sensible. J'avertis le médecin que c'est mieux de faire d'abord l'entretien, que je vais ensuite rester derrière le rideau pendant qu'il fait l'examen gynécologique et qu'une fois le contrôle terminé et la patiente rhabillée, on peut de nouveau faire une phase entretien pour d'autres explications en ma présence. Il faut donc toujours faire l'explication en ma présence sur place avant l'examen, pour permettre aux personnes d'être à l'aise. C'est vrai que je ne suis pas là tout le temps, notamment pendant les prélèvements gynécologiques et autres.

Carole Gutman: Je suppose que la femme, quand elle cache ses seins, pour te répondre en langue des signes ce n'est pas pratique!! Moi en gynécologie, j'ai vu une évolution entre le début, où je leur demandait si elles souhaitaient que je sois là pour l'examen clinique; il y avait d'abord une explication dans le bureau avec le médecin puis l'examen clinique. Au tout début 9/10 me disaient « oui venez avec moi, ... pour une fois qu'il y a une interprète... » (c'était au début de l'ouverture de l'unité). Progressivement, c'est comme si elles avaient eu l'information et maintenant elles savent comment ça va se passer un examen clinique, un spéculum, un frottis ou autre chose. Tout cela a été expliqué la première fois et maintenant il n'y a plus besoin. Je traduis dans le bureau et ne rentre plus dans la salle d'examen. Il y a la même situation en tant que femme pour accompagner un homme pour un examen en proctologie ou une coloscopie. Ce n'est pas hyper sympa non plus. Je propose de venir, je demande au patient. Soit il veut, soit il ne veut pas. Il y a vraiment eu des réactions très différentes, c'est variable. Je suppose que s'il y avait un interprète-homme, ils préféreraient que ce soit un homme, mais il n'y en a pas.

Anne-Claude Prélaz Girod: Repéré deux questions dans la salle tout d'abord Thierry Richème puis Nathalie Palama qui voulait poser une question sur la formation.

Thierry Richème: J'aurais une question concernant les intermédiaires. Avant, je ne connaissais pas ce métier. J'ai écouté vos conférences ce matin et je me dis que l'intermédiaire est « l'avocat du patient sourd ». Est-ce que tu acceptes cette image, cette représentation.... je vois l'intermédiaire comme le représentant du patient sourd, « l'avocat

du patient » (c'est une expression).

Denis Planchon: Si j'accepte ou si je n'accepte pas...? Mon travail à l'hôpital est dans le domaine de la santé. Je m'occupe de la santé. Certains intermédiaires sociaux travaillent auprès des avocats et de la justice, moi je m'en occupe pas. Chaque intermédiaire a sa spécialisation: intermédiaire en psychiatrie, intermédiaire social, intermédiaire en santé, intermédiaire dans le domaine de la justice.

Thierry Richème: Ma question n'était pas celle-là. Ce n'était pas une question de spécialisation dans les différents domaines. C'est vraiment sur le métier d'intermédiaire. On espère qu'il y ait quelque chose de certifiant qui soit créé. Ne connaissant pas du tout ce métier, suite aux explications reçues ce matin, je me demandais si on peut dire que le rôle de l'intermédiaire est comme celui d'un avocat: si le sourd n'a pas compris, il va prendre sa place pour ré-expliquer. C'est un peu une image, une métaphore.

Anne-Claude Prélaz Girod: C'est un problème typique de traduction. C'est drôle car c'est l'expression « être l'avocat de » qui pose problème. Je pense que Thierry voulait dire que l'intermédiaire va représenter, soutenir la cause de la personne sourde lors de la consultation. L'expression « être l'avocat de » est une expression typiquement française qui, traduite littéralement, ne passe pas en langue des signes.

Carole Gutman: Précise que ce sont deux sourds qui se disent cela quand même... et que ce n'est pas une question de traduction.

Thierry Richème: C'est un dialogue de sourds! Acceptes-tu qu'on se représente l'intermédiaire comme cela ou pas ? Si ce n'est pas le cas, j'enlève l'image qui m'est venue. Je ne connais pas à l'avance ta réponse. J'ai vu tout ce qu'il y a dans le métier d'intermédiaire, les difficultés, etc. Je me dis qu'il y a une chose qui résume tout cela, c'est « être celui qui représente les sourds » en étant capable d'intervenir, en disant que le sourd n'a pas compris, attendez, je lui explique. Ce n'est pas une question de défense au niveau de la justice dont je parlais, mais bien dans la communication. C'est juste l'image de ce métier qui m'est venue.

Denis Planchon: Je pense à la médiation, qui est plus dans la négociation. L'intermédiaire pour moi ce n'est pas cela, c'est la communication langagière, linguistique. Ce matin, Marie nous parlait de sa formation qui est plus médiatrice. Dès le moment où il y a conflit, où les personnes ne sont pas d'accord, le médiateur va les écouter, entendre leurs points de vues et trouver un accord à l'amiable pour qu'ils se réconcilient. L'intermédiaire, ce n'est pas cela; nous sommes un pont de communication entre le sourd et l'entendant. On aide à faire en sorte que les choses passent d'un côté à l'autre. Ce n'est pas une question que l'interprète fasse mal son travail mais parfois la communication ne passe pas et l'intermédiaire reformule ça en complément de l'interprète sur un plan où la communication passe.

Anne-Claude Prélaz Girod: Nathalie Palama voulait poser une question depuis un long moment.

Nathalie Palama: On a parlé d'intermédiaire et approfondi cela dans les conférences. Ensuite, nous avons discuté de formation, de comment former les personnes sourdes. Ce qui est intéressant aujourd'hui, on a parlé des interprètes d'Appartenances, on a vu que les interprètes communautaires, devaient eux-mêmes être nées dans la langue et avoir la même culture d'origine et peuvent suite à la formation devenir interprètes. Les intermédiaires sourds partagent aussi la langue et la culture mais pour travailler il faudrait d'une part l'intermédiaire et un interprète... donc comment organiser une telle formation. A Appartenances, vous avez déjà organisé cette formation, qui certifiée et reconnue sur un

plan fédéral, et c'est formidable. Ma question est: Comment faire pour avoir des intermédiaires qui soient en même temps interprètes et qu'on puisse faire cela tous ensemble? Faudrait-il alors n'avoir que des intermédiaires... qui ne sont eux-mêmes pas des interprètes ?

Anne-Claude Prélaz Girod: Merci Nathalie pour cette question. C'est la raison pour laquelle nous avons fait venir Appartenances. Je trouvais extrêmement intéressant les liens entre la communauté des sourds qui est une minorité, et les différentes minorités qui sont amenées à travailler avec des interprètes communautaires chez Appartenances. Je pense qu'on a tout intérêt à travailler ensemble, aller de l'avant dans ces projets. Comme tu le disais, une reconnaissance du métier existe, donc voir dans quelle mesure des adaptations seraient possibles. C'était vraiment l'objectif de les inviter à ce colloque. Au départ, beaucoup de personnes peuvent se demander pourquoi on met des migrants avec des sourds. C'est vrai que la question ne paraît pas évidente, mais, quand on lit certains textes édités par l'OFSP (Office fédérale de la santé publique) pour les migrants, il suffit de changer les mots « migrants » dans le texte par « sourds » pour avoir un argumentaire, afin d'expliquer et faire comprendre ce qui se passe et en quoi c'est nécessaire et tellement important que la communication passe bien.

Isabelle Fierro Muehleemann: L'idée vient d'émerger, de former des intermédiaires sourds en partant de ce qui existe pour les interprètes communautaires. Dans les contenus, il y a des cours sur la procédure d'asile, ce n'est pas ce qui est le plus utile. Il faudra donc une adaptation concrète du cours au niveau de la pratique. Très vite, on touche à des thèmes plus politiques et légaux. Tu as cité plusieurs fois l'OFSP, et là on a tout de suite affaire à toutes sortes d'organisations politiques et administratives en Suisse. Nous (Appartenances) touchons une subvention de la section de l'OFSP qui s'occupe de l'égalité des chances (on parle d'égalité des chances dans le domaine de la migration). Tout cela demande un travail politique pour que ce soit reconnu. Des actions sont à entreprendre au niveau associatif. Je le dis au sens très large, pas seulement les Mains pour le Dire et Appartenances, mais aussi peut-être la Fédération Suisse des Sourds. Essayer de grouper cette question langue et culture au sens général en mettant ensemble toutes les langues sur le même pied, est un aspect intéressant. Je reviens ensuite sur la question de « d'avocat du patient ». Qu'existe-t-il actuellement au niveau du droit, au niveau légal qui servirait d'argument pour dire qu'il faut des interprètes, des médiateurs dans les soins. Tout ce qui touche au droit des patients est de la compétence des cantons, il n'y a rien au niveau national. Le droit des patients est une base sur laquelle nous pouvons travailler ensemble, même si c'est cantonal. Dans la plupart des cantons le patient a le droit d'être informé, d'avoir toutes les informations sur traitement qui lui est proposé; il doit consentir à ce traitement donc il doit pour cela l'avoir compris... Comment travailler pour que, au niveau des institutions, on arrive à une obligation de s'assurer que le patient a compris. On parlait de l'« avocat du patient », je n'aimerais pas revenir sur les problèmes de traduction ou de terminologie. Il y a une recherche qui a été faite sur les différents rôles. Être l'« avocat du patient » est un de des rôles dont on parle clairement par rapport à l'interprète communautaire. C'est un des rôles qui a été relevé, sur lequel on a moins insisté dans notre concept, peut-être pour des questions d'enjeux professionnels. On n'aime pas trop en tant que professionnel que quelqu'un vienne comme « avocat » du patient. Néanmoins, l'interprète est quand même garant qu'il n'y ait pas exclusion des soins, dans ce sens-là, il est un « avocat du patient ». Par sa présence, parfois par quelques interventions, il supporte le patient. Il y a même eu quelques cas plus dramatiques de « maltraitance » de la part d'un médecin (plusieurs expériences notamment dans le cadre d'expertises AI dont Zorica Glauser a parlé ce matin) où on a l'impression que le médecin ne fait pas son travail et qu'il y a vraiment discrimination flagrante. A ce moment-là, ce qui est plutôt rare, l'interprète communautaire se permet de jouer ce rôle d' « avocat du

patient », et dit que ce n'est pas correct de traiter la personne de cette manière-là. Voilà donc du légal, de la politique et de la pratique, donc il y a du travail à faire!

Anne-Claude Prélaz Girod: Je vois que cela déclenche beaucoup de réactions dans le public. Beaucoup de mains se lèvent, et j'en suis toujours à ma première slide... où j'ai lancé la discussion sur le thème de la « formation » au départ, mais j'aimerais qu'on aborde d'autres aspects aussi. Je propose une dernière question avant de passer à un autre thème.

Donald Shelton: Ce matin Zorica Glauser nous a présenté les interprètes culturelles et on essaie de faire le lien avec les intermédiaires mais ce mot médiateur me laisse très dubitatif. C'est un peu le rôle d'un éducateur spécialisé, ou bien le travail des Mains pour le Dire d'informer quant à la santé des personnes sourdes, mais est-ce vraiment un métier à part entière ? De retraduire en langue des signes, ce n'est pas un travail langagier, linguistique. C'est vrai que les personnes étrangères qui viennent d'ex-Yougoslavie ont la même langue, identité et culture. Aux États-Unis, cela ne se passe pas du tout comme cela. Il y a des interprètes sourds, qui sont des interprètes en langue des signes. Quand la personne sourde ne comprend pas la langue des signes, l'interprète sourd modifie linguistiquement la langue des signes et l'adapte au niveau de la personne sourde qui est en face. Il ne s'agit pas d'expliquer ou d'ajouter de l'information mais plutôt de s'adapter à une situation. Il ne s'agirait pas, dans un cabinet médical, de soigner, ré-expliquer, donner des définitions, expliquer ce qu'est la santé, comment fonctionne le corps humain. Pour les situations médicales, quand la personne sourde ne comprend pas, on appelle une autre personne qui pourra expliquer à l'extérieur du cabinet. Ensuite, lorsque le médecin donne ses explications, le patient sourd sera à même de comprendre. On ne mélange pas les différents rôles; cela se passe extra-muros du cabinet médical. Il ne s'agit pas de donner des informations qui n'ont pas été données dans le cabinet, mais c'est une personne, aux États-Unis qui est interprète, comme pour les entendants et qui adapte simplement son niveau de langue des signes.

Carole Gutman: la questions est: est-ce que cela se rapproche des interfaces ? Parce que adapter.... oui mais...

Benoît Drion: Ce que je sais aux États-Unis, il y a ce qu'on appelle les CDI (Certified Deaf Interpreters) qui sont des sourds assurant ce qu'on appelle une fonction d'intermédiation mais qui travaillent avec un interprète. C'est un peu la même fonction qu'ici. Je peux me tromper, c'est ce que je connais. Peut-être qu'à certains endroits, il y a effectivement des interprètes qui ont une fonction d'interface, comme à certains endroits en France.

Anne-Claude Prélaz Girod: Je vous remercie tous pour ces différentes interventions autour de la formation et surtout de ce rôle d'intermédiaire qui est un des éléments clé du pôle auquel il va falloir réfléchir si on veut établir quelque chose en Suisse. Il y a des pistes et c'est intéressant. J'aurais maintenant envie de passer la parole à Anne Grassi, je vous explique pourquoi: c'est important au niveau de ce colloque de ne pas oublier que certaines personnes malentendantes, quand elles vont consulter, vont avoir des difficultés qui ne sont pas les mêmes que celles des personnes sourdes, et vont se trouver confrontées à de grandes difficultés pour comprendre le médecin. Par exemple, s'il faut faire un IRM et qu'il doit enlever sa prothèse.... le patient malentendant ne comprend plus rien du tout. Comment est-ce qu'on communique alors? Va-t-on penser à lui transmettre les informations à l'avance? Denis nous expliquait qu'il donnait des explications en langue des signes avant, ensuite le patient va faire l'examen et il reprend après. Une fois sa prothèse enlevée, le technicien va donner toutes les explications au patient malentendant par oral. La question est donc comment font les malentendants pour avoir un accès aux soins qui soit correct, qui ne soit pas angoissant. C'était important pour moi que les malentendants soient aussi

représentés dans cette réflexion. J'avais aussi envie de poser la question au Dr. Drion de afin de savoir s'il y a des mesures spécifiques prévues pour les patients malentendants, qui n'utilisent à priori pas forcément la langue des signes, et si ces derniers viennent aussi consulter au pôle? On dit en effet que les sourds c'est 1 personne sur 1000 (1/1000); si on regarde les malentendants, c'est beaucoup plus de personnes, ma question est aussi pour vise à savoir si malentendants et sourds se retrouvent dans ces structures et si cela répond aussi pour les patients malentendants à un besoin.

Benoît Drion: Il y a quelques patients malentendants, mais c'est très très peu (1-2% de malentendants qui viennent consulter au pôle). Au début, quand on a discuté au ministère de la création de ces unités, il y a eu tout un débat; ces unités s'appellent officiellement « Unités d'accueil et de soins des sourds – langue des signes », alors que nous aurions voulu « Unités d'accueil et de soins en langue des signes »; pour quelle raison: On a dit qu'il n'y a pas que les sourds locuteurs de la langue des signes, il fallait donc que cela soit ouvert à tous les sourds, raison du nom actuel des unités. Dans les faits, ces sourds-là viennent très peu; on en a quelques uns, mais finalement, quand ils viennent, je me rend compte qu'ils se sont un peu trompés de bureau et c'est parce qu'ils avaient besoin d'un ORL. On a assez peu de demandes. Hier, tu as évoqué à plusieurs reprises le LPC... on nous a demandé au ministère de lister le nombre de fois par an qu'on nous demandait du LPC. C'était la demande du ministère de chiffrer le nombre de « sourds-LPC ». Nous avons donc fait un relevé dans toutes les unités en France. A Lille, on a jamais eu la moindre demande en LPC, parce qu'au départ, on avait même proposé de nous donner une formation en LPC – moi je ne connais pas le LPC- mais on n'a jamais eu ce type de demande. Je pense aussi que c'est parce qu'on est positionné comme unité d'accès aux soins en langue des signes. Maintenant, Madame va peut-être nous dire autre chose, mais dans les faits, dans la pratique réelle de terrain, on a très peu de malentendants ou de devenus sourds.

Anne Grassi: C'est vrai, je comprends aisément, mais j'ai une demande. Il me semble que, du moment que les personnes sourdes ont de la difficulté, personnellement, j'aurais presque l'envie et l'instinct de venir dans votre service en me disant qu'on va me comprendre, ou tout faire pour me comprendre, que je n'aurais pas besoin de répéter 36 fois « regardez-moi en face », etc.. « Parlez plus lentement », etc. C'est pour cela que ça m'interpelle que vous ayez peu de personnes malentendantes. D'autre part, au niveau du LPC, il faut être conscient que le LPC est entré dans les mœurs depuis 25 ans. Toutes les personnes de ma génération (un peu avant et un peu après) ne connaissent pas le LPC. Au niveau de la Suisse romande, les malentendants disent qu'ils doivent toujours répéter au médecin qu'ils sont malentendants. Souvent, ce n'est pas qu'on n'en tient pas compte, mais le médecin oublie, il se penche pour prendre un instrument, il parle tout en étant baissé. Vous avez des médecins ORL -je précise car c'est pour moi la goutte qui fait déborder le vase- qui appelle son patient assis dans la salle d'attente depuis derrière le mur. Il vient en marchant dans le couloir, et n'est même pas à la porte quand il appelle son patient. Je sais tout le monde n'est pas malentendant sévère à profond, mais quand même, c'est son rôle de faire attention à ce que le patient l'entende et le voie. Il ne faut pas oublier que les personnes malentendantes, à moins qu'elles aient un intérêt personnel ou professionnel, ne vont pas vers la langue des signes instinctivement. C'est plutôt la lecture labiale; il leur faut donc une bonne lumière, pas de contre-jour, etc. C'est clair qu'au moment où on enlève l'appareil auditif pour un examen, ça se complique. Les explications avant sont utiles. Par contre, la personne malentendante - et c'est à mon avis et à celui de ma fondation LE gros problème - ne se met pas en avant en tant que personne malentendante. Au contraire, elle ne dit rien jusqu'au moment où l'incompréhension arrive ou le fait qu'elle fera répéter parce qu'elle est devant un mur. Souvent, elle ne va pas dire spontanément « bonjour, je suis malentendante, pouvez-vous me regarder quand vous me parlez, etc. ». Je crois qu'il n'y en a pas beaucoup qui le font.

Benoît Drion: Pendant que vous parliez, je réfléchissais aux situations de malentendants que j'ai eu et j'essayais de les lister pour voir un peu ce que c'était. Je réalise que tous ceux qui ont consulté chez nous, sont venus parce qu'ils étaient en souffrance. Ils étaient en demande de soutien psychique, psychologique. On en a eu plusieurs qu'on a aiguillés vers la psychologue. Quelques personnes devenues brusquement sourdes tardivement (vers 50-60 ans) ce qui modifie complètement les relations dans la famille. La famille a une habitude de fonctionnement installée depuis 40 ans et puis tout d'un coup la personne n'entend plus et donc tout doit être modifié. On a fait notamment des rencontres avec cette famille pour essayer de les aider à améliorer leur mode de fonctionnement dans la famille et leur faire comprendre que cette personne est devenue sourde. Ils le savent mais, concrètement, ils ne se rendent pas compte de ce que cela implique dans la vie de tous les jours. On a eu quelques demandes comme ça. On n'a par contre pas de demandes d'explications de soins par des malentendants.

Carole Gutman: En soins somatiques, je ne me rappelle pas avoir vu des personnes malentendantes arriver à l'unité. Ce que je voulais dire à Madame, c'est que quand on accompagne une personne sourde pour les examens, globalement, les interprètes n'y vont pas; on est plutôt avant et après aussi. Pour tout ce qui est radiologie, on n'est pas dans la salle, on ne rentre pas près des radios parce qu'on risque les radiations. Ce que vous dites, c'est que vous avez tout le temps besoin de répéter, sans arrêt, qu'on vous regarde, ce que je comprends très bien parce que nous aussi, nous répétons sans arrêt, même si ce n'est pas tout à fait pareil. Le nombre de fois où le patient est baissé, que le médecin continue de parler au patient et c'est nous qui intervenons parce que le patient ne voit rien et n'entend rien. On dit « attendez le patient est baissé, il ne regarde pas l'interprète » et c'est vrai que pour vous, c'est votre quotidien.

Anna Ciosi: Pour rebondir sur ce que disait Benoît, des patients malentendants ou des patients devenus sourds on en voit peu dans les services d'accueil et de soins des sourds en somatique. C'est un peu moins vrai en psychiatrie parce que, même si c'est une petite portion des patients qu'on reçoit, on accueille quand même beaucoup de malentendants, patients avec des presbyacousies, ou devenus sourds tardivement qui viennent vers nous parce qu'on est un peu experts en surdité en plus d'être experts en psychiatrie. Il y a donc une compétence complémentaire qui est de l'ordre de la compréhension. Le fait qu'effectivement, quand le patient tourne la tête ou se baisse pour une fraction de seconde, on arrête de parler, on attend que la personne nous regarde de nouveau pour pouvoir s'adresser à elle. Recevoir la famille, comme expliquait Benoît, leur dire que « parler à leur épouse quand elle a le dos tourné ça ne sert à rien, qu'elle ne comprendra pas. Leur dire qu'ils ont beau s'énerver, qu'elle ne comprendra pas mieux, et qu'ils doivent attendre qu'elle les regarde pour pouvoir lui dire des choses, etc. ». Généralement, le simple fait d'expliquer cela à l'entourage, à la famille et à la personne devenue sourde ou malentendante, apaise les tensions intra-familiales et fait que cela se passe beaucoup mieux par la suite. Je suis désolée je vais devoir partir parce que j'ai un train, je vous remercie vraiment pour votre accueil.

Odile Cantero: J'avais une chose à dire concernant la formation des soignants. On a beaucoup parlé de la formation des sourds. Je suis, depuis deux ans, patiente simulée pour les examens de médecine. Quand les étudiants ont des examens, on vient jouer le patient, on vient « faire pour de faux ». De vrais médecins observent de quelle manière se comporte l'étudiant, s'il communique et explique bien les choses. La responsable de ce programme, Nathalie Flegenheimer, est très ouverte à la nouveauté, par exemple à faire un examen simulé sur la prise en charge des personnes âgées handicapées. Elle essaie de mettre des

structures en place à ce niveau. Il est complètement illusoire de vouloir former les docteurs déjà installés, par contre, il serait intéressant d'essayer de faire quelque chose au niveau de la formation des étudiants. A l'examen fédéral, il y a 17 postes, cela veut dire que les étudiants vont rencontrer 17 patients simulés à la suite; c'est l'examen final, c'est là-dessus qu'ils finissent leurs études. Proposer un poste avec une situation d'interprétariat, en imaginant qu'on puisse mettre un interprète en langue des signes, cela pourrait se faire. Je vais bientôt aller représenter les patients suisses simulés à un congrès international. J'ai un pied là-dedans et, à midi, j'y ai pensé en discutant et en voyant qu'il y a vraiment un problème à ce niveau. Apprendre à parler en face, c'est typiquement le genre de situation qu'on peut proposer, et je pense que ce serait possible le faire dans ce cadre.

Benoît Drion: C'est une idée géniale, mais il faut que les étudiants aient eu un moment de formation avant l'examen, car si à l'examen on les met là devant tout de suite, ils vont... (rires)

Anne-Claude Prélaz Girod: C'est extrêmement intéressant parce qu'on rebondit sur la formation des soignants. C'est quelque chose dont nous ne pourrions pas faire l'économie: pouvoir bénéficier, comme le fait Benoît Drion en France, de journées de sensibilisation où c'est un médecin qui sensibilise ses confrères. Je souhaiterais pouvoir le retenir en tant que médecin, car si dans le cadre des formations, on amène seulement un petit peu de langue des signes saupoudrée comme cela, ça ne marche pas. Juste 2 heures de sensibilisation ça ne marche pas. Un médecin des unités qui explique, vient avec son équipe, avec Denis, met les médecins en formation dans des jeux de rôles, comme vous l'avez décrit – cela nous a été expliqué lorsque nous avons visité la structure à Lille - c'est « magique », parce que, confronté à la situation, être dans le jeu de rôle, cela marque, on va s'en rappeler, on va apprendre à comment faire, certains continueront à faire faux et ce n'est pas grave mais au moins ça leur permet d'avoir tous dans le cadre de leur formation, cette sensibilisation par un confrère médecin. C'est vraiment important de savoir « qui » dispense ces formations. Est-ce que en 2 mots il est possible d'expliquer ce qui a été fait ?

Benoît Drion: On propose des jeux de rôles (on ne fait pas seulement cela avec les médecins, mais aussi avec des infirmières). On donne une sensibilisation à des infirmières ou des médecins – c'est Denis qui s'en charge -; c'est une partie théorique, avec une petite initiation à la langue des signes. Le but n'est pas de leur apprendre la langue des signes, mais de leur donner les modes de fonctionnement, les principes généraux de la langue des signes; il ne faut surtout pas leur donner des listes de signes sinon après ils sont dans le français signé, cela ne sert strictement à rien, ils oublient tout et cela n'a aucun intérêt. Plutôt leur apprendre à mimer les faire participer à des jeux de rôles. On invite des patients sourds, de vrais patients sourds que je vois en consultation -il y en a qui adorent cela et qui reviennent tout le temps –. On leur dit que c'est pour piéger les médecins, donc ils aiment bien. Ils viennent dans l'amphi ou dans la salle, je prends quelqu'un parmi les étudiants et je dis par exemple à l'infirmière ou au médecin (en dehors de la présence des gens dans le couloir) qu'il va devoir faire comprendre au patient qu'il lui faut prendre un comprimé 1/2h avant chaque repas. On lui dit de rentrer dans la salle, de se débrouiller comme il veut pour lui faire comprendre (il peut écrire, dessiner sur le tableau, ou utiliser n'importe quel autre moyen.....). Ils essaient, et ils finissent toujours par demander au patient s'il a compris. Le patient finit toujours par dire oui, ce qui est classique, après, il y a un interprète qui est là mais qui n'a servi à rien jusque là. On demande alors au patient de dire ce qu'il a compris via l'interprète. Le professionnel de la santé a le retour de ce qui a réellement été compris, via l'interprète et là ... très souvent (une fois sur deux) ça marche très bien et c'est très pédagogique, parce que le médecin ou l'infirmière a eu comme réponse « vous avez compris? »... « oui oui j'ai compris » et après il a le retour de ce qui a été compris qui est

complètement à côté. C'est la première étape, et nous avons toute une série de petits jeux que l'on fait régulièrement. Denis a aussi des situations sur des vignettes cliniques. On montre la vignette au patient et on demande au professionnel d'expliquer au patient ce qui est sur le dessin. Ils essaient par tous les moyens qu'ils veulent. Il y a un second module destiné aux étudiants qui ont fait la première partie Je fais une petite simulation d'examen clinique avec un sourd. Je prends un stéthoscope, on invite un sourd et je dis à l'étudiant de faire un examen clinique. « tu l'auscultes, prends sa tension artérielle, prends ses réflexes, ses mouvements oculaires, etc... » C'est un vrai patient sourd et l'étudiant doit faire l'examen. Là, il se rend compte qu'à certains moments ça bloque car -je le montrais tout à l'heure à la pause - quand on se met classiquement avec un entendant, on ausculte avec le stéthoscope sur l'avant puis dans son dos en lui demandant de respirer bien fort... évidemment ça ne marche pas si on est dans le dos du patient... ce sont de bêtes choses comme ça. Il faut donc adapter sa manière de communiquer. Les étudiants qui ont vécu cela, ce genre de situations, ça les marque et ils s'en souviennent. On fait aussi dans ces simulations là, ce que j'appelle « apprendre à utiliser un interprète ». On a un interprète, on met une table, c'est le bureau de consultation. Le médecin est là, on prend l'étudiant et lui dit que le patient sourd arrive avec son interprète. On lui demande où est-ce qu'il les positionne. On réfléchit ensemble où c'est le plus intelligent de se positionner, parfois ils se trompent et mettent l'interprète à côté du patient... alors on le fait réellement et on essaie de faire la consultation et à des moments cela ne marche pas, on demande s'il pense que c'est le bon dispositif... « ce serait mieux de mettre l'interprète de ce côté-là » alors on le fait et on voit que ça marche mieux. On fait la même chose avec un intermédiaireur « où est-ce que tu les places? » comme cela ils voient, c'est concret, ce sont des petites scénettes comme ça

Isabelle Fierro Muehlemann: On propose toutes sortes de sensibilisations professionnelles et en terme de scénettes. On utilise pas mal le « théâtre forum », alors je me disais que si on voulait continuer à utiliser « la Chenille » (troupe de théâtre forum de l'association les Mains pour le Dire) il y a peut-être une piste.

Benoît Drion: C'est quoi le théâtre forum ?

Isabelle Fierro Muehlemann: Le théâtre forum est – pour faire simple – du théâtre interactif . Des comédiens jouent une scénette qui à priori ne marche pas, qui pose problème (que ce soit le positionnement ou autre chose); on demande à une personne du public de venir prendre la place pour faire évoluer la situation.

Benoît Drion: Pour la mise en place des gens, je prends un étudiant qui fait le « médecin » et un autre qui fait le « metteur en scène ». Je dis « toi tu mets en scène les différentes personnes et tu les places ». Je demande « pourquoi tu l'as mis là? » comme cela on réfléchit ensemble.

Anne-Claude Prélaz Girod: On me signale qu'il reste 20 minutes, c'est passionnant. On aurait envie d'y passer encore une journée. Certains me disaient « mais pourquoi avoir prévu le colloque sur deux jours,... un jour aurait été bien assez ... ». Je ne sais pas vous mais moi dans 20 minutes, je risque d'être encore frustrée, car on pourrait encore discuter. Est-ce qu'il y a d'autres questions sur cette thématique ?

Michèle Badan: J'aurais une question pour Anne-Claude. Pour la formation des sourds qu'on pourrait imaginer créer, si on engage des professionnels, où se situerait ce pôle santé ? Ici à Lausanne au centre de la Suisse romande, au CHUV ? On a le Jura, Neuchâtel, etc (tous les cantons romands). J'aimerais être au clair s'il n'y en aurait qu'un et si celui-ci serait itinérant ou fixe?

Frédérique Palama: J'aimerais ajouter quelque chose à cette question. Imaginons que la

formation ait lieu à Genève,.... sera-t-elle reconnue dans un autre canton ?

Anne-Claude Prélaz Girod: Je vais frustrer tout le monde car je n'ai pas de réponse. Comme je vous ai montré hier, le projet de création d'un pôle santé en Suisse romande en est à l'étape « colloque » lors duquel je vous informe des résultats des questionnaires que nous avons fait en Suisse romande. On a jusqu'à maintenant profité de l'expérience des français – on pourrait aller voir ailleurs aussi, on a fait le plus proche déjà – de profiter de ce qui se fait en France pour se dire... on essaie de tirer parti de ce qui s'est fait ailleurs, pour ne pas refaire tout, réinventer....

Il y a des structures qui marchent très bien ailleurs, donc inspirons-nous de leur fonctionnement. Par contre, il y a des particularités suisses, un système de fonctionnement pour la santé qui est lié aux cantons. On aura des difficultés à établir, faire comprendre qu'il faut un financement inter-cantonal pour une structure, que ce soit une structure unique basée à Lausanne ou à Genève, ou idéalement une structure fixe avec équipe itinérante comme à Lille. Si on a une structure basée à Lausanne ou à Genève (je ne sais pas, il n'y a encore rien d'établi pour l'instant) ce serait intéressant de pouvoir imaginer que l'équipe soignante soit amenée à se déplacer sur les autres grandes villes romandes, que ce soit Fribourg, le Jura, peu importe. L'idée, dans la mesure du possible, est que tous les cantons romands puisse bénéficier d'une permanence (si c'est gérable au niveau du timing pour le médecin et l'équipe), que l'équipe puisse se déplacer et assurer une permanence, peut-être qu'à départ ce serait un jour par mois, 2 jours par mois, c'est déjà ça. Vouloir créer tout, partout, ne sera pas possible. Pour l'instant, on va donc réfléchir à ce projet avec le CHUV, et les politiques, parce que sans eux on n'avancera pas. L'argent ne va pas tomber du ciel. La France a un grand avantage: une fois le travail fait, il y a eu des subventions. Benoît Drion nous a expliqué qu'il y a des subventions qui viennent de différents endroits pour financer la structure globale du réseau de Lille. Les autres unités reçoivent aussi un montant qui n'est certainement pas idéal – ils aimeraient certainement obtenir plus – mais disons qu'il y a déjà un montant prévu par le gouvernement qui est attribué pour le fonctionnement des unités. Nous, pour l'instant, on a rien du tout. En période d'économies budgétaires, vous pouvez bien imaginer demander qu'ils nous mettent gracieusement à disposition plein d'argent pour créer une nouvelle structure dont personne, pour l'instant, ne voit l'utilité -nous, nous le savons mais beaucoup de personnes ne sont par du tout conscients qu'il existe un problème.

La première étape était de montrer que certains sourds n'ont pas accès aux prestations de soins auxquelles ils ont droit. Nous sommes à l'étape « mettre les chiffres sous le nez des personnes politiques et des soignants ». On en est là... je ne peux donc rien vous garantir. J'espère très fort, comme vous, qu'on pourra rapidement mettre sur pied une structure en Suisse romande permettant à toute personne sourde, d'aller consulter, idéalement pas trop loin de chez elle. L'avantage en Suisse c'est que les distances sont moins grandes que dans certains départements français. On espère donc que la couverture sera meilleure, mais le fait que le projet concerne plusieurs cantons, complexifie encore la réalisation concrète d'un tel projet. J'aimerais bien vous en dire plus, mais je suis pour l'instant dans l'impossibilité de vous en dire plus. Je pense maintenant qu'il faut aller de l'avant avec la fédération suisse des sourds (SGBFSS), avec peut-être Appartenances pour ces aspects de formation, avec le soutien des équipes des unités françaises et celui du Dr. Drion pouvant nous aider à expliquer et à faire passer le message auprès des soignants pour monter un projet qui tienne la route et qui soit réalisable ici en Suisse, car nous n'avons pas les mêmes conditions ni le même contexte qu'en France.

Benoît Drion: La Suisse romande correspond un peu ce qu'on a dans le Nord-pas-de-Calais; entre Genève et Sion – Brig de l'autre côté vous avez à peu près 200-250 km. C'est

approximativement la distance du Nord au Sud de notre département. Vous avez la particularité, comme on a dans le Nord (en dehors de la grande métropole lilloise) de ne pas avoir de grandes agglomérations urbaines comme on a en France. Lausanne... c'est combien d'habitants, c'est une petite ville française ça... Les villes dans lesquelles il y a des pôles d'accueil en France c'est 2-3 fois cette population-là. Vous avez une population qui est plus répartie sur la région. C'est sûr que, dans une ville comme Marseille ou Bordeaux, ce sont de très grandes villes, ce qui correspond en gros à la moitié de la population de la Romandie. C'est particulier, c'est pour cela qu'il faut essayer d'avoir une certaine mobilité et ne pas viser qu'un seul endroit (pôle fixe). D'un autre côté, hier j'ai discuté avec une dame de la direction ici à l'hôpital, avoir le poids et le soutien d'une institution comme cet hôpital (CHUV) ou un autre est un atout considérable parce que, si un hôpital comme le CHUV, prend des contacts avec d'autres hôpitaux au niveau institutionnel, cela a beaucoup plus de poids que si votre association le fait. Il faut que l'hôpital soit aiguillé pour le faire, ainsi cela a un poids considérable. Je peux vous dire concrètement que même en étant dans un hôpital, j'ai la chance d'avoir de très bons contacts avec la direction générale de l'hôpital. Il m'est arrivé une situation: je voulais avoir des contacts avec l'hôpital psychiatrique de Lille et n'arrivais pas à avoir un contact avec la direction. Je m'en suis ouvert à mon directeur général, alors que j'étais médecin d'un hôpital et que je n'arrivais pas à avoir un retour, on m'aiguillait toujours vers des sous-directeurs, ça n'avancait pas. J'en ai donc parlé à mon directeur qui m'a dit qu'il allait téléphoner au directeur général de l'autre hôpital. Il l'a fait et m'a passé le directeur à qui j'ai pu parler directement. Il a juste fait le relais. C'est le poids d'une direction. Si vous arrivez à des contacts de ce type-là, vous avez des chances, ça donne du poids et vous aurez beaucoup plus d'arguments que simplement par le biais associatif. Avoir un gros hôpital universitaire comme centre de coordination est un atout considérable.

Adeline Quack: Quand on imaginera la structure au niveau romand, il faudra aussi répertorier ce qui existe déjà. Les cabinets de médecins qui connaissent déjà un peu la surdité, la communication avec les sourds, pour déjà consolider les liens entre ces différentes structures et étoffer d'emblée le réseau qu'il faut créer. Pendant la discussion d'aujourd'hui, je pensais aux médiateurs ou intermédiaires. Lorsque nous avons mis sur pied la formation des animateurs santé surdité, il y a quelques années, aux Mains pour le Dire, c'était quand même un peu dans ce même esprit, mais de manière collective. On formait des personnes qui allaient servir d'intermédiaires, de relais de la culture sourde pour faire passer des messages de prévention. Ces animateurs intervenaient aussi dans des conférences sur des thèmes de santé et autres. Il faudra réfléchir si les personnes sourdes qui ont fait cette formation, ne sont pas déjà partiellement formés par rapport au métier d'intermédiaire. Ils ont eu une formation très riche et diversifiée, touchant à la santé et à ce rôle là me semble-t-il.

Anne-Claude Prélaz Girod: Merci beaucoup pour cette question. Adeline a longtemps été dans le comité de l'association Les Mains pour le Dire. Je vous ai montré hier mais très rapidement, que le secteur ISS avait eu cette formation des animateurs santé surdité. C'est effectivement très important, on a une dizaine de personnes qui sont sorties de formation; des sourds et des entendants qui ont été formés à l'animation, ce qui rejoint ce que Denis présentait hier comme l'un des rôles de l'intermédiaire: la présentation de conférences santé à des personnes sourdes sur différentes thématiques de santé. Nos animateurs santé surdité, formés dans ce domaine-là, sont à même de pouvoir, sur des thématiques santé, accompagner un sexologue pour la présentation de ce qui touche à la sexualité, ou acquérir des notions pour pouvoir ensuite les redonner à un petit groupe de personnes. Effectivement, cela existe déjà, on a la chance d'avoir fait déjà tout ce parcours, Isabelle y avait participé en tant que formatrice.

Je vois l'heure qui tourne, est-ce que Françoise tu aurais envie d'ajouter quelques chose... je regarde Françoise car en tant que soignante, qui travaille dans la maison (CHUV) et est aussi membre du comité (LMD) est-ce qu'il y aurait quelque chose qui pour toi serait à relever par rapport à ces deux journées ou dans la perspective du futur...

Françoise Esen: Pour ces deux journées, je suis contente, heureuse que mes collègues sage-femme soient présentes dans la salle. J'ai personnellement fait de la publicité dans mon service.

Je voudrais juste partager un témoignage en tant que soignante: un patient sourd, se fait opérer et subit une anesthésie générale. Le réveil pour n'importe quelle personne entendante ou sourde, peut être assez délicat, et dans cette situation, cette personne était en salle de réveil. Son réveil était difficile avec de l'agitation, une confusion importante et des personnes présentes (médecin, anesthésistes, infirmière anesthésiste,) il y avait en tous cas 4 personnes à côté de ce patient. Heureusement, ils savaient que j'étais dans le bloc d'accouchement à côté et j'ai pu apporter mon aide en tant que soignante connaissant le monde des sourds. Ils étaient prêts à bloquer cette personne, à lui parler, à lui crier dessus pour qu'elle se réveille et moi j'ai dit « s'il vous plaît pour réveiller une personne sourde: éteignez, allumez, éteignez, allumez... ». Ils l'ont fait, et immédiatement la personne s'est réveillée en paix et la situation a très très bien évolué.

Je voulais juste faire ce témoignage en tant que soignante, entendante c'est vrai, mais connaissant un peu la surdité. On peut transmettre beaucoup d'informations à nos autres collègues. Les personnes entendantes ont parfois juste besoin d'une information. On m'a regardé et on m'a dit « mais c'est incroyable, comment c'est possible? » et j'ai dit « oui c'est comme ça, pour qu'une personne sourde puisse se réveiller, c'est la lumière »

Anne Grassi: Votre témoignage m'interpelle car nous en avons aussi un dans ce style. C'est à dire que la personne ne se réveillait pas, il avait été dit et répété, elle avait même proposé l'autocollant de l'oreille barrée en miniature pour son dossier, cela avait été refusé par la clinique. Résultat des courses, quand enfin elle s'est réveillée le lendemain, le médecin, qui l'avait opérée, s'est approché d'elle et lui a simplement proposé, voire presque imposé (mais suite à la discussion cela a évolué) une consultation psychiatrique.

Carole Gutman: On a tous un témoignage. Cela me fait penser à une situation d'interprétation qui m'a vraiment marquée pour un patient qui avait rendez-vous auprès d'un médecin expert suite à un accident du travail. Je l'accompagnais pour traduire, je me suis présentée comme interprète, le patient sourd s'est présenté. Le médecin était très énervé, de mauvaise humeur pour des raisons diverses et variées. Quand le patient est passé pour l'examen clinique, je suis sortie, quand je suis re-entrée, le patient était torse nu. Il était en fait venu pour un problème au pied (un accident du travail qui avait posé un problème à son pied). Il se trouve que le patient avait deux cicatrices énormes (au niveau des épaules). Cela faisait 45 minutes à 1 heure que je traduisais; soudain le médecin dit « oh là là mais vous avez de ces cicatrices, vous avez une carte d'invalidité? » et le patient répond « oui j'ai une carte d'invalidité, mais pas pour mes épaules, je suis sourd ». Le médecin s'est retourné vers moi et m'a dit « ah bon, il est sourd? ». Cela faisait une heure que je traduisais et une heure que le patient était dans la pièce.

Stéphane Faustinelli: J'aimerais évoquer 3 points divers. Le premier concerne le financement des interprètes en Suisse romande et en Suisse. Quand un sourd va chez le médecin, les interprètes ne sont pas financés. Il faut que ce soit l'hôpital qui fasse la demande, c'est une question d'administration publique. C'est au niveau cantonal que c'est réglé et c'est une grande problématique parce que les services d'interprètes envoient une facture, et du coup

elle peut être extrêmement salée pour les hôpitaux qui doivent, selon la loi, assurer la gratuité de leurs services du point de vue des interprètes. Cela a été dit préalablement mais cela coûte très cher aux hôpitaux. Ce n'est pas prévu dans leur budget. C'est donc un gros problème. C'était mon premier point.

Mon second point quand on parle de la Suisse romande, de la grandeur par rapport à un département français, c'est vrai que c'est de la même grandeur mais c'est 6 cantons différents, 6 fois des politiques différentes, 6 fois des accords différents et des tergiversations de part et d'autres au niveau cantonal qui sont très compliquées. Lors de la formation d'interprète, par exemple la confédération devait payer la formation. En raison de la RPT (Répartition péréquation financière) maintenant il s'agit de former des personnes spécialisées pour chaque canton et cela ne peut plus être une formation romande (les départements de l'instruction publique de chaque canton sont chacun responsables). Cela fait 3 ans que nous sommes dans une impasse, des débats continuels, qu'on essaie de part et d'autres de convaincre. Et le département de l'instruction publique espère que nous arriverons à les convaincre.

Au niveau de la santé publique, Monsieur Pierre-Yves Maillard, qui connaît la problématique des personnes sourdes et qui soutient les Mains pour le Dire et la Fédération Suisse des Sourds pour trouver un accord et soutenir les 6 cantons et créer un pôle santé car le besoin est là. On a vu Frédérique qui représente la Fédération Suisse des Sourds, on a vu Appartenances. On espère qu'on trouvera une solution commune pour la dimension financière, Merci à vous d'être là, merci beaucoup d'avoir organisé ces deux journées. C'est vraiment essentiel que nous assurions la continuité et les échanges pour l'avenir.

Anne-Claude Prélaz Girod: Je remercie Stéphane pour son intervention. Un des éléments positifs que je peux citer, ce sont les contacts que nous avons eu ici au CHUV avec la direction, déjà à plusieurs reprises. Le fait qu'un groupe de travail démarre d'ici une dizaine de jours au sein du CHUV avec des représentants de la santé et d'autres associations. Ce groupe de travail démarre après que Monsieur Pierre-Yves Maillard, responsable de la santé dans le canton de Vaud, ait mandaté la direction du CHUV, pour répondre à la demande de notre association, Les mains pour le Dire face à ce qui se passe pour les sourds ici dans le canton mais aussi de manière plus globale pour la Romandie. C'est suite à notre prise de contact avec lui, pour la réalisation de l'Émission SIGNES, que je remercie au passage.

Je profite de parler de l'émission qui a été réalisée au mois d'avril sur le projet, que vous pouvez trouver sur le site de la TSR. Lors de la réalisation de cette émission, nous avons eu des contacts avec Pierre-Yves Maillard. C'est notamment la TSR qui a demandé un positionnement des personnes politiques. Monsieur Maillard a alors chargé le CHUV d'entrer en contact avec nous et d'avancer dans le projet. On en est au tout début. On espère donc que vous aurez de l'indulgence. On avance au rythme qu'on peut avec les difficultés organisationnelles inter-cantoniales qui ne sont pas faciles à gérer. Il y a de multiples niveaux décisionnels qui rendent la réalisation de projets difficile.

Je vais passer la parole pour un mot de conclusion à Anita. Je tiens déjà en mon nom à vous dire merci, mais je la laisse finir.

Anita Hirschi L: Quelle richesse ces deux jours... en tous cas, j'espère que vous aurez eu autant de plaisir que moi, que nous à accueillir ce beau monde! Vous savez que cela fait quelques mois que je suis directrice de projets de l'association. Anne-Claude a vraiment mené ce projet à bout de bras depuis son engagement aux Mains pour le Dire, début 2009. A l'époque, je travaillais déjà au sein de l'association, mais beaucoup plus avec l'équipe de PISOURD. Je n'avais pas toute la subtilité de ce qui nous a été présenté pendant ces deux jours.

Je n'ai pas eu le temps dans l'organisation, de regarder les présentations de chacun avant. J'ai donc, comme le public, découvert beaucoup de choses aujourd'hui et j'ai vraiment l'impression d'avoir fait un grand saut conceptuel. Je ne sais pas si vous l'avez fait avec moi, mais les choses commencent à prendre forme. Je vois les pas suivants, pour ici, pour la Suisse romande.

Je sais qu'on aura le soutien d'une part de la communauté des sourds parce que cela fait longtemps que c'est attendu et demandé, cette prise en compte de la surdité dans l'accès aux soins.

On a eu pour terminer 3 témoignages... Qui, ici dans la communauté des sourds, n'a pas aussi un certain nombre de témoignages (qui ne ressortent pas nécessairement dans les enquêtes, mais qu'on connaît de manière privée par telle ou telle personne)? Ce sont des témoignages dont on ne peut pas toujours faire étalage, mais on sait que le problème existe.

Je vous promets qu'on va continuer à mettre de l'énergie là-dedans. J'espère aussi qu'on va poursuivre la collaboration, mais cela j'en suis sûre, avec les différentes équipes qui ont eu la gentillesse de venir participer à ce colloque avec nous. Vraiment merci!

Et pour vous remercier, je vais demander à Gilles de faire une petite distribution auprès de toutes les personnes qui sont autour de cette table ronde pour les remercier d'être venus parmi nous. On vous a préparé la bonne spécialité suisse, pour les personnes venant de l'étranger.... la fondue c'était pour les personnes qui sont déjà arrivées jeudi soir mais tout le monde n'y a pas participé.