



**HAL**  
open science

# Évaluation des connaissances en santé sexuelle des hommes sourds de l'URASSM de Nancy

Benjamin Nsingi Masunga

► **To cite this version:**

Benjamin Nsingi Masunga. Évaluation des connaissances en santé sexuelle des hommes sourds de l'URASSM de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2024. <hal-05272317>

**HAL Id: hal-05272317**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-05272317v1>**

Submitted on 22 Sep 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES  
UNIVERSITAIRES**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)  
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Thèse pour obtenir le grade de  
DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine  
Spécialisée

par

**Benjamin Nsingi Masunga**

**Le 18 juin 2024**

**EVALUATION DES CONNAISSANCES EN SANTE SEXUELLE DES  
HOMMES SOURDS DE L'URASSM DE NANCY**

Membres du Jury :

Monsieur le professeur GUILLEMIN Francis – Président.

Monsieur le docteur VAUTHIER Jean-Charles – Juge.

Madame la docteure BOUILLEVAUX Isabelle – Juge et Directrice.

Monsieur le docteur DOERPER Sébastien – Juge et Co-Directeur.

**Présidente de l'Université de Lorraine :**  
**Mme Hélène BOULANGER**

**Doyen de la Faculté de Médecine**

**Pr Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**

**Pr Louise TYVAERT**

**Assesseurs :**

- **Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER**
- **Deuxième cycle : Pr Antoine KIMMOUN, Dr Simon VALENTIN**
- **Troisième cycle hors MG : Pre Marie-Reine LOSSER**
- **Troisième cycle MG : Pr Paolo DI PATRIZIO**
- **Finances : Pre Eliane ALBUISSON, Pre Louise TYVAERT**
- **Vie hospitalo-universitaire : Pr Stéphane ZUILY**
- **Relations avec la Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER**
- **Relations Internationales : Pr Jacques HUBERT**
- **Valorisation : Pr Pascal ESCHWEGE**
- **Interface avec les métiers de la santé : Pre Céline HUSELSTEIN**
- **Docimologie : Dr Mathieu KUCHENBUCH**
- **ECOS : Pr Patrice GALLET, Dre Eva FEIGERLOVA**
- **Service sanitaire : Pre Nelly AGRINIER**
- **Lecture critique d'articles : Dr Jonathan EPSTEIN, Dre Aurélie BANNAY**
- **Interface HVL & Réseau Nasce : Pre Nicla SETTEMBRE, Pre Fabienne ROUYER-LIGIER, Pr Pablo MAUREIRA**
- **Etudiant : Chloé HARDT**

**Chargé de mission**

- **PASS Médecine : Dr Nicolas GAMBIER**

**Présidente du Conseil Pédagogique : Pre Louise TYVAERT**

**Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH**

=====

**DOYENS HONORAIRES**

**Pr Jacques ROLAND - Pr Patrick NETTER - Pr Henry COUDANE**

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

**Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD**

**Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD**

**Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER -**

**Thierry CONROY - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Dominique DE KOWIN KROKOWSKI -**

**Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Pierre GAUCHER -**

Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD- Simone GILGENKRANTZ -  
Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN -  
Gérard HUBERT - Jacques HUBERT -  
Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François  
KOHLE R Pierre LANDES -  
Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU -  
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN -  
Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François  
MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL  
Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Claude MEISTELMAN - Michel  
MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN -  
Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc OLIVIER - Francis  
PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT  
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Nicolas  
SADOUL - Daniel SCHMITT -  
Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-  
BLANC - Claude SIMON - Michel STRICKER -  
Gilbert THIBAUT Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Jean-Pierre  
VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

#### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Etienne ALIOT - Serge BRACARD - Serge BRIANÇON - Thierry CONROY - Henry  
COUDANE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN  
Jacques HUBERT - Gilles KARCHER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Yves  
MARTINET - Claude MEISTELMAN -  
Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - François PLENAT - Michel SCHMITT - Faiez  
ZANNAD

=====

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - P R A T I C I E N S H O S P I T A L I E R S**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

##### **42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1re sous-section : Anatomie

Pr Marc BRAUN - Pre Manuela PEREZ

2e sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Pr Christo CHRISTOV

3e sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Pr Guillaume GAUCHOTTE - Pr Hervé SARTELET

##### **43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1re sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Pr Pierre-Yves MARIE - Pr Pierre OLIVIER - Pr Antoine VERGER

2e sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Pr René ANXIONNAT - Pr Alain BLUM - Pre Valérie CROISÉ - Pr Jacques FELBLINGER -

Pr Benjamin GORY -

Pr Damien MANDRY - Pr Pedro GONDIM TEIXEIRA

##### **44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1re sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

**Pr Jean-Louis GUEANT - Pr David MEYRE - Pr Bernard NAMOUR - Pr Abderrahim OUSSALAH**

**2e sous-section : Physiologie**

**Pr Christian BEYAERT - Pr Bruno CHENUÉL - Pr Jacques JONAS - Pr Mathias POUSSEL**

**3e sous-section : Biologie cellulaire**

**Pr Véronique DECOT-MAILLERET**

**4e sous-section : Nutrition**

**Pr Didier QUILLIOT - Pr Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Pr Olivier ZIEGLER**

**45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1re sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière**

**Pr Alain LOZNIIEWSKI – Pr Evelyne SCHVOERER**

**2e sous-section : Parasitologie et Mycologie**

**Pr Anne DEBOURGOGNE**

**3e sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales**

**Pr Céline PULCINI**

**46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1re sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention**

**Pr Nelly AGRINIER - Pr Francis GUILLEMIN - Pr Cédric BAUMANN**

**4e sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**

**Pr Eliane ALBUISSON - Pr Nicolas JAY**

**47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1re sous-section : Hématologie ; transfusion**

**Pr Pierre FEUGIER - Pr Thomas LECOMPTE - Pr Julien BROSEUS - Pr Maud D'AVENI-PINEY**

**2e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie**

**Pr Frédéric MARCHAL - Pr Didier PEIFFERT**

**3e sous-section : Immunologie**

**Pr Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Pr Marie-Thérèse RUBIO**

**4e sous-section : Génétique**

**Pr Philippe JONVEAUX**

**48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1re sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**

**Pr Gérard AUDIBERT - Pr Hervé BOUAZIZ - Pr Thomas FUCHS-BUDER**

**Pr Marie-Reine LOSSER - Pr Philippe GUERCI**

**2e sous-section : Médecine intensive-réanimation**

**Pr Sébastien GIBOT - Pr Bruno LÉVY - Pr Antoine KIMMOUN**

**3e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie**

**Pr Pierre GILLET - Pr Jean-Yves JOUZEAU**

**4e sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie**

**Pr Nicolas GIRERD**

**5e sous-section : Médecine d'urgence**

**Pr Tahar CHOUIHED**

**49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1re sous-section : Neurologie**

**Pr Marc DEBOUVERIE - Pr Louis MAILLARD - Pr Sébastien RICHARD - Pr Luc**

**TAILLANDIER - Pre Louise TYVAERT**

**2e sous-section : Neurochirurgie**

**Pr Thierry CIVIT - Pre Sophie COLNAT-COULBOIS - Pr Olivier KLEIN**

**3e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie**

**Pr Vincent LAPREVOTE - Pr Raymund SCHWAN - Pr Thomas SCHWITZER - Pre Coraline HINGRAY**

**4e sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie**

**Pr Bernard KABUTH - Pre Fabienne ROUYER-LIGIER**

**5e sous-section : Médecine physique et de réadaptation**

**Pr Jean PAYSANT**

**50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1re sous-section : Rhumatologie**

**Pre Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Pr Damien LOEUILLE**

**2e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique**

**Pr Laurent GALOIS - Pr Didier MAINARD - Pr François SIRVEAUX - Pr Lionel ATHLANI**

**3e sous-section : Dermato-vénéréologie**

**Pre Anne-Claire BURSZTEJN**

**4e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

**Pr François DAP - Pr Etienne SIMON**

**51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1re sous-section : Pneumologie ; addictologie**

**Pr Jean-François CHABOT - Pr Ari CHAOUAT**

**2e sous-section : Cardiologie**

**Pr Edoardo CAMENZIND - Pr Christian de CHILLOU DE CHURET – Pr Olivier HUTTIN -**

**Pr Batric POPOVIC**

**3e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**

**Pr Juan-Pablo MAUREIRA - Pr Stéphane RENAUD**

**4e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire**

**Pr Sergueï MALIKOV - Pr Denis WAHL – Pr Stéphane ZUILY - Pre Nicla SETTEMBRE**

**52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1re sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

**Pr Jean-Pierre BRONOWICKI - Pr Laurent PEYRIN-BIROULET**

**2e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive**

**Pr Ahmet AYAV - Pr Laurent BRUNAUD – Pre Adeline GERMAIN**

**3e sous-section : Néphrologie**

**Pr Luc FRIMAT - Pr Adrien FLAHAULT**

**4e sous-section : Urologie**

**Pr Pascal ESCHWEGE**

**53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1re sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie**

**Pr Athanase BENETOS - Pre Gisèle KANNY - Pre Christine PERRET-GUILLAUME – Pr Roland JAUSSAUD – Pre Laure JOLY**

**3e sous-section : Médecine générale**

**Pr Jean-Marc BOIVIN - Pr Paolo DI PATRIZIO**

**54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,**

**ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1re sous-section : Pédiatrie**

**Pr Pascal CHASTAGNER - Pr François FEILLET - Pr Jean-Michel HASCOET - Pr Cyril SCHWEITZER**

**2e sous-section : Chirurgie infantile**

**Pr Pierre JOURNEAU - Pr Jean-Louis LEMELLE**

**3e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**

**Pr Philippe JUDLIN - Pr Olivier MOREL**

**4e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale**

**Pr Bruno GUERCI - Pr Marc KLEIN - Pr Georges WERYHA**

**55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1re sous-section : Oto-rhino-laryngologie**

**Pr Roger JANKOWSKI - Pre Cécile PARIETTI-WINKLER - Pre Cécile RUMEAU - Pr Patrice GALLET**

**2e sous-section : Ophtalmologie**

**Pre Karine ANGIOI - Pr Jean-Paul BERROD – Pr Jean-Baptiste CONART**

**3e sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**

**Pre Muriel BRIX**

**=====**

**PR OF E S S E U R S D E S U N I V E R S I T É S**

**61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

**Pr Walter BLONDEL**

**64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

**Pre Sandrine BOSCHI-MULLER - Pr Pascal REBOUL**

**65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

**Pre Céline HUSELSTEIN - Pre Natalia DE ISLA-MARTINEZ**

**66e Section : PHYSIOLOGIE**

**Pr Nguyen TRAN**

**=====**

**PR OF E S S E U R S A S S O C I É S D E M É D E C I N E G É N É R A L E**

**53e Section, 3e sous-section : Médecine générale**

**Pre associée Sophie SIEGRIST - Pr associé Olivier BOUCHY**

**=====**

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1re sous-section : Anatomie**

**Dr Bruno GRIGNON**

**43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**2e sous-section : Radiologie et imagerie médicale**

**Dr François ZHU (stagiaire)**

**44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1re sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

**Dre Shyue-Fang BATTAGLIA - Dre Sophie FREMONT - Dre Isabelle GASTIN - Dre Catherine MALAPLATE - Dr Marc MERTEN**

**2e sous-section : Physiologie**

**Dre Iulia-Cristina IOAN - Dr Edem ALLADO (stagiaire)**

**45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1re sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière**

**Dre Corentine ALAUZET - Dre Hélène JEULIN - Dre Véronique VENARD - Dr Cédric HARTARD (stagiaire)**

**46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1re sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention**

**Dre Frédérique CLAUDOT - Dr Arnaud FLORENTIN - Dr Jonathan EPSTEIN – Dr Abdou OMOROU**

**2e sous-section Médecine et Santé au Travail**

**Dre Isabelle THAON**

**3e sous-section Médecine légale et droit de la Santé**

**Dre Elodie MARCHAND (stagiaire)**

**4e sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**

**Dre Aurélie BANNAY**

**47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**2e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie**

**Dre Lina BOLOTINE**

**3e sous-section : Immunologie**

**Dre Alice AARNINK**

**4e sous-section : Génétique**

**Dre Céline BONNET - Dre Mathilde RENAUD**

**48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie**

**Dr Nicolas GAMBIER - Dr Julien SCALA-BERTOLA - Dre Élise PAPE**

**5e sous-section : Médecine d'urgence**

**Dr Déborah JAEGER (stagiaire)**

**49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1re sous-section : Neurologie**

**Dr Guillaume MATHEY (stagiaire)**

**2e sous-section : Neurochirurgie**

**Dr Fabien RECH**

**50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**4e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

**Dre Laetitia GOFFINET-PLEUTRET**

**51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3e sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire**

**Dr Fabrice VANHUYSE - Dr Joseph SEITLINGER (stagiaire)**

**4e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire**

**Dre Virginie DUFROST (stagiaire)**

**52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1re sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

**Dr Bénédicte CARON (stagiaire)**

**54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE,**

**ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1e sous-section : Pédiatrie**

**Dre Cécile POCHON – Dr Amandine DIVARET-CHAUVEAU – Dr Mathieu KUCHENBUCH (stagiaire)**

**3e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**

**Dr Charline BERTHOLDT**

**4e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale**

**Dre Eva FEIGERLOVA**

**5e sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale**

**Dr Mikaël AGOPIANTZ**

**=====**

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

**M. Vincent LHUILLIER**

**63e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES**

**Mme Pauline SOULET LEFEBVRE**

**64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

**Mme Marie-Claire LANHERS - M. Nick RAMALANJAONA**

**65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

**Mme Nathalie AUCHET - Mme Rümeyza BASCETIN - M. Simon TOUPANCE - Mme Selma BEN FRADJ**

**69e Section : NEUROSCIENCES**

**Mme Sylvie MULTON**

**Section 70 : SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION**

**Mme Silvia ROSSI**

**90e Section : MAÏEUTIQUE**

**Mme Gaëlle AMBROISE**

**=====**

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53e Section, 3e sous-section : (Médecine générale)**

**Dr Antoine CANTON - Dr Jean-Charles VAUTHIER - Dr Boris GASS**

# Remerciements

## **Au jury :**

**A Monsieur le président du jury, le professeur Francis GUILLEMIN, professeur des universités-praticien hospitalier :**

Merci pour votre disponibilité et votre amabilité lors de nos échanges.

**A Monsieur le Docteur VAUTHIER Jean-Charles, maître de conférence associé de médecine générale :**

Merci pour l'intérêt que vous portez à cette thèse, et merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury.

**A Madame la Docteure BOUILLEVAUX Isabelle.** Je te remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse, et de m'avoir aiguillé et soutenu dans sa réalisation. Merci d'avoir accepté de travailler avec moi, et de m'avoir ouvert les portes d'un monde que je connaissais si peu.

**A Monsieur le Docteur DOERPER Sébastien.** Merci pour tes conseils et pour ton soutien lors de la réalisation de ce travail. Grâce à toi et à tes collègues du service de Santé Sexuelle de l'hôpital de Lunéville, j'ai pu apprendre et approfondir le travail présenté ici.

## **Aux patients de cette étude :**

Merci pour votre participation volontaire, pour votre envie d'aider, pour votre sincérité.

**Merci à l'équipe de l'URASSM de Nancy et aux interprètes,** sans qui tout ce travail aurait été impossible.

## **A mes maîtres de stage, et aux équipes paramédicales :**

Merci à toutes ces personnes aux côtés desquelles j'ai appris, aussi bien intellectuellement qu'humainement, à faire ce métier de médecin. Vous avez été un modèle à suivre et un mur sur lequel s'appuyer dans les bons comme dans les mauvais moments.

**Merci à l'équipe de l'UASS de Lyon,** qui m'a accueilli avec bienveillance et m'a aidé à découvrir un peu plus le monde des Sourds.

### **A mes co-internes, de Nancy et de Lyon :**

Merci d'avoir été à mes côtés, mes partenaires de galère et de rire, j'ai de la chance d'avoir pu tous vous rencontrer grâce à ces études.

### **A mes proches :**

**A mon père.** Merci pour ton amour, et pour tous ces sacrifices faits afin de donner à tes enfants une vie meilleure. Merci d'avoir su être un exemple pour moi. Drôle, intelligent, au tempérament parfois combustible, parfois secret, mais toujours aimant et toujours résilient. Dans les moments les plus durs je pense à toi, tu m'inspires pour aller toujours de l'avant. Tu es mort trop tôt et je regrette chaque jour de ne pas avoir pu te dire plus de choses. Mais tu restes vivant dans mon cœur et je te porte avec moi à travers chaque étape de ma vie. Aujourd'hui je suis docteur comme toi. Rendez-vous à la prochaine étape.

**A ma mère.** Personne incroyable, inimitable, insurpassable. Merci pour ton amour et ta douceur, merci pour tes conseils, merci pour les claques souvent méritées. Tu m'as soulevé, poussé, cajolé, tiré à travers la vie. En parlant, en criant, en pleurant, en riant, tu m'as bâti. Tu es un modèle pour moi, et je te serai éternellement reconnaissant. Et c'est toujours avec une fierté incroyable que j'entends cette phrase si souvent prononcée par ceux qui te connaissent : « Attends, mais t'as encore jamais rencontré la Olga ? T'es pas prêt ! »

**A Titia.** J'ai beaucoup de chance d'avoir une sœur comme toi. Le calme de papa en apparence, et la folie de maman sous la surface. Une grenade dégoupillée cachée dans un très beau gâteau au chocolat. Intelligente, et une des personnes les plus drôles que je connaisse, impossible de s'ennuyer avec toi. Je t'aime et je serai toujours là pour toi.

**A Marianne.** Il y a des rencontres dans une vie qui changent votre existence. Toi Marianne tu as changé la mienne. Tu étais et es toujours ma meilleure amie, et je suis le plus chanceux des Hommes parce qu'en plus de ça tu veux bien être ma femme ! Tu es mon binôme, mon roc, dans les bons comme dans les mauvais jours. J'ai une foi en toi inébranlable. Tout dire ici est impossible. Alors je me contenterai de dire que vivre avec toi, c'est ce qu'on ressent tous les deux en ouvrant une bière fraîche et méritée après avoir fait une longue course en plein été : une joie simple, intense, sincère. Et ça, avec toi, c'est tous les jours. Je t'aime.

A notre futur radieux ensemble.

**A mes copains de Nancy :** Jules, Chloé, Lise, Antoine, Quentin, Astrée, Maelle. Vous avez été ma deuxième famille. L'externat et l'internat ont été une galère mais une galère que j'ai été heureux d'affronter à vos côtés. Plus d'une fois, démotivé avant les partiels, j'ai pensé « Allez, encore un effort, si tu passes tu pourras rester avec les copains ». J'ai survécu aux ECN grâce à vous. La BU, le RU, les soirées, les vacances, les galères, les vannes absolument lunaires qui mériteraient des peines de prison ferme, je ne regrette

rien. Aujourd'hui, on ne va plus à la BU ensemble tous les jours, mais je sais que j'ai gagné des amis que je pourrai garder toute ma vie et ce malgré la distance. Faire médecine ça en valait le coup, rien que pour vous. Je vous aime sincèrement, tous, et profondément.

Mention spéciale à mon Julos, mon ratel, mon témoin. Sensible, intelligent, raffiné, et toujours prêt à tutoyer la mort avec moi dans des expériences sportives hasardeuses. Hâte de suivre encore et toujours tes prochaines péripéties, et d'y participer. Je t'aime fort.

**A mes copains de Lyon :** Marie, Clément, Almira, Hélène, Victoria, Thibault, Hippolyte et Faustine. J'ai de la chance de vous avoir rencontrés. Merci de m'avoir accueilli, et d'être devenus mes amis. Avec vous je peux dire les pires conneries, tout comme discuter des sujets les plus sérieux et m'ouvrir sincèrement à vous. A nos futures bières et expériences qu'on ne manquera pas de partager dans le futur. Je vous aime fort.

**A Pierrafeu.** Mon pote, mon frère. Toujours là, depuis le début. Je sais que je peux compter sur toi, que ça aille bien ou mal, pour une petite promenade au bord de la Moselle ou bien pour aller parier des thunes dans des casinos très bizarres à Amsterdam. Je t'aime fort.

## Serment d'Hippocrate.

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

*À Audi Nsingi Masunga*

## Table des matières

Remerciements .....	9
Serment d'Hippocrate .....	12
<b>INTRODUCTION :</b> .....	17
I) Qui sont les Sourds ? .....	17
a) Des définitions de la surdité .....	17
a) Caractéristiques socioéconomiques des Sourds .....	18
II) Une brève Histoire des Sourds .....	19
III) Accès aux soins et santé sexuelle des Sourds .....	24
a) Accès à l'information médicale .....	24
a) Accès aux soins .....	26
b) La santé sexuelle .....	27
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	30
I) Méthode : .....	30
II) La population étudiée .....	32
<b>ANALYSE DES RESULTATS</b> .....	35
I) Compréhension et accès à l'information : .....	35
a) Communiquer, comprendre : .....	35
a) Les sources d'information : .....	36
II) Savoirs et conceptions : .....	44
a) Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : .....	44
a) La contraception : .....	50
b) L'interruption Volontaire de Grossesse (IVG) : .....	51
c) Les violences sexuelles : .....	53
III) Recours : .....	57
a) Accès au soin : .....	57
a) Vouloir ou non s'informer : .....	65
<b>DISCUSSION :</b> .....	69
I) Forces et limites de l'étude : .....	69
a) Forces de l'étude : .....	69
a) Limites de l'étude : .....	69
II) Les résultats : .....	71
a) Accès à l'information : .....	71

b) Les connaissances :.....	77
III) Des pistes d'amélioration :.....	86
a) Des discordances entre besoins et demandes :.....	86
b) Des pistes pour mieux faire : .....	86
<b>CONCLUSION :</b> .....	91
<b>ABSTRACT:</b> .....	94
<b>BIBLIOGRAPHIE.</b> .....	96
<b>ANNEXES :</b> .....	101

## **Lexique :**

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage, de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

HPV : Papillomavirus humain

Intermédiaire/Intermédiaireur : Professionnel le plus souvent Sourd ayant pour rôle lever les obstacles linguistiques et culturels entre des interlocuteurs entendants et sourds. Il ou elle donne à chacun des interlocuteurs une équité et une autonomie maximales dans la communication.

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée.

UASS : Unité d'Accueil et de Soins des Sourds

URASSM : Unité Régionale d'Accueil et de Soins des Sourds et Malentendants (unité située à Nancy)

# INTRODUCTION :

## I) Qui sont les Sourds ?

### a) Des définitions de la surdité

La surdité est, selon l'OMS, la diminution de la capacité à percevoir les sons. Cette définition basique englobe une grande variété de personnes atteintes de troubles auditifs aux retentissements divers.

Peu d'estimations récentes du nombre de sourds en France sont disponibles. Il y aurait selon le rapport HSM 2007 [1] environ 5.5 millions de personnes atteintes de troubles de l'audition, avec des degrés d'atteinte divers. Parmi ces personnes, environ 300 000 seraient des sourds profonds, dont 120 000 seraient locutrices de la Langue des Signes Française.

Cette diversité des surdités nécessite une définition plus précise de la surdité, afin de mieux comprendre les particularités de ces populations.

Sur le plan audiométrique on peut classer le degré de surdité en plusieurs catégories [2] :

- La surdité légère : de 20 à 39 décibels de perte auditive.
- La surdité moyenne : de 40 à 69 décibels de perte auditive
- La surdité sévère : de 70 à 89 décibels de perte auditive.
- La surdité profonde : de plus de 90 décibels de perte auditive. A partir de ce seuil, la personne sourde ne peut plus percevoir la parole.

Au-delà de cette classification audiométrique, on peut séparer les personnes d ficiennes auditives en catégories fonctionnelles. On utilisera dans cette thèse une classification inspirée de celle du groupe de travail surdité de l'Office Départementale des Personnes Handicapées de l'Isère (ODPHI) [3] :

- Les malentendants sont des personnes dont l'audition est altérée mais suffisante pour percevoir la voix (avec ou sans appareillage auditif). La langue de vie des malentendants est généralement le français, et ils communiquent parfois en langue des signes.
- Les devenus sourds sont des personnes ayant eu initialement une audition d'un niveau compatible avec l'acquisition du français oral et écrit et ce pendant assez longtemps pour pouvoir apprendre la langue, et qui ont eu un déficit auditif important ou total plus tard dans leur vie. On parle de surdité post-linguale. La langue de vie de la majorité des devenus sourds est le français.
- Les sourds sont des personnes qui présentent un déficit auditif important ou total, dès la naissance (surdité congénitale), ou lors du développement de l'enfant à un stade pré lingual (avant apparition du langage) ou péri-lingual (pendant l'acquisition du langage). Leur langue de vie est majoritairement la langue des signes, mais ils sont souvent bilingues : oralisation en français pour certains individus et maîtrise à degrés variables du français écrit.

## a) Caractéristiques socioéconomiques des Sourds

Selon une mission menée par le ministère de l'éducation nationale en 2021 [3.2], le niveau socioéconomique des sourds et malentendants semble être inférieur à celui de la population générale. Leur taux de chômage est élevé, de quatre fois supérieur à la moyenne nationale (39% en 2013, selon l'Enquête Média Pi), et leur niveau de qualification est moindre (28% des sourds et malentendants sévères actifs sont ouvriers contre 22% des entendants, environ 7% des sourds et malentendants sévères sont cadres ou exercent des professions libérales contre 17% des entendants, toujours selon 3.2).

Selon une enquête de la DREES, parmi les personnes présentant des limitations fonctionnelles auditives sévères ou totales, le taux d'emploi est significativement plus faible (50 %), avec une proportion de 46 % d'inactifs (Haeusler, De Leval, & Millot, 2014, Enquête handicap-Santé, DREES, n°131) [3.3].

Les personnes avec un déficit auditif sévère ou total ont également un niveau de qualification moindre de leur population active par rapport à celle des entendants. Seule une personne sur dix ayant des LFA (Limitations Fonctionnelles Auditives) graves à totales est diplômée de l'enseignement supérieur, contre trois sur dix en l'absence de problème d'audition, selon une autre enquête de la DRESS [3.4]

Notons cependant que dans les études citées, les personnes interrogées présentant des LFA graves à totales avaient fréquemment des limitations fonctionnelles associées autres que des limitations auditives (notamment motrices, visuelles, intellectuelles) qui limitaient également leur accès à l'emploi. De plus, dans la catégorie « LFA graves à totales » on ne retrouve pas uniquement des sourds de naissance communiquant en LSF mais des devenus sourds, des malentendants, ayant des profils différents de la population visée dans l'étude ici présente.

Peu de données représentatives des sourds « profonds » sur le chômage et le niveau d'études existent.

Il existe également une dimension culturelle à la surdité. « Tous les Sourds sont sourds, mais tous les sourds ne sont pas Sourds. » [4]. Les Sourds (avec un « S » majuscule) se définissent comme une communauté, unie par une langue commune (la langue des signes), une culture, et une Histoire propres. La surdité n'est pas alors pas toujours considérée comme un handicap, mais comme la singularité d'individus au mode de communication unique. Cette langue est la base d'une communauté et d'une manière de vivre qui leur est propre.

Pour mieux comprendre les Sourds qui sont le sujet de cette thèse, il est important de comprendre certains éléments de leur Histoire.

## II) Une brève Histoire des Sourds

Les Sourds eurent tout au long de l'Histoire une place fluctuante dans la société des entendants.

Comme le dit Andrea Benvenuto, « les modes d'organisation sociale et politique feront d'une même déficience un handicap léger dans certaines sociétés, un motif de marginalisation ou d'exclusion dans d'autres. Le handicap est le produit de l'organisation sociale ».

**Dans la Grèce antique de la période classique**, tout peuple ne communiquant pas en grec est « barbare », « βάρβαρος » en grec ancien. Ce mot « barbare » est dérivé d'une onomatopée, « bar-bar » (qu'on peut considérer comme un équivalent de « bla-bla » en français), censée représenter le bruit incompréhensible que faisaient toutes les langues autres que le grec. Ce terme n'est pas toujours péjoratif, mais il pose une limite claire entre le citoyen grec capable de parler la langue grecque, et le reste du monde vu comme « l'étranger ».

Dans ce système de pensée toute notion de culture et toute capacité à construire un raisonnement sont intimement liées à la langue grecque. La langue orale est le propre de l'Homme. On le retrouve chez Aristote : « Seul parmi les animaux l'Homme a un langage » [6]. De la langue découle le raisonnement, « Seul l'homme a le logos » [7].

Les sourds, toujours selon Aristote dans son œuvre « Histoire des animaux », ne sont pas considérés comme ayant un langage : « Les sourds de naissance sont tous muets. Ils émettent des sons mais n'ont pas de langage » [8]. Les sourds se rapprocheraient d'avantage des animaux que des êtres humains.

Ainsi selon Aristote, le Sourd, dépourvu de langage intelligible (comme les « barbares »), et dépourvu donc de raisonnement, est à la fois étranger et incapable d'atteindre la civilisation.

Cette vision de la surdité dans l'antiquité gréco-romaine est à nuancer partiellement, car d'autres sources montrent une forme de tolérance de la surdité. Platon, maître d'Aristote, écrit dans Le Cratyle un dialogue entre deux personnages, Socrate et Hermogène, le premier disant : « *Si nous n'avions point de voix, ni de langue et que nous voulussions nous montrer les choses les uns aux autres, n'essaierions-nous pas comme le font les muets de les indiquer avec les mains, la tête et le reste du corps ?* ». Ce à quoi répond Hermogène : « *Il ne peut, je crois, en être autrement* ». Platon ne nie donc pas la langue des signes comme étant un véritable langage.

*Ainsi selon Fabrice Bertin (écrivain sourd, enseignant en Histoire-Géographie), « L'expression gestuelle dérange bien plus en tant qu'expression d'une certaine infirmité (l'absence d'ouïe) qu'en tant que telle » [10] dans la Grèce antique.*

Au VI<sup>ème</sup> siècle, Justinien I<sup>er</sup>, empereur romain d'Orient, est le premier à doter les sourds d'un statut juridique. Selon le code Justinien, il existe différentes catégories de sourds : D'un côté, ceux qui « de nature n'entendent ni ne parlent » (qu'on a défini précédemment comme « sourds ») ne bénéficient d'aucun droit. De l'autre, les sourds parlants et instruits (qu'on a défini précédemment comme « devenus sourds ») bénéficient de droits.

**Au Moyen Âge**, du VI<sup>ème</sup> au XV<sup>ème</sup> siècle, et malgré le code justinien qui servira de base à plusieurs textes de lois en Europe, les sourds sont plutôt intégrés à la société.

En effet la société médiévale européenne donne une place importante au travail manuel, notamment dans l'agriculture et dans l'artisanat. Comme le dit Diane Bedoin (professeure des universités en sciences du langage), « Les sourds, contrairement à d'autres marginaux de l'époque réduits à la mendicité, sont physiquement et socialement aptes au travail et mènent une vie autonome » [11]

La capacité à travailler est la différence entre « normalité » et « marginalité » [12]

Il y a également une plus grande acceptation de la gestualité et donc de la langue des signes, grâce à certaines congrégations religieuses suivant la règle de saint Benoît et faisant vœu de silence. Ces moines utilisent une communication gestuelle, des dictionnaires de signes étant même élaborés dès le X<sup>ème</sup> siècle. Des enfants sourds sont accueillis par des religieux.

**A la Renaissance**, la vision que les sociétés européennes ont de la surdité évolue.

Certains sourds accèdent par leur talent à la renommée, notamment dans le domaine des Arts. En Italie, « Pinturicchio » (le petit peintre) a travaillé avec le Pérugin et participé à la décoration de la chapelle Sixtine. Juan Fernandez Navarrette (1526-1579), surnommé « El Mudo » (le muet), élève du Titien, fut le peintre officiel du roi Philippe II d'Espagne, pour lequel il travailla sur l'Escorial.

Certains écrivains et philosophes se penchent à nouveau sur la surdité. Montaigne constate que des sourds communiquent par signes, et que cette langue signée leur permet de communiquer et argumenter tout comme le font les entendants : « Nos muets disputent, argumentent et comptent des histoires par signes. J'en ai vu de si souple et formés à cela qu'à la vérité il ne leur manque rien à la perfection de savoir se faire entendre » [13]. On est dans une vision opposée à celle de la pensée aristotélicienne.

L'éducation des sourds connaît ses premiers débuts. Elle concerne essentiellement les enfants sourds du milieu de la noblesse ou des familles fortunées, avec un système de préceptorat.

Par exemple, d'après Yves Bernard [14], en Espagne les droits de succession sont refusés aux descendants « sourds-muets » conformément au droit romain (héritage direct du Code Justinien évoqué précédemment). Si le seul héritier vivant dans une famille est sourd, il est nécessaire pour assurer la succession des terres et des titres qu'il soit en

capacité de parler. Pedro Ponce de León (1520-1584), qui est un moine de l'Ordre de Saint Benoît, a pour tâche d'éduquer les enfants sourds de Juan de Velasco, la famille Velasco étant une famille influente et détentrice du titre de Connétable de Castille. Pedro parvient à enseigner aux enfants sourds en utilisant certains signes inspirés de ceux utilisés par les moines bénédictins.

De ces techniques d'enseignement, le premier ouvrage connu traitant de l'éducation des sourds sera écrit, intitulé « Réduction des lettres à leurs éléments primitifs et art d'enseigner à parler aux muets » (1620). Un alphabet manuel y est consigné, à l'origine de la dactylogogie moderne. Il se diffusera dans toute l'Europe aux XVI et XVIIème siècles.

D'autres précepteurs défendront un oralisme pur, comme Johann Conrad Amman (1669-1724) en Hollande.

On retrouve ainsi assez tôt dans l'histoire de l'enseignement des sourds une divergence entre méthode oraliste pure et méthode gestuelle, divergence qui se cristallisera aux XVIIIème et XIXème siècles.

**Le XVIIIème siècle** est « l'âge d'or » des sourds, et voit arriver une vision nouvelle de la société sur la surdité, notamment en termes d'éducation.

Les philosophes des Lumières comme Diderot dans sa « Lettre sur les Sourds (1751) » [15], Rousseau dans son « Essai sur l'origine des langues (1781) », ou Condillac dans « Cours d'étude pour l'instruction des jeunes gens (1775) » affirment l'égalité entre les êtres humains et la non-infériorité des infirmes. Les handicapés sensoriels, donc les sourds et les aveugles, peuvent être éduqués.

La création d'écoles pour les sourds sur un modèle gratuit émergera enfin au XVIIIème siècle.

En France, l'Abbé de l'Epée fonde en 1760 une école dédiée à l'éducation des sourds. Il écrit en 1784 « La Véritable Manière d'instruire les sourds et muets » où il compare la langue des signes à la langue parlée, mettant les deux sur un pied d'égalité dans leur capacité à convoier la pensée.

Comme l'évoque Maryse Bézagu-Deluy dans sa biographie de l'Abbé de l'Epée [16], l'Abbé n'a pas été le créateur de la langue des signes (Pierre Desloges (1747-1792), devenu sourd à l'âge de sept ans, publie avant l'Abbé de l'Epée un livre intitulé « Observations d'un sourd muet (1779) » décrivant la langue des signes), ni le fondateur de la première école pour sourds (Etienne de Fay, sourd et noble, a ouvert une école pour enfants sourds à Amiens au début du XVIIIème siècle).

Cependant, son œuvre eut une importance majeure dans l'éducation des Sourds et rompt avec le préceptorat jusqu'ici de vigueur. L'école de l'Abbé permet un « enseignement démocratique de masse qui s'adresse à des effectifs importants d'élèves sourds, sans discrimination sociale. Elle intègre ensuite des enseignants eux-mêmes sourds [...] Elle repose enfin sur une pédagogie spécifique utilisant les signes. La mise en place d'un tel enseignement public spécialisé, regroupant un collectif de jeunes et d'adultes sourds, est sans précédent en France et dans le monde. », comme l'énonce Diane Bedoin dans « Sociologie du monde des sourds » [17]

Alors que la méthode oraliste continue d'être privilégiée dans certains pays (notamment en Allemagne et en Europe centrale), le succès de la méthode gestuelle de l'Abbé de l'Épée entraîne sa diffusion dans d'autres pays et notamment aux États Unis.

Au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle la méthode gestuelle de l'Abbé de l'Épée est poursuivie et combinée à des éléments de méthode oraliste. Cette méthode mixte deviendra progressivement majoritaire dans les établissements spécialisés français, jusqu'au congrès de Milan de 1880 qui marquera un virage significatif dans l'histoire des Sourds français.

### **Le Congrès de Milan**

Du 6 au 9 septembre 1880 a lieu à Milan le « troisième congrès international pour l'amélioration du sort des sourds ». Cet événement a lieu en Italie, pays à la méthode d'enseignement oraliste inspirée du modèle allemand de Samuel Heinicke. Sur les 255 participants, il y a 157 Italiens majoritairement acquis à la méthode oraliste, 67 français, et le reste des participants viennent d'autres pays dont quelques anglo-saxons en faveur de la méthode gestuelle. Seuls trois enseignants sourds sont présents lors du congrès. Le congrès vote à la majorité l'adoption de la méthode oraliste comme méthode de référence pour l'éducation des Sourds.

Différents arguments sont avancés : médicaux, religieux, linguistiques et politiques [18]. On avance que l'absence de parole pourrait provoquer des maladies pulmonaires, comme la tuberculose. Que la langue des signes ne permette pas l'expression d'idées abstraites, et ne permet donc pas d'évoquer Dieu avec précision. Que la parole est nécessaire pour « rendre le sourd muet à la société ». Enfin, dans la France républicaine du XIX<sup>ème</sup> siècle, la langue française est vue comme la seule langue légitime sur le territoire national, et la langue des signes, comme les langues régionales, se voit écartée au profit du français.

L'imposition de l'oralisme en France qui découlera du congrès sera lourde de conséquences pour la communauté Sourde, et sera qualifiée de « génocide linguistique » par certains comme Bernard Mottez [19].

D'autres congrès organisés par la communauté sourde dans les années suivantes statueront en faveur d'un retour à la méthode mixte (combinant gestualité et oralisme), mais ces conclusions resteront sans suite.

### **Le réveil Sourd**

Malgré la prépondérance de l'oralisme, la langue des signes et la culture Sourde continuent d'être transmises au cours du XIX<sup>ème</sup> et du début du XX<sup>ème</sup> siècle. Une activité associative sourde importante sur le territoire et la transmission en cachette du langage signé dans les écoles sourdes et entre Sourds le permettent, en dépit des difficultés. Lors de la Seconde Guerre Mondiale, la politique eugéniste des nazis entraîne la stérilisation forcée et la persécution de nombreux Sourds, en Allemagne et dans l'Europe occupée.

Après la guerre, et en parallèle de l'essor des mouvements sociaux et de la lutte pour les droits de plusieurs minorités, les Sourds se mobilisent [20].

Les liens entre la NAD (National Association of the Deaf) américaine et les Sourds français participent au déclenchement du Réveil Sourd. Inspirés par les Américains, les Sourds français militent pour une plus grande diffusion de la LSF et une acceptation de la surdité dans la sphère publique.

Sur le plan culturel, la création de l'IVT (International Visual Theater) en France en 1977, et l'émission « Mes mains ont la parole » en 1979 permettent une réflexion sur la culture Sourde et sur l'enseignement de la LSF.

Sur le plan législatif, la reconnaissance de la LSF sera tardive. Il faudra attendre l'article 33 de la loi n°91-73 du 18 janvier 1991, l'« amendement Fabius », qui reconnaît que « la liberté de choix entre une communication bilingue — langue des signes et français — et une communication orale est de droit ». La LSF peut être pratiquée à l'école, mais n'est pas reconnue officiellement comme une langue à part entière.

En 2005, la loi n°2005-102 sur le handicap du 11 février 2005 réaffirme la possibilité de choix établie par la loi de 1991 : « Dans l'éducation et le parcours des jeunes sourds, la liberté de choix entre une communication bilingue, langue des signes et langue française, et une communication en langue française est de droit » (article 19).

Tout élève sourd doit pouvoir recevoir un enseignement de la langue des signes française. Ce qui aujourd'hui n'est malheureusement pas toujours le cas en pratique.

Dans cette même loi n°2005-102, l'article 75 reconnaît officiellement la LSF comme une langue à part entière.

A travers ce résumé de l'Histoire des Sourds, on constate que l'individu Sourd a été considéré de manière très variable à travers les époques et les sociétés. Parfois comme un être incapable de pensée, à la limite de l'animalité. Parfois comme un citoyen possesseur de droits avec une langue qui lui est propre.

Malgré les avancées législatives les plus récentes, les Sourds restent confrontés à des inégalités d'accès dans de nombreux domaines, sur le plan économique, éducatif, et dans la prise en charge de leur santé.

### III) Accès aux soins et santé sexuelle des Sourds

#### a) Accès à l'information médicale

L'utilisation du français écrit ou oral est compliquée pour les sourds. Cela rend l'accès à ces populations difficile (pour des études, des campagnes de prévention), et dans l'autre sens, cela rend l'accès à l'information difficile pour les sourds.

- **La LSF et le français écrit :**

La LSF a une structure grammaticale qui lui est propre, et qui est bien différente du français. La langue des signes n'est pas une simple traduction « mot à signe » du français. Elle utilise le domaine visuo spatial, et présente des caractéristiques propres, par exemple :

- L'utilisation expressions du visage pour indiquer le sens de la phrase
- Syntaxe particulière : Définition du temps, puis lieu, puis sujet, et enfin action.
- « Ligne du temps » : Il n'existe pas de conjugaison, on situe l'action dans le temps en signant derrière son épaule pour indiquer le passé, perpendiculaire à soi pour indiquer le présent, vers l'avant pour indiquer le futur.

Les différentes sources disponibles pointent vers des lacunes en compréhension de l'écrit chez les sourds.

Le rapport Gillot (1998) évoque un taux d'illettrisme d'environ 80% chez les personnes sourdes. Des données plus récentes montrent une fragilité de lecture et de compréhension de l'écrit chez 40% des élèves présentant des troubles auditifs (MEN-Depp, n°19.01 [21]).

L'Etude réalisée par le CTNERHI pour l'INPES évoque des difficultés de lecture chez 47% des locuteurs LSF [22].

Ces différences de syntaxe entre français et LSF, ainsi que des difficultés de compréhension du français (écrit ou oral) peuvent donner lieu à des contre sens lors du passage à l'écrit. Par exemple, dans les années 1990, la phrase écrite sur les paquets de cigarette « fumer nuit gravement à la santé » fut mal comprise par certains Sourds. En effet cela peut être compris comme « fumer la nuit, est grave pour la santé ».

Les prescriptions médicales peuvent donner lieu à des erreurs d'interprétation : « 1 comprimé à prendre après le repas » peut être compris comme « Je prends 1 comprimé, puis je prends mon repas ».

- **Les Sourds et le français oral :**

Les moyens de compréhension du français oral sont imparfaits.

Chez les entendants comme chez les malentendants et les sourds, la perception de la parole n'est pas qu'auditive. Elle est aussi visuelle. La **lecture labiale** est « un procédé permettant de comprendre ce que dit une autre personne en tenant compte d'indications visuelles telles que les mouvements des 12 muscles faciaux, des lèvres, des mains et du corps en général » (définition de l'UNESCO, 1983). Selon Monique Istria (Orthophoniste), la lecture labiale permet de « percevoir ce qui peut être vu, interpréter ce que l'on a perçu et compléter ce qui n'a pas été vu » [53].

Cette technique a des limites. Elle ne permet de comprendre qu'une partie du discours énoncé : 30 à 40% des mots sont identifiés. Le reste dépend de la suppléance mentale (on interprète le discours manquant en fonction du contexte). L'âge du lecteur labial, son acuité visuelle, sa fatigue, le port d'une barbe ou de bijoux chez le locuteur, l'articulation du locuteur, l'éclairage, et d'autres facteurs rentrent en compte.

Une bonne connaissance du français de la part du sourd labio lecteur est également nécessaire. Plus le niveau linguistique et de suppléance mentale est élevé, plus le sujet pourra se référer à des connaissances solides pour confirmer et compléter les informations manquantes [23]. Or, comme mentionné précédemment, la plupart des sourds rencontrent des difficultés de maîtrise de langue française.

Le port **d'appareils auditifs, d'implants cochléaires**, ne présume en rien de la capacité d'un patient sourd à percevoir la voix. Chez certains patients, le gain d'acuité auditive est nul. Pour d'autres, il permet uniquement un meilleur repérage spatial. [24]

- **L'entourage :**

Environ 95% des parents entendants d'enfants sourds ne connaissent pas la langue des signes française. Une forme de langue/code familial est parfois utilisée. Les sourds sont souvent isolés et restreints de leur capacité à comprendre et se faire comprendre, dans leur propre famille. Les entendants présents en consultation auprès des patients sourds ne sont pas toujours capables de retransmettre une information médicale claire et adaptée au patient. De plus, se pose le problème de la confidentialité des informations, de la gêne du patient à livrer certains éléments médicaux à l'équipe soignante.

De ces difficultés de compréhension du français, et de l'absence d'information dispensée sous une forme adaptée aux sourds, découlent une faible littéracie en santé et une mauvaise accessibilité à l'information médicale.

Un exemple tragique des conséquences des difficultés d'information des Sourds est l'épidémie de SIDA et ses conséquences sévères dans la population sourde. Dans les

années 90, alors que l'épidémie déclinait dans la population générale grâce à la prévention, elle restait meurtrière et même en progression chez les Sourds. Certaines campagnes d'information étaient inadaptées, par exemple, la campagne « STOP SIDA » en Suisse, où le « O » de STOP était remplacé par un préservatif : Le résultat fut une incompréhension majeure dans la population sourde, qui comprenait qu'il fallait arrêter d'utiliser des préservatifs car ceux-ci propageaient la maladie [25bis]. De la même manière, le terme « séropositif » fut mal compris par de nombreux sourds, pour qui le terme « positif » était perçu comme une bonne nouvelle, et non comme la confirmation d'une infection VIH. Le fait de recevoir un résultat indiquant une « séropositivité » sans explications adaptées de la part d'un médecin ou du laboratoire entraînait dans les suites des conduites à risque et une absence de traitement, par mécompréhension du statut VIH, chez certains patients sourds [25bis].

Sous l'impulsion du milieu associatif Sourd, la première UASS (Unité d'Accueil et de Soins de patients Sourds) a été créée à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, afin de répondre en urgence à cette crise [24].

#### a) Accès aux soins

Les principales structures d'accueil des patients sourds en France sont les UASS : **Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds**. Il existe actuellement en France 23 unités dédiées à la prise en charge des patients sourds (somatique et psychologique), dont 18 sont des UASS.

Le but des UASS est de fournir un service de soins aux sourds du même niveau que celui fourni à la population générale. Les UASS sont composées d'équipes mixtes sourds-entendants, font appels aux services d'interprètes Français/LSF diplômés (niveau Bac+5), et à des intermédiaires sourds. Là où les interprètes permettent une traduction entre entendants et sourds, les intermédiaires permettent eux de combler le fossé culturel entre les Sourds et les entendants. Ces professionnels sourds s'assurent que le discours fourni aux patients est adapté, reformulent les informations données, améliorent la compréhension mutuelle soignant/soigné. Ils peuvent aider à compenser les autres déficits présentés par certains patients, notamment en cas de déficience intellectuelle, de handicap moteur limitant les capacités d'élocution en langue des signes, de déficience visuelle, comme par exemple dans le syndrome d'USHER (surdité et cécité associées). Certains intermédiaires peuvent accompagner les patients à des rendez-vous médicaux (en plus de l'interprète français/LSF), rassurer, aider pour les démarches administratives.

Lors de la prise en charge en UASS, le patient sourd peut recevoir des soins et des informations dans sa langue, et en cas de consultations spécialisées hors UASS, être accompagné dans sa démarche par des professionnels formés et adaptés à ses besoins.

Environ 15% de la population sourde estimée, a fait appel aux UASS pour leur parcours de soins [24]. « Chaque année, sont réalisées plus de 20 000 consultations au sein des unités par des médecins signeurs ou aidés d'interprètes, plus de 10 000 consultations spécialisées adaptées, plus de 8 000 entretiens psychologiques, plus de 100 00 entretiens médico-sociaux », selon l'étude de Mongourdin B et Karacostas A [24].

**A l'URASSM de Nancy** (Unité Régionale d'Accueil et de Soins pour Sourds et Malentendants) où ont eu lieu les entretiens en lien avec cette thèse, il y a eu une croissance de près de 2000% de l'activité médicale entre l'ouverture en 2003 et 2022. En 2022 il y a eu environ 1500 consultations médicales à l'UASS, 1300 interventions d'interprètes dans et hors UASS (CHRU Nancy), 360 interventions d'intermédiaires, 367 interventions sociales et 215 de la part de l'équipe para médicale (infirmière).

Ces chiffres, au niveau local et national, témoignent d'une véritable demande de prise en charge adaptée aux patients sourds.

## b) La santé sexuelle

Il existe peu d'études sur la santé des Sourds, et encore moins sur leur santé sexuelle. Par santé sexuelle, on entend, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, « ... un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. »

Selon plusieurs sources, la plupart des indicateurs liés aux pratiques sexuelles, aux IST, et à la contraception chez les sourds et les malentendants se distinguent de la population générale.

### • Pratiques sexuelles des sourds et malentendants :

Le Baromètre Santé 2011/2012 des sourds et malentendants (BSSM) [25] a permis d'interroger environ 3000 personnes avec un profil variable : malentendants, personnes souffrant d'acouphènes, et sourds. Parmi les participants à cette étude, environ 30 % pratiquent la LSF.

Dans cette étude, on retrouve un âge médian du premier rapport un peu plus tardif qu'en population générale (18.2 ans chez les hommes et 18.4 ans chez les femmes malentendants et sourds, contre 17.4 ans et 18.00 ans respectivement chez les hommes et femmes de la population générale).

Ce premier rapport ne serait pas vraiment souhaité chez 16% des sourds et malentendants, et forcé chez 2.5% d'entre eux, contre respectivement 8.7 et 0.5% en population générale. Ces pourcentages plus élevés concernent à la fois les hommes et les femmes.

A l'étranger, la littérature fournit quelques pistes de réflexion :

Aux Etats Unis, des études montrent une plus grande prévalence des violences conjugales et des violences sexuelles chez les sourds. Dans l'étude de Pollard RQ Jr, Sutter E, Cerulli C (2014, Etats Unis)[26], 3 à 4 fois plus de personnes de l'échantillon « sourd » faisaient état de rapports sexuels forcés au moins une fois dans leur vie comparé à la population générale (hommes et femmes confondus). Plus de femmes que d'hommes sont concernées par ces violences sexuelles dans l'échantillon « sourd » comme dans l'échantillon « entendant », mais l'écart est bien plus réduit dans les populations sourdes.

Dans l'étude de Schild et Dalenberg (2012, Etats Unis) [27], 44.1% des sourds et 53.3% des sourdes de l'échantillon interrogé font part d'une « forme d'abus sexuel » au cours de leur vie. (Agressions sexuelles, viols, expériences sexuelles non souhaitées).

Une enquête sur les mythes liés aux violences sexuelles et l'exposition aux violences en Ohio [28] retrouve également des chiffres alarmants : 54% de l'échantillon sourd de l'étude est d'accord avec l'affirmation « certaines personnes se font violer à cause leur apparence et de leur comportement ». 40% sont en accord avec l'affirmation « certaines personnes se font violer parce qu'elles sont, ou semblent être homosexuelles ». 35% ne sont pas d'accord avec l'affirmation « le viol n'est jamais la faute de la victime ». 15% ne pensent pas qu'il est « ok de dire « non » à une relation sexuelle avec une personne avec qui on a déjà eu une relation sexuelle dans le passé ».

Du fait de biais dans la composition de l'échantillon entendant et de l'échantillon sourd (disparités homme/femme entre échantillons, et par rapport à la population générale) utilisés dans l'étude, il est difficile de tirer une comparaison claire vis-à-vis de la population générale entendante américaine. Mais indépendamment de toute comparaison, ces chiffres en eux-mêmes sont inquiétants.

Pour ce qui est du nombre de partenaires, on retrouve un plus grand nombre de partenaires sexuels dans les douze derniers mois chez les personnes sourdes, à la fois dans la littérature française (BSSM 2011/2012 [25]) et anglo-saxonne ( Heiman E, Haynes S, McKee M. Sexual health behaviors of Deaf American Sign Language users. 2015 [29]).

Enfin, il y a une plus grande prévalence de rapports sexuels homosexuels dans la population sourde et malentendante, et plus chez les hommes sourds et malentendants que chez les femmes.

- **Contraception et Infections sexuellement transmissibles (IST) :**

Selon le BSSM, parmi les personnes sourdes et malentendantes sexuellement actives, la déclaration d'une infection sexuellement transmissible (IST) au cours des cinq dernières années est, tout comme le recours au dépistage, plus importante qu'en population entendante générale, chez les hommes mais pas chez les femmes.

Toujours selon la même étude, l'utilisation d'un moyen de contraception lors du premier rapport est plus importante qu'en population générale, mais on retrouve une plus grande proportion d'utilisation de méthodes naturelles (retrait, méthode Ogino) qu'en population

générale, de manière significative. Ce qui implique donc une prise de risque plus importante de contracter une IST.

Au Maryland (Etats Unis), on trouve que les Sourds sont un groupe particulièrement vulnérable aux IST (nombre de Sourds atteints représente 4,3 % de la population sourde comparativement à 0,39 % de la population générale (Monaghan et Schmaling, 2006 [30]).

La littérature semble donc orienter vers une vulnérabilité plus importante de la population sourde aux IST.

Sur le plan de la contraception, on retrouve également des signes de mésinformation sur le sujet chez les sourds :

Une étude réalisée au Québec [31] dans un échantillon de sourds de 16 à 30 ans retrouve des croyances erronées sur la contraception : la pilule protègerait du SIDA, les sourds ne seraient pas à risque de contracter une IST, manque d'information sur certaines IST et leur transmission.

La thèse du Dr. Clavel Marie [3] retrouve, chez la femme sourde, des carences en information sur la santé sexuelle, et une méconnaissance des IST autres que le VIH. Cependant, ces méconnaissances seraient comparables à celles retrouvées en population générale dans les bas niveaux socio-économiques. Au-delà de la barrière de la langue, la situation socio-économique défavorable des sourds français pourrait donc être une des causes de la faible littératie en santé de cette population.

Chez les hommes sourds, peu de données existent dans la littérature sur leur niveau d'information sur la contraception, masculine ou féminine.

Ainsi, les sources disponibles dans la littérature française et étrangère semblent montrer que la population sourde présente un profil particulier en termes de santé sexuelle, suffisamment distinct de la population générale pour justifier d'autres études afin d'approfondir les connaissances sur ce sujet.

La thèse « Évaluation des connaissances des femmes sourdes du CHU de Grenoble en matière de contraception et sexualité » réalisée en 2011 par le Dr Clavel Marie a inspiré la réalisation de l'étude ici présente.

En effet, si on retrouve une carence en informations sur la santé sexuelle chez les femmes Sourdes françaises, qu'en est-il des hommes Sourds ?

Nous avançons l'hypothèse que les hommes sourds présentent eux aussi des carences en informations sur la santé sexuelle.

La méthodologie employée vise à communiquer avec les sourds volontaires participant à cette étude dans leur langue maternelle, afin d'améliorer au mieux les échanges entre eux et les intervenants de l'étude.

# MATERIEL ET METHODE

## l) Méthode :

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'une recherche qualitative, avec l'utilisation d'entretiens individuels semi dirigés chez des hommes sourds de naissance, majeurs, n'étant ni sous tutelle ni sous curatelle, utilisant la Langue des Signes Française comme langue principale.

- Pourquoi une recherche qualitative :

L'étude BSSM [25] représente en France la principale étude récente à grande échelle abordant la santé sexuelle des sourds. Elle a interrogé 3000 personnes, dont 57% « se qualifiaient en tant que personnes sourdes ou malentendantes, ou encore [...] se considéraient limitées de ce fait dans leurs activités quotidiennes. ». Les données recueillies ne sont donc pas pleinement représentatives de la population sourde.

De plus, tout comme dans plusieurs études ciblées sur les populations sourdes réalisées à l'étranger (notamment certaines citées précédemment en introduction [26] [27] [28] [29]), le BSSM a été réalisé via un questionnaire en ligne. Il existe deux cas de figure :

- Un questionnaire écrit : Dans ce cas, au vu des difficultés de compréhension de l'écrit dans les populations sourdes, un biais de compréhension peut être présent.
- Un questionnaire adapté en LSF : Dans le cas du BSSM, le questionnaire a été adapté en LSF avec des vidéos signées pour chaque question. Cependant, en cas de mauvaise compréhension de la question, il était impossible aux interrogés de demander une reformulation. De plus, répondre en français écrit à certaines questions ouvertes était parfois compliqué pour certains interrogés.

Ainsi, l'utilisation d'auto-questionnaires, même adaptés, présente toujours des limites

Le peu de données recueillies via des études avec des échantillons d'individus significatifs doit donc être interprété avec prudence, car des biais sont présents.

Afin d'éviter au mieux les biais liés à la compréhension du français chez les sourds, il convient d'utiliser un type de recherche adapté.

Selon Alex Mucchielli, une méthode qualitative de recherche est une stratégie de recherche utilisant diverses techniques de recueil et d'analyse qualitatives dans le but d'explicitier, en compréhension, un phénomène humain ou social [34]. De plus, la méthode qualitative permet également d'explorer et d'émettre des hypothèses sur des thèmes peu ou non traités dans la littérature.

D'après G. Borges-Da Silva, « le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. » [35]

Une recherche qualitative permet donc d'interroger le patient sourd (population peu étudiée), sur un thème peu traité dans la littérature (la santé sexuelle des sourds), et ce dans un contexte « naturel » (entretien individuel, en langue des signes française, qui est la langue principale du sourd).

- Pourquoi le choix d'entretiens individuels semi dirigés :

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances en santé sexuelle des hommes sourds, et de recueillir des éléments permettant d'ouvrir une réflexion sur une prise en charge plus adaptée à cette population.

L'étude du Dr Clavel Marie [3], menée sur un échantillon de femmes sourdes dans la région de Grenoble, visait des objectifs proches de ceux de notre étude : « ...mettre en évidence les particularités de compréhension et de connaissance dans la population Sourde vis-à-vis de la contraception et de la sexualité et le cas échéant, [...] déterminer les lacunes d'information pour cette population ».

Les entretiens de l'étude Grenobloise [3] ont été réalisés de manière individuelle, et semi dirigée.

Cette méthodologie offre plusieurs points d'intérêt qui s'appliquent à l'étude précédente et à la nôtre :

- Les patients de l'étude sont recrutés dans un centre unique et font partie d'une communauté où beaucoup de gens se connaissent. La santé sexuelle étant un sujet intime, réaliser des entretiens groupés (Focus groupes) aurait pu rendre l'expression des individus interrogés plus compliquée, par crainte du jugement des pairs.
- Un entretien semi dirigé, guidé par l'utilisation d'un guide d'entretien proposant des questions ouvertes est bien adapté au sujet de recherche. Le caractère ouvert des questions permet une exploration et un recueil d'informations de manière plus large, dans ce thème sous abordé dans la littérature qu'est la santé sexuelle des sourds.

De ce fait, la méthode par entretiens individuels semi dirigés a été choisie et les entretiens se sont déroulés comme suit.

- Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont été menés par un interrogateur entendant, assisté d'un interprète en Langue des Signes Française, en suivant un guide d'entretien établi à l'avance. Les hommes sourds interrogés étaient volontaires et ont été recrutés à l'URASSM de Nancy où ils étaient suivis comme patients. Les participants ont été informés des buts de l'étude et du caractère anonyme et volontaire de l'étude par écrit avant le début des entretiens.

Cependant, du fait de la prévalence des difficultés de compréhension du français écrit dans la population sourde, et afin de s'assurer d'un consentement libre et éclairé, les mêmes informations données à l'écrit ont aussi été délivrées en Langue des Signes

Française avant le début de chaque entretien, et le consentement des participants validé à nouveau de la même manière.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel à l'URASSM de Nancy, ou en visioconférence depuis l'URASSM lorsque les volontaires ne pouvaient venir directement sur place. La traduction orale des propos des volontaires a été faite en simultané par les interprètes diplômés présents. Les traductions orales ont été enregistrées dans le même temps, ce qui a permis ensuite de retranscrire l'intégralité des entretiens.

- Analyse des données :

Les enregistrements des entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés par l'interrogateur. Le nom, prénom des participants ont été supprimés, de même que certains éléments particuliers exposés par les volontaires pouvant faciliter leur identification.

L'étiquetage des verbatims, l'analyse, et la construction du modèle explicatif ont été réalisés manuellement par l'interrogateur ayant mené les entretiens, avec l'aide d'un tableur logiciel Excel.

- Aspects réglementaires :

Le projet a été soumis à la DRCI, et au Comité de Protection des Personnes Est III, qui a estimé que l'étude relevait d'un traitement générique de recherche à destination de la population générale, et de ce fait n'a pas requis d'autorisation CNIL.

## II) La population étudiée

- Critères de choix de la population :

Treize hommes sourds majeurs et volontaires ont été recrutés. La population n'a pas été choisie de manière aléatoire, le but visé étant d'avoir des profils différents afin de recueillir une plus grande diversité d'avis et d'expériences.

Les hommes interrogés sont sourds de naissance, sans tutelle ni curatelle, d'origines, d'âge et de niveau socio-économiques divers. Un des participants est appareillé et malentendant. Nous avons choisi de l'inclure dans l'étude car il a utilisé la LSF comme langue principale pendant son enfance et sa jeunesse, l'utilise encore à ce jour en alternance avec le français oral, et a des capacités de compréhension du français écrit et oral proches des autres individus interrogés et présentant une surdité profonde.

Le recrutement a été limité à treize individus suite à saturation des données, et du fait des contraintes liées au recrutement des volontaires.

- Caractéristiques de la population étudiée :

Voir tableau « Caractéristiques de la population étudiée » en partie « ANNEXES ».

Les treize individus interrogés sont âgés de 24 à 58 ans. Ils sont domiciliés à Nancy ou bien dans sa périphérie.

- Milieu familial :

8 des 13 volontaires ont précisé avoir été élevés par des parents entendants. Sur les 5 autres volontaires restants, 1 volontaire a été placé par l'ancienne DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales pour les enfants), et les 4 autres n'ont pas mentionné si leurs parents étaient sourds ou entendants.

6 des 13 volontaires ont précisé avoir des enfants. 5 d'entre eux sont sans enfants. 2 n'ont pas précisé s'ils ont ou non des enfants.

9 des 13 personnes interrogées sont en couples, 2 sont célibataires, et 2 n'ont pas précisé leur situation.

- Scolarité et études :

10 des 13 volontaires ont eu une scolarité dans un institut dédié aux sourds. 3 des volontaires n'ont pas précisé leur milieu de scolarisation. Sur les 10 volontaires ayant mentionné leur lieu de scolarisation, 6 ont précisé avoir été en inclusion partielle avec élèves entendants ou totale pour certains. Les 4 autres n'ont soit pas mentionné d'inclusion avec des entendants, soit précisé qu'il n'y avait pas d'inclusion avec des élèves entendants pendant la scolarité.

Sur l'ensemble des volontaires :

- Deux n'ont pas de formation diplômante
- Quatre ont un niveau CAP ou BEP
- Un a un niveau bac
- Quatre ont un bac +2 ou 3
- Deux ont un niveau supérieur à Bac +3, soit

Soit 15% de la population étudiée sans diplôme quel qu'il soit, 31% avec un niveau CAP ou BEP, 8% avec un niveau bac, 46% avec un niveau supérieur ou égal à bac+2.

- Activité professionnelle :

Concernant les activités professionnelles :

- Trois volontaires sont sans emploi
- Un volontaire est retraité
- Neuf ont une activité professionnelle

Soit 25% de la population étudiée active sans emploi, et 75% de la population active avec emploi.

Sur l'ensemble de l'effectif interrogé, la majorité des personnes en situation d'emploi exercent des activités d'employé, ouvrier, ou profession intermédiaire (91% de l'échantillon), et une minorité (9%, un seul individu), exerce en tant qu'artisan.

On remarque que sur l'échantillon d'individus interrogés, la population interrogée semble avoir un meilleur accès à l'emploi et à l'enseignement que dans 3.2, 3.3, et 3.4 par rapport à la population générale sourde et malentendante avec atteinte auditive sévère à profonde.

Cependant, le taux de chômage dans l'échantillon de notre étude (25% de nos 12 volontaires actifs), est supérieur à celui de la population générale entendante selon les chiffres de l'INSEE 2013 (9.6% de chômeurs chez les 15-64 ans).

Il semble donc que la population de notre étude est mieux insérée éducativement et professionnellement que la population sourde et malentendantes des enquêtes Média Pi 2013, DREES 2014, et l'enquête de l'éducation nationale sur la scolarisation des élèves sourds en France, tout en restant désavantagée par rapport à la population générale entendante.

L'échantillon d'individus sourds interrogés n'a pour but d'être représentatif de l'ensemble des hommes sourds « profonds » sans tutelle ni curatelle, mais il paraît néanmoins être en concordance avec les statistiques trouvées dans la littérature. On retrouve des profils différents sur le plan de l'emploi, de l'éducation, et de l'âge chez nos interrogés, ce qui est l'objectif recherché.

## ANALYSE DES RESULTATS

### l) Compréhension et accès à l'information :

#### a) Communiquer, comprendre :

Tous les individus interrogés pratiquent la langue des signes française. En fonction de la situation, et des préférences, différentes préférences en termes de communication existent.

- En communication directe :

Lors d'interactions dans le domaine privé, et en particulier **avec d'autres sourds**, la **LSF est le moyen de communication privilégié** : « H5 : Langue des signes ! Langue des signes le plus, à 90%%. Des fois pour mon travail j'oralise mais en privé je suis à 100% en langue des signes. »

« H2 : Ma famille, c'est des sourds, donc on signe. »

« H4 : Je suis plus oraliste dans le milieu professionnel avec les entendants. Avec mes copains et copines je signe. »

On note cependant que, **dans certains cas particuliers, l'intercompréhension entre personnes signantes n'est pas garantie** : « H3 [...] Moi je suis un peu âgé maintenant, j'ai des vieux signes. Des fois c'est un nouvel interprète qui ne connaît pas mes signes, je n'en veux pas [...] je ne comprends pas bien les nouveaux, donc je ne peux pas discuter. »

Un des participants, H2, est né et a grandi en Ukraine, et est arrivé adulte en France, 6 ans avant le début de l'étude. Certains termes de la LSF lui semblaient inconnus lors de l'entretien, notamment le terme « viol » :

« H2 : Je ne comprends pas ce mot là

B : Ça ne vous dit rien le mot « viol » ?

H2 : Non, je ne sais pas ce que ça veut dire »

« H2 : Moi quand je suis arrivé ici, je ne connaissais pas la LSF... Au début il fallait que je me débrouille, mais ici c'est bien. »

En communication **directe avec des entendants**, différentes stratégies de communication sont utilisées.

Certains communiquent principalement en LSF, y compris dans leurs interactions avec les entendants, comme H6 : « H6 : Non j'oralise pas, en langue des signes c'est tout.

B : Et au travail aussi c'est qu'en langue des signes ?

H6 : Oui. »

Mais la plupart oralisent en utilisant des stratégies d'adaptation variables selon leurs possibilités : « H1 : Ça dépend. Franchement, ça dépend. Par exemple quand il y avait les

masques, là oui je préférerais communiquer en LSF... Après si c'est un homme qui va faire des efforts pour bien articuler en face de moi, je vais pas avoir de problème et je vais pouvoir me débrouiller sans problème. »

« H8 : ... une entendante je vais plutôt communiquer à l'oral, ou essayer l'écrit... »

« H11 : J'oralise des fois, et j'utilise la langue des signes [...]Les autres personnes font l'effort de parler lentement et font quelques signes, pas en langue des signes française mais ils signent un peu. « Boire », « c'est bien », voilà, comme tous les entendants. »

Enfin, certains précisent avoir une aisance particulière à l'oral : « H 13 : J'oralise, j'oralise oui oui je suis assez à l'aise, je rencontre pas mal d'entendants. »

Des freins autres que l'intercompréhension sont liés à l'oralisation, comme par exemple le regard de l'autre : « H8 : [...]quand je parle des fois, à l'oral, les gens pensent que j'ai un accent, comme un accent anglais, mais j'ai juste un accent de personne sourde en fait c'est tout, c'est pas ma faute. »

- Compréhension de l'écrit :

Différents niveaux de maîtrise de l'écrit sont représentés.

Certains volontaires présentent des difficultés majeures :

« H6 : Non j'arrive pas... Moyen moyen, pas terrible vraiment. », « H11 : C'est difficile, pour lire le français... »

Une grande proportion présente des difficultés occasionnelles, en fonction de la complexité de l'information : « H13 : Si c'est des mots trop compliqués, je peux ne pas comprendre, bien sûr ça peut arriver, mais en général je suis en capacité de lire. », « H9 : Parfois, par exemple un mot, je ne sais pas le sens du mot et j'ai besoin d'informations »,

D'autres expriment une certaine aisance avec le français écrit : « B : Et pour la lecture il n'y a pas de soucis pour la compréhension ?

H 12 : Oui oui ! Ça va, vraiment ça va »

« H7 : Non non moi ça va niveau lecture, je comprends tout »

On constate donc des profils variés chez les personnes interrogées, avec un spectre varié de capacités d'oralisation, de lecture, d'écriture, et d'utilisation de la LSF. Ces différentes capacités de communication peuvent intervenir dans l'accès aux différentes sources d'informations en santé sexuelle.

#### a) Les sources d'information :

- Un sujet peu abordé :

**La majorité des participants évoque un sujet relativement peu abordé** « H1 : Ben ça fait longtemps que j'ai pas eu d'information spécifique sur la sexualité »

« H4 : J'en parle presque jamais, après si parfois on peut en plaisanter avec des amis, mais d'une façon vraiment sérieuse non. »

« H5 : Oh là là ! Eh ben... Avec ma femme peut être ? J'en parle jamais en vrai. Je parle d'autres choses. Désolé je parle pas de ça en vrai. »

Certains évoquent des **difficultés à aborder le sujet dans la communauté sourde** :

« H5 : Je ne parlais pas de ce genre de sujets... Et puis dans la communauté Sourde comment dire... C'est le calme plat, on en parle pas »

Le sentiment d'avoir accès à une information de moindre qualité, simplifiée, ressort chez plusieurs participants :

« H13 : Mais le problème c'est que dans le milieu des sourds c'est très simple, très basique, pas assez expliqué, il manque des choses. Moi j'ai la chance d'être dans le milieu entendant, qui eux ont vraiment accès à toute l'information. »

« H5 : Et puis mes parents sont entendants, mais l'explication sera très brève, courte... ça manquera de détails, sur les risques, les cancers, ou sur plein de choses. »

« H9 : ... A la Malgrange je sais qu'il y a des cours spéciaux sur le sujet, mais c'est pas du même niveau que les entendants, c'est en décalage, il y a moins d'infos pour les personnes sourdes »

**La crainte de rumeurs entre sourds** peut participer à freiner la discussion sur le sujet :

« H8 : ... Par contre si on est avec une autre personne sourde, etc... C'est compliqué de dire les choses. Parce qu'il n'y a pas ce secret. C'est pas facile d'en parler. Les entendants en fait vous, vous vous croisez, il y a tellement de personnes entendants. Mais les sourds c'est un petit milieu. Tout le monde se connaît ici. Donc la moindre chose part en rumeur, c'est compliqué. »

Malgré le faible abord apparent du sujet, plusieurs sources d'informations sont tout de mêmes évoquées.

- La famille :

Dans le cercle familial, deux situations sont évoquées par les participants :

- Un non-abord du sujet :

« B : Ok... Et à quelle occasion vous avez pu parler de sexualité pour la dernière fois ? Avec des amis, de la famille... H10 : Jamais. Jamais, jamais. »

« H 13 : ...Mais après est ce que mes parents m'ont parlé de sexualité ? Jamais. Non non. Je me suis pas mal débrouillé seul en vrai. »

« B : Et dans votre famille vous parliez de ça ? H8 : Non... »

« H7 : Non. C'est un sujet tabou. Ma famille... Ils sont très croyants. Chrétiens. »

- Un abord partiel, sous un prisme « sécuritaire » ou « protecteur » :

« B : Ok. Est-ce que vous avez déjà parlé de santé sexuelle dans votre famille ?

H 12 : Oui, euh, le préservatif. On m'a conseillé là-dessus, de faire attention, voilà, pas grand-chose de plus »

« H11 : Oui, mais pas tout [...] Ils ne m'ont pas parlé de sexualité, mais de SIDA oui, pour me prévenir, me dire qu'il fallait faire attention, mettre une capote, voilà. »

Toujours dans le cercle familial, on note que H8 n'a pas abordé le sujet avec ses parents, mais a abordé le sujet avec ses propres enfants, sous un prisme « sécuritaire » : « H8 : Ma fille, je lui pose des questions, je lui dis fais attention, de ne pas tomber enceinte... Voilà c'est plus un côté protecteur, elle me dit « non non c'est bon ! ».

Certains disent craindre de créer d'éventuelles inquiétudes dans leur cercle familial en posant des questions en rapport avec la santé sexuelle :

« H8 :... Avec la famille... En plus ils vont se faire du soucis, c'est pas la peine. »

- L'école :

10 participants sur 13 disent avoir reçu une information sur la santé sexuelle au cours de la scolarité. 3 disent n'avoir reçu aucune information sur ce sujet dans un contexte scolaire.

Parmi les 3 hommes mentionnant une non-information en milieu scolaire, 2 sur 3 ont plus de 50 ans. H3 en fait partie et présente cette absence de cours comme un produit de leur époque : « H3 : Non non. Rien du tout. On n'en parlait pas à l'époque, c'était interdit. »

Pour les 10 autres hommes ayant reçu une information en milieu scolaire, deux modes d'information semblent se dégager.

- Cours délivrés en classe :

Le plus souvent en classe de Sciences, Biologie, SVT. Ces cours abordaient la biologie de la reproduction, et parfois la prévention des IST et la contraception.

Le nombre de cours reçus est difficile à évaluer, certains évoquent un cours unique, d'autres plusieurs occurrences :

« H2 : Une fois, à l'école. B : Donc juste une fois à l'école, et après, rien du tout ? H2 : Oui »

« H 12 : Pas des cours, une sensibilisation plutôt.

B : Et c'était juste une fois ?

H 12 : je crois... Une à trois fois, je ne sais plus exactement. »

« H1 : ... c'était au collège, en cours de SVT, voilà »

Dans les personnes scolarisées en inclusion avec des entendants, certains ont reçu les informations en milieu sourd, et d'autres en mixité avec les entendants.

« H5 : [...] Il y avait des conférences, des choses sur le SIDA, le préservatif... [...] C'était à l'École des Sourds de Metz que j'ai eu des cours, des informations sur la sexualité. Mais dans mon collège d'entendant je n'ai rien eu. »

« H9 : Hmm... Euh... Peut être, en 3ème, à Nancy j'ai eu des cours à l'école en inclusion, etc, l'école des Sourds je ne sais pas si ça s'est mal croisé mais il y avait un cours qui était assez serré où pas mal de choses ont été mises de côté, peut être qu'à ce moment là je n'ai pas tout eu... »

On note que les hommes de plus de 45 ans, lorsqu'ils ont reçu des cours, semblent avoir abordé principalement la biologie de la reproduction :

« H8 : Scientifique, oui. La fécondation, les ovaires... Mais sur l'amour, faire l'amour, la sexualité, rien du tout. Non c'était juste scientifique »

« H4 : Si, la fécondation, on a eu des cours dessus mais c'est tout. Mais on ne parlait pas de rapport sexuel ou quoi que ce soit. C'est venu tout seul.

B : On ne vous a jamais expliqué de choses à l'école sur les maladies sexuellement transmissibles ?

H4 : A mon époque, non. J'ai 50 ans, donc on n'en parlait pas trop, on ne parlait pas du SIDA... C'est venu plus tard »

« H13 :... Mais en vrai des personnes qui m'ont vraiment expliqué les choses, non jamais. Sauf à l'école, en sciences, en biologie. On parlait de comment faire l'amour, comment faire les enfants, l'accouchement. »

Les hommes plus jeunes ayant reçu des cours abordaient également la prévention des IST, du SIDA, et la contraception :

« B : ET vous avez parlé de quoi pendant ces sensibilisations ?

H 12 : De préservatif, euh, de SIDA, et... Juste les deux sujets là je crois. »

« H6 : Oh je me rappelle pas de tout... Y avait le préservatif pour se mettre en sécurité, les pilules pour pas tomber enceinte. »

- Information délivrée hors temps scolaire :

Certains Instituts de Jeunes Sourds dont faisaient partie les volontaires ont mis en place des conférences d'information sur la santé sexuelle, avec des intervenants extérieurs assistés d'interprètes :

« H1 : Ouais... C'était pas vraiment dans le cadre scolaire, plus dans le cadre de l'internat. [...]

« H6 : Oui, c'est ça. Y a une sage-femme qui est venue pour faire une conférence, elle est venue expliquer des choses. »

Divers thèmes étaient abordés, plus variés que ceux évoqués dans le cursus scolaire, selon les participants :

« H1 : [...] Assez varié, assez divers. On parlait de la rencontre... Comment rencontrer une femme. Ne pas violer les gens, pourquoi, à cause de quoi, ce qui pouvait arriver, quelles pouvaient être les conséquences. Comment se protéger, comment protéger les autres. [...] vraiment plein de sujets. On va dire que sur une année on a peut-être eu 4 ou 5 conférences, avec à chaque fois des thèmes différents. »

Les participants à ces conférences semblent avoir un ressenti positif sur les informations apportées, dans leur variété et/ou dans leur importance :

« H1 : Quand j'étais à la Malgrange, y avait des conférences sur ce thème-là. Là j'ai appris pas mal de choses »

« B : Et est ce que ça vous a plu ? Vous avez trouvé ça intéressant ?

H6 : Oui c'était super. On apprend des choses importantes. »

- Le médecin :

La majorité des volontaires n'a pas reçu d'information concernant la santé sexuelle de la part d'un médecin, sauf en cas de problématique médicale :

« B : Et est ce que vous en avez déjà parlé avec un médecin ou pas ?

H8 : Non non, jamais »

« B : Et est ce que des médecins vous ont déjà donné des informations sur le sujet ?

H9 : Non ! »

« H2 : ... Ici en France, on m'a parlé de l'hépatite B. Le médecin m'a dit qu'il fallait mettre un préservatif quand on a des rapports sexuels. Après on a vu que c'était guéri, donc il n'y avait plus besoin de préservatif c'était bon. »

Hors problème perçu, la plupart n'irait pas demander d'informations spécifiques sur la santé sexuelle :

« B : Est-ce que vous iriez poser des questions à un médecin sur ce sujet ?

H5 : Non... Non non franchement non

B : Non ?

H5 : Non... Si j'ai besoin, oui, mais là je n'ai pas de besoin, tout va bien, donc non. »

Le médecin est parfois envisagé pour confirmer des informations obtenues par d'autres moyens : « H 12 : Je vais faire des recherches déjà, chercher des informations, et ensuite aller voir le médecin pour être sûr »

- L'entourage non familial :

Il y a une diversité dans l'abord de la sexualité dans l'entourage amical, non familial. Certains ont un cercle amical sourd leur permettant d'aborder le sujet, et d'être informé :

« H1 : J'ai aussi rencontré d'autres amis que je connais, des sourds, avec qui je peux échanger là-dessus, poser des questions. »

« H4 : Le SIDA moi j'en ai entendu parler par mes amis sourds »

Leurs amis et pairs sont une source potentielle d'information :

« B : Et du coup vos amis vous ont déjà donné des conseils comme ça ? C'est comme ça que vous avez découvert des choses aussi ? »

H8 : Ah oui oui ! Une personne qui l'avait déjà fait, un ami qui avait déjà de l'expérience, qui m'a dit « non il faut pas faire comme ci comme ça ! » »

Néanmoins, un certain tabou peut être présent, avec la crainte de la propagation de rumeurs dans la communauté sourde locale :

« H8 : ... Par contre si on est avec une autre personne sourde, etc... C'est compliqué de dire les choses. Parce qu'il n'y a pas ce secret. C'est pas facile d'en parler. Les entendants en fait vous, vous vous croisez, il y a tellement de personnes entendants. Mais les sourds c'est un petit milieu. Tout le monde se connaît ici. Donc la moindre chose part en rumeur, c'est compliqué. »

- Le couple :

Chez les hommes en couple, la partenaire est vue comme une aide, quelqu'un de plus expérimenté en cas de questionnement :

« H9 : ...ma copine peut m'expliquer un peu aussi. Elle a plus de compétences. »

« H6 : Ma femme, je peux lui poser des questions. »

« H5 : [...] Ma femme pourrait me donner des conseils. Elle est forte en sciences. En vrai moi je n'y connais rien, je suis une bille en science. Donc elle m'explique »

- L'associatif :

H11, H12 et H13 évoquent le fait de s'informer par le biais d'associations sourdes :

« H12 : ...j'ai déjà été avec une association à Paris, je ne sais plus le nom, c'était un groupe féministe... F...U .... FN ? Je ne sais plus.

[...]

B : ...c'était uniquement pour les sourds ?

H 12 : Oui oui pour les sourds. »

« H11 : Avec l'association des sourds y a une personne qui est venue, un sourd connu. Il parlait de SIDA, c'est ça. Il avait expliqué. »

« H13 : ...j'ai fait une BD, j'ai dessiné une BD pour que les sourds puissent... Parce que les sourds n'arrivaient pas à comprendre... donc j'ai remplacé les mots par des images pour qu'ils comprennent mieux. Donc je connais la maladie, je connais comment ça se passe »

H9 et H12 pointent du doigt le manque d'initiative associatives locales pour les sourds visant à mieux informer sur la santé sexuelle :

« H12 : ici dans le grand est ça arrive très peu. Dans d'autres endroits oui, à Paris, à Toulouse... Dans le Grand Est très peu »

« H9 :... Il faut continuer, répéter les actions, sensibiliser etc... Des fois il se passe un événement tous les dix ans, j'exagère un peu mais voilà il faut en faire beaucoup plus souvent ! Il y a pas assez d'informations »

On note que 7 des 13 hommes interrogés mentionnent une participation passée ou présente à une association sourde, en lien ou non avec la santé sexuelle.

- Médias :

Internet et les réseaux sociaux sont des moyens d'accès à l'information parfois utilisés :  
« H1 : Après, moi ça m'est arrivé oui, de chercher. La dernière fois, j'avais peur d'une MST, j'avais pas bien compris ce que c'était, donc je suis allé chercher sur internet pour avoir plus d'informations »

« H12 : Personnellement j'ai pu me renseigner sur les réseaux, internet »

Cela peut permettre l'accès à différents formats permettant parfois une meilleure compréhension :

« H3 : Internet d'abord. Internet puis je vais en parler à des amis, on va discuter. Des fois il y a des dessins, des gens qui expliquent mieux... C'est bien. »

« H9 : Et sur les réseaux sociaux aussi, une vidéo explicative etc [...] Sur média Pi par exemple »

Cependant, internet est également vu comme pouvant être vecteur de fausses informations, ou d'informations trop abondantes induisant une confusion :

« H12 : Parce qu'on peut avoir des mauvaises informations sur internet »

« H10 : J'ai pas confiance en internet, je préfère les choses en vrai, sur place, il y a plein de faux profils sur internet »

« H9 : Mais sur internet, il y a pas mal de choses aussi. Il y a les bonnes informations, les mauvaises, parfois c'est... Un site gouvernemental comme sur celui qu'on a eu sur le covid c'était intéressant, mais tous les sites qui existent sur le covid il y en a plein et c'est pas bon. »

D'autres médias sont aussi évoqués, comme la télé : « H9 : Y a aussi l'œil et la Main, l'émission. », ou les BDs : « H12 : Par exemple Titeuf ! La BD titeuf vous connaissez ? »

L'accès à l'information sur internet et dans les livres est cependant conditionné par le niveau de lecture et compréhension du français écrit :

« B : Vous allez sur internet des fois pour vous renseigner sur la santé ?

H11 : C'est difficile, pour lire le français... »

« H6 : Ouais le problème c'est que moi je sais pas trop écrire. Le SIDA, les violences sexuelles, etc... C'est vraiment des phrases très compliquées, c'est compliqué à lire »

- Apprendre en pratiquant :

Certains des interrogés, essentiellement ceux de plus de 45 ans, ont dit avoir essentiellement dû apprendre par eux même ce qu'ils savent aujourd'hui sur la santé sexuelle, par l'expérience et la pratique.

« B : Ok, et comment vous avez commencé à apprendre des choses sur la sexualité ? Tout seul ?

H8 : Tout seul, oui oui tout seul. J'ai appris à utiliser un préservatif tout seul. »

« H13 : [...]Je me suis pas mal débrouillé seul en vrai. »

« H4 : [...] Mais on ne parlait pas de rapport sexuel ou quoi que ce soit. C'est venu tout seul. »

**On retrouve donc différentes sources d'accès à l'information, variables en fonction du profil des individus, notamment selon leur âge, leur entourage, et leurs capacités en français écrit et oral. Ces différents accès ont permis d'acquérir différents savoirs et conceptions dans le domaine de la santé sexuelle.**

- Rapport à la communauté sourde, et à celle des entendants :

**Les volontaires de l'étude ont des attitudes diverses vis-à-vis de la communauté sourde.**

Certains expriment un fort sentiment d'appartenance, comme H8 : « Je sais que le monde des sourds est un petit monde, peut être qu'un jour on va disparaître, je ne sais pas, mais voilà, pour moi la Langue des Signes c'est la langue des personnes sourdes ! C'est notre monde, c'est notre solidarité. » ou H5 : « [...] Moi je suis Sourd. C'est mon identité. »

Les échanges fréquents, l'appartenance à la communauté peuvent en faire un milieu propice d'accès à l'information en général, à la culture, la vie sociale :

« H3 : Moi je connais le Cercle des Sourds, je connais ceux qui organisent les voyages, les visites de musée... , il y a 4 secteurs différents, un secteur culture en LSF, un secteur voyage, un secteur conférences, et puis un secteur activités... Grâce à eux je fais des voyages, des choses comme ça. Y a plein de choses. »

Cependant, tous ne se sentent pas pleinement à leur place dans la communauté sourde. Par exemple, H8 exprime le sentiment d'être dans un « entre deux », ni parfaitement à sa place chez les sourds, ni chez les entendants :

« H8 : Je me sentais isolé, je sais pas pourquoi. Peut-être que moi je... suis au milieu, je suis un entre deux »

## II) Savoirs et conceptions :

### a) Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) :

IST	SIDA	VIH	Hépatites	Gonocoque	Chlamydia	Syphilis	« Autres maladies » de nom inconnu	Mycoses	Cancers	HPV	HERPES
H1	X				X		X				
H2	X		X				X				
H3	X										
H4	X						X				
H5	X									X	
H6	X										
H7	X		X	X	X	X				X	X
H8	X										
H9	X						X				
H10	X							X	X		
H11	X						X	X			
H12	X	X					X				
H13	X						X				

- Le SIDA :

Tous les participants interrogés ont évoqué le Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA) lorsque le thème des IST a été abordé. Celui-ci est vu comme une maladie effrayante, crainte, par certains participants :

« H3 :... le SIDA ça fait peur »

« H10 : Moi j'avais peur, parce que des fois on a touché les même choses, partagé un verre d'eau, des choses comme ça. J'avais peur d'avoir le SIDA. »

On note que le terme « VIH » est peu connu, et n'est pas forcément lié au SIDA pour certains :

« B : Le VIH ça vous dit quelque chose ?

H2 : Le VIH ? Non

B : Le SIDA ?

H2 : Oui »

« B : ok ! Et pour vous il y a une différence entre VIH et SIDA ?

H 12 : Euh \*rires\* Bonne question ! Je sais que le SIDA ça se transmet par le sang, après je ne sais pas d'où ça vient. Ça peut être sur tout le corps. Le VIH je crois que c'est presque la même chose, mais c'est lié à une transmission par voie anale ou vaginale, quand il y a un rapport »

- Les autres IST :

Elles sont souvent méconnues par la plupart des participants. Certains savent qu'elles existent, mais les connaissent peu :

« H1 : Il y a d'autres maladies qui existent [...] Mais après je ne connais pas les termes.

B : Vous ne connaissez pas de noms d'autres maladies qui existent ?

H1 : Non. C'étaient des noms à rallonge. »

« B : A part le SIDA, vous connaissez d'autres maladies sexuellement transmissibles ?

H4 : Comme des infections ? Oui, je ne sais plus comment ça s'appelle. Chez les femmes, elles peuvent en attraper dans l'utérus. Les hommes aussi je pense peuvent avoir des infections

B : Et vous ne connaissez pas d'exemple particulier de maladie comme ça ?

H4 : Non »

Des symptômes ou des pathologies sont vues comme pouvant être des IST/dues à des IST, sans que les participants puissent clairement identifier l'IST en question :

« H11 : Euh des problèmes au niveau de la langue, ça peut être sale »

« H12 : C'était une maladie au niveau des fesses, une boursouflure, une boule au niveau des fesses... « T » quelque chose. »

« H10 : Euh, oui, si on couche à droite à gauche, de jour de nuit, on peut être anorexique oui. Ou le cancer. »

H7 est le seul participant à connaître une grande variété d'IST, mais est infirmier de formation : « H7 : Oh il y a euh... Le gonocoque, la syphilis, blennorragie, l'herpès génital, les condylomes... Je crois que c'est pas mal déjà ! »

- Transmission :

La plupart des participants évoquent le **contact avec du sang contaminé et les rapports sexuels** comme modes de transmission principaux du SIDA :

« H9 : Alors là... Euh... le sang, par le sang. Après concrètement... Les rapports sexuels, le partage de sang, par exemple une personne qui perd du sang... Sur un don de sang, une transfusion. D'autres choses je ne sais pas. »

D'autres moyens de transmission potentiels sont évoqués :

« H 10 : Moi j'avais peur, parce que des fois on a touché les mêmes choses, partagé un verre d'eau, des choses comme ça. J'avais peur d'avoir le SIDA »

« H 13 : Par le sang c'est possible de le transmettre, par exemple par la salive si deux personnes s'embrassent avec la langue »

Le **caractère asymptomatique de l'infection par le VIH** est mentionné : « H11 : La première elle va voir ailleurs, elle sent que ça va, mais au fond dans son corps, le virus est pas encore développé, mais il est là. Et c'est possible, à ce moment là de lui transmettre. »

« H13 : il faut faire attention aussi, le SIDA peut dormir dans le corps, une personne peut être séropositive sans signe et le transmettre sans le savoir ! »

La transmission des IST est vue par plusieurs participants comme **le fait d'un « mauvais » comportement** comme l'adultère par exemple. La maladie transmise l'est par des gens « sales », physiquement, socialement ou moralement :

« H1 : Il y a d'autres maladies qui existent, si on trompe son conjoint, ça peut arriver aussi. »

« H6 : Euh... Le SIDA, ça vient d'avant, d'Afrique, des singes, et ensuite ça s'est répandu. C'est ce qu'ils nous ont expliqué à l'école. Et puis les personnes qui mendient aussi, des trucs comme ça. »

« H13 : Des infections, des microbes, il y en a plusieurs. Les gens qui se lavent jamais le pénis ou qui donnent leurs saletés ou autre, et les étrangers qui viennent ici et qui donnent leurs maladies... »

« H10 : Une femme sale et qui couche avec tout le monde, et donne le SIDA. »

Deux participants, H6 et H12, pensent qu'une **apparition spontanée du SIDA** est possible, soit en cas de rapport « mal mené » selon H6, soit en cas d'incompatibilité sanguine entre deux individus sains selon H12 :

« B : Euh, ok, d'accord, mais ça veut dire que vous pensez que... Si par exemple, il y a deux personnes, qui ont pas le SIDA et qui font l'amour ensemble. Si ils font l'amour comme dans les pornos ils peuvent avoir le SIDA quand même ?

H6 : Oui ! Oui oui oui.

B : OK, donc si on fait mal l'amour, ou trop vite, ou pas bien, on peut avoir le SIDA ?

H6 : Oui. Et aussi, en plus, ça brûle. La brûlure ça peut arriver si on fait l'amour vite »

« H 12 : Ah oui, c'est possible, c'est-à-dire deux personnes qui n'ont pas le SIDA qui couchent ensemble, ça peut venir d'un coup. Par exemple si c'est deux personnes là sont pas compatibles, elles peuvent attraper le SIDA »

A noter que le **mode de transmission des autres IST est parfois peu connu** :

« H5 : Le papillomavirus, je sais pas si je peux le donner, comment ça marche, si les femmes peuvent le donner... Je sais pas »

« H1 : ...Je sais que le SIDA on peut l'attraper par le sang. Après les Chlamydia je ne sais plus exactement. »

- Moyens de protection :

La majorité des participants cite **le préservatif** comme moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles :

« H9 : Si je ne connais pas la personne, si elle a le SIDA ou pas, je mets le préservatif ! »

« H4 : Si on a un préservatif ça va on est protégé »

H10 mentionne utiliser le préservatif en fonction du comportement perçu de son partenaire :

« B : Donc si vous avez des rapports sexuels avec quelqu'un, si la personne a l'air sympathique, souriante, vous ne mettez pas forcément de préservatif, c'est ça ?

H10 : Je sais pas... Il faut une capote, que ce soit propre, mais après ça dépend du comportement »

**Les moyens de contraception comme le stérilet, ou la pilule, ne sont pas vus comme des moyens pouvant protéger efficacement des IST :**

« B : Et vous pensez que la pilule peut protéger contre certaines infections ?

H 13 : La pilule ? Non

B : Et le stérilet ?

H 13 : Non, non plus. »

Mais un **doute sur le degré de protection offerte par la pilule** semble exister chez certains interrogés :

« B : ok, et la pilule, pareil, vous pensez que ça peut protéger contre les infections ou pas ?

H8 : Euh... Je crois que non ? Je crois pas.

B : Je parle des infections comme par exemple le SIDA.

H8 : Ah je ne sais pas ça... »

**Le dépistage** est également vu comme un moyen de protection vis-à-vis des IST :

« H6 : Si on a envie de faire l'amour il faut demander, si on veut pas utiliser un préservatif, il faut poser la question au docteur »

« H8 : avant d'enlever le préservatif avec ma compagne je savais qu'il fallait se faire dépister et après on pouvait le faire. »

Cependant, le dépistage ne semble pas toujours être réalisé à temps, par exemple chez H1 qui dit avoir fait un dépistage « avant de se marier » avec sa femme, mais pas avant d'avoir eu des rapports sexuels potentiellement non protégés :

« Ma femme a vérifié elle aussi de son côté, et euh, moi ça avait pu m'arriver d'attraper des microbes ou des champignons lors de certaines relations sexuelles, mais ma femme aussi en a eu. Après ça peut être moi qui ait couché avec une femme et qui ait transmis ça à ma femme après ? »

Parmi les participants, H5 et H4 citent la **vaccination** contre IST comme moyen de prévention :

« H5 : Ma fille a fait le vaccin contre la papillomavirus »

« H4 : Le préservatif, et je peux me tromper mais y a des vaccins aussi contre certains microbes ? Certaines bactéries ? »

Enfin, **éviter le multi partenariat** est également vu comme un facteur protecteur :

« H4 : J'ai juste une question : Ces maladies qui sont transmissibles... Si on a des rapports sexuels uniquement dans le cadre du couple, on ne risque pas d'attraper une maladie ? C'est seulement si on a des rapports avec des inconnus non ? »

« H2 : Oui si les personnes couchent à droite à gauche elles peuvent attraper ça, mais moi je suis fidèle avec ma femme, donc ce n'est pas mon cas. »

- Conséquences :

Les potentielles conséquences des IST citées sont variées entre les participants.

Dans le cas du SIDA, plusieurs décrivent une altération de l'état général d'une forme ou d'une autre :

« H4 : Je crois que le SIDA ça fait vieillir plus vite. »

« H11 : Je sais peu de choses là-dessus. Maigrir, devenir tout maigre, mince. Avoir des difficultés à marcher. »

« H3 : Mais si j'attrape le SIDA après moi je vais perdre mes cheveux, je vais être malade, je risque de le donner à quelqu'un d'autre... C'est pas bien ça, faut éviter ça ! »

Le niveau estimé de gravité potentielle du SIDA varie d'un individu à l'autre.

**Certains semblent estimer que le SIDA n'entraîne pas de conséquences lourdes sur la santé** « H6 : On est normal, on marche normalement, on a le SIDA en nous c'est tout quoi ».

**Cependant, la majorité de personnes interrogées estime que le SIDA peut être une maladie grave voire mortelle :**

« H8 : J'ai un ami qui a eu le SIDA, et il en est mort »

Le **SIDA est perçu par la majorité comme étant une maladie chronique**, nécessitant une prise en charge prolongée, spécialisée :

« H12 : ... il faut se soigner tout le temps. Il n'y a pas de... comment dire... d'injection pour soigner ça. C'est à vie quoi, en fait. C'est toujours en recherche »

Seul H6 pose la question d'un éventuel traitement curatif du SIDA : « J'ai une question aussi, si on a le SIDA, il faut se soigner, et l'enlever ? C'est possible ou pas ça ? »

Dans le cas des autres IST, d'autres conséquences sont évoquées, allant du simple symptôme au décès, en passant par la stérilité (uniquement évoquée par H7) :

« B : vous savez ce que des maladies comme l'hépatite B ou le SIDA peuvent donner ?

H2 : On devient tout jaune je crois, on a les yeux jaunes. »

« H 12 : Ça brûle, ça fatigue... Je crois que ça brûle. »

« H7 : On peut devenir stérile ? Je connais juste celui-là »

« H5 : On peut donner des maladies qui peuvent tuer les femmes. Je ne sais plus le nom. »

### a) La contraception :

Méthodes connues	Pilule	Implant	Stérilet	Préservatif masculin	Préservatif féminin	CO d'urgence	Méthode naturelle	Stérilisation	IVG
H1	X	X	X	X	X		X	X	X
H2	X	X	X	X			X	X	X
H3				X					
H4	X		X	X			X		X
H5	X	X	X	X	X		X		X
H6	X	X	X	X					X
H7	X	X	X	X	X	X		X	X
H8	X	X	X	X	X				X
H9	X	X	X	X					X
H10	X			X					X
H11	X			X	X				X
H12	X			X	X	X			X
H13	X		X	X			X		X

L'entièreté des participants citent le préservatif masculin comme moyen de contraception, suivi de près par la pilule.

- Inconvénients perçus de la contraception :

H13 mentionne un inconvénient lié à l'utilisation du préservatif masculin, lié à son **inconfort** perçu : « la capote est là, elle protège, mais moi je ne suis pas à l'aise avec la capote. Quand j'ai envie, j'ai envie, je me sens bien, quand je mets la capote, je n'ai plus envie. »

H10 mentionne les risques liés à la **rupture du préservatif**, voire à son sabotage par une partenaire : « Et il faut garder la capote, sinon après il faut payer la pension s'il y a un bébé, si la capote est déchirée ou qu'il y a un trou, si elle a pas coupé pour m'embêter... »

**La pilule, le stérilet ou l'implant sont vus par certains comme pourvoyeuse d'effets indésirables**, faisant parfois préférer une forme de contraception naturelle :

« H2 : C'est mieux que ce soit naturel en fait. Le stérilet et tout, c'est pas... Il peut y avoir des problèmes. Je pense que c'est mieux que ça soit naturel, on fait attention quand on fait l'amour et puis voilà. »

« H13 : Moi je suis contre la pilule, il faut protéger la femme, sa santé, la pilule peut créer des problèmes de santé donc moi je préfère éviter, être au naturel. »

« H8 : Euh... Je sais que si l'implant reste trois ans et qu'on dépasse la date on peut avoir une infection à cause de l'implant »

Les effets indésirables cités sont :

- La fatigue, la prise de poids pour les contraceptions hormonales
  - Un risque infectieux (pour l'implant et le stérilet).
- 
- Méthodes perçues comme contraceptives mais ne l'étant pas :

Certains des hommes interrogés mentionnent des outils non contraceptifs perçus comme étant des méthodes contraceptives:

- L'anneau pénien : « H9 : Euh... Oui, il y a le préservatif, un truc qui serre aussi au niveau du... une nouvelle technique, un truc qui serre au pénis. Un système qui empêche d'éjaculer. »
- La pilule masculine : « H10 : La pilule oui, pour homme ou pour femme, pour ne pas avoir de bébés partout. »
- Le viagra : « H8 : Non... Euh... Il y a des médicaments pour éviter d'éjaculer il me semble par exemple ? [...] Le viagra ? Pour durer plus longtemps »

On note que ces croyances sont présentes chez des individus avec des profils socioéconomiques divers.

## b) L'interruption Volontaire de Grossesse (IVG) :

- Perception de l'avortement :

Lors des entretiens, le terme « avortement » était utilisé à la fois pour parler des fausses couches, et des interruptions volontaires de grossesse.

L'avortement est décrit comme pouvant avoir **une raison médicale** :

« H3 : Je sais qu'il y a des gens qui ne peuvent pas avoir de bébés par ce qu'ils ont des soucis ou des choses comme ça. Ils font des fausses couches, ça peut arriver. »

Ou être lié au souhait de **ne pas poursuivre une grossesse indésirée** ;

« H2 : C'est si on est enceinte et qu'on ne voulait pas et qu'on veut se débarrasser du bébé ? Mais nous on n'a jamais fait ça. »

« H5 : [...]Si il y a un accident, on peut avorter. Il faut aller à l'hôpital. Voilà. Après il vaut mieux en discuter. Si c'est pas prévu, on peut avorter »

Trois des participants ont une **expérience de l'IVG ou de la fausse couche dans leur couple** :

« H8 : [...]ma copine oui elle a déjà avorté, elle était pas prête elle avait avorté. Mon ex a fait une fausse couche, plusieurs fois comme je l'ai dit tout à l'heure »

- Lieu de prise en charge :

Deux cas de figures sont évoqués. Soit la personne interrogée **ne connaît pas de lieu de recours** pour la prise en charge d'un avortement :

« B : Est-ce que vous savez où il faut aller pour avorter ? Dans quel endroit ?

H1 : Non, non je chercherais sur internet si je devais trouver. Ou je demanderais à l'URASSM peut être. Mais là comme ça je ne saurais pas vous dire. »

« B : Et vous savez où aller pour un avortement ?

H10 : En Belgique

B : Mais on peut avorter en France vous savez

H10 : Ah je savais pas ! Je sais pas où on fait »

**Soit elle en connaît un** :

« H4 : A l'hôpital, dans un service spécialisé, la maternité régionale ? »

Sur l'ensemble des individus interrogés, trois mentionnent ne pas savoir où prendre en charge une IVG. H1 précise qu'il chercherait des réponses sur internet auprès de l'URASSM, H10 ignorait que l'IVG était réalisable en France, et H3 exprime ne pas se sentir concerné (homme célibataire n'ayant jamais eu de relation sexuelle).

- Délais estimés :

1 des interrogés, H11, mentionne un délai de 5 à 7 mois

6 des 13 hommes interrogés estiment le délai maximum pour une IVG à 3 mois environ ?

« H1 : On m'a dit à peu près 3 mois. Peut être un peu plus mais je crois que au-delà de 3 mois c'est pas autorisé. »

2 d'entre eux estiment que le délai est d'environ 2 à 3 semaines :

« H4 : Oui oui, y a des dates précises, si c'est trop tard on ne peut plus avorter. Je crois que 2 ou 3 semaines je crois, je ne sais plus »

« H6 : 3 semaines ? »

H10 évoque un délai d'une semaine.

Le reste des volontaires ne mentionne pas de délai précis pour l'avortement.

- Méthodes :

Les méthodes d'avortement ne sont pas toujours connues :

« B : D'accord, mais vous savez comment ça fonctionne l'avortement ?

H3 : Non »

Mais soit la méthode chirurgicale, soit la méthode médicamenteuse sont évoquées par la plupart des participants :

« H4 : Je pense qu'ils percent la poche des eaux pour que ça s'évacue, mais peut être que je me trompe

B : Est-ce qu'on vous a parlé d'autres méthodes qui existaient pour l'avortement ou non ?

H4 : Il y a par cachet aussi, pour provoquer des contractions, pour évacuer. »

« H1 : [...]Après, moi j'ai ma tante, par exemple, c'était par aspiration. Elle avait appris que l'enfant était trisomique, donc voilà. »

### c) Les violences sexuelles :

- Des définitions des violences sexuelles :

- **Des définitions variées :**

Il existe une gradation des violences sexuelles en fonction de leur type, de leur gravité.

La plupart des interrogés ont des définitions variées du viol, de l'agression sexuelle. Ces deux actes sont souvent mis dans la même catégorie :

« H1 : Les mots sont différents, donc je pense que oui, mais pour moi les deux choses reviennent au même. »

« H4 : Le viol ça veut dire qu'on va aller arracher les vêtements pour pouvoir pénétrer la personne c'est ça ? Alors que je pense que l'agression sexuelle c'est plus forcer la personne, et la femme elle va finir par se sacrifier, par dire qu'elle est d'accord ? L'agression sexuelle c'est un peu moins grave mais ça fait quand même mal au cœur. »

- **L'absence de consentement :**

« H1 : Ben euh... Si la personne n'a pas donné son accord, pour moi c'est une violence sexuelle. Forcer quelqu'un c'est une violence sexuelle »

- **L'abolition du discernement de la victime :**

H10 évoque l'utilisation de drogues dans le but de commettre des violences sexuelles  
« H10 : Ah le comportement tout, y en a oui, j'ai vu, beaucoup... Les cachets dans le verre et tout, en invitant quelqu'un, non non je fais pas ça moi, pas de truc dans les verres des autres. »

- **Des violences physiques, verbales, ou en ligne :**

Les violences peuvent être physiques mais également verbales :

« H1 : ...C'est pas forcément quelque chose de physique, de contact. Ca peut être des paroles violentes sexuellement »

Le harcèlement sexuel en ligne est également mentionné, comme l'envoi de photos de soi nu non sollicitées :

« H1 : Ou les gens qui envoient des photos de leur sexe ou autre par exemple, ça se fait beaucoup maintenant. »

• **Des conséquences lourdes :**

La plupart des interrogés soulignent la gravité des violences sexuelles et de leurs conséquences pour les victimes:

« H4 : ... Le viol ça va être souvent des femmes qui peuvent en mourir aussi, parce qu'elles sont plus vierges, elles vont être abîmées... »

« H9 : C'est tuer une âme. La personne qui est victime d'un viol n'est plus jamais la même après. »

Les conséquences pour les auteurs sont également mentionnées : « dépôt de plainte » selon H8, ou « aller en prison » selon H6.

• **Pour certains, un sujet « lointain » :**

Lors de l'abord du thème des violences sexuelles, plusieurs interrogés semblaient prendre une certaine distance avec le sujet, qui est souvent vu sous l'angle du fait divers et ne les concerne pas directement :

« B : C'est quelque chose dont d'autres sourds vous ont parlé ?

H2 : C'est des histoires qu'on voit un peu à la télé »

« H11 : Y a pas longtemps, à la télé j'ai vu, une fille qui avait 10 ans, à Charleville, près de Sedan. Elle avait 10 ans, elle a été violée, elle est morte »

« B : Vous savez ce que c'est le viol ?

H3 : Euh oui, oui après on peut être enceinte après... Enfin non je sais pas, ça ne me regarde pas ça. Je ne connais pas ces choses-là .»

Plusieurs interrogés ont précisé ne pas être auteur de violences sexuelles :

« H3 : D'accord. Je comprends. Non non je n'ai jamais fait ça moi »

« H5 : Non non, moi les violences j'ai jamais eu l'expérience de ça en fait. J'ai jamais été violent en fait, ou même au niveau des informations ils en parlent à la télé oui, les violences sur les enfants, les disparitions d'enfant... »

Malgré une reformulation de la question au fil des entretiens et même en précisant que l'interrogateur ne cherchait pas à connaître une éventuelle culpabilité, une grande partie des volontaires ont continué à préciser leur non culpabilité. Peut être un problème de formulation de la question ?

La nécessité d'être doux et de bien communiquer avec son partenaire ressort de plusieurs entretiens :

« H6 : Il faut expliquer, calmement, discuter avec la personne, être doux... Pas la taper ou je ne sais quoi ! »

« H8 : Oh j'aime pas le viol. J'ai jamais... Ça m'est jamais arrivé moi. Ni de maltraitance, ni attacher, ni rien. Moi j'aime bien être doux. »

- Le portrait imaginé de l'auteur de violences sexuelles :

- Isolement :

Pour certains des participants, l'isolement, l'éloignement de la communauté sourde, est vu comme mener certains sourds à être auteur de violences :

« H1 : Et ça peut arriver aussi chez les sourds. Un sourd qui rencontre une personne, qui est plutôt isolé socialement, qui rencontre peu de monde, qui fait une rencontre un samedi soir par exemple... La d'un coup il rencontre une fille, la fille lui plaît, lui il a jamais eu trop de contact avec des gens, tout de suite il va vouloir un peu lui sauter dessus. Alors que non c'est pas comme ça que ça se passe. »

- Des actes commis par des hommes :

Les violences sexuelles sont vues comme étant essentiellement commises par des hommes : « H1 : Oui des hommes. Souvent les hommes. C'est rarement les femmes sourdes »

« H 12 :... C'est plus les hommes qui sont violents avec les femmes, le contraire arrive très très peu »

- Pour certains, **des actes commis par des personnes déviantes** :

Les auteurs de violences sexuelles sont imaginés comme étant anormales :

« H4 : ... Y en a qui sont un peu tarés »

« H6 : Non, non je pense qu'ils sont fous ces gens là ! Moi je veux pas aller en prison, je suis pas fou ! »

Une personne mal insérée socialement, malhonnête, peu fréquentable, peut être autrice de violence :

« B : Est-ce qu'on vous a déjà parlé de violences sexuelles ? Comme le viol, les agressions sexuelles ? »

H10 : Ah moi non ! Je gagne ma vie, je suis intelligent, je suis un homme honnête, droit »

- Pour d'autres, des violences commises par **monsieur-tout-le-monde** :

Tous les hommes interrogés ne décrivent pas les auteurs de violences comme des personnes non intégrées à la société, et ostensiblement différentes des autres. H7 précise que les violences touchent « Tout le monde ! Ça peut toucher tout le monde ».

H10 parle de son vécu et d'un « Un chef comédien qui avait violé la secrétaire par exemple. » dans son milieu professionnel.

- La violence dans le cadre conjugal :

Les violences intra conjugales sont vues comme étant tout à fait possibles :

« B : Est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir des violences sexuelles dans un couple par exemple ? Entre un mari et une femme ? »

H4 : Euh oui c'est possible, c'est comme je vous disais tout à l'heure, si on force c'est des violences. »

Un des participants dit avoir lui-même été victime de violences conjugales :

« H10 : [...] Ma copine elle m'a menacé avec un couteau une fois... »

- L'impact de la pornographie :

Celle-ci est vue comme pouvant être vectrice d'une représentation violente de la sexualité :

« H6 : Faut faire attention, parce que taper, etc... dans un couple à la maison, on peut faire du sexe, mais il faut faire attention à pas reproduire les violences qu'on voit dans les vidéos pornos. C'est deux choses différentes »

« H8 : ...Parfois pour rigoler, on a essayé de faire 50 Nuances de Grey, on a recopié avec ma femme, mais plus pour rigoler, ce genre de choses. Mais des vraies violences, non »

H12 aurait aimé être mieux informé sur la pornographie dans sa jeunesse, et précise y avoir été exposé avec peu d'informations :

« H12 : [...] par exemple avant quand j'étais jeune on regardait du porno, on discutait de ça, on se disait que c'était pareil, qu'il fallait faire pareil, mais en vrai c'est pas ça ! Le porno c'est violent, on pourrait penser que c'est normal mais non. On n'a pas eu assez d'informations là-dessus »

- Les violences sexuelles et la communauté sourde :

Des participants évoquent une plus grande vulnérabilité des sourds aux violences sexuelles :

« H9 : Je trouve qu'il y a du tabou. Il y a un côté un peu « personne faible », et ça peut arriver souvent. Et voilà les personnes faibles, il peut y avoir de la violence sur ces personnes. Mais les personnes sourdes des fois c'est compliqué, parce qu'elles ne sont pas en train de parler, de s'exprimer, elles n'ont pas les mêmes moyens... ça peut arriver. »

### III) Recours :

En fonction des capacités de communication et de compréhension, et des accès à l'information disponibles, différents savoirs et conceptions de la santé sexuelle ont été acquis. Tout ceci joue en partie l'accès au soin, et également sur le besoin perçu (ou non) de recevoir plus d'informations sur la santé sexuelle.

#### a) Accès au soin :

- Quand consulter :

Le recours à une consultation médicale intervient à des stades différents selon les volontaires. Certains vont chercher à consulter immédiatement au moindre doute sur un problème possiblement lié à leur santé sexuelle : « H1 : Ah oui tout de suite si j'ai un problème j'irai voir un médecin. Si quelque chose est inhabituel. »

D'autres préféreront d'abord se renseigner de leur côté avant une éventuelle consultation : « H 12 : Je vais faire des recherches déjà, chercher des informations, et ensuite aller voir le médecin pour être sûr »

H9 mentionne également la possibilité de **se renseigner auprès de l'intermédiaire** de l'URASSM pour avoir un avis, avant de voir ou non le médecin :

« H9 : ...Avec Anne Sophie, qui est sourde. L'intermédiaire. Je peux la contacter assez facilement.

B : Ah oui donc d'abord tu demandes à l'intermédiaire, et si tu penses qu'il faut plus tu iras ensuite voir le médecin ?

H9 : Oui c'est ça. »

Lorsqu'il est demandé si une gêne à l'idée de parler de sexualité avec un médecin serait ressentie, les volontaires expriment tous leur **confiance dans le corps médical**, et la **nécessité d'être transparent avec le soignant pour rester en bonne santé** :

« B : D'accord. Et ça vous dérangerait de parler de sexualité à un médecin ?

H2 : Non c'est bien de pouvoir en parler, c'est important pour être en bonne santé. Si on ne dit pas, on voit être malade et avoir de plus en plus de problème. Il faut tout dire et on reste en bonne santé »

- Le médecin généraliste non-signant :

Plusieurs participants ont ou ont eu un médecin généraliste non signant comme médecin traitant. Divers aspects de la relation patient/soignant ressortent des entretiens :

- La barrière de la langue :

La barrière de la langue est le principal défaut cité par les patients.

Les difficultés de compréhension, et la simplification des explications données par le médecin en l'absence d'utilisation de la LSF peuvent induire une certaine inquiétude chez certains patients :

«H8 : Souvent mon médecin généraliste que je vois sans interprète il me dit « oh c'est pas grave ça va aller ! » Ça me rassure pas, alors qu'ici, pour tout ce qui est ordonnance, médecine générale je parle directement en LSF ça me rassure »

Pour permettre une forme de communication, un aidant de la famille peut faire office d'interprète, situation parfois vue de manière négative :

« H8 : Avant on avait un médecin en face de nous qui savait pas parler la langue des signes, il fallait une personne de notre famille, c'était compliqué à gérer ça, on va avoir une personne de sa famille comme interprète ! »

Le manque de secret médical et la non-transmission de certaines informations entre aidant faisant office d'interprète et patient peuvent en être les conséquences.

Cependant, tous les patients ayant un généraliste non signant ne décrivent pas forcément une expérience de non-communication :

« H1 : Il sait bien comment expliquer, il a l'habitude, il me regarde bien, il voit si j'ai bien compris, il va utiliser et me montrer des images sur internet. Il s'adapte vraiment à moi en fait. »

Comme H1 le dit, malgré l'absence d'utilisation de LSF, il a le sentiment de recevoir des explications adaptées et claires.

Les besoins en communication des hommes interrogés varient en fonction de leurs capacités de communication, le suivi par un médecin généraliste non signant semble dans certains cas convenir à certains patients sourds.

- Des soins « simples » :

Le médecin généraliste non signant sera plus souvent consulté en cas de pathologies perçues comme étant bénignes :

« H 12 : Par exemple si j'ai un rhume, mal à la gorge... L'URASSM c'est plus long pour avoir un rendez-vous, si j'ai un rhume c'est pas la peine, je vais voir le médecin entendant. »

Un accès plus facile aux consultations de généralistes non signant peut pousser à consulter auprès d'eux pour des soins « simples ».

- Des relations de confiance, longues :

L'ancienneté de la relation médecin/patient, et la confiance tissée au fil des années fait que certains patients continuent à voir leur médecin non signant, malgré les difficultés posées par l'absence d'utilisation de LSF par le médecin.

« B : Mais vous le voyez quand même, même s'il ne parle pas en LSF ?

H8 : Ben je le connais ce médecin, voilà, j'ai l'habitude, il connaît ma famille en plus, toute la famille ! Donc je vais voir ce médecin là on se connaît... »

« H1 : ... je le connais depuis tout petit. Depuis que je suis arrivé en France c'est le médecin que je vois. »

- L'URASSM, porte d'accès au soin :

- Pouvoir comprendre :

L'URASSM permet l'accès à des explications médicales plus détaillées et compréhensibles car délivrées dans la langue de vie des patients sourds :

« B : Et vous allez tout le temps voir le docteur ici ? Ou des fois vous voyez d'autres docteurs ?

H6 : Non non juste ici [URASSM]. Ici on communique en LSF et c'est beaucoup plus simple »

Une meilleure compréhension implique un meilleur soi, comme le dit H8 :

« H8 : Je sentais qu'il y avait des choses mises de côté quand j'allais voir mon médecin généraliste de ville. Parfois j'ai remarqué qu'avec la langue des signes à l'URASSM j'ai pu apprendre pas mal de choses en fait tout simplement, on a pu aller dans le détail, être soigné plus sérieusement, pour moi c'était plus clair ! Et c'est pour ça que je suis toujours venu ici après en fait. »

- La simplicité :

Du fait de la nécessité de recourir fréquemment à l'interprète pour certains soins, la complexité liée à l'organisation de rendez vous médicaux peut être majorée. Consulter directement à l'URASSM pallie ce problème : « H9 : Oui c'est l'URASSM, direct l'URASSM. Parce que en fait, le médecin c'est compliqué d'en prendre un avec l'interprète, parce qu'il faut s'organiser sur le rendez vous du médecin, plus voir si l'interprète est disponible... Alors qu'un médecin qui parle directement en langue des signes, tout est organisé, c'est prêt »

- La porte d'entrée vers d'autres spécialités :

L'URASSM est également vu comme une porte d'entrée vers des soins plus spécialisés. Certaines personnes pensent que les problématiques de santé sexuelle relèvent d'un avis spécialisé, et comptent sur l'URASSM pour leur permettre d'y accéder :

« B : Et vous aviez dit que vous aimeriez voir, si vous avez un problème avec la sexualité, un spécialiste de la santé sexuelle. Avec un interprète. Pourquoi ? Vous pensez que ce serait plus efficace pour parler de sexualité qu'avec un médecin de l'URASSM ? »

H8 : Oui, parce que le médecin là en santé sexuelle je sens que je serai différent, convaincu, qu'il pourra plus m'expliquer de choses en profondeur, en détail. »

Une plus simple organisation de la prise de rendez-vous, notamment par rapport à l'interprétariat, est avancée comme argument pour consulter préférentiellement à l'URASSM :

« H1 : Le médecin traitant lui il va me donner un RDV avec un spécialiste mais après ce sera à moi de me débrouiller après pour voir le spécialiste et tout... Donc voilà. »

- Des soins plus complexes :

En cas de suspicion de pathologie perçue comme étant complexe, l'URASSM est choisi en priorité.

« H12 : [...] Pour des choses plus complexes sur ma santé, je vais voir l'URASSM »

« H1 : Si moi je pense que j'ai attrapé le SIDA ? »

B : Oui

H1 : Je pense que j'aurais besoin de la LSF dans ce cas, et j'irai à l'URASSM, parce que c'est un cas grave. »

Cependant, malgré les avantages présentés par un suivi en URASSM, plusieurs individus mentionnent **des freins à ce suivi** :

Un défaut fréquemment mentionné de l'URASSM est le **délai de rendez-vous** et le **manque de médecins disponibles** :

« H8 : ...Mais là je sens que... Ici il y a deux médecins en langue des signes, et il en faudrait plus en fait. Il y a beaucoup de sourds qui viennent [...] C'est bien hein, mais c'est pas assez. »

« H12 : L'URASSM c'est plus long pour avoir un rendez-vous, si j'ai un rhume c'est pas la peine, je vais voir le médecin entendant. »

D'autres obstacles propres à chacun peuvent exister. H13 préfère être soigné par son médecin généraliste non signant, car **l'URASSM lui renvoie une image de la surdité-handicap qui ne lui convient pas** :

« B : Et le médecin avec qui vous iriez consulter, ce serait votre médecin généraliste entendant, ou bien un médecin qui sait signer, à l'URASSM par exemple ou même dans une autre unité ? »

H 13 : Le médecin généraliste entendant. Parce qu'en fait, à Dijon, il y a médecin qui sait signer mais... La salle d'attente avec les sourds, euh, le médecin que j'ai pu voir là-bas, la communication avec cette personne en langue des signes... Je sens que le docteur me voit comme un autre sourd. Et... c'est pas ça, c'est pas exactement ça, ça ne va pas, l'image que je renvoie en tant que sourd, qu'handicapé ça non, ça ne me plaît pas, c'est pas cette image que je veux renvoyer. »

H 13 mentionne également un **manque perçu de confidentialité**, car il y aurait selon lui une tendance à échanger facilement entre patients sourds dans la salle d'attente, en particulier sur les raisons amenant à consulter :

« H 13 : Parce que les sourds euh... souvent... « Eh t'es qui toi ? Tu viens d'où ? Tu fais quoi ? » je suis pas à l'aise. Dans une salle d'attente, on attend son rendez-vous, on va voir le docteur, c'est tout. Mais les sourds je sais pas... Le secret, etc, souvent tout le monde se parle, se donne les informations de tout le monde. »

La communauté sourde étant relativement petite, et beaucoup de membres se connaissant entre eux, la crainte de rumeurs ou d'échange d'information privées est peut-être plus présente qu'ailleurs.

- Les autres lieux de la prise en charge de la santé sexuelle :

Dans l'ensemble des participants, seul H1 mentionne l'ancien planning familial comme aide possible, mais précise ne le connaître que de nom et ne pas avoir d'informations précises sur son fonctionnement ou son but. Les autres participants ne semblent pas connaître le planning familial.

« B : Vous avez déjà entendu parler du planning familial ?

H4 : Planning familial ? Je connais pas. »

Le souhait de consulter un service de santé sexuelle en cas de besoin a été exprimé par deux patients (H8 et H11). H11 a précisé avoir déjà été suivi dans un service de santé sexuelle, et H8 l'envisage uniquement en cas de besoin, supposant qu'une prise en charge spécialisées serait nécessaire en cas de problématique en lien avec la sexualité.

Le CeGIDD (Centre gratuit d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections par VIH, hépatites virales et infections sexuellement transmissibles) ne semble être connu d'aucun patient de l'étude.

« B : Et le CEGIDD ?

H4 : Ça ne me dit rien non plus. »

- La consultation de santé sexuelle idéale :

Lors des entretiens, on a cherché à relever différents points pouvant faciliter ou compliquer une consultation dédiée à la santé sexuelle chez les hommes interrogés.

- L'interprète, une personne de confiance :

**L'interprète est vu comme une personne de confiance, respectant le secret professionnel.** Aucun participant n'a exprimé de doute en ce regard.

Les interprètes sont souvent des personnes ayant une part active dans la communauté sourde, participants à des événements, des initiatives associatives sourdes :

« H3 : ... Je suis de l'âge de l'interprète. Je le connais l'interprète. Il était éducateur à la Malgrange avant, il a travaillé à l'URAPEDA, et maintenant il est ici. On est vieux. Je le connais, il m'a déjà accompagné, pour les lunettes et d'autres choses. C'est un bon interprète. »

Cependant, lors d'une consultation où la sexualité est abordée, cette relation de confiance peut être à double tranchant. **Des individus ont exprimé une gêne à l'idée de parler de santé sexuelle devant un interprète qu'ils connaissent :**

« H1 : Je n'ai pas de relation professionnelle avec les interprètes de Nancy, ça ne me dérangerait pas. Ma femme ce serait peut-être difficile... Elle travaille comme éducatrice sur Nancy, ce serait difficile de croiser des interprètes qu'elle a croisé dans d'autres cas. Moi ce n'est pas mon cas. »

« H9 : Eh bien, ça dépend de qui est l'interprète. Un interprète que je ne connais pas, voilà, c'est bien ça. Mais euh... ça peut être un peu embêtant que ce soit un interprète que je connais bien, qui vient à des événements de personnes sourdes, aux associations, tout d'un coup le voir dans un cadre de santé sexuel ça peut être gênant. »

Il peut donc y avoir une préférence pour un interprète non connu pour une consultation de ce type.

**D'autres n'expriment pas de gêne à l'idée de travailler avec un interprète déjà connu même dans un contexte de santé sexuelle :**

« B : D'accord, mais ça ne vous gênerait pas plus, en parlant de sexualité, que ce soit avec un interprète que vous connaissez déjà ?

H8 : Non non. Avec ma femme on a toujours le même interprète [...] qu'importe l'interprète il n'y a pas de problème »

« B : Ok, et est-ce que vous préféreriez que l'interprète soit quelqu'un que vous connaissez bien ? Ou un interprète que vous ne connaissez pas

H11 : les deux, ça ne me dérange pas. »

Plusieurs interrogés préfèrent cependant mener la consultation avec un interprète déjà connu :

« B : Et par exemple, si vous devez parler de ce sujet-là avec un interprète, vous préférez que ce soit un interprète que vous connaissez déjà d'avant ? ou quelqu'un que vous n'avez pas encore vu, un étranger ?

H7 : Un interprète connu »

H3 explique préférer avoir un interprète déjà connu, pour être certain d'avoir une bonne inter compréhension, car il utilise une LSF avec des signes parfois inconnus des nouveaux interprètes : « Moi je suis un peu âgé maintenant, j'ai des vieux signes. Des fois c'est un nouvel interprète qui ne connaît pas mes signes, je n'en veux pas. »

On note que sur l'ensemble des participants, 4 disent préférer avoir un interprète qu'ils connaissent déjà, 3 préfèrent un interprète « neutre », et le reste des participants dit ne

pas accorder d'importance au fait de connaître ou non l'interprète, tant qu'il y en a un. **La priorité pour tous est de comprendre les informations qui leur sont transmises.**

Un autre aspect abordé par certains des participants est celui du **sexe de l'interprète.**

Là encore, pas de règle précise, **les préférences varient en fonction des individus :**

« H11 : Pour la sexualité, je préférerais un homme. Une femme euh... ça dépend, ça dépend des femmes. Si je vois que c'est une femme interprète, je sens que ça ne va pas aller. »

« B : Et le fait que ce soit une médecin femme, ou une interprète femme, ça peut vous gêner ?

H 12 : oh ça je m'en fous ! »

**La nécessité d'être nu pour l'examen clinique peut cependant changer la donne :**

« H 13 : Oh non ! Je suis à l'aise, homme femme je m'en fous. Bon, sauf si je suis à poil, là c'est pas la même chose. »

- Une consultation en tête à tête :

L'ensemble des volontaires exprime soit ne pas avoir de préférence entre une consultation menée avec l'aide d'un interprète ou une consultation menée par un médecin signant seul, soit préférer une consultation menée avec un médecin signant seul. :

« H9 : Oui. Je préfère vraiment avoir un médecin qui a les capacités de parler en langue des signes. Après je trouve qu'avec un interprète, on perd un peu d'informations, et sans interprète là c'est pire. »

« H4 : C'est pareil, les deux me vont. A la limite je préfère aller voir le médecin tout seul quand même, parce que c'est plus confidentiel.

B : Mais c'est pas un argument majeur pour vous ?

H4 : Non. En fait ce que je préfère c'est bien comprendre les choses, donc si il faut avoir un interprète pour ça je préfère ça.»

La compréhension et la communication sont à nouveau prioritaires, et même si une consultation avec un médecin seul serait préférée, certains s'en accommodent par nécessité.

- Intermédiaire :

Si H9 a expliqué pouvoir avoir recours à l'intermédiaire pour avoir une information en amont d'une éventuelle consultation, le sujet de la présence de l'intermédiaire au cours de la consultation a peu été abordé.

H12 dit que la présence de l'intermédiaire, dont le rôle est de reformuler et d'adapter l'information, peut modifier partiellement l'information apportée.

« H 12 : L'interprète est neutre, dit directement au médecin ce que je dis, et inversement. L'intermédiaire va retraduire, re changer, réadapter, et puis rajouter des choses. Il n'y a pas de neutralité »

H12 exprime une gêne quant à l'éventuelle présence d'une intermédiaire lors d'une consultation. Il se pose également la question de la neutralité de la personne, étant donné qu'elle fait partie de la communauté sourde :

« B : parce que vous avez l'impression que c'est moins « privé », vu que l'intermédiaire fait partie de la communauté sourde ?

H 12 : Oui voilà exactement »

Chez certains individus, la présence de l'intermédiaire pourrait donc potentiellement entraîner une gêne.

- D'autres accès aux soins plus difficiles :

Au cours des entretiens, d'autres accès au soin pouvant être liés à la santé sexuelle ont été évoqués.

- La santé mentale :

H9 parle du difficile accès à une prise en charge psychologique adaptée aux sourds, en LSF, sans interprète :

« H9 : ... Ce qui peut arriver aussi que, contrairement aux entendants, les sourds n'aient pas accès directement au psychologue qui parle en langue des signes. Donc on vient à l'URASSM pour notre santé en général, et on n'a pas accès à un psychologue qui communique directement en Langue des signes »

- La PMA :

H8 évoque les difficultés liées à son parcours de procréation médicalement assistée, et notamment les problèmes d'incompréhension du fait de l'absence d'interprète.

H8 : « [...]Il fallait qu'on fasse une insémination, je devais mettre mon sperme dans un bocal. On m'a donné une sorte de bouquin. Mais à l'époque il n'y avait pas d'interprète, de médecin qui signe. Un ami m'a dit qu'il y aurait une télé, une autre personne a dit qu'il y avait une personne nue qui se mettait devant nous pour nous aider, plein de choses comme ça, mais voilà... Sans interprète c'était compliqué »

Il est à noter que ce parcours PMA a été réalisé au début des années 2000, à une époque où l'accès aux interprètes LSF était plus restreint, notamment dans le contexte des soins.

a) Vouloir ou non s'informer :

	Niveau connaissances auto-estimé		Souhait d'informations complémentaires	
	Suffisant	Insuffisant	Oui	Non
H1	X		X	
H2	X			X
H3		X		X
H4	X			X
H5		X		X
H6	X			X
H7	X			X
H8		X	X	
H9		X	X	
H10		X	NP	NP
H11		X	X	
H12		X	X	
H13	X			X

- Niveau de connaissances auto estimé insuffisant, sans souhait d'informations complémentaires :

On constate que la majorité des participants estime avoir un niveau de connaissances en santé sexuelle insuffisant (7 sur 13). Parmi ces 7 personnes, H3 et H5 ne souhaitent pas

avoir d'informations complémentaires, malgré ce manque d'informations estimé subjectivement.

H3 n'a jamais eu de relations sexuelles et estime qu'avoir plus de renseignements sur le sujet n'est pas nécessaire pour lui :

« H3 : Non non... Je ne connais rien sur le sujet.

B : Et vous aimeriez avoir plus d'informations sur le sujet ?

H3 : Non, ce n'est pas la peine. »

H5 estime qu'il aurait pu bénéficier de plus d'informations s'il était plus jeune ou célibataire, mais étant désormais marié, il n'en a plus besoin :

« H5 : [...] Là maintenant c'est bon, j'ai ma femme, je suis bien, j'ai ce qu'il me faut. »

- Niveau d'information auto estimé suffisant, ne souhaitant pas d'informations complémentaires :

Parmi les 5 personnes estimant avoir un niveau d'informations suffisant, et ne souhaitant pas d'informations complémentaires, on retrouve des profils divers.

H2, H4 et H6 présentent visiblement un manque de connaissances sur certains aspects de la santé sexuelle (notamment sur les différentes IST et leur transmission), mais estiment quand même leur niveau de connaissances comme étant suffisant.

H2 et H4 avancent le fait **d'être en couple, adultes, ou pères, comme diminuant leur besoin d'informations complémentaires** :

« H2 : Quand on est jeune, quand on a 18/20 ans, on nous explique les choses. Moi je vais avoir 40 ans... Je suis vieux, je sais. Ceux qui n'ont pas eu d'enfants c'est important de leur expliquer, moi j'ai déjà eu deux enfants, c'est bon pour moi. »

« H4 : Actuellement moi je n'ai pas besoin d'informations, mais je sais pas, si j'étais célibataire, si j'avais envie, je pense que je pourrais aller demander des informations. »

**Le fait d'être en couple sans relation extra conjugale** est peut-être perçu comme limitant le risque de s'exposer à des dangers (comme les IST), et donc d'avoir besoin d'informations complémentaires pour se protéger.

« H2 : Oui si les personnes couchent à droite à gauche elles peuvent attraper ça, mais moi je suis fidèle avec ma femme, donc ce n'est pas mon cas. »

H7 est infirmier, et semble effectivement avoir de bonnes connaissances en santé sexuelle.

H13 a travaillé dans la prévention contre le SIDA chez les sourds, et a gardé certaines connaissances de cette expérience.

H13 dit également ne pas avoir de conduites sexuelles à risque, et **l'absence perçue de danger fait qu'il n'envisage pas de s'informer plus** :

« H13 : si faisais la fête, que je buvais etc et que je faisais l'amour à plusieurs personnes là en vrai je me dirais « Peut être que je suis malade », j'aurais peur, mais bon vu que je faisais attention tout se passe bien. »

Cependant, en cas de nouvelle menace perçue (par exemple, nouvelle épidémie venant à sa connaissance, ou impression d'avoir un problème en lien avec santé sexuelle), H13 changerait sa posture et serait demandeur d'informations :

« H 13 : Oh... pfff... en vrai euh, ça dépend, la sexualité etc. ça dépend si j'ai un problème ou si j'entends des choses, s'il y a des maladies qui se répandent etc. »

Parmi les personnes étant autour de la quarantaine et ne souhaitant pas plus d'informations complémentaires à ce jour, **on retrouve un regret de ne pas avoir plus d'informations dans leur jeunesse, au moment où ça leur aurait été « utile »** :

« B : Et si c'était à refaire ? Si vous étiez de nouveau jeune, au collège, vous auriez aimé avoir plus d'informations sur la sexualité, quand vous étiez plus jeune ?

H5 : Ah là oui ! Bien sûr ! Là oui ! »

- Souhait d'informations complémentaires :

5 participants souhaitent avoir des informations complémentaires. Un format régulièrement évoqué est **la conférence** :

« H1 : Et vous ferez des conférences ? Par ce que je pense que beaucoup de sourds seraient intéressés par des conférences comme celles que j'ai eu, où on vient leur expliquer. Moi je serais intéressé. Ce serait bien pour la communauté Sourde. »

« B : Et c'est quelque chose que vous souhaiteriez plus avoir ? Ce genre de conférences ?

H 12 : Oui oui, je serais intéressé »

**Ces conférences devraient être réalisées pour la communauté sourde, avec des intervenants communiquant directement en LSF ou bien en étant aidés d'interprètes LSF :**

« H9 : ...Une conférence ce serait intéressant ! Un débat, voilà, avec de l'échange, ce serait intéressant, riche [...] il faut un interprète ou mieux une personne qui signe directement ! »

« H8 : ...Mais il y en a qui sont intéressés. Par exemple, des conférences, où ça parle de violence, de couple, de maltraitance... Ça serait intéressant de voir ça, parce qu'à la télé, en sous titrage, on n'a pas toute l'information. »

Des conférences sur divers sujets de santé existent déjà dans le milieu sourd :

« H8 : Oui ! J'ai déjà eu des conférences moi, avec mon association. Une conférence sur le cancer. La prochaine c'est une conférence sur les pompiers, avec le 114. »

Ce format de conférence sur la santé pourrait même intéresser des individus ne souhaitant pas d'informations complémentaires sur la santé sexuelle, comme H5, qui aimerait une meilleure information sur les cancers :

« H5 : Par exemple, sur le cancer, là je serais intéressé, curieux de savoir s'il y a des informations sur le cancer, ce genre de choses. On ne sait jamais ce qui peut arriver dans une famille. J'aimerais avoir ce genre d'informations là, oui »

**Une consultation de prévention sur proposition du médecin pourrait également intéresser certaines personnes :**

« B : [...] prendre rendez-vous pour parler de santé sexuelle, ça vous intéresserait ? Ou pas forcément ?

H8 : Oui c'est possible, si on me propose oui. »

## DISCUSSION :

### l) Forces et limites de l'étude :

#### a) Forces de l'étude :

- Des entretiens menés en LSF :

Les entretiens ont été menés en LSF avec l'assistance d'interprètes diplômés. Le fait d'échanger directement en LSF réduit les problèmes de compréhension chez les volontaires sourds. Dans la littérature on retrouve plusieurs études réalisées chez des personnes sourdes et malentendantes avec l'aide de questionnaire remis en français écrit, ce qui au vu du fort taux d'illettrisme de cette population, peut entraîner des biais de compréhension. Dans le BSSM [25], le questionnaire en ligne était adapté aux Sourds en proposant des vidéos en LSF pour chaque question. Cependant, en cas de mauvaise compréhension de la question, il était impossible aux interrogés de demander une reformulation. De plus, répondre en français écrit était parfois compliqué pour certains interrogés. Dans notre étude, consistant en des entretiens face à face, il y a une possibilité pour les deux parties (interrogateur ou interrogé) de reformuler ou de préciser les choses en cas d'incompréhension.

- Un sujet peu exploré

Les connaissances en santé sexuelles des hommes Sourds est un sujet peu exploré dans la littérature. Une étude qualitative sous forme d'entretiens semi dirigés est un bon moyen de débiter l'exploration de ce pan peu connu de la santé des Sourds.

- Une étude réalisée sur la population Sourde :

Dans la littérature, plusieurs travaux ont été réalisés sur des populations sourdes et malentendantes (comme par exemple le Baromètre Santé Sourds et Malentendants [25]), mais peu l'ont été faits précisément sur la population sourde comme définie lors de notre étude, à savoir : **des personnes qui présentent un déficit auditif important ou total, dès la naissance (surdité congénitale), ou lors du développement de l'enfant à un stade pré lingual (avant apparition du langage) ou péri-lingual (pendant l'acquisition du langage).**

#### a) Limites de l'étude :

- La population étudiée :

La population est constituée d'homme sourds volontaires suivis à l'URASSM de Nancy. Il existe donc peut être un biais sur leur perception des qualités et inconvénients d'un suivi en URASSM en comparaison d'un suivi par un médecin généraliste classique hors service hospitalier. Les patients étant volontaires, il est possible que certains d'entre eux soient plus informés sur la santé sexuelle que la population générale sourde masculine.

L'orientation sexuelle des participants n'est pas connue, ce qui peut peut-être conditionner leurs connaissances sur la contraception, un homme exclusivement homosexuel étant peut-être moins informé sur la contraception féminine s'il n'a jamais eu de partenaire femme. Avoir la connaissance de l'orientation sexuelle des participants aurait peut-être permis de dégager des tendances différentes dans les propos exprimés par les personnes interrogées.

- Une étude uni centrée :

L'étude avait initialement été prévue comme une étude multi centrée sur deux sites : l'URASSM de Nancy et l'UASS de Lyon. Cependant, par manque de financement, l'étude n'a pas pu être menée à Lyon. Il s'agit donc finalement d'une étude unicentrique, et un éventuel biais d'analyse peut être présent sur l'étude d'une population recrutée uniquement dans un seul centre. La plupart des patients disent vivre Nancy ou sa périphérie, donc dans un milieu urbain

- Biais sur l'analyse des données et la méthode :

- Recueil des données :

Les entretiens semi dirigés ont été menés par la même personne qui a analysé les données. Les entretiens ont été réalisés avec une traduction directe en langue des signes française grâce à l'aide d'interprètes professionnels diplômés. De ce fait, cela reste, malgré la qualité du travail des interprètes, une traduction de la LSF vers le Français, et une perte de données ou de nuances dans le discours des volontaires est possible.

Pour des raisons techniques et financières, les entretiens n'ont pas été filmés, seules les voix ont été enregistrées. De ce fait, les données non verbales n'ont pas été conservées, données dont l'analyse auraient pu donner plus de nuances et de sens à certains discours.

Il aurait été intéressant de revoir certains entretiens afin de saisir le sens précis de certaines portions d'entretiens. Par exemple, la manière de signer « fausse couche » et de signer « IVG » peuvent être différentes en LSF, et revoir les entretiens aurait peut-être pu permettre de clarifier ce que voulaient exactement dire certains volontaires.

De plus, les entretiens ont été réalisés à l'aide d'interprètes travaillant régulièrement avec l'URASSM de Nancy. De ce fait, certains des volontaires interrogés connaissaient les interprètes participants aux entretiens. Il est à noter que les interprètes participant au projet sont des interprètes professionnels diplômés, respectant un code déontologique mettant l'accent sur la fidélité, la neutralité, et le secret professionnel [57]. Cependant,

étant donné le petit nombre d'interprètes disponible sur le territoire et le fait qu'ils interviennent pour des traductions dans différents domaines de la vie des personnes sourdes, toutes les personnes interrogées ont déjà eu affaire aux interprètes présents. Il se peut que certains volontaires se soient sentis gênés à l'idée d'aborder des sujets en lien avec la sexualité, ou de dévoiler certaines informations personnelles en lien avec leur santé sexuelle ou leur expérience de vie.

- Analyse des données :

Le codage des données et leur analyse ont été réalisés par une seule et même personne, ce qui entraîne un manque d'objectivité. Il y a un défaut de triangulation des données recueillies. Je suis en effet le seul interne travaillant sur cette thèse.

Enfin, il s'agit du premier travail qualitatif de l'interne menant l'étude, qui manque donc d'expérience dans la manière de mener des entretiens semi dirigés.

## II) Les résultats :

### a) Accès à l'information :

- **Capacités de compréhension et de communication :**

On constate que **la capacité à communiquer à l'oral ou la compréhension de l'écrit semble varier avec le niveau d'études et le niveau socio-économique des personnes interrogées.**

L'accès aux sources d'informations (internet, livres, entourage entendant, médecin non signant, etc...) est plus difficile pour les personnes ayant un niveau d'études faible. Cela peut rendre l'acquisition de savoirs, notamment dans le domaine de la santé sexuelle, plus compliquée.

Un plus haut niveau d'études déclaré par les volontaires semble corrélé à de meilleures capacités d'oralisation et de labialisation déclarées par ces mêmes personnes, ce qui peut faciliter un échange avec une personne entendante non signante, par exemple lors d'une consultation avec un médecin non signant.

Cependant dans notre étude, les volontaires ayant ce profil socio-économique souhaitent quand même l'aide d'un interprète dans certains contextes jugés « complexes ».

En effet, un patient sourd, même avec un bon niveau d'oralisation et de lecture labiale, devra tout de même déployer des efforts de suppléance mentale lors d'un échange avec une personne entendante. [23]

Ces efforts seront majorés d'autant plus :

- Si le sujet de la conversation est peu connu de la personne sourde
- Si des termes complexes sont utilisés

- Si un stress ou une inquiétude sont ressentis
- Si des intervenants multiples sont présents

Ces conditions peuvent aisément être réunies lors d'une consultation de santé sexuelle.

**Sur le plan de l'utilisation de la LSF, on note, comme chez les entendants, une variabilité dans le vocabulaire utilisé et le niveau de maîtrise de la langue.**

H3 mentionne par exemple des difficultés de compréhension lors du contact avec des éducateurs et des interprètes plus jeunes que lui, et utilisant moins de « vieux » signes qu'à son habitude.

On retrouve un constat similaire dans l'étude de Marie Aubrion [40], où les participants sont « prudents quant à la réelle compréhension des informations envers un public sourd hétérogène » face à un discours compliqué, même traduit en LSF. Par un exemple, un discours politique. **Donc, de la même façon, un discours médical, même traduit en LSF, peut être difficile à comprendre.**

**Ainsi, qu'importe le niveau socio-éducatif ou les capacités de communication du patient sourd, l'utilisation d'une Langue des Signes Française adaptée au patient semble indispensable lors d'un échange direct visant à informer sur la santé sexuelle.** Par exemple, lors d'une consultation médicale, ou lors d'une conférence de prévention. L'utilisation d'une intermédiaire peut également être une piste pour les patients avec des difficultés particulières de compréhension (personne âgée utilisant des signes peu récents, déficience intellectuelle associée, déficience visuelle, sourd né à l'étranger arrivé en France récemment, etc...). Cela présente néanmoins certaines limites que nous aborderons plus tard.

Les sources écrites ou visuelles (internet, livres, autres médias) pourront avoir une efficacité variable, en fonction du profil de la personne cherchant à s'informer.

- **Principales sources d'information :**

La santé sexuelle semble rester un sujet relativement peu abordé et parfois tabou dans la communauté sourde.

Certaines sources d'informations semblent prendre une place de prime importance chez les personnes interrogées.

L'école :

**Elle semble être la source d'information principale en termes de santé sexuelle.** La majorité, mais pas l'ensemble des participants, ont eu une information en milieu scolaire. Elle a été délivrée de façon différente selon l'âge.

- Moins de 30 ans : l'information axée sur la contraception, la prévention des IST, et la biologie de la reproduction.

- Plus de 30 ans : Abord prioritaire de la biologie de la reproduction, et autres aspects de la sexualité moins abordés
- Cinquantenaires : Ont reçu peu ou aucune information dans le cadre scolaire.

**Globalement, l'information délivrée dans le cadre scolaire semble avoir été brève, épisodique, et ne semble pas avoir satisfait entièrement la plupart des interrogés en termes d'information apportée.**

Selon la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, une « information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène », et ces séances « contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain » (art. L312-16 du code de l'éducation).

Ces séances d'éducation sexuelle doivent concerner l'ensemble des élèves, du CP à la Terminale. Or, selon un rapport du Haut Conseil à l'Egalité [36], « l'application effective des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure encore parcellaire, inégale selon les territoires ». Plusieurs éléments ressortent de ce rapport :

- 25% des établissements scolaires n'ont mis en place aucune séance ou initiative d'éducation sexuelle, et ce malgré le caractère légal de cette obligation.
- Les professeurs sont très peu formés à l'éducation sexuelle
- Lorsque l'éducation à la sexualité est intégrée à des enseignements disciplinaires, elle est largement concentrée sur les sciences (reproduction).
- Les thématiques abordées sont majoritairement celles du VIH/Sida, de la contraception/IVG et du « respect ». En revanche, d'autres thématiques sont peu abordées comme les questions de « l'identité, des orientations et discriminations sexuelles », les « stéréotypes de sexe » et le sujet des « violences faites aux femmes ».

On note également que la plupart des instituts pour enfants/jeunes sourds sont des établissements médico-sociaux relevant du ministère de la santé [58], et ne sont donc pas soumis à la loi qui concerne les établissements de l'éducation nationale. Les séances d'éducation sexuelle n'y ont pas le même caractère obligatoire que dans le système scolaire classique.

**Il existe ainsi des lacunes dans l'éducation sexuelle fournie par l'éducation nationale auprès de la population générale, et donc également chez les personnes sourdes.**

On note cependant qu'en dehors des cours « classiques », **des conférences ont été organisées dans des instituts de jeunes sourds**, avec des intervenants extérieurs assistés d'interprètes LSF. Ces conférences, dont une petite partie des hommes interrogés ont pu bénéficier, semblent avoir été répétées en plusieurs occasions. Elles ont donné lieu à des échanges qui ont été jugés positivement par ceux qui y ont participé. Des aspects variés de la santé sexuelle y ont été abordés, de la prévention des IST aux

violences sexuelles, ce dernier sujet ne semblant pas avoir été traité dans le cursus scolaire classique chez aucun des participants.

**Ce format qui tient plus de l'échange que du cours magistral, et qui permet de prendre en compte la parole des jeunes sourds, correspond à ce qui est préconisé dans le rapport de l'HCE. [36].**

Les médias :

**Internet, les réseaux sociaux, et dans une moindre mesure la télé sont des sources d'information fréquemment citées par les participants. Ces outils peuvent être à double tranchant.**

**D'une part, Internet et les réseaux sociaux peuvent être le vecteur de mésinformation et de rumeurs infondées**, ce qui entraîne un sentiment de méfiance partagé entre les volontaires de notre étude et ceux de l'étude de Marie Aubrion [40]. Les difficultés liées aux français écrit chez certains des individus de notre étude entraînent aussi des problèmes de compréhension de certaines informations trouvées en ligne.

**D'autre part, ces mêmes médias proposent des solutions parfois plus adaptées aux Sourds** que certains moyens de prévention pensés pour les entendants.

Par exemple, **des médias Sourds comme pi-Sourd, Média-Pi, ou l'œil et la Main** [54] [55] [56] qui **délivrent directement une information en LSF**, sous forme de vidéos explicatives de dessins, de schémas plus aisément compréhensibles car se reposant moins sur des termes écrits complexes.

La pandémie de COVID-19 a été un tournant dans l'information délivrée aux Sourds. Les campagnes de prévention réalisées ont été plus adaptées aux Sourds que précédemment. Les vidéos à destination des Sourds comme celles créées par Média-Pi, ou les spots télévisés officiels gouvernementaux avec présence d'interprètes LSF et schémas, ont été très bien reçues par la population sourde [40].

On distingue néanmoins plusieurs cas de figure :

- Des discours de hauts responsables politiques diffusés en direct et traduits en simultanés par des interprètes LSF. Le débit de la LSF utilisé a parfois été jugé trop rapide, nécessitant plusieurs visionnages pour une compréhension entière des informations.
- Des vidéos et des spots TV utilisant une LSF d'un débit plus lent et plus compréhensible
- Les affiches de prévention.

Dans l'étude de Marie Aubrion [40], **les vidéos ont été « unanimement comprises par les participants et sans ambiguïté »**, contrairement aux discours traduits en direct, et aux affiches de prévention. **Les affiches, malgré une apparente compréhension de prime abord, entraînaient en fait des confusions inattendues chez les Sourds.** Par exemple, le terme « gestes barrières » était mal compris. Un dessin déconseillant de faire

la bise était parfois mal interprété, certains interrogés se posant la question de s'il s'agissait de « faire la bise » ou bien de s'embrasser sur la bouche qui était déconseillé.

Pour les affiches comme pour les spots, **les informations écrites, même celles employant un vocabulaire usuel, étaient fréquemment ignorées par les participants qui se concentraient sur l'aspect visuel.**

On remarque ainsi que de toutes les sources d'information « matérielles », les vidéos diffusées sur internet ou les spots TV adaptés semblent être le plus efficace, surtout comparativement à une information écrite (même « simple » en apparence). Créer des vidéos d'éducation et de prévention en santé sexuelle adaptées aux Sourds, et trouver des lieux de diffusion adaptés sur le modèle de ce qui a été fait pendant la campagne contre le COVID pourrait être une piste pour améliorer l'information.

Par exemple :

- « publicités » informatives entre deux vidéos sur YouTube.
- partage de vidéos sur des groupes Sourds sur Facebook ou Instagram.

De plus, les réseaux sociaux, qui par essence permettent des échanges entre personnes d'une même communauté, peuvent entraîner du débat sur certains sujets et les rendre plus visibles dans une communauté. Aborder la santé sexuelle, la rendre visible alors qu'elle semble actuellement être tabou, pourrait être une étape vers une meilleure information sur le sujet chez les Sourds.

L'associatif :

**Malgré la paucité d'offres locales associatives proposant des événements en lien avec la santé sexuelle, il est à noter que la majorité des personnes interrogées dans l'étude mentionnent avoir une participation active ou passée à une association sourde.** Plusieurs des enquêtés expriment un fort sentiment d'appartenance à la communauté sourde, comme H8 : « Je sais que le monde des sourds est un petit monde, peut être qu'un jour on va disparaître, je ne sais pas, mais voilà, pour moi la Langue des Signes c'est la langue des personnes sourdes ! C'est notre monde, c'est notre solidarité. » ou H5 : « [...] Moi je suis Sourd. C'est mon identité. »

**Ce sentiment d'appartenance, et cette forte participation associative pourraient être la base d'une meilleure stratégie d'information des personnes sourdes.** Cette stratégie ne serait pas sans précédent. Ce fut le cas par exemple de la branche « sourde » de l'association AIDES, qui a fait beaucoup pour améliorer la prévention du VIH, à un moment où le nombre de contaminations chez les Sourds augmentaient contrairement à la population générale.

Cependant, ce sentiment d'appartenance n'est pas partagé par toutes les personnes interrogées.

H11 par exemple, a évoqué son sentiment d'être dans « un entre deux » : ni membre à part entière de la communauté Sourde, ni intégré à celle des entendants. Il exprime sa difficulté à rencontrer des personnes, et un isolement affectif. Il a participé à une

association sourde par le passé, mais l'a quittée. Ce profil d'individu pourrait potentiellement être moins accessible à des campagnes de prévention effectuées par le biais d'associations sourdes.

**Comparons à présent l'accès aux sources d'informations de notre groupe de volontaires sourds, aux sources utilisées par la population générale.**

**On retrouve quelques similitudes.**

Dans l'étude de Cuvelier S.[44], qui traite des connaissances et de l'implication dans la contraception des hommes entendants, tout comme dans notre étude, la majorité des participants (environ 81% des moins 20 ans et 20-24 ans, 40,6% des plus de 45 ans) ont cité **l'école comme principale source de leur information initiale**. On remarque également que, tout comme dans notre enquête, les hommes de plus de 45 ans semblent avoir reçu moins d'informations en milieu scolaire que les hommes plus jeunes.

Seuls 18.5% des entendants de l'étude [44] ont cité un professionnel de santé comme étant une source d'informations sur la contraception, donc une minorité, tout comme les **hommes sourds de notre étude qui ont été peu nombreux à avoir été informés sur la santé sexuelle par un professionnel de santé.**

**On retrouve aussi des divergences.**

**Dans l'information initiale reçue :**

Dans l'étude de Cuvelier, 53% des participants entendants qui ont été informés dans le cadre familial, et 46% par des amis [44]. **Chez nos volontaires sourds, la famille et les amis semblent être minoritaires dans les sources d'informations sur la santé sexuelle. Le recours à l'entourage existe, mais plusieurs interrogés évoquent un tabou autour du sujet, et la crainte de propagation de rumeurs dans une communauté souvent décrite comme « petite, où tout le monde se connaît. »** On note cependant un recours fréquent au partenaire pour s'informer pour nos volontaires étant en couple.

**En cas de besoin d'avoir des informations complémentaires :**

On retrouve chez les entendants de l'étude [44] un recours à 52% à internet, 30% à un professionnel de santé, 25% à une pharmacie et 25% au planning familial.

**Là encore, on retrouve une divergence par rapport à notre population sourde masculine. :**

- Certains de nos volontaires utiliseraient internet pour s'informer en premier, mais ils sont peu nombreux dans notre étude.
- **Aucun volontaire ne mentionne la pharmacie, le planning familial, ou d'autres lieux de dépistage (comme le CeGIDD) pour s'informer.**
- **La majorité de nos volontaires envisage de voir le médecin en priorité en cas de problématique de santé sexuelle, devant toute autre source d'information.**

Ainsi, l'échantillon d'homme sourds interrogé présente des spécificités dans l'accès initial aux connaissances, et dans les solutions en cas de besoin d'informations supplémentaires.

## b) Les connaissances :

- **Les IST**

### Les IST connues :

Sur le plan des IST, **il semble y avoir chez nos enquêtés des connaissances plus limitées par rapport à la population masculine générale**. Notre petite étude qualitative réalisée sur un petit échantillon d'individus ne permet pas de comparer les résultats à la population générale entendante masculine ou d'extrapoler les résultats à la population masculine sourde, mais des comparaisons avec d'autres études de plus grande échelle peuvent donner certaines pistes de réflexion.

Dans l'étude de E. Cressant [37] sur un échantillon de jeunes Normands de 18 à 30 ans, on note que 86% des hommes interrogés connaissent le VIH/SIDA, 48% la Syphilis, 45% l'Herpès, 40% les Hépatites, 20% le Chlamydia, 11% le gonocoque.

Pour exemple d'une étude à plus grande échelle, une enquête téléphonique auprès de 5540 hommes en population générale sur l'ensemble du territoire, réalisée en 2006, montre que 63% des hommes interrogés connaissent l'infection Chlamydia. [38]

En comparaison, dans notre étude, le **SIDA était cité par l'ensemble des participants, mais très peu d'autres IST ont été citées.**

**La prépondérance du VIH/SIDA**, souvent perçu comme une maladie « grave », peut avoir un « effet masque » sur les autres IST qui sont perçues comme moins dangereuses et donc créer moins d'intérêt. Ce phénomène peut également être retrouvé en population entendante, comme le montre l'étude de Devez Alice sur les représentations des infections sexuellement transmissibles chez les patients consultant en médecine générale [45].

On note cependant qu'un des interrogés, H6, ne semble pas voir le VIH/SIDA comme une maladie « grave », et pose la question de l'existence d'un éventuel traitement curatif, demandant si il faut « l'enlever, le soigner », et si « c'est possible ». D'autres sourds partagent peut être ces croyances sur le VIH/SIDA ?

La majorité des participants (10 sur 13) savent que des IST autres que le SIDA existent, mais la plupart ne parviennent à en citer aucune autre.

Seuls H7 et H1 évoquent le Chlamydia, H1 disant seulement que ce terme lui « dit vaguement quelque chose » après qu'il lui a été cité. H7 quant à lui est infirmier et connaît de nombreuses autres IST.

Hors H7, seul H2 mentionne l'hépatite B (il en est atteint), H5 le HPV (suite à la vaccination de sa fille, mais il n'en connaît pas le mode de transmission).

On note également que le terme « VIH » est très peu connu des participants. Il peut même y avoir confusion entre VIH et SIDA : H12 par exemple pense qu'il s'agit de deux pathologies différentes, avec des modes de transmission proches mais différents.

Il semble y avoir une méconnaissance sur l'existence des IST autres que le VIH/SIDA et sur leur mode de transmission, et également des méconnaissances sur le VIH/SIDA lui-même.

Cela peut être en partie dû à un manque de vocabulaire dans la Langue des Signes Française pour désigner certaines IST. Par exemple, le signe pour « Hépatites » est le même que pour « Foie » [59], seule change la labialisation faite en même temps que le signe. De même, il ne semble pas exister de signe LSF pour « Gonocoque » ou « Chlamydia ». Il est difficile d'acquérir des connaissances lorsque les termes sensés désigner ce qui doit être appris sont quasi inexistantes. Ce manque de vocabulaire peut peut-être être attribué aux restrictions imposées à l'utilisation de la LSF en France depuis le congrès de Milan, qui ont poussé les Sourds à pratiquer leur langue en secret et en étant bridés.

#### Transmission et Protection :

**Malgré le fait que le VIH soit l'IST la plus connue des interrogés, certains éléments incorrects ressortent du discours de quelques volontaires.**

Par exemple, deux individus de l'étude pensent **qu'une infection VIH/SIDA peut se développer entre deux personnes non infectées par le VIH** mais étant « incompatibles » (selon H12) ou suite à un rapport mal mené ou symptomatique avec par exemple des brûlures, frottements, suite à un acte sexuel trop brusque (selon H6).

H4 demande, à la fin de son entretien, si une IST peut apparaître dans un couple sans relation extra conjugale.

On retrouve ainsi des connaissances erronées chez des personnes avec des profils très différents :

- H6 a des difficultés de compréhension du français écrit et un niveau socio économique faible, limitant son accès à l'information.
- H12 a un niveau relativement bon d'accès à l'information (bon niveau de lecture, niveau d'études bac+2, utilisation fréquente et aisée d'internet, participation à conférence en lien avec santé sexuelle).

**On peut supposer qu'il y a eu, du fait de difficultés de compréhension, une information (A) mal assimilée qui donne lieu à une interprétation erronée des faits (B) :**

H6 en évoquant des « rapports qui brûlent » vecteurs du SIDA, a pu recevoir une information A juste « Les IST, dont certaines peuvent donner des brûlures mictionnelles ou un prurit comme le gonocoque, favorisent la transmission du VIH », et en faire une

interprétation erronée B : « si un rapport « brûle », on peut tomber malade et avoir le SIDA ».

H12 a peut-être pu avoir l'information A « Il faut être dépisté pour voir s'il n'y a pas d'IST/ d'infection VIH asymptomatique avant tout rapport non protégé », et en faire l'interprétation erronée B : « Si deux personnes présentent une incompatibilité sanguine et qu'ils ont un rapport non protégé avant dépistage, ils peuvent développer le SIDA, et ce sans être infecté l'un comme l'autre par le VIH initialement. »

Il aurait été intéressant de savoir comment l'information a initialement été présentée à H6 et H12 (document écrit ? Information donnée en LSF ? En français oral ? A une seule reprise ou à plusieurs occasions ?) afin de comprendre si certains vecteurs d'information sont plus confusogènes que d'autres dans les populations sourdes.

**Les modes de transmission du VIH** cités par la plupart des participants sont le rapport sexuel et le sang contaminé, **mais des incertitudes, une hésitation sont régulièrement présentes dans les réponses** : « H1 : En ayant une relation ? C'est quelque chose qui peut donner le SIDA ? Honnêtement c'est à peu près ça mais après je ne sais pas. »

Certaines craintes liées à une transmission par le toucher ou la salive existent toujours chez quelques volontaires « H13 : Par le sang c'est possible de le transmettre, par exemple par la salive si deux personnes s'embrassent avec la langue »

On note dans cet exemple que H13 a effectué un travail associatif dans la prévention du VIH chez les Sourds, a un niveau auto estimé de compréhension du français écrit bon, et a eu accès à des études supérieures, ce qui ne l'empêche pas d'avoir des informations erronées sur la transmission du VIH. Le manque d'information peut toucher toutes les catégories socio professionnelles.

**Pour les autres IST**, les modes de transmission sont également peu connus « H1 : ...Je sais que le SIDA on peut l'attraper par le sang. Après les Chlamydia je ne sais plus exactement ». Leurs conséquences également. On pouvait s'y attendre, étant donné que la majorité des participants connaissent peu les IST hors VIH/SIDA. On peut toujours attribuer cela à « l'effet masque » évoqué par le Dr Devez [45] et mentionné précédemment.

**Les moyens de protections** contre les infections sexuellement transmissibles avancés par les participants sont présentés par la majorité des participants comme étant le **préservatif, le dépistage, et l'évitement des comportements à risque** (en particulier le **multipartenariat et les relations extra conjugales**).

Pour le dépistage, même s'il est connu de plusieurs interrogés (et souvent évoqué dans le contexte de la prévention d'une infection VIH par les participants), on note que H1 semble avoir fait un dépistage IST seulement après s'être engagé dans une relation vue comme « sérieuse » avec sa compagne, et ce malgré des antécédents d'IST chez lui et sa compagne. Il a également un doute sur le fait d'avoir potentiellement pu transmettre ces IST à sa compagne actuelle. On peut supposer, devant ce doute sur le fait d'avoir transmis

une IST, qu'il peut y avoir un manque de connaissances sur la transmissibilité d'IST, la notion de rapport à risque, ou le caractère asymptomatique de certaines IST.

Les participants mentionnant le dépistage disent qu'il faut aller voir le « docteur », le « médecin » pour faire un bilan sanguin, mais aucun autre lieu du dépistage n'est mentionné. **Le CeGGID n'est connu d'aucune des personnes interrogées, de même que le planning familial. Le médecin généraliste ou une prise en charge hospitalière semblent être les seuls recours envisagés par les volontaires pour un dépistage des IST. La possibilité de faire un dépistage de certaines IST en laboratoire, sans ordonnance et sans avances de frais, n'est évoquée par aucun volontaire.**

Pour ce qui est des méthodes de protection lors du rapport sexuel, on rapporte également chez certains une apparente hésitation sur la capacité de la pilule à protéger ou non contre certaines IST :

« B : ok, et la pilule, pareil, vous pensez que ça peut protéger contre les infections ou pas ?

H8 : Euh... Je crois que non ? Je crois pas.

B : Je parle des infections comme par exemple le SIDA.

H8 : Ah je ne sais pas ça... »

Est-ce une simple hésitation liée au contexte de l'entretien, et à l'abord parfois déroutant de la santé sexuelle avec un interrogateur inconnu ? Ou bien le marqueur de doutes plus profonds ?

### Des représentations des infections sexuellement transmissibles : dangerosité, culpabilité

**Plusieurs participants associent les infections sexuellement transmissibles à un comportement « fautif », voire à des individus vus péjorativement sur le plan social :** « gens qui ne se lavent pas le pénis », « étrangers qui viennent ici et ramènent leurs maladies », « personnes qui mendient », « femme sale qui couche avec tout le monde et donne le SIDA ».

On peut retrouver une attitude défensive, fermée sur le sujet par exemple chez H2, qui dit avoir été contaminé par le VHB mais sans savoir comment, et tiens aussi un discours associant IST et rapports sexuels débridés : « Oui, mais je sais pas comment je l'ai eu l'hépatite B moi [...] Oui si les personnes couchent à droite à gauche elles peuvent attraper ça, mais moi je suis fidèle avec ma femme, donc ce n'est pas mon cas. »

Ces représentations péjoratives des malades renforcent encore le tabou autour des IST, et mettent de la distance entre les individus non malades et donc non coupables, et les malades « coupables » qui peuvent se sentir ostracisés, jugés. Dans une étude réalisée en Belgique chez des étudiants entendants, traitant des représentations sociales des IST et de leur lien avec le dépistage, il est noté que **si les conséquences sociales d'un diagnostic positif sont jugées trop dures, alors les individus peuvent ne pas se dépister.** [46]

Dans la communauté sourde locale où beaucoup de sourds se connaissent entre eux, le retentissement social d'une IST peut être encore plus important qu'en population générale. **Faire une prévention non culpabilisante, en essayant de déconstruire les stéréotypes liés aux IST** semble être le meilleur moyen de contrer cet effet.

**La sous information globale sur les IST chez nos interrogés est un facteur de risque d'infection par ces maladies.** En particulier dans le contexte sanitaire actuel, où on voit une nette recrudescence de l'incidence des IST, en particulier Chlamydia, Gonocoque, et Syphilis, depuis le début des années 2000 [41].

En population générale, dans l'étude CSF de 2006 (dont les résultats sont traités dans l'étude [36]), des prélèvements ont été organisés de manière systématique chez plusieurs volontaires non symptomatiques non diagnostiqués comme porteurs d'IST au moment de l'étude. On a retrouvé lors de ces dépistages une prévalence 5 fois plus importante de l'infection Chlamydia que celle initialement estimée en population générale.

Dans l'enquête du Baromètre Santé Sourds et Malentendants [25], il est retrouvé une incidence plus importante des IST mais également un dépistage plus fréquent chez les sourds et malentendants. Qu'en est-il exactement de la population Sourde au sens défini par notre étude (surdité acquise à l'âge prélingual avec LSF en langue de vie principale) ? Y a-t-il, comme en population générale, une prévalence réelle encore plus importante des IST que la prévalence actuellement connue grâce aux différents dépistages ?

Au vu des résultats des entretiens réalisés pour cette thèse, et des données de la littérature, on peut esquisser certaines questions :

- Une information plus adaptée et plus exhaustive sur les IST chez les hommes Sourds semble nécessaire. Comment leur apporter de la meilleure manière ?
- Il semble exister une sous information et peut être un terrain à risque chez les hommes Sourds en regard des IST. Un dépistage systématique de populations à risques est régulièrement évoqué dans la littérature dans certains contextes. Y aurait-il un intérêt à le proposer chez les hommes Sourds ? Et si oui, pour quelles IST, à quelle fréquence ?

Nous aborderons ces points dans la partie « pistes pour mieux faire », en fin de discussion.

- **La contraception et les autres méthodes de régulation des naissances :**

Tableau extrait de [39], étude qualitative sur 12 hommes entendants :

Rubrique	CONNAISSANCES GENERALES ET INFORMATIONS DES METHODES DE REGULATION DES NAISSANCES														
Sous-rubriques	Méthodes connues						Sources d'informations					Satisfaction de l'information			
Thèmes	Hormonales	DIU*	Méthodes barrières	Méthodes naturelles	Sterilisation	IVG*	CO* d'urgence	Famille	Proches	Partenaires	Ecole/Etudes	Internet/Médias	Présente	Insuffisante	Incompréhension
Rémy	X	X	X		X			X	X	X	X		X		
Jérémy	X	X	X				X		X		X	X	X		
Mathieu	X	X	X	X	X			X			X		X		
Damien	X	X	X				X	X	X	X	X		X		
Tim	X	X	X		X	X	X	X		X	X		X		
Benjamin	X	X	X					X	X		X	X	X		X
David	X	X	X	X	X			X			X				X
Philippe	X	X	X	X					X	X		X	X		
Roberto	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		
Yanis	X		X		X				X	X	X		X		
Frédéric	X	X	X						X				X		
Pierre	X	X	X					X	X	X	X	X	X		

Tableau comparatif des différentes méthodes de régulation des naissances connues des volontaires de notre étude :

	Méthodes connues de régulation des naissances								
	Pilule	Implant	Stérilet (DIU)	Préservatif masculin	Préservatif féminin	CO d'urgence	Méthode naturelle	Stérilisation	IVG
H1	X	X	X	X	X		X	X	X
H2	X	X	X	X			X	X	X
H3				X					
H4	X		X	X			X		X
H5	X	X	X	X	X		X		X
H6	X	X	X	X					X
H7	X	X	X	X	X	X		X	X
H8	X	X	X	X	X				X
H9	X	X	X	X					X
H10	X			X					X
H11	X			X	X				X
H12	X			X	X	X			X
H13	X		X	X			X		X

En comparant ces deux tableaux, on ne peut tirer de conclusions certaines. En effet, il s'agit de deux études qualitatives, certes dans des populations avec des similitudes (hommes entre 18 et 60 ans, de tous niveaux socio-économiques, et volontaires), mais avec de petits échantillons et non généralisables à large échelle. Néanmoins, cela permet de d'illustrer assez simplement le ressenti après l'analyse des entretiens de cette thèse : Il ne semble pas y avoir de différences criantes entre les méthodes de régulation des naissances citées chez nos volontaires Sourds, et celles connues des hommes entendants.

Une étude quantitative réalisée en France sur un échantillon de 282 hommes majeurs volontaires [44] montre que 98.3% des hommes interrogés citent, comme moyen de contraception féminine, la pilule, suivi du DIU (87.9%), et de l'implant (54%). Nos volontaires Sourds citent également en premier ces moyens de contraception chez la femme.

On retrouve cependant des croyances potentiellement alarmantes chez certains individus interrogés, comme le fait d'évoquer des méthodes perçues comme contraceptives mais ne l'étant pas. **Il semble que le niveau socio économique des**

**interrogés ne préjuge pas toujours de leur niveau de connaissances en méthodes de régulation des naissances.**

On peut citer par exemple :

- H10 qui pense qu'une pilule contraceptive pour homme existe : pas de Baccalauréat
- H9 qui pense que les anneaux pénis, utilisés à des fins récréatives, peuvent avoir une efficacité contraceptive : a une licence universitaire

Ainsi, la majorité des participants connaît une gamme variée de méthodes de régulation des naissances, sans différence criante de prime abord avec la population masculine entendante. **On devine néanmoins chez plusieurs individus de profils socio-économiques divers certaines fausses informations sur la contraception, pouvant faire craindre des mauvaises connaissances sous-jacentes dans une partie de la population masculine sourde, avec les conduites à risque qui en découlent. Ces fausses informations ne sont pas toujours liées au profil socio-économique des interrogés, à la différence des conclusions tirées par la Dr Clavel Marie dans sa thèse sur les connaissances en santé sexuelle des femmes sourdes [3].**

**De plus, des questions ont été posées sur les méthodes de régulation des naissances connues, mais pas sur leur utilisation.** Par exemple, dans l'étude baromètre-santé sur les sourds et les malentendants [25], une proportion plus importante de recours aux méthodes naturelles de contraception était présente par rapport à la population entendante. La méthode du retrait a été abordée par certains participants. Il serait intéressant de savoir :

- Quelles méthodes de contraception sont réellement utilisées dans la population Sourde comme définie dans notre étude.
- S'il y a effectivement un plus grand recours aux méthodes naturelles chez ces Sourds
- Et si oui, pourquoi est-ce que ces méthodes naturelles sont favorisées. Craintes sur la contraception hormonales ? Surestimation de l'efficacité contraceptive des méthodes naturelles par certains sourds ? Ou autres raisons ?

- **Les violences sexuelles :**

Le sujet des violences sexuelles semble être chez les interrogés, de tous les aspects de la santé sexuelle, le moins abordé et le plus tabou. Cette thématique ne semble pas avoir été abordée dans le cadre scolaire par les participants, mais a parfois été abordée lors de conférences d'éducation sexuelle réalisées hors temps scolaire.

Lors des entretiens, aborder les violences sexuelles de manière à ouvrir le plus possible la parole des interrogés sans les questionner directement sur leurs expériences personnelles était peu aisée, probablement par manque d'expérience de la part de la personne menant l'entretien. De nombreux interrogés ont précisé ne jamais avoir été concerné par les violences sexuelles, en tant qu'auteur plus particulièrement. Une attitude de retrait, parfois un peu défensive était perceptible au cours des entretiens, ce

sujet semblant révéler une gêne particulière chez plusieurs participants, gêne qui était également présente chez l'interrogateur et a limité les tentatives d'explorer plus en profondeur la thématique.

Globalement, les violences sexuelles sont condamnées par les interrogés, qui jugent ces faits comme étant graves. **Les auteurs sont perçus comme étant essentiellement des hommes, en dehors de la « norme », parfois instables mentalement, parfois isolés de la communauté sourde.** On retrouve une posture proche de celle trouvée lorsque le thème des IST a été abordé : Les violences, c'est le fait « des autres », qui ont un mauvais comportement, qui sont différents, et ces violences ne concernent donc pas directement les interrogés.

Dans la littérature, on retrouve en fait une situation différente : Les violences sexuelles sont dans la grande majorité des cas perpétrées par des personnes connues des victimes, comme on le voit par exemple dans *l'Enquête sur la sexualité en France* [38].

Une hypothèse similaire à celle faite précédemment sur les représentations des IST peut être avancée : Les stéréotypes sur les violences sexuelles peuvent peut-être mener à une moins bonne prévention de ces violences.

Un autre point intéressant traité dans la littérature est celui de la prévalence des violences sexuelles chez les Sourds. Comme on l'a vu dans l'introduction de la thèse [25], [26], [27], [28], la littérature française et anglo saxonne montre des violences sexuelles plus nombreuses chez les Sourds, et des représentations parfois alarmantes sur ces violences, notamment sur la culpabilité de la victime, ou le viol conjugal.

Dans nos entretiens, certains aspects des violences sexuelles comme le viol conjugal ou la définition du viol ont été abordés, mais peu de particularités liées à la population interrogées ont été révélées. Ce manque apparent de détails est probablement dû à l'inexpérience de la personne menant l'entretien sur ces thématiques. Des entretiens spécifiques à cette thématique, avec une méthode plus adaptée à ce sujet particulièrement tabou, seraient probablement plus intéressants.

Il serait intéressant d'adresser à l'avenir les points suivants :

- Mener une étude plus détaillée sur les violences sexuelles et leurs représentations chez les Sourds, et voir s'il existe effectivement des particularités propres à cette population, comme on peut le retrouver dans des études faites aux Etats Unis [26, 27, 28]
- Proposer une prévention axée sur les violences sexuelles adaptées à la population sourde.

Cette « meilleure » prévention est justement le point que nous allons à présent aborder.

### III) Des pistes d'amélioration :

#### a) Des discordances entre besoins et demandes :

Contrairement à l'étude de E.Cressant [37] réalisée chez des hommes entendants, sur le plan des IST, **un bon niveau d'informations auto estimé chez nos participants n'est pas forcément corrélé à un bon niveau d'information réel**. Ce constat s'étend aux autres pans de la santé sexuelle abordés lors des entretiens. On peut par exemple citer H6 qui pense que le SIDA peut apparaître spontanément entre deux individus non infectés par le VIH suite à un rapport « qui brûle », H4 qui ne connaît aucune IST autre que le VIH/SIDA, H13 qui pense que les IST sont transmises par « les étrangers » et « les personnes sales ». Ces trois individus cités pour exemple estiment avoir un niveau satisfaisant de connaissances en santé sexuelle, et ne souhaitent pas s'informer plus sur le sujet, et ce alors qu'ils présentent manifestement des lacunes.

**Certains des volontaires interrogés estiment avoir un niveau de connaissances insuffisant, mais ne souhaitent pas pour autant plus s'informer.** La raison avancée pour H5 par exemple est qu'en tant que père de famille marié, il n'a plus besoin d'informations sur le sujet. Il estime probablement que son mode de vie et son environnement ne présente pas de risque apparent (multipartenariat, épidémie...).

**Il semble ainsi il y avoir une discordance entre la demande de soins/information, et les besoins réels en soins/information.**

Pour que des individus sous informés veuillent s'informer, il semble probable qu'il faille qu'ils :

- Sachent qu'ils sont mal informés
- Ressentent le besoin d'être informés (car il y a un bénéfice à l'être)

Pour cela, il faut améliorer le niveau de connaissances des individus concernés sur le sujet, afin qu'ils prennent conscience de ce manque d'information et voient le bénéfice apporté à une meilleure prise en charge. **Plusieurs pistes existent pour aller au-delà de cette discordance Demande/Besoin.**

#### b) Des pistes pour mieux faire :

- **L'école :**

L'éducation nationale a évidemment un rôle à jouer. Comme énoncé dans le rapport de l'HCE cité précédemment [36], il y a des carences dans l'application du programme d'éducation sexuelle. Une meilleure formation des professionnels, dédier plus de temps scolaire à des séances d'information à la santé sexuelle, aborder des thèmes plus variés que ceux abordés en pratique (notamment les violences sexuelles) sont des pistes d'amélioration.

Ces pistes d'améliorations ont déjà été évoquées maintes fois par divers acteurs de l'éducation et de la santé. L'ancien ministre de l'Éducation Pap Ndiaye avait annoncé en juin 2023 une intensification de l'application du programme d'éducation sexuelle et une meilleure formation des professionnels [48]. Cependant, faire reposer l'ensemble de la prévention sur une hypothétique amélioration de l'application du programme scolaire paraît illusoire. D'autres voies existent néanmoins.

- **Développer des initiatives en partenariat avec des associations :**

Le sentiment communautaire semble fort chez les Sourds interrogés, même s'il n'est pas partagé par tous. De nombreux Sourds fréquentent des associations sourdes diverses et variées, abordant plusieurs aspects culturels et sociaux : voyages, sport, culture, mais également santé.

**Un partenariat entre UASS et associations sourdes locales pourrait être intéressant. Cela a déjà été fait par le passé, y compris à l'URASSM de Nancy, où des conférences dédiées à la prévention sur divers sujets de santé ont été organisées en partenariat avec des associations sourdes. Des conférences pourraient de nouveaux être organisées sur le même modèle, en abordant cette fois ci la santé sexuelle.**

**Des conférences de ce type ont déjà été organisées à l'Institut des Jeunes Sourds de la Malgrange, avec l'intervention de sage-femmes du service de santé sexuelle du Centre Hospitalier de Lunéville.** Ces séances d'éducation affective et sexuelle abordent avec des sourds mineurs répartis en groupes de niveaux et d'âges tous les aspects de la sexualité, de manière adaptée, et avec l'aide d'un interprète LSF.

Ces séances sont **financées par la sécurité sociale dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle à destination des publics vulnérables.**

**Le même format de conférence pourrait être adapté à un public adulte, hors du cadre de l'internat ou d'un cadre scolaire, et être financé de la même manière.**

Celles-ci pourraient être réalisées avec un intervenant apte à faire de la prévention (professionnels de santé, éducateurs formés à la thématique abordée, personnes sourdes formées/référentes). **Les patients de notre étude, et les femmes sourdes interrogées par Marie Clavel [3] voudraient avoir la possibilité d'interagir, de poser leurs questions aux participants.** On peut en déduire que **ces conférences ne doivent pas être de simples exposés magistraux**, mais un lieu d'échange entre la communauté et les intervenants. Un recueil des souhaits de sujets à aborder, réalisé en amont de la conférence, pourrait être utile. Ce recueil pourrait être fait en intra associatif, entre sourds, puis transmis aux intervenants. Ceux-ci pourront répondre aux questions des participants et aborder tout aspect de la santé sexuel jugé pertinent dans ce cadre.

**En cas de conférences organisées par un UASS, il serait nécessaire d'allouer des moyens spécifiques à ces actions, notamment sur le plan humain.** En effet, **la charge de travail dans les UASS est en constante augmentation.** Par exemple, à l'URASSM de Nancy, le nombre consultations médicales est passé de 838 en 2015 à 1650 en 2023, soit une augmentation de 100%, sans majoration importante de l'effectif médical et paramédical.

## - **L'exemple du Griffon : Le centre de santé sexuelle d'approche communautaire**

Afin d'améliorer l'offre en santé sexuelle et renforcer la prévention, une expérimentation inspirée des centres de santé sexuelle anglo-saxons a été lancée en France [50]. Plusieurs centres ont donc été ouverts récemment en France, dans des villes à forte prévalence du VIH et d'autres IST. Le Griffon, ouvert à Lyon en septembre 2022, en fait partie. Il propose :

- La réalisation de biologie délocalisée et de rendu des résultats en 90 minutes (charge virale VIH, VHC, dépistage Chlamydia et Gonocoque)
- dépistages des infections sexuellement transmissibles dont le VIH, du VHC, par TROD.
- La mise en place de PrEP : prophylaxie pré-exposition, en prévention du VIH
- Les vaccinations contre les hépatites virales A et B, contre le HPV, et aussi contre la variole du singe-
- Des consultations de sexologie, d'addictologie, de gynécologie, de psychologie, de proctologie, et à l'avenir d'endocrinologie, de dermatologie,
- Des consultations Chemsex associées à de l'identification de produits,
- Du soutien, de l'accompagnement en individuel ou groupe d'autosupport par des pairs et/ou des professionnels.

Les centres de ce type visent à faciliter « l'accès des populations concernées à un parcours de santé sexuelle adapté. » [50] Sont en particulier visées les populations ayant des vulnérabilités particulières comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou les transgenres. La prise en charge vise à être adaptée à ces populations et leurs besoins spécifiques. Elle n'est pas une simple déclinaison du cadre prévu pour la population générale.

En se basant sur les données de la littérature et les résultats de cette thèse, on peut considérer que la population sourde est une population vulnérable aux IST.

**De là à imaginer un centre inspiré du Griffon mais dédié aux Sourds et impliquant leur communauté, il n'y a qu'un pas.**

Différents acteurs participeraient au fonctionnement du centre : professionnels de santé, mais aussi intermédiaires/eurs. Et pourquoi pas également des Sourds non professionnels informés sur la santé sexuelle qui pourraient être des « Sourds référents » pour leurs pairs ?

## - **La prévention par les pairs : des Sourds-référents**

Toujours dans le cadre associatif, et en partenariat avec des intervenants de santé, **la formation de personnes sourdes référentes en santé sexuelle pourrait être une manière de faire de la prévention.**

La prévention par les pairs est une méthode tirant son origine de groupes de paroles d'alcooliques anonymes, en particulier aux Etats Unis. Cette prévention par les pairs est

une piste abordée par loi de 2001, article 22 relatif à l'éducation à la sexualité, ainsi que par le rapport HCE 2016 [36], où elle est envisagée dans un cadre scolaire. Cette prévention par les pairs existe aussi dans les **groupes de patients-experts**, présents dans l'information et le soutien de patients atteints de maladies chroniques ou rares [47].

Former **des Sourds-référents** qui informeraient dans leur communauté ou orienteraient vers des professionnels de santé, pourrait être un axe de prévention.

Cependant, comme mentionné précédemment, tous les Sourds ne souhaitent pas s'impliquer dans des initiatives associatives.

Ainsi, des réponses associatives ou communautaires seules ne peuvent être la seule piste pour mieux informer les hommes Sourds. Quelque chose de plus privé, de plus personnalisé paraît également souhaitable.

#### - **La consultation de santé sexuelle :**

##### Une, ou plusieurs, consultations de prévention :

Il existe déjà en médecine générale depuis 2022 une Consultation de Contraception et Prévention [49], destinée aux hommes et aux femmes, prise en charge à 100% jusqu'à 25 ans révolus.

Sur le même modèle que la CCP [49] déjà existante, une consultation de prévention similaire pourrait être envisagée. Cette consultation intégrerait les points suivants :

- Un dépistage urinaire du chlamydia et gonocoque, et un dépistage sanguin du VIH, Syphilis, (VHB et VHC en fonction des ATCD de vaccination, transfusion, naissance à l'étranger, etc...), comme celui devant être proposé de manière systématique en population générale selon les recommandations HAS. [42][43]
- Des explications sur les différentes méthodes contraceptives et leur efficacité.
- Des explications sur les différentes IST, leurs modes de transmission, les moyens de protection.
- En fonction de l'âge du patient, et de ses antécédents, discuter de la vaccination contre le VHB et le papillomavirus.

##### Comment bien mener cette consultation :

La consultation pourrait être à l'initiative du patient consultant pour une problématique de santé sexuelle, ou être à l'initiative du médecin dans un but de prévention.

Au vu des dires de nos volontaires, afin d'avoir un confort maximal alliant compréhension et intimité, **la consultation idéale serait réalisée entre le patient et un médecin signant en tête à tête.**

**Si un interprète est nécessaire, il semblerait préférable de discuter en amont des modalités de la consultation.** Il faudrait aborder en particulier les points suivants :

- Sexe de l'interprète

- Est-ce que l'interprète est connu du patient, et cela crée-t-il une gêne ?
- Même question s'il y a besoin d'intermédiaire/trice,
- Nécessité ou non d'un examen clinique avec nudité

Ces consultations de santé sexuelle dédiées aux Sourds ont déjà existé. En Suisse, la Dr Adeline Quach a proposé pendant plusieurs années des consultations de santé sexuelle en langue des signes à ses patients Sourds, à la fondation Profa [51].

Une initiative similaire en France est quelque chose qui semble envisageable, par exemple dans les UASS déjà existant.

A l'URASSM de Nancy, en 2024, une sage-femme devrait prochainement intégrer l'unité et proposer des consultations de suivi et une information en santé sexuelle.

#### - **Les médias :**

Tout comme cela a été fait pendant la pandémie COVID, des documents adaptés à diffuser dans population sourde pourraient être créés. **L'idéal en termes de compréhension** (au vu de l'étude de Marie Aubrion [40]) **et d'accès semble être le format vidéo**. Par exemple, des vidéos d'informations mises en ligne sur divers thèmes de la santé sexuelle, entièrement signées en LSF. On pourrait les partager à certains Sourds, qui pourraient le diffuser sur leurs réseaux associatifs/sociaux. Ou bien créer des comptes dédiés à la prévention sur plusieurs réseaux sociaux.

Il existe déjà des comptes sourds sur plusieurs réseaux sociaux, par exemple le compte Instagram « MAINS PAILLETES »[52]. Sur ce compte, une vidéo dédiée à l'information sur la variole du singe a été mise en ligne le 21 Juillet 2022. On retrouve plusieurs caractéristiques :

- Un format vidéo court, synthétique, abordant une thématique précise (la variole du singe)
- Orientation vers des lieux de prise en charge (liste des lieux de vaccination contre variole du singe)
- Sources utilisées.

Des publications « courtes » similaires pourraient être réalisées selon ce format. Le but est que ces publications soient facilement partageables, et attirent facilement l'attention.

Des publications « longues » sous forme de vidéo Youtube ou Facebook pourraient constituer un autre format intéressant.

## CONCLUSION :

Nous avons vu dans la littérature que la population sourde est une communauté qui a une Histoire, une langue (la LSF), et des caractéristiques culturelles et socio-économiques propres. On retrouve dans cette population un accès plus compliqué à l'éducation, à l'emploi, et à l'information. Les sourds semblent également être un groupe moins informé et plus vulnérable sur le plan de leur santé sexuelle.

Cependant, peu de sources traitent précisément de la santé sexuelle des hommes sourds et de leurs connaissances sur le sujet.

De ces informations retrouvées dans la littérature, nous sommes partis de l'hypothèse que les hommes sourds présentaient une carence en informations sur la santé sexuelle.

Afin d'explorer cette hypothèse, nous avons réalisé des entretiens individuels semi dirigés en langue des signes française, avec des hommes sourds volontaires majeurs, n'étant ni sous tutelle ni sous curatelle.

Les individus interrogés présentaient des profils variés, que ce soit au niveau de l'âge, de l'éducation, des capacités de communications en LSF ou en français écrit et oral.

La source principale d'accès à l'information est l'école, et pour certains, des conférences réalisées dans des internats pour jeunes sourds. Internet et les réseaux sociaux étaient utilisés dans une moindre mesure. L'information délivrée dans le cadre scolaire est souvent présentée comme épisodique et n'abordait pas tous les pans de la santé sexuelle.

En cas de nécessité de s'informer à nouveau, les volontaires de l'étude privilégient pour la plupart la consultation avec un médecin (le plus souvent, le médecin traitant ou l'URASSM). Certains (ayant un bon niveau de français écrit) envisagent de s'informer d'abord sur internet avant de consulter. Le recours à d'autres lieux de prévention, comme les centres de dépistage (CeGiDD), ne sont pas ou peu mentionnés.

Sur le plan des connaissances sur la santé sexuelle, le niveau d'information varie selon les individus mais plusieurs tendances se dégagent.

- IST : Le VIH prend une place prépondérante par rapport aux autres IST qui sont méconnues. Des croyances erronées et un manque de connaissances sont retrouvées chez des individus ayant des profils socio-économiques très différents.
- La contraception : Il ne semble pas y avoir de différences majeures en termes de connaissances en contraception par rapport aux hommes entendants. On relève cependant certaines fausses croyances chez certains interrogés, pouvant faire suspecter une forme de mésinformation chez certains hommes sourds.

- Les violences sexuelles : Certains stéréotypes sont associés aux violences sexuelles, en particulier sur les auteurs des violences. Ces derniers sont perçus comme étant isolés, anormaux, « fous ». Un portrait différent de celui des auteurs les plus fréquents de violences sexuelles : des personnes de l'entourage de la victime. Peu d'autres informations notables ont été dégagées des entretiens. Le sujet mériterait des explorations plus approfondies.

La majorité des participants estiment avoir un niveau de connaissances en santé sexuelle insuffisant. Cependant, même en cas de manque de connaissances (auto estimé par l'interrogé, ou objectivé lors de l'entretien), les individus ne souhaitent pas forcément recevoir une information complémentaire.

Pour mieux informer les individus, plusieurs pistes pourraient être envisagées, au vu de la littérature et des informations relevées dans les entretiens :

- L'école : Une meilleure formation des professionnels de l'éducation sur la santé sexuelle, et un temps plus important dédié à l'éducation affective et sexuelle.
- L'associatif : Réaliser des conférences de prévention sur la santé sexuelle dans le cadre d'un partenariat entre des associations sourdes et des intervenants du domaine de la santé.
- Des consultations de santé sexuelle : De manière préventive, sur le modèle de la Consultation Contraception Prévention déjà existante. Ou bien à la demande du patient. A réaliser en langue des signes française, et adaptée aux souhaits du patient, notamment concernant la présence ou non d'un interprète ou d'une intermédiaire. L'idéal serait une consultation réalisée en tête à tête avec le patient, par un médecin ayant la capacité de signer en Langue des Signes Française.
- Médias : Créer des vidéos de prévention, à diffuser sur différents réseaux sociaux, et visant spécifiquement la communauté sourde.
- Développer d'autres outils, inspirés de ce qui est déjà fait pour d'autres populations : s'inspirer des centres de santé sexuelle en expérimentation en France actuellement, comme le Griffon à Lyon. Permettre à des individus sourds d'être formés sur la santé sexuelle, et d'informer dans leur communauté (sourds-référents).

Les résultats de nos entretiens semblent confirmer l'hypothèse initiale, à savoir qu'il y a un manque de connaissances en santé sexuelle chez les hommes sourds. Ce manque de connaissances peut créer des vulnérabilités chez les hommes sourds, par exemple en regard des infections sexuellement transmissibles. Améliorer l'accès à l'information permet de donner des outils aux individus pour se protéger et mieux se soigner. Mais améliorer cet accès requiert une, ou plutôt des approches, adaptées. En effet la santé sexuelle est à la fois un sujet de santé publique, et un sujet très personnel. Il existe autant de manières d'aborder le sujet qu'il existe d'individus.

Il serait intéressant de réaliser d'autres travaux pour approfondir les connaissances sur la santé sexuelle chez les Sourds, et pour trouver des moyens d'améliorer leur information. Même si la santé sexuelle a beau être mise plus en avant ces dernières années, la

prévention, notamment dans des publics plus vulnérables, ne semble pas être à la hauteur du contexte sanitaire.

## **ABSTRACT:**

Since the early 2000's, France is facing a resurgence in the prevalence of STDs. Moreover the 2010's have seen the appearance of the MeToo movement, and public debate around sexual violence has been put on the front stage. The general state of sexual health in France is changing.

Around 300 000 persons in France are estimated to have profound deafness, of which 120 000 are French Sign Language signers. Among them, many face reading issues and oral comprehension issues. Documentation concerning the sexual health of deaf people is scarce, but seems to indicate that their knowledge level of the subject is lacking. Deaf patient's sexual health care also seems to be inadequate.

Because of the aforementioned documentation, it has been hypothesized that the French deaf masculine population presents a lack of awareness regarding sexual health.

The objectives of this thesis were to evaluate the level of knowledge of deaf men regarding sexual health, and to observe eventual specificities concerning the understanding of the subject in this population.

The study was made on 13 volunteer adult deaf men, not submitted to legal guardianship. These volunteers were recruited at the l'Unité Régionale d'Accueil et de Soins des Sourds et Malentendants de Nancy (URASSM Nancy), a medical unit dedicated to the care of deaf persons. Semi-directive interviews of the volunteers were conducted, with the help of professional French Sign Language translators.

From these interviews, a lack of information concerning STDs was found. Sexual violence is often not easily characterized by the volunteers, and many of them showed a certain lack of concern about this specific subject. Concerning the use of contraceptives, no major discrepancies between deaf and hearing persons were found.

A dissonance between informational needs and the deaf volunteers' demands was found. Indeed, even though the volunteers present a lack of awareness concerning sexual health, they do not always feel the need nor do they wish to receive further education on the subject. This Needs/Demands discordance is born of the lack of information on the risks taken due to inadequate knowledge/practices regarding sexual health.

More studies would be necessary to further investigate knowledge and perceptions of sexual health among deaf persons. Especially concerning sexual violence, which seems to be more prevalent among deaf people, according to bibliography.

Thanks to the bibliography and the answers of the volunteers of this study, a few propositions to enhance the level of information of deaf men regarding sexual health have been made. These propositions can be grouped in categories :

- Education : To better the teaching of sexual health in France's national education schools, in order to at least make it conform to French regulation (which is not the case for a substantial amount of schools at the moment).
- The individual : Sexual health medical appointment dedicated to deaf men, using French Sign Language
- The community : Awareness actions targeting the deaf community, via a deaf local associations/ health professionals partnership. Health centers dedicated to sexual health information, and targeting deaf people, among other vulnerable populations.
- The media : To create sexual health awareness videos in French Sign Language, targeting deaf people, and to disseminate them on social media.

## BIBLIOGRAPHIE.

[1] Lelièvre F., Sander M.-S., Dr Tallec A., 2007, « Le handicap auditif en France : apports de l'enquête Handicaps, incapaci-tés, dépendance, 1998-1999 », Études et Résultats, DREES, n° 589, août

[2] L'assurance Maladie. La surdité et les causes de la perte auditive. [En ligne]. [Consulté le 14 août 2023].

Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/perte-acuite-auditive/definition-causes>

[3] Clavel M.  valuation des connaissances des femmes sourdes du CHU de Grenoble en matière de contraception et sexualité. Médecine humaine et pathologie. 2011. D p.9

[3.2] Colin S, Geraci C, Leybaert J, Petit C. La scolarisation des élèves sourds en France,  tat des lieux et recommandations, 2021

[3.4] Haeusler L, Mordier B, DREES. Vivre avec des difficultés d'audition. Répercussions sur les activités quotidiennes, l'insertion et la participation sociale, 2014, n 52

[3.3] Haeusler, De Leval, & Millot, 2014, Enquête handicap-Santé, DREES, n 131

[4] Bedoin, Diane. Sociologie du monde des sourds. La Découverte, 2018

[5] Benvenuto, Andrea. « Surdité, normes et vie : un rapport indissociable », Empan, vol. 83, no. 3, 2011, pp. 18-25.

[6] Aristote. « Politique » I, 2, 1253a

[7] Aristote. « Politique » VII, 13, 1332b5

[8] Aristote. « Histoire des animaux », IV, 9, 536b

[9] Platon, Le Cratyle, XXXIV, 423-444b

[10] Bertin, Fabrice. « La langue des signes, une langue vivante comme les autres ? Petite histoire d'une grande question linguistique », La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, vol. 49, no. 1, 2010, pp. 13-19.

[11] Bedoin, Diane. Sociologie du monde des sourds. La Découverte, 2018, p25

[12] M. Mollat, Les pauvres au Moyen  ge, Hachette, Paris, 1978, p. 30.

[13] Montaigne. Essais. Livre 2, chap. XII : Apologie de Raimond de Sebond ; 1595 ; Version html sur le site bribes : <http://www.bribes.org/trismegiste/montable.htm> (consulté le 21.03.23)

[14] Bernard, Yves « Connaissances Surdités » no 28, p. 20-34

[15] Benvenuto, Andrea. « Qu'est-ce qu'un sourd ? De la figure au sujet philosophique », thèse de doctorat en philosophie, Université Paris 8, Paris, 2009, chapitre 2 p 47-79

[16] Bézagu-Deluy, Maryse. « L'Abbé de L'Épée : instituteur gratuit des sourds et muets (1712-1789) », Seghers, Paris, 1990.

[17] Bedoin, Diane. « Sociologie du monde des sourds. La Découverte », 2018, p30-31

[18] Bedoin, Diane. « Sociologie du monde des sourds. La Découverte », 2018 p36-37

[19] Mottez, Bernard. « Aspects de la culture sourde, Santé mentale », no 35, 1985, p. 13-16

[20] Kerbourc'h, S. « Réveil Sourd. D'hier à aujourd'hui (1971-2006) : de l'action collective d'un mouvement socioculturel pour la réhabilitation de la langue des signes française à l'affirmation d'une identité collective pour la participation sociale des sourds », thèse de doctorat en sociologie, EHESS, Paris, 2006

[21] MEN-Depp, n°19.01, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance.

[22] Cuenot M., Roussel P. Difficultés auditives et communication. Exploitation des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008. Étude réalisée par le CTNERHI pour l'Inpes, 2010

[23] Marie Azria, Jessica Matias. Stratégies visuelles de compréhension du langage via l'eye-tracking chez les adultes devenus sourds candidats à l'implant cochléaire. Sciences cognitives. 2015. dumas-01211761

[24] Mongourdin B, Karacostas A. Les unités régionales hospitalières d'accueil et de soins pour les sourds. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(42-43):798-800. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/42-43/2015\\_42-43\\_4.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/42-43/2015_42-43_4.html)

[25bis] Derendinger S., Enquête exploratoire sur l'accès des personnes sourdes à la prévention VIH/IST et au conseil et dépistage volontaire en Suisse romande, 2015.

[25] Sitbon A., dir. Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 20

[26] Pollard RQ Jr, Sutter E, Cerulli C. Intimate partner violence reported by two samples of deaf adults via a computerized American sign language survey. *J Interpers Violence*. 2014

[27] Schild, S., & Dalenberg, C. J. (2012). Trauma exposure and traumatic symptoms in deaf adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 117–127. <https://doi.org/10.1037/a0021578>

[28] Day SJ, Cappetta KA, Anderson ML. A Brief Report: Interpersonal Violence Exposure and Violence Myth Acceptance in the Ohio Deaf Community. *JADARA*. 2019

[29] Heiman E, Haynes S, McKee M. Sexual health behaviors of Deaf American Sign Language (ASL) users. *Disabil Health J*. 2015

[30] Monaghan L, Schmaling C, *HIV/AIDS and Deaf Communities*, 2006

[31] Gaucher C, Forgues J-A, Bernard-Hamel J, Jacob-Léger D. Étude : les jeunes sourds (16-30 ans) du Québec au regard du VIH/sida et des ITSS : entre confiance et manque de connaissances, un enjeu collectif

[34] « M », Mucchielli Alex éd., *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin, 2009, pp. 132-161.

[35] Borges-Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Ass Maladie*, 2001, 32, 2,117-21

[36] Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021 [Internet]. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin. Disponible sur : [http://www.hautconseilegalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_2016\\_06\\_15-4.pdf/](http://www.hautconseilegalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf/)

[37] Émelyne Cressant. Les infections sexuellement transmissibles : connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles, des jeunes haut-normands consultant en médecine générale. *Médecine humaine et pathologie*. 2017. dumas-01482310

[38] Bajos Nathalie, et Michel Bozon. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. La Découverte, 2008

[39] Lisa Defrance. Connaissances, perceptions et implication des hommes en contraception : étude qualitative menée auprès de 12 hommes dans les Bouches-du-Rhône. *Gynécologie et obstétrique*. 2018. dumas-01945954

[40] Marie Aubrion. Accessibilité et compréhension par les sourds de la campagne d'information de santé

publique durant l'épidémie de Covid-19. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03204414

[41] Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence, Santé Publique France, 2018.

Consulté en Avril 2024, accessible via :

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>

[42] Recommandations HAS dépistage Chlamydia femme et homme, 2018

Consulté en Avril 2024, accessible via :

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes)

[43] Fiche récapitulative recommandation dépistage des IST, conseil de l'ordre des médecins de l'Aude, 2019.

Consulté en Avril 2024, accessible via :

<https://conseil11.ordre.medecin.fr/content/depistage-ist>

[44] Contraception : connaissances, intérêt et implication des hommes, Mémoire rédigé et soutenu par Cuvelier S., 2015-2020

[45] Devez Alice, Les représentations des infections sexuellement transmissibles chez les patients consultant en médecine générale. Etude de la zone muette. 2020

[46] Mallard, Carmen. *Les représentations sociales des IST chez les étudiants de l'UCL (Campus Alma) en lien avec la pratique de dépistage*. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Robert, Pierre-Olivier ; Zabeau, Héline.

[47] Marguerite Friconneau, Annie Archer, Jeanne Malaterre, Françoise Salama and Marie-Christine Ouillade, Le patient-expert - Un nouvel acteur clé du système de santé Med Sci (Paris), 36 (2020) 62-64, 2021

[48] Éducation à la sexualité: Pap Ndiaye lance un plan de formation des personnels. Lefigaro. Consulté en Avril 2024 sur:

<https://www.lefigaro.fr/demain/education/education-a-la-sexualite-pap-ndiaye-lance-un-plan-de-formation-des-personnels-20230627>

[49] CCP, consultation complexe, article MG France, consulté en Avril 2024 sur : <https://www.mgfrance.org/nomenclature/3118-ccp-consultation-complexe>

[50] Améliorer la santé sexuelle et la prévention dans le Rhône : ouverture d'un centre de santé sexuelle, d'approche communautaire, à Lyon. 2022

Consulté en avril 2024 sur :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/100712/download?inline>

[51] Surdité et Education sexuelle, reportage réalisé par l'association SIGNES.  
Consulté en Avril 2024 sur :  
<https://cerhes.org/ou-trouver-des-infos-en-sante-sexuelle-lorsque-lon-est-sourd%C2%B7e/>

[52] MAINS PAILLETES, compte instagram sourd, queer et signant. Accessible en Avril 2024 via :  
<https://www.instagram.com/mainspailletes?igsh=MXFsanV1Z2M4dzhycw==>

[53] Istria, M., Nicolas-Jeantoux, C., et Tamboise, J. (1982). Manuel de lecture labiale. Exercices d'entraînement. Paris: Masson

[54] Pi-sourd, média d'information sourd suisse.  
Accessible en Avril 2024 sur : <https://www.pisourd.ch/>

[55] Média Pi, média d'information sourd français.  
Accessible en Avril 2024 sur : <https://www.media-pi.fr/>

[56] L' eil et la main, série documentaire réalisée par France Télévisions.  
Accessible en Avril 2024 sur : <https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/>

[57] Code déontologique des interprètes en Langue des Signes Française.  
Accessible en Avril 2024 sur : <https://afils.fr/code-ethique>

[58] Site internet de l'Institut National des Jeunes Sourds de Paris.  
Accessible en Avril 2024 sur : <https://www.injs-paris.fr/page/presentation-linjs-paris>

[59] Dictionnaire en ligne français/LSF.  
Accessible en Avril 2024 sur : <https://dico.elix-lsf.fr/dictionnaire/h%C3%A9patite>

## ANNEXES : Tableau des caractéristiques de la population étudiée :

Entretien	Âge	Formation	Milieu formation	Capacités en français	Activité professionnelle	Famille	Statut marital	Paternité
1	29	BTS	Institut Sourds, Bac en intégration (2ans)	LSF, oralise si besoin	Commercial	Né en Algérie, seul sourd, famille entendants	En couple	Non/ Grossesse en cours
2	39	CAP	Institut Sourds à l'étranger sans inclusion avec entendants	LSF, oralise avec ses parents (pas en français)	Cordonnier	Né en Ukraine, femme sourde, parents entendants	En couple	Oui
3	51	Pas de diplôme	Institut Sourds	LSF, n'oralise pas, français écrit avec entendants	Chômage	Placé DDAS	Célibataire	Non
4	54	Architecte, géomètre	Non précisé	LSF avec proches, oralise en milieu professionnel	Mécanicien	Non précisé	En couple	Oui
5	39	Bac	Institut sourd en intégration avec entendants	LSF, oralise partiellement en milieu professionnel	Logistique	Parents/famille entendants. Femme sourde	En couple	Oui
6	24	Menuiserie, CAP	Institut Sourds	LSF, n'oralise pas, français écrit difficile	Chômage	Né à l'étranger, arrivé à 2 ans. Famille entendants. Femme entendants	En couple	Non
7	42	Infirmier	Institut Sourds sans inclusion avec entendants	LSF, Oralise au travail. Interprètes pour réunions professionnelles	Infirmier	Entendants	Non précisé	Non précisé
8	48	BEP	Institut Sourds	LSF, oralise avec entendants, écrit avec entendants	Cuisinier	Famille entendants, femme sourde. A eu ex compagne entendants	En couple	Oui
9	29	Licence universitaire	Institut Sourds en France en intégration avec entendants	LSF, reste non précisé	Chômage, projet auto entrepreneur	Famille entendants, compagne sourde	En couple	Non
10	58	Formation horticulteur, en dessous niveau CAP	Ecole, niveau non précisé	Oralise grâce à appareillage et dans conditions idéales, LSF sinon	Retraité	Compagne sourde. Famille non précisé	En couple	Oui
11	26	BEP	Institut Sourds, puis entendants seuls, puis milieu mixte Sourds/entendants	LSF, oralise un peu au travail avec entendants. Signes basiques avec entendants hors LSF	Aide soignant	Famille entendants	Célibataire	Non
12	29	Licence universitaire ITEP.	Non précisé	LSF uniquement, y compris au travail avec entendants	Formateur web, auto entrepreneur commandes internet	Non précisé	Non précisé	Non précisé
13	54	Architecte	Ecole élémentaire débute avec sourds, puis scolarité chez entendants	Oralise aisément et fréquemment avec entendants, LSF avec sourds (en voit moins souvent)	Décorateur événementiel	Non précisé	En couple	Oui



VU

**NANCY, le 16 mai 2024**

Le Président de Thèse

**Professeur Francis GUILLEMIN**

**NANCY, le 17 mai 2024**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Marc BRAUN**

**AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 13480C**

**NANCY, le 27 mai 2024**

La Présidente de l'Université de Lorraine

**Madame Hélène BOULANGER**

**RESUME :**

Il y aurait en France environ 300 000 des sourds profonds, dont 120 000 seraient locuteurs de la Langue des Signes Française. Parmi ces individus, nombreux sont ceux rencontrant des difficultés de compréhension du français écrit et oral. Les données de la littérature sur la santé sexuelle des sourds sont peu nombreuses, mais orientent vers des carences en information et en prise en charge. L'hypothèse a donc été faite que la population sourde masculine française présentait un manque de connaissances en santé sexuelle. L'objectif de cette thèse était d'évaluer le niveau de connaissances en santé sexuelle de la population sourde masculine, et de déceler d'éventuelles particularités de compréhension et de connaissances à ce sujet. L'étude a été menée sur 13 hommes sourds volontaires majeurs n'étant ni sous tutelle ni sous curatelle, recrutés à l'Unité Régionale d'Accueil et de Soins des Sourds et Malentendants de Nancy (URASSM Nancy). Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés, avec l'assistance d'interprètes en langue des signes française diplômés. Il est ressorti de ces entretiens un manque de connaissances au sujet des IST. Les violences sexuelles sont parfois mal identifiées, et sont souvent considérées avec une certaine distance par les personnes interrogées. Il n'y a pas eu de différences criantes en termes de connaissances en méthodes de régulation des naissances par rapport à la population générale. On note une discordance entre les besoins d'information en santé sexuelle, et la demande formulée par les volontaires. En effet, de nombreux volontaires manquent de connaissances, mais n'estiment pas avoir besoin d'une information complémentaire. Des travaux complémentaires seraient nécessaires afin d'explorer plus en profondeur les connaissances et les perceptions autour de certains sujets, en particulier celui des violences sexuelles, auxquelles les sourds sont plus vulnérables selon la littérature. Au vu de la littérature et des souhaits des volontaires interrogés, diverses pistes d'amélioration de l'information en santé sexuelle des hommes sourds semblent envisageables. Par exemple, une amélioration de l'enseignement de la santé sexuelle en milieu scolaire, des consultations de santé sexuelle en LSF dédiées aux sourds, des actions de prévention communautaire en partenariat avec des associations sourdes, ou des vidéos en LSF de prévention sur des réseaux sociaux.

**THESE:**

Evaluation des connaissances en santé sexuelle des hommes Sourds de l'URASSM de Nancy/

Evaluation of sexual health awareness among french deaf men from the URASSM of Nancy.

Médecine Générale, 2024.

**MOTS CLES :** Sexualité, Surdité, Médecine Générale, Santé sexuelle, Infections sexuellement transmissible, Violences sexuelles, Contraception.

**Université de Lorraine**  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
**9 avenue de la forêt de Haye,**  
**54005 Vandoeuvre les Nancy Cedex**