



UNIVERSITE DE LILLE – SECTEUR DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les sources d'informations sur les infections sexuellement  
transmissibles utilisées par les adolescents :**  
**Particularités des sourds par rapport aux entendants**  
*enquête sondage comparative en Hauts-de-France et Paris*

Présentée et soutenue publiquement le 22 02 2018  
à 16 :00 au pôle recherche

**Par Thomas Sahnoun**

---

JURY

Président :

Madame le Professeur Karine Faure

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis Deleplanque

Monsieur le Docteur Luc Dauchet

Monsieur le Docteur Thomas Huleux

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Benoît Drion

---



# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Sigles

<b>AFILS</b>	Association Française des Interprètes de Langues des Signes
<b>AIDES</b>	Association de lutte contre le Sida
<b>Bac Pro</b>	Baccalauréat Professionnel
<b>CAP</b>	Certificat d'Apprentissage Professionnel
<b>CIER</b>	Comité Interne d'Ethique de la Recherche Médicale
<b>dB</b>	Décibels
<b>GHICL</b>	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
<b>HPV</b>	Human PapillomaVirus
<b>HSH</b>	Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
<b>IREPS</b>	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>LFA</b>	Limitation Fonctionnelle Auditive
<b>LGV</b>	LymphoGranulomateuse Vénérienne
<b>LSF</b>	Langue des Signes Française
<b>SIDA</b>	Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise
<b>SSEFS</b>	Service de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation
<b>UASS-LS</b>	Unités d'Accueil et de Soins des Sourds-Langue des Signes
<b>ULIS</b>	Unités Localisées d'Inclusion Scolaire
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéfiance Humaine

# Sommaire

Avertissement.....	3
Remerciements .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Sigles.....	4
Sommaire .....	5
Abstract .....	7
Introduction.....	8
1 La communauté sourde : une minorité culturo-linguistique .....	8
2 La difficulté d'accès à l'information .....	12
3 Recrudescence des infections sexuellement transmissibles .....	15
4 Problématique .....	18
5 Question de recherche .....	18
6 Objectifs .....	19
Matériel et méthode.....	20
1 Type d'étude.....	20
2 Population étudiée.....	20
3 Lieux d'étude et nombre de centres .....	21
4 Choix de la taille de l'échantillon .....	22
5 Durée de l'étude .....	23
6 Modalités de recueil des données .....	23
7 Questionnaire .....	24
8 Critère de jugement.....	24
8.1 Critère de jugement principal.....	24
8.2 Critères de jugements secondaires .....	25
9 Traitements des données .....	25
10 Analyse statistique.....	26
11 Considérations éthiques .....	27
Résultats.....	28
1 Description générale de l'effectif de l'étude .....	28
2 Caractéristiques de la population étudiée.....	29
3 Difficulté d'accès à l'information sur les IST .....	30
4 Frein à l'acquisition de l'information sur les IST .....	32
5 Sources d'informations sur les IST sélectionnées par les adolescents .....	34

6	Impact de la LSF .....	40
7	Impact de l'environnement familial .....	41
	Discussion .....	43
1	Principaux résultats et implications .....	43
2	Analyse de la littérature .....	46
3	Forces de l'étude .....	49
4	Limites et biais.....	51
5	Applicabilité de l'étude à la population cible .....	53
6	Hypothèses pour expliquer le résultat principal .....	54
7	Perspectives.....	55
	Liste des tableaux.....	57
	Liste des figures .....	58
	Références .....	59
	Annexe 1 : Questionnaire version sourde.....	62
	Annexe 2 : Questionnaire version entendante.....	67
	Annexe 3 : Avis du comité d'éthique.....	72
	Annexe 4 : Accord du recteur de l'Académie de Lille .....	73

# Abstract

Background : In France, deaf population suffers from a disparity access to healthcare, the consequences of which are the lack of information on sexually transmitted infections (STIs). There is an outbreak of STIs among young people aged 15 to 24 years old.

How do deaf teenagers learn about STIs?

Materials and methods : A comparative descriptive survey between deaf and hearing teenagers from 14 to 19 years old. An anonymous questionnaire regarding information sources and research practices on STIs was distributed to 10 schools in Nord-Pas-de-Calais and Paris from December 2016 to April 2017.

Results : On the 141 teenagers included in the study, seventy were deaf and seventy-one were hearing. Only fifty-eight (82.9%) deaf teenagers had access to information on STIs in comparison to seventy-one (100%) hearing teenagers ( $p=0.0008$ ). They get informed at the median age of  $13.9 \pm 2.1$  years old against  $13.2 \pm 1.9$  years old for hearing teenagers. The deaf teenagers claimed that the first access to information on STIs proceeded at school (76.9%) with some (47.2%) giving thanks to their teachers. Among the thirty-eight deaf teenagers who have had the occasion to speak again about STIs twenty-five defined their friends as regular referent (65.8%) ; whereas only twenty-one (36.8%) hearing teenagers amongst the fifty-eight who have had the occasion to speak again about STIs quoted their friends ( $p=0.01$ ).

Conclusions : Sexual health education among deaf teenagers should be built around visual materials, information workshops on STIs in French Sign Language and learning how to source sexual health information on internet.

Key words : deafness, health promotion, sexual education, sexually transmitted infections, teenagers.

# Introduction

## 1 La communauté sourde : une minorité culturo-linguistique

Selon les chiffres de l'enquête Handicap Santé, 10 millions d'individus rencontrent des problèmes d'audition en France. Parmi elles, 182 000 personnes se déclarent complètement sourdes [1]. Les locuteurs de la langue des signes française (LSF) peuvent être estimés à 1/1000 habitants ; soit 80 000 individus [2]. Il n'existe pas de statistique exacte et ce chiffre reste une estimation.

De nos jours, deux modèles de la surdité s'affrontent : celui de l'invalidité et celui d'une minorité culturo-linguistique. Le premier modèle se concentre sur le handicap et la limitation fonctionnelle d'organe ; le deuxième considère les personnes sourdes comme des individus appartenant à un groupe culturel avec son histoire et une langue propre, la langue des signes [3].

De ces deux modèles découlent différentes classifications des surdités [4,5]:

- selon le côté de l'atteinte

Les surdités unilatérales vont peu impacter les processus d'apprentissage d'une langue orale. À l'opposé, les surdités bilatérales vont impacter l'individu sourd sur le plan de l'apprentissage scolaire et d'autres pans de la vie (social, linguistique et identitaire).

- selon la sévérité du déficit auditif

Le Bureau International d'Audiophonologie évalue la limitation de la fonction auditive en 5 classes. Elle propose une classification des surdités par perte tonale moyenne, perte en décibels (dB) par rapport à l'oreille moyenne [6] :



- surdité légère : la perte se situe entre 21 et 40 dB
- surdité modérée : la perte se situe entre 41 et 70 dB ; la parole est perçue si on élève la voix et le sujet comprend mieux par la lecture labiale
- surdité sévère : la perte se situe entre 71 et 90 dB ; la parole est perçue à voix forte près de l'oreille de même pour les bruits forts.
- surdité profonde : la perte se situe entre 91 et 119 dB ; la parole n'est pas perçue
- surdité totale ou cophose : pas d'audition mesurable

- selon le mécanisme de l'atteinte : transmission ou perception

Les surdités de transmission sont provoquées par une atteinte de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne ; tandis que les surdités de perception sont dues à une atteinte de l'oreille interne et/ou des voies auditives. Elles peuvent être totales, profondes, sévères, moyennes ou légères.

- selon l'âge de survenue de la surdité

La surdité est dite congénitale si elle est constatée dès la naissance, prélinguale si elle est diagnostiquée avant l'âge de 2 ans, périlinguale si elle est diagnostiquée entre l'âge de 2 et 5 ans, et postlinguale si elle est diagnostiquée après l'âge de 6 ans.

- selon la langue de communication : français ou LSF

Parmi les personnes de moins de 15 ans ayant des limitations fonctionnelles auditives (LFA) moyennes à totales 10 % utilisent la langue des signes, soit 5 % des 15-29 ans, 2,4 % des 30-44 ans et moins de 1 % au-delà. Une distinction est souvent faite entre les « sourds oralistes » et les « sourds signants ».

- selon la revendication d'appartenance à l'identité et culture sourde

Les situations liées à une limitation de la fonction auditive (LFA) sont très hétérogènes et dépendent des facteurs cités précédemment. Le mot « surdité » fait référence à des situations très différentes pour ceux qui en sont atteints : un jeune, né sourd, scolarisé dans un établissement spécialisé n'affrontera pas les mêmes difficultés qu'une personne devenue sourde à l'adolescence et ayant appris le français oral et écrit dans son enfance [5].

Tout au long de ce travail, le modèle socioculturel sera privilégié. Le vocable « entendant » sera utilisé pour définir l'individu pourvu d'audition et appartenant à la culture majoritaire basée sur une langue orale. Le vocable « sourd » sera utilisé pour définir l'individu s'identifiant comme appartenant à une communauté linguistique et culturelle basée sur la langue des signes.

La minorité culturo-linguistique sourde a des représentations du monde, des symboles, des expressions qui lui sont propres et qui sont différentes de celle de la culture française.

Durant de nombreuses années, l'éducation destinée aux sourds a réprimé l'usage de la LSF. L'objectif pédagogique principal était l'acquisition du français oral au détriment de l'enseignement général [7]. Cette politique a été désastreuse provoquant des lacunes dans les connaissances générales. C'est ce que reflètent les statistiques issues de l'enquête Handicap-Santé de 2008 [1,8] en montrant :

- un niveau d'éducation plus faible (19% des personnes âgées de 20 à 59 ans ayant des limitations fonctionnelles auditives moyennes à totales n'ont aucun diplôme contre 13% de la population générale en moyenne et seule une personne sur dix ayant des LFA graves à totales est diplômée de l'enseignement supérieur, contre trois sur dix en l'absence de problème d'audition) ;
- une plus faible insertion dans le monde du travail. Le taux d'emploi est significativement plus faible (50% en cas de limitation fonctionnelle auditive très grave ou totale contre 74% en population générale à âge et diplôme concernés égaux),
- l'appartenance aux catégories socioprofessionnelles les plus basses (les postes davantage occupés par les actifs ayant des LFA moyennes à totales sont les postes d'ouvriers : 29 % des actifs ayant des problèmes auditifs sont des ouvriers, contre 21 % en cas d'audition normale. Seulement 7% sont des cadres ou des professions libérales contre 16% en population générale),
- une prévalence de l'illettrisme sévère dans la communauté sourde (47 % des sourds communiquant en LSF déclarent avoir des difficultés à lire ou ne pas lire du tout)

Les messages de prévention, à destination de la population générale, peuvent être incompris ou mal interprétés par de nombreux sourds en raison de l'illettrisme et du faible niveau de connaissance générale dont les connaissances médicales [5].

## **2 La difficulté d'accès à l'information**

La difficulté d'accès à l'information en santé provient de multiples causes. Une de ces causes réside dans la méconnaissance de la particularité de la prise en charge des patients sourds par les professionnels de santé [9,10]. Les aspects culturels liés à la surdité ne sont pas connus par les professionnels de santé, car peu enseignés dans le cadre de la formation des médecins [10].

Ce manque de sensibilisation est à l'origine de fausses croyances, telle que la surestimation de l'efficacité de la lecture labiale. Or, l'intelligibilité en lecture labiale est évaluée à 25% par la société française d'audiologie [6], le reste étant de l'ordre de la reconstruction mentale. Une autre fausse croyance est l'idée que l'écrit suffirait à compenser l'impossibilité de communiquer oralement, oubliant les difficultés de relecture de certaine écriture manuscrite de mauvaise qualité et la prévalence de l'illettrisme dans la communauté sourde [9,11].

L'absence de prise en considération des spécificités du public sourd par les professionnels de santé impacte la relation de soin [10]. Face à leurs praticiens, les personnes sourdes renoncent parfois à demander des informations claires ou précises ou hésitent à demander une reformulation des messages délivrés [9].

Une autre cause de la difficulté d'accès à l'information est le plus faible niveau de connaissance médicale de la population sourde. Cette carence empêche la compréhension des messages de santé délivrés en population générale et par les professionnels de santé lors d'une consultation [9,10]. De plus, l'incompréhension

empêche l'acquisition des messages de santé renforçant l'écart entre la population générale et la population sourde. En effet, le capital de connaissances en santé se construit tout au long de la vie par transmission directe dans le cercle familial (95% des parents entendants d'enfants sourds ne connaissent pas la langue des signes [3]) ou par les messages transmis par les médias (radio, télévision, etc ...). Or, les sourds n'accèdent pas à cet apprentissage passif et souffrent, par conséquent, d'un manque de vocabulaire médical [5,9].

Pendant de nombreuses années, la communauté sourde a été oubliée des campagnes d'information. Ce constat s'est illustré durant l'épidémie du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) par les nombreux contresens autour de l'annonce de diagnostic de séropositivité (*certaines sourds ont reçu l'annonce comme une bonne nouvelle ne retenant que le mot positif dans le vocable séropositif*) [5]. L'épidémie de sida révéla alors les carences de politique de santé publique destinée aux sourds par cette exclusion quotidienne aux circuits de soins, d'information et de prévention [11]. Elle a entraîné un réveil des autorités sanitaires et des acteurs associatifs avec la création d'une antenne sourde de AIDES à Paris en 1989.

Pour pallier à ce manque, en France, l'accès aux soins des personnes est assuré par un réseau d'unités hospitalières: les UASS-LS (Unités d'Accueil et de Soins des Sourds-Langue des signes). Il en existe 18. Leur financement provient de fonds publics dans le cadre de la mission de santé publique hospitalière [2]. Afin de lever la barrière linguistique, les équipes sont constituées de professionnels sourds et entendants bilingues (français/LSF). Le dispositif est complété par la présence d'interprètes et d'intermédiaires qui favorisent la compréhension mutuelle entre patients et soignants. La définition du rôle de ces deux intervenants est définie dans la circulaire de la Direction Générale de la Santé [12] comme suit :

*« L'interprète transmet le sens du discours énoncé d'une langue vers une autre et vice versa (langue des signes/français et français/langue des signes) en respectant strictement le code de déontologie de l'Afils (association française des Interprètes de langues des signes) : la fidélité au discours original, la neutralité et le secret professionnel »*

et l'intermédiation est : *« [...] Complémentaire à l'activité des interprètes et des autres professionnels, l'intermédiation au sein et à l'extérieur de l'unité, permet de clarifier les situations entre le patient et les professionnels de santé. Elle est pratiquée par une ou plusieurs personne(s) sourde(s) de l'équipe ».*

La principale activité des réseaux est de planifier des consultations de premier recours avec des médecins pratiquant la LSF et des consultations de second recours avec interprétation en LSF. Beaucoup de consultations avec les médecins pratiquant la LSF consistent en une reformulation ou une explicitation des informations fournies lors d'une consultation antérieure avec un professionnel de santé n'appartenant pas au réseau de soins spécialisé [2]. De plus, les UASS-LS assurent la transmission de messages de prévention par l'organisation de « conférence santé ». La plupart des patients de ces unités de soins (95%) souhaitent utiliser la langue des signes quelles que soient leurs maîtrise du français [11]. Toutefois, ces centres ne sont présents que dans de grandes villes et réparties de manière inhomogène sur le territoire français [2] . Les sourds vivant en milieu rural restent isolés et échappent à cette prise en soin adaptée.

Bien que plus souvent confrontée à des problèmes de santé, la population sourde a moins d'opportunités que la population générale à accéder à des

informations adaptées ; que ce soit dans le domaine de la prévention, des soins ou des traitements [5,9,10].

### **3 Recrudescence des infections sexuellement transmissibles**

L'épidémiologie des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) a beaucoup évolué en France durant ces deux dernières décennies avec la recrudescence de la gonococcie à partir de 1998, la résurgence de la syphilis précoce à partir de 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale à partir de 2003 [13]. Tandis que le nombre de découverte de séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est stable en France métropolitaine, sans diminution depuis 2011 [14].

D'autre part, une augmentation de l'incidence des IST est observée dans la tranche d'âge des 15 à 29 ans, y compris chez les adolescents de 15 à 19 ans.

Ainsi, les réseaux de surveillance épidémiologique révèlent que [13] :

- Le nombre de LGV rectales a augmenté de 47% et celui des infections rectales à *Chlamydia* non L de 92% entre 2013 et 2015. L'épidémie touche quasi-exclusivement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui représentaient 98% des cas de LGV et d'infections rectales non L en 2015 ;
- Une progression des diagnostics de chlamydioses dont les classes d'âge les plus touchées sont les 20-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les

hommes en 2015 (20% des cas sont attribués aux adolescentes de 15-19 ans). L'infection est plus fréquente chez les femmes (65% en 2015) ;

- Une augmentation continue du nombre d'infections à gonocoque (62 % entre 2013 et 2015). L'augmentation est plus marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sur la même période comparativement aux hétérosexuels (augmentation de 100% contre 8 %) ;
- Une nette augmentation des cas de syphilis. Le nombre de syphilis précoce a augmenté de 56% chez les HSH entre 2013 et 2015. Chez les hétérosexuels, une augmentation du nombre de cas est aussi observée au cours de la même période (+85% chez les femmes et +75% chez les hommes) ;
- Une augmentation des co-infections IST/VIH (environ un quart de co-infection syphilis/VIH ; 11% de co-infection gonocoque/VIH ; 76% de co-infection LGV/VIH).

En ce qui concerne le VIH, les jeunes de 15-29 ans représentent un quart des découvertes de séropositivité (1432 en 2014) avec une nette augmentation de la part des 15-19 ans. Certains groupes, dont les HSH et les jeunes nés à l'étranger, sont particulièrement affectés. Le nombre de découvertes de séropositivité chez les jeunes HSH a presque doublé en dix ans [14,15].

Pour finir, on dénombre 30 000 diagnostics de séropositivité au virus de l'hépatite B, dont 22% chez les jeunes de 15-29 ans [15].

Devant ces données inquiétantes, les autorités sanitaires ont fait appel au Conseil National du Sida et des Hépatites Virales pour élaborer un rapport sur l'évaluation des dispositifs actuels concernant la prévention des IST à destination



des adolescents. Ce rapport intitulé «*Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*»

[15] dressent les conclusions suivantes :

- des prises de risque plus nombreuses et plus variées, une faible utilisation du préservatif chez les jeunes, ainsi qu'une couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B et le Human PapillomaVirus (HPV) insuffisante ;
- l'absence de coordination entre les organisateurs de l'éducation à la sexualité (Agence Régionale de Santé et rectorats d'académie) ;
- le manque de financements pour soutenir les acteurs de l'éducation à la sexualité (Santé Publique France, opérateurs publiques, intervenants associatifs, médecins généralistes) ;
- en ce qui concerne la prévention, la multiplication de supports d'information numérique sous forme d'application thématique sur smartphone ou d'utilisation des réseaux sociaux, de site d'application ou de rencontre. Ces initiatives sont proposées par le milieu associatif, en complément de l'offre institutionnel ;
- le non-respect de la loi dans les établissements scolaires qui prévoit la réalisation de 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité ;
- l'absence d'évaluation globale de l'éducation à la santé, ni d'enquête sur la sexualité des jeunes ;
- le manque d'exhaustivité des données ne permettant pas l'orientation de la lutte contre les IST par l'absence d'identification de facteurs de risque dans la population adolescente ou de disparités entre régions.

A ce jour, il existe très peu de données actuelles sur l'incidence et la prévalence des IST dans la population sourde et aucune sur la population adolescente sourde française. Les principales données sont issues de population africaine où le système de santé est très différent donc difficilement extrapolable à la situation française. Une revue de la littérature souligne la présence de comportements à risque dans la population sourde en lien avec un manque de connaissance. Toutefois, cet article ne statue pas sur une vulnérabilité propre de la population sourde vis-à-vis du VIH [16].

#### **4 Problématique**

De ces constats, de nombreuses questions peuvent émerger : la prévention des IST touche-t-elle autant la population sourde que la population entendante ? Comment les adolescents sourds s'informent-ils ? Ont-ils accès aux mêmes informations ? Comment orienter la prévention des IST auprès des adolescents sourds ?

#### **5 Question de recherche**

Pour pouvoir orienter au mieux la prévention à destinations des adolescents sourds, il est nécessaire de connaître les sources d'informations qu'ils utilisent et d'identifier celle qu'ils utilisent préférentiellement.

Quelles sont les sources d'informations privilégiées par les adolescents sourds ?

## 6 Objectifs

L'objectif principal est de comparer l'accessibilité des sources d'informations sur les IST au sein des populations adolescentes sourdes et entendants.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer la performance des outils actuels d'information sur les IST en déterminant son adaptabilité au public visé et en proposant des pistes d'amélioration.
- Evaluer l'impact de la maîtrise de la langue des signes sur l'accès à l'information sur les IST en différenciant 2 groupes : un premier groupe d'adolescents sourds ayant vu la LSF avant l'âge de 6 ans inclus en comparaison à un deuxième groupe d'adolescents sourds ayant vu la LSF à partir de 7 ans.
- Evaluer l'impact de l'environnement familial sur l'accès à l'information sur les IST en réalisant deux groupes : un premier groupe comprenant les adolescents sourds dont un membre de la famille au moins est sourd (*parents ou fratrie*) et un deuxième groupe d'adolescents sourds dont aucun autre membre de la famille n'est sourd.

# Matériel et méthode

## 1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique, nationale et comparative entre une population adolescente sourde et entendante par l'intermédiaire d'une enquête par sondage.

## 2 Population étudiée

La population cible de l'étude sont les adolescents sourds français locuteurs de la langue des signes française. Nous avons également inclus une population témoin composée d'adolescents entendants scolarisés dans des établissements formant à la voie professionnelle.

La sélection des classes participantes a été effectuée par les équipes enseignantes en respectant les critères d'inclusion suivants :

- Adolescents de 14 à 19 ans ;
- En établissement dédié à la prise en charge éducative des sourds pour le groupe des adolescents sourds ;
- En formation dans la voie professionnelle (certificat d'aptitude professionnelle, CAP ou baccalauréat professionnel, Bac Pro) pour le groupe des adolescents entendants ;

- Consentement écrit de l'adolescent pour les adolescents majeurs ;
- Consentement écrit de l'adolescent et des représentants légaux pour l'adolescent mineur.

### **3 Lieux d'étude et nombre de centres**

L'enquête s'est déroulée au sein de dix établissements d'enseignement du Nord-Pas-de-Calais et de Paris (4 instituts éducatifs pour jeunes sourds et 6 lycées professionnels). Le milieu professionnel a été choisi pour les entendants afin de rendre comparable le niveau d'éducation.

Nous avons proposé l'étude aux 3 instituts éducatifs pour jeunes sourds du Nord-Pas-de-Calais et à un institut à Paris. Tous ont accepté d'y participer.

Pour permettre le recrutement de la population témoin, l'étude a été proposée à plusieurs lycées professionnels tirés au sort des départements du Nord et du Pas-de-Calais et à Paris. Certains ayant refusé, une nouvelle proposition à d'autres établissements a été réalisée après tirage au sort.

Les établissements ayant accepté de participer à l'étude ont été les suivants :

- centre d'éducation pour jeunes sourds, Arras ;
- institut de réhabilitation de la parole et de l'audition, Ronchin ;
- institut national pour jeunes sourds, Paris ;

- centre régional d'éducation spécialisée pour déficients auditifs, Pont-à-Marcq ;
- 3<sup>e</sup> année du Bac Pro commerce et 3<sup>e</sup> année maintenance automobile et réparation des carrosseries, Université régionale des métiers et de l'artisanat, Arras ;
- 1<sup>re</sup> année CAP coiffure et 1<sup>ère</sup> année CAP employé de commerce multi-spécialité, lycée professionnel Guy Debeyre, Dunkerque
- 1<sup>re</sup> année Bac Pro gestion-administration, lycée professionnel Henri Senez, Hénin-Beaumont ;
- 2<sup>e</sup> année Bac Pro aménagements paysagers, école du Breuil, Paris ;
- 2<sup>e</sup> année de CAP employé de commerce multi-spécialité et 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> année du Bac Pro accueil-relation clients et usagers, lycée professionnel Saint François D'Assise, Roubaix ;
- 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> année de CAP préparation et réalisation d'ouvrages électriques, lycée professionnel Jacques Durand, Saint-Omer.

#### **4 Choix de la taille de l'échantillon**

Dans notre revue de la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude faisant état des sources d'informations utilisées par des adolescents sourds français, d'où l'originalité de notre étude. Nous souhaitons obtenir un échantillon suffisant pour dresser un état des lieux dans la population sourde et évaluer l'impact de certains facteurs sur leurs réponses (âge d'accès à la LSF et environnement familial). Ainsi,

un effectif de 100 adolescents a été défini chez les sourds. Afin de maximiser la puissance des tests statistiques entre la population sourde et entendante, le même effectif a été défini dans la population entendante.

Ce nombre n'a pu être atteint dans la population sourde malgré la participation de l'ensemble des instituts éducatifs pour jeunes sourds au cours de la période de recrutement définie. Ainsi, notre population est composée de 70 adolescents sourds et 71 adolescents entendants.

## **5 Durée de l'étude**

La période de recrutement s'est étalée entre le 06/12/2016 et le 28/04/2017.

## **6 Modalités de recueil des données**

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire version papier.

Les questionnaires ont été remplis lors d'intervention dans les classes. L'investigateur a assuré l'ensemble des interventions et a été accompagné d'un interprète français langue des signes diplômé dans les instituts pour sourds.

L'intervention s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, le remplissage du questionnaire entre 15 à 30 minutes. Puis dans un second temps, une sensibilisation à la prévention sur les IST durant 1h30 environ. Pour le lycée professionnel Saint François d'Assise de Roubaix la durée de la sensibilisation a été raccourcie. L'intervention n'a duré qu'une heure.

## **7 Questionnaire**

Deux versions du questionnaire ont été élaborées : une à destination des entendants contenant 22 questions, l'autre à destination des sourds contenant 31 questions. Dans les 2 cas, les questionnaires étaient anonymes.

Les questions étaient toutes fermées, soit à choix unique, soit à choix multiple.

Le questionnaire comprenait tout d'abord des questions générales sur le sexe, l'âge, l'environnement familial et la maîtrise de la langue des signes chez les sourds. Ensuite, il a été divisé en 4 parties.

## **8 Critère de jugement**

### **8.1 Critère de jugement principal**

Nous avons choisi un critère composite incluant l'accès à une information sur les IST, l'âge du premier contact avec une information sur les IST, la possibilité de discuter des IST, l'évaluation de la diversité des sources d'information, de la connaissance des sources d'information et des pratiques de recherche pour acquérir des informations sur les IST. La mesure de ce critère s'est effectuée par une analyse descriptive des taux relatifs à chaque modalité de réponses données par les populations sourdes et entendants, les questions étant principalement d'ordre qualitatif.



## **8.2 Critères de jugements secondaires**

Pour évaluer la performance des outils actuels d'information sur les IST, nous avons interrogé les deux échantillons sur l'adaptabilité des supports d'information et sur les pistes d'amélioration à réaliser.

Pour évaluer l'impact de la LSF et de l'environnement familial sur l'accessibilité des informations sur les IST, nous avons appliqué le critère composite incluant l'accès à une information sur les IST, l'âge du premier contact avec une information sur les IST, la possibilité de rediscuter des IST, l'évaluation de la diversité des sources d'information, de la connaissance des sources d'information et des pratiques de recherche pour acquérir des informations sur les IST.

## **9 Traitements des données**

Les données nécessaires à l'étude ont été stockées sur une base de données Microsoft Excel créée exclusivement pour l'étude et selon le respect des bonnes pratiques cliniques. Seules les personnes autorisées ont pu accéder aux données contenues dans la base de données, le fichier a été protégé par un mot de passe sécurisé à 8 caractères incluant au moins une minuscule, une majuscule, un chiffre et un symbole.

La base des données de l'étude sera la propriété du promoteur Groupement des hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL). La présentation des résultats du traitement de données ne peut en aucun cas permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées. Toutes les données relatives à la recherche

n'ont en aucun cas été transmises à un tiers. Cette base a été constituée par M Thomas Sahnoun en suivant les recommandations du biostatisticien.

## **10 Analyse statistique**

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R (version 3.4).

Une analyse descriptive des données a tout d'abord été réalisée au sein de chaque groupe (sourds versus entendants) : les moyennes et écart-types ont été calculés pour les variables quantitatives, les effectifs et fréquences pour les variables qualitatives.

Des analyses bivariées ont ensuite été réalisées. Les groupes d'adolescents sourds versus entendants ont été comparés par des tests de comparaison de moyennes/médianes (test t de Student en cas de normalité, de Mann-Whitney-Wilcoxon sinon) et de proportions (Khi-2 ou Fisher en fonction des effectifs). De la même manière, les sous-groupes d'adolescents sourds avec au moins un membre de leur famille sourd parmi les parents ou leur fratrie versus les adolescents sourds issus de famille exclusivement entendante, et les sous-groupes adolescents sourds ayant vu la LSF de la naissance à 6 ans inclus versus les adolescents ayant vu la LSF après 6 ans ont été comparés par les mêmes tests.

Le seuil de significativité est de 5%.

L'analyse a été réalisée par la cellule de biostatistiques du Département de Recherche Médicale du GHICL.

## **11 Considérations éthiques**

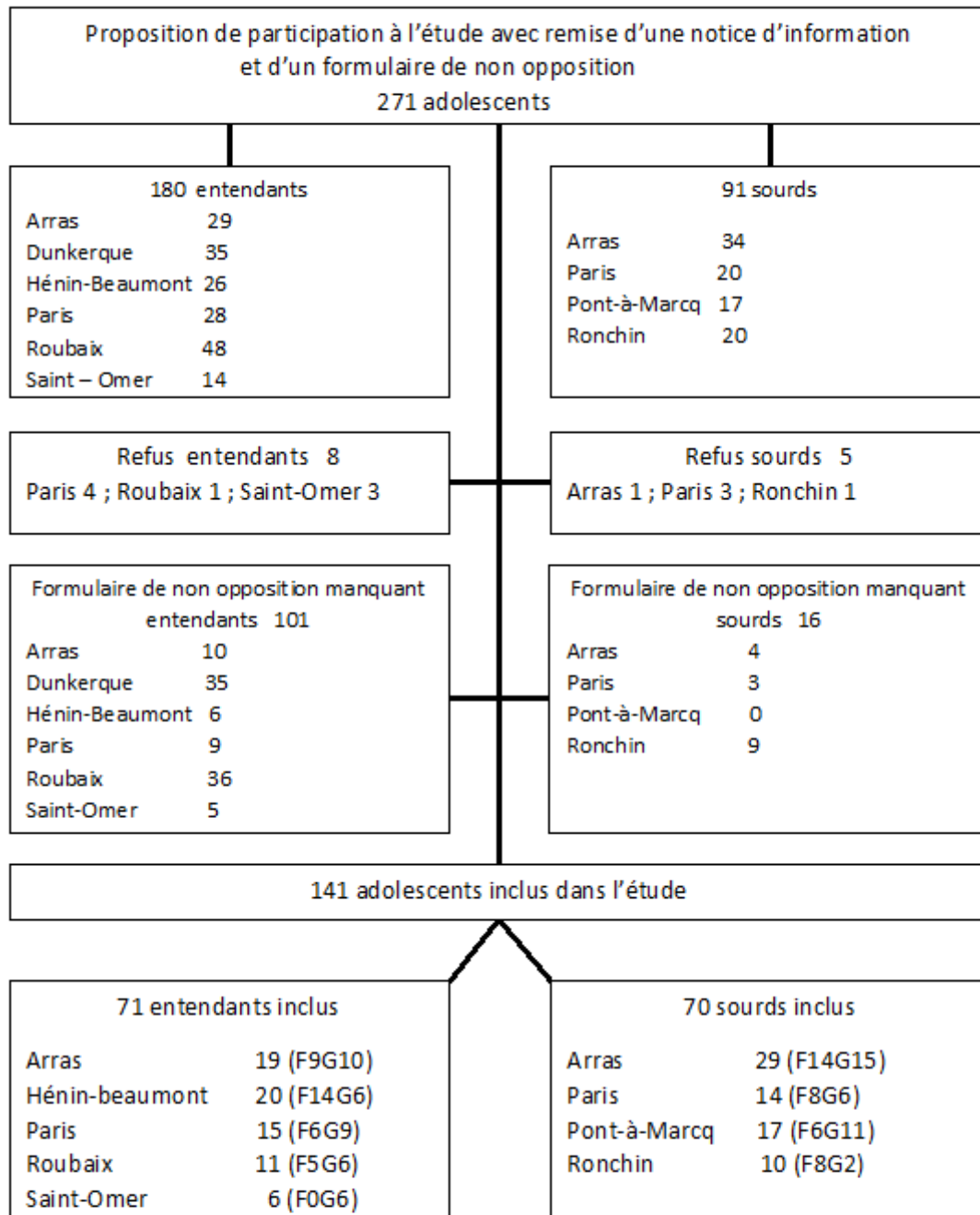
Le protocole de l'étude a été soumis le 18 octobre 2016 au Comité Interne d'Ethique de la Recherche Médicale (CIER) du GHICL. Un avis favorable a été rendu par le CIER le 18/10/2016.

Un accord écrit a été obtenu par le recteur de l'académie de Lille pour réaliser l'enquête qui a été suivie d'une séance de sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles auprès des adolescents. Ces derniers ont reçu par le biais de l'infirmière scolaire ou de l'intervenant social une lettre d'information ainsi qu'un formulaire de non opposition à remettre avant la réalisation de l'enquête lors des séances dédiées. Pour les adolescents mineurs, un formulaire de non opposition devait être également complété par les représentants légaux. En cas de refus, l'adolescent pouvait quand même assister à la sensibilisation relative aux IST.

# Résultats

## 1 Description générale de l'effectif de l'étude (voir figure 1)

Figure I. Diagramme de flux des adolescents inclus dans l'étude



**Légende :** Les données sont exprimées en localisation de l'établissement scolaire et nombre d'adolescents interrogés. F Fille et G Garçon ; exemple Arras 19 (F9G10) établissement situé à Arras 19 adolescents interrogés dont 9 filles et 10 garçons

## 2 Caractéristiques de la population étudiée

Les deux populations étudiées sont comparables en nombre et ne se différencient pas significativement sur les critères d'âge ou de sexe. Le sexe ratio (masculin/féminin) de la population étudiée est estimé à 1,14. Par contre, les deux populations se distinguent sur le taux de remplissage correct du questionnaire et le lieu de vie. Les données chiffrées sont détaillées dans le tableau 1.

<b>Tableau I : caractéristiques de la population</b>			
	<b>Sourds</b>	<b>Entendants</b>	<b>p-valeur</b>
Nombre d'individus	70	71	/
Sexe (Féminin)	34 (48.6%)	32 (45.1%)	0.8
Sexe (Masculin)	36 (51,4%)	39 (54,9%)	
Age	17.2 ± 1.3	17.3 ± 1.3	0.78
En semaine, dort :			<b>&lt;0.0001</b>
<i>A la maison</i>	16 (23.2%)	64 (90.1%)	
<i>A l'internat</i>	50 (72.5%)	0 (0%)	
<i>Autres</i>	3 (4.3%)	7 (9.9%)	
<i>NA</i>	1	/	
Taux de remplissage correct du questionnaire	41 (58,6%)	59 (83,1%)	
<b>Chez les sourds uniquement</b>			
Parents sourds	8 (11.4%)	/	/
Frères ou sœurs sourds	17 (24.3%)	/	/

<b>Tableau I : caractéristiques de la population (suite)</b>			
	<b>Sourds</b>	<b>Entendants</b>	<b>p-valeur</b>
<b>Chez les sourds uniquement</b>			
Age de vision de la LSF la 1 <sup>ère</sup> fois	6.1 ± 3.6	/	/
Fréquence d'utilisation de la LSF :		/	/
<i>Tous les jours</i>	40 (57.1%)		
<i>Plusieurs fois/semaine</i>	26 (37.1%)		
<i>1 ou 2 fois/mois</i>	0 (0%)		
<i>Plus rare</i>	4 (5.7%)		
<b>Chez les entendants uniquement</b>			
Est sourd et appareillé	/	0 (%)	/

*Légende : les valeurs sont effectifs (proportions) et valeur médiane ± écart-type.  
NA représente les valeurs manquantes*

### **3 Difficulté d'accès à l'information sur les IST**

Les résultats de l'enquête révèlent une difficulté d'accès à l'information sur les IST dans le groupe des adolescents sourds locuteurs de la LSF comparativement aux adolescents entendants du même âge. Plusieurs éléments appuient ce propos.

Parmi les adolescents interrogés 17,1% n'ont jamais entendu parler des IST. La différence est significative avec les adolescents entendants qui ont tous entendu parler des IST. Ils sont également moins nombreux à déclarer avoir réabordé le sujet des IST. La possibilité de reparler des IST est 27,4% moins fréquente chez les adolescents sourds que chez les adolescents entendants avec

une différence significative ( $p=0,0009$ ) entre les 2 groupes interrogés (*se rapporter au Tableau II*).

<b>Tableau II : difficultés d'accès à l'information sur les IST</b>			
	<b>Sourds</b>	<b>Entendants</b>	<b>p-valeur</b>
A déjà entendu parler des IST	58 (82.9%)	71 (100%)	<b>0.0008</b>
Si oui, à l'âge de <i>NA</i>	13.9 ± 2.1 /	13.2 ± 1.9 1	<b>0.02</b>
A eu l'occasion de reparler des IST depuis la 1 <sup>ère</sup> information	38 (54,3%)	58 (81,7%)	<b>0,0009</b>

*Légende : les valeurs sont effectifs (proportions) et valeur médiane ± écart-type.  
NA représente les valeurs manquantes.*

On retrouve aussi une plus grande difficulté à trouver des informations sur les IST dans le groupe des adolescents sourds de manière significative ( $p=0,002$ ) comparativement aux entendants. Sur la totalité des adolescents ayant réalisé une recherche individuelle sur les IST, seul 1 adolescent entendant a été confronté à une difficulté contre 11 adolescents sourds. Enfin, l'âge moyen de la première information sur les IST est plus élevé significativement dans la population sourde ( $13,9 \pm 2,1$ ) par rapport aux entendants ( $13,2 \pm 1,9$ ) (*voir Tableau III*).

Par contre, l'initiative personnelle de la recherche est comparable dans les deux groupes concernant la recherche d'information sur les IST. Il n'a pas été possible de démontrer une différence dans la recherche sur les traitements contre les IST bien que le pourcentage soit plus élevé dans le groupe des adolescents entendants que celui des adolescents sourds (21,4% contre 10%) (*voir Tableau III*).

<b>Tableau III : évaluation de l'activité de recherche et difficultés rencontrées</b>			
	<b>Sourds</b>	<b>Entendants</b>	<b>p-valeur</b>
A déjà recherché, seul, des informations sur les IST	20 (29%)	20 (28,2%)	1
Si oui, a eu du mal à trouver les informations	11 (55%)	1 (5%)	<b>0,002</b>
Si oui, a eu du mal à comprendre les informations trouvées	12 (60%)	1 (5%)	<b>0,0004</b>
A déjà recherché des informations sur le traitement des IST	7 (10%)	15 (21,4%)	0,1
NA	/	1	

*Légende : Les valeurs sont effectifs (proportions). Les valeurs sont basées sur des effectifs de 70 adolescents sourds et 71 adolescents entendants. NA représente les valeurs manquantes.*

#### **4 Frein à l'acquisition de l'information sur les IST**

Aux difficultés d'accès à l'information se rajoutent des freins à l'acquisition des informations sur les IST dans la population adolescente sourde.

Ainsi, on constate une méconnaissance des principaux sites internet institutionnels sur la prévention des IST dans la population adolescente sourde. Seuls 2,9% d'entre eux connaissent au moins 3 sites internet sur une liste de 6 adresses URL proposés alors que ce pourcentage s'élève à 21,1% chez les adolescents entendants. Les adolescents sourds sont 61,4% à déclarer en connaître aucun contre seulement 40,8% chez les adolescents entendants. Lorsqu'on analyse



les deux groupes, les sourds déclarent connaître statistiquement moins de sites internet sur la prévention des IST que les entendants de manière significative ( $p=0,005$ ) (*se rapporter au Tableau IV*).

De plus, les résultats de l'étude montrent que le constat est identique sur la connaissance des lieux d'information sur les IST. A la question « Quels sont les lieux où tu pourrais trouver une information sur les IST dans la liste suivante ? », la sélection des 3 lieux d'information sur les 5 lieux cités n'a été réalisée correctement que pour 4,3% des adolescents sourds contre 42,3% des adolescents entendants. Les adolescents sourds sont également moins nombreux à avoir identifié le centre de dépistage et le planning familial comme des lieux d'information sur les IST comparativement aux entendants (*se référer au Tableau IV*).

A cela s'ajoute une difficulté à comprendre les informations trouvées. Sur l'ensemble des adolescents ayant réalisé une recherche sur les IST, 12 adolescents sourds déclarent avoir eu du mal à comprendre les informations trouvées contre 1 adolescent entendant.

Par contre, discuter de sexualité n'est pas un frein à l'acquisition d'informations sur les IST puisque 61 adolescents sur les 70 adolescents sourds interrogés déclarent avoir déjà parlé de sexualité. Il n'y a pas de différence avec le groupe des adolescents entendants. Parmi les 7 adolescents sourds n'ayant jamais discuté de sexualité, 4 évoquent le manque d'envie, 4 autres la gêne à parler de sexualité et 1 considère le sujet comme tabou.

<b>Tableau IV : lieux d'information et sites internet</b>			
	<b>Sourds</b>	<b>Entendants</b>	<b>p-valeur</b>
Connait les lieux où trouver des informations sur les IST (dans la liste proposée)	3 (4.3%)	30 (42.3%)	<b>&lt;0.0001</b>
<i>Planning familial coché</i>	22 (32.4%)	54 (76.1%)	<b>&lt;0.0001</b>
<i>Centre de dépistage coché</i>	17 (24.6%)	61 (85.9%)	<b>&lt;0.0001</b>
Connaissance des sites internet (dans la liste proposée) :			<b>0.005</b>
Aucun	43 (61.4%)	29 (40.8%)	
1 site	15 (21.4%)	15 (21.1%)	
2 sites	10 (14.3%)	12 (16.9%)	
≥ 3 sites	2 (2.9%)	15 (21.1%)	
Les connait tous	0 (0%)	0 (0%)	

*Légende : Les valeurs sont effectifs (proportions). Les valeurs sont basées sur des effectifs de 70 adolescents sourds et 71 adolescents entendants.*

## **5 Sources d'informations sur les IST sélectionnées par les adolescents**

Le premier vecteur de l'information sur les IST est l'école dans les deux groupes interrogés. L'école est désignée majoritairement par les adolescents sourds à 76,9% comme le dispensateur initial de l'information sur les IST. La comparaison entre les deux groupes sur la modalité d'information initiale sur les IST est marquée également par la très faible proportion des supports matériels comme source d'information pour les adolescents sourds (*voir figure II*).

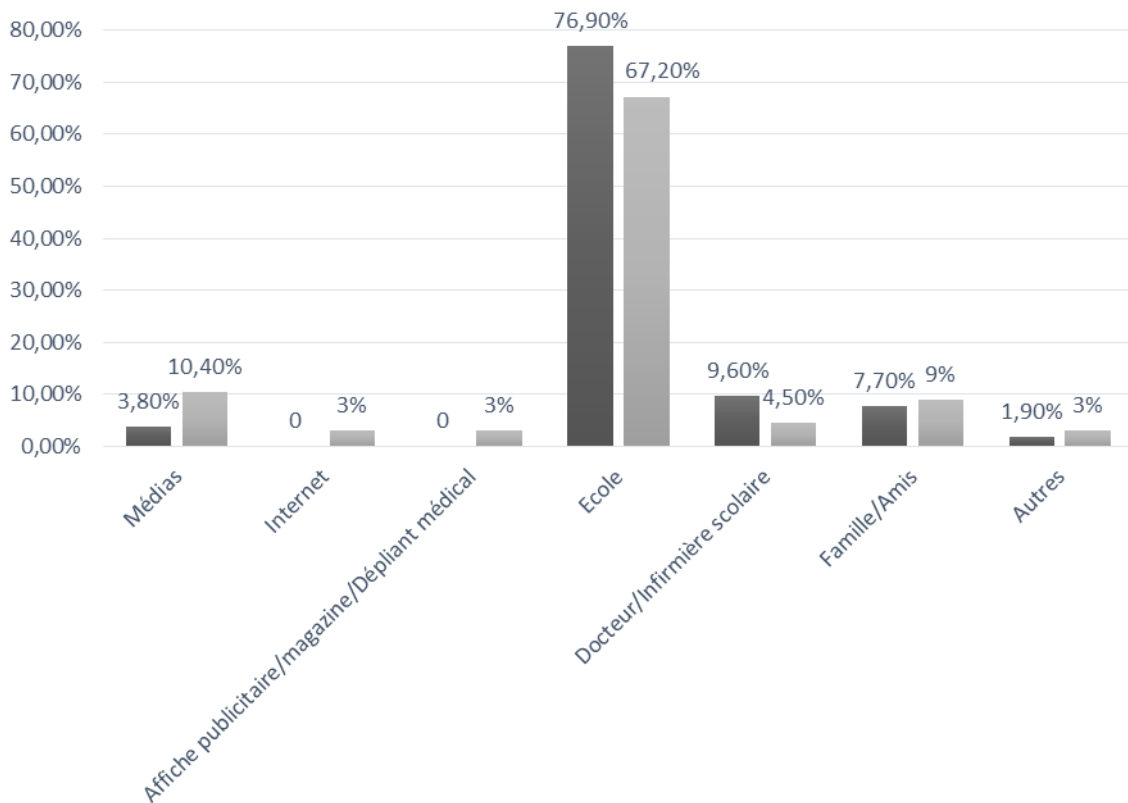


Figure II. Premier vecteur d'information  
 "Comment as-tu eu des informations sur les IST la première fois?"

Légende : ■ Sourds ■ Entendants

La différence n'est pas significative p-valeur = 0,45  
 Il y a 6 valeurs manquantes dans le groupe sourd et 4 dans le groupe entendant

Lorsqu'on les interroge sur la manière dont ils ont eu une information sur les IST la première fois, les adolescents entendants citent d'abord les médias pour 10,4% d'entre eux contre 3,8% chez les adolescents sourds. Puis, ils citent internet et les affiches publicitaires/magazine/dépliant médical à égalité pour 3% d'entre eux alors qu'aucun adolescent sourd ne cite ces supports (voir figure II).

Si l'on s'intéresse au premier interlocuteur, le professeur ressort à 47,2% dans la population sourde adolescente alors qu'il n'est évoqué dans la population entendant pour 21,7% des adolescents. Le professeur arrive en seconde position dans la population entendant, derrière les parents. Ils sont désignés comme premier interlocuteur pour 23,2% des adolescents entendants. La différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative lorsqu'on compare ces résultats sur le premier interlocuteur (voir figure III).

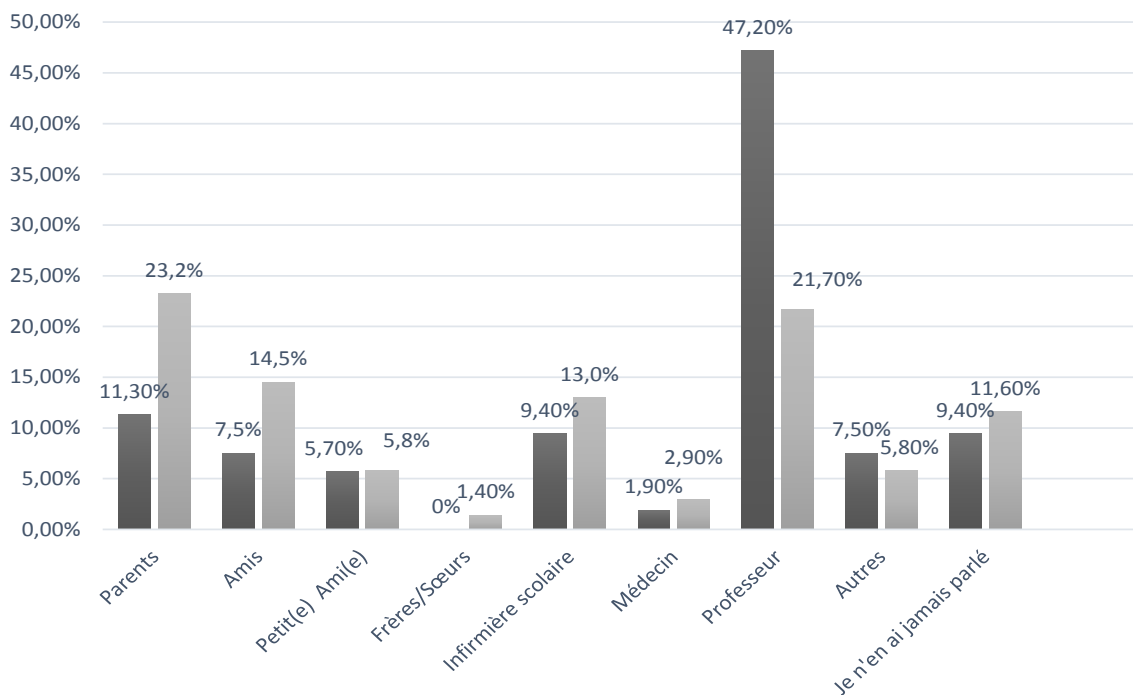


Figure III. Premier interlocuteur  
**"Avec qui as-tu discuté des IST la première fois?"**

Légende : ■ Sourds ■ Entendants

La différence n'est pas significative p-valeur = 0,18  
 Il y a 5 valeurs manquantes dans le groupe sourd et 2 dans le groupe entendant

Toutefois, l'analyse de la répartition des résultats montre une multiplicité d'interlocuteurs cités dans la population entendante ; contrairement à la population sourde qui désigne majoritairement le professeur. On note également que le médecin n'est cité comme premier interlocuteur sur les IST qu'une fois dans la population sourde et deux fois dans la population entendante.

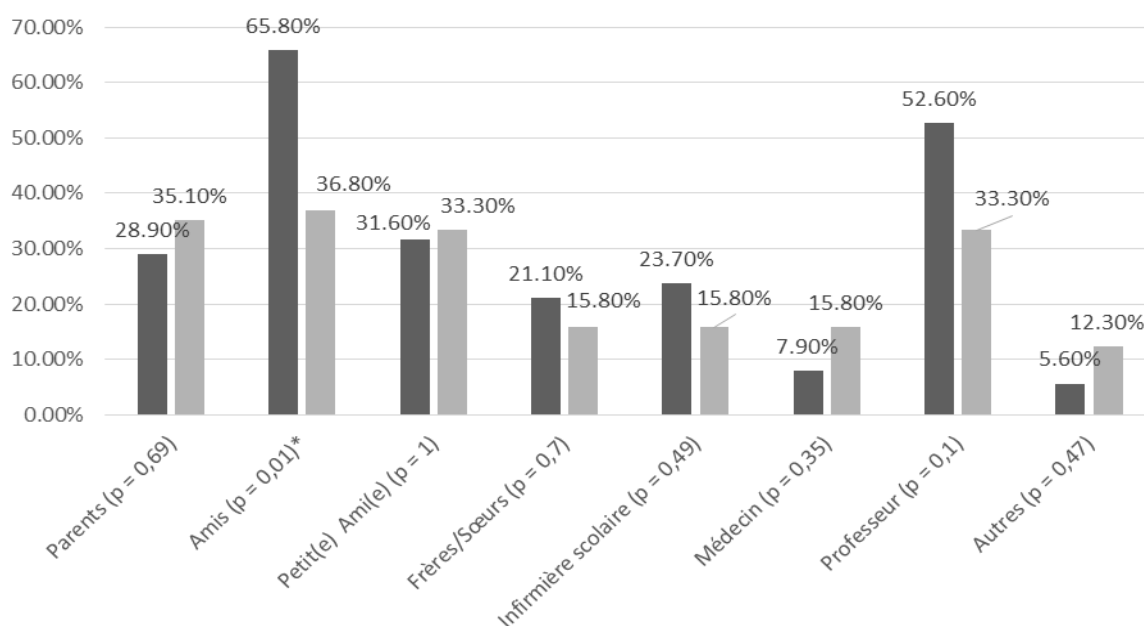


FIGURE IV. Référent régulier  
*"Avec qui discutes-tu des IST le plus souvent?"*

Légende : ■ Sourds ■ Entendants

Les valeurs sont basées sur des effectifs d'adolescents de 70 sourds et 71 entendants

\* différence significative (p = 0,01)

Cette fois-ci, si l'on questionne les adolescents sur la personne avec qui ils discutent le plus souvent des IST, les amis et le professeur ressortent comme référents réguliers pour la population sourde. La différence est significative avec les entendants pour la proposition les amis (cités à 65,8% par les sourds et 36,8% pour

les entendants avec  $p=0,01$ ). Elle ne l'est pas pour la proposition professeur. Les principales propositions citées dans le groupe entendant par ordre décroissant sont les amis (36,8%), parents (35,1%), petit(e) ami(e) (33,3%) et professeur (33,3%) (se rapporter à la figure IV).

En ce qui concerne les habitudes de recherche sur internet, les adolescents sourds sollicitent moins, de façon significative, les forums, les blogs et les sites d'informations médicaux que les adolescents entendants. La comparaison des réponses, se rapportant à l'utilisation des vidéos en ligne et des réseaux sociaux, ne permet pas de conclure (se rapporter au Tableau V).

<b>Tableau V : Habitudes de recherche sur internet pour s'informer sur les IST</b>			
<i>« Quand tu fais une recherche sur internet sur les IST, tu choisis ? »</i>			
<b>Média sélectionné</b>	<b>Sourds</b>	<b>Entendants</b>	<b>p-valeur</b>
<b>- réseaux sociaux</b>			<b>0.3</b>
<i>Jamais</i>	51 (73.9%)	60 (84.5%)	
<i>Rarement</i>	13 (18.8%)	7 (9.9%)	
<i>Souvent</i>	3 (4.3%)	1 (1.4%)	
<i>Très souvent</i>	2 (2.9%)	3 (4.2%)	
<i>NA</i>	1	/	
<b>- forums</b>			<b>0.02</b>
<i>Jamais</i>	63 (92.6%)	53 (74.6%)	
<i>Rarement</i>	3 (4.4%)	12 (16.9%)	
<i>Souvent</i>	2 (2.9%)	5 (7%)	
<i>Très souvent</i>	0 (0%)	1 (1.4%)	
<i>NA</i>	2	/	

<b>Tableau V : Habitudes de recherche sur internet pour s'informer sur les IST (suite)</b>			
<i>« Quand tu fais une recherche sur internet sur les IST, tu choisis ? »</i>			
<b>Média sélectionné</b>	<b>Sourds</b>	<b>Entendants</b>	<b>p-valeur</b>
<b>- blogs</b>			<b>0,005</b>
<i>Jamais</i>	66 (97.1%)	57 (80.3%)	
<i>Rarement</i>	0 (0%)	7 (9.9%)	
<i>Souvent</i>	2 (2.9%)	5 (7%)	
<i>Très souvent</i>	0 (0%)	2 (2.8%)	
<i>NA</i>	2	/	
<b>-vidéo en ligne</b>			0.18
<i>Jamais</i>	47 (68.1%)	51 (71.8%)	
<i>Rarement</i>	17 (24.6%)	9 (12.7%)	
<i>Souvent</i>	4 (5.8%)	8 (11.3%)	
<i>Très souvent</i>	1 (1.4%)	3 (4.2%)	
<i>NA</i>	1	/	
<b>- sites d'information médicale</b>			<b>0.03</b>
<i>Jamais</i>	53 (75.7%)	47 (66.2%)	
<i>Rarement</i>	13 (18.6%)	10 (14.1%)	
<i>Souvent</i>	1 (1.4%)	10 (14.1%)	
<i>Très souvent</i>	3 (4.3%)	4 (5.6%)	

*Légende : les valeurs sont effectifs (proportions). NA représente les valeurs manquantes*

Lorsqu'on interroge les adolescents sourds sur leurs préférences en matière d'information sur les IST, ils sont 87,1% à déclarer qu'ils jugent important d'avoir des informations en LSF et 64,3% à souhaiter que la personne qui les informe soit sourde. De même, ils privilégient le support vidéo pour 64,3% d'entre eux par rapport à un texte explicatif accompagnés d'images. Quant à eux, les adolescents entendants choisissent à 83,1% la vidéo si on leur donnait leur choix face à un texte

accompagné d'images pour leur expliquer les IST. Et, quand il s'agit de poser une question, les adolescents sourds préfèrent majoritairement signer en LSF (54,1%) ou utiliser l'oral (34,4%) que l'écrit (11,5%). Les réponses des entendants se répartissent en 59,2% à préférer poser une question à l'oral contre 40,5% à le faire par l'écrit.

Enfin, les adolescents sourds expriment un plus grand sentiment d'être laissés pour compte par les autorités sanitaires. Ils ne sont que 62,9% à penser qu'il existe des sources d'information adaptées pour les jeunes et 39,1% à penser qu'il existe des sources d'information adaptées pour les sourds. La différence est significative avec les entendants ( $p=0,003$ ) qui pensent à 85,9% qu'il existe des informations adaptées pour les jeunes.

## **6 Impact de la LSF**

L'analyse comparative des réponses données par les deux groupes (vision de la LSF la première fois de la naissance jusqu'à 6 ans inclus par opposition à la vision de la LSF la première fois après 6 ans) n'a pas fait ressortir de différence statistiquement significative.

Toutefois, des différences existent si on compare les données brutes. Les adolescents ayant été en contact avec la LSF plus précocement ont un âge moyen d'accès à l'information sur les IST plus faible ( $13,6 \pm 2,2$ ) que les adolescents ayant vu la LSF après 6 ans ( $14,6 \pm 1,6$ ). La proportion d'adolescents ayant reçu une information initiale sur les IST est supérieure de 10,7% dans le groupe ayant vu la LSF avant 6 ans par rapport aux adolescents ayant vu la LSF après 6 ans.



De même, la récurrence d'une discussion sur les IST est supérieure de 20,2% dans le groupe des adolescents sourds ayant vu la LSF avant 6 ans comparativement aux adolescents ayant vu la LSF après 6 ans.

De plus, les adolescents ayant vu la LSF avant 6 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir réalisé une recherche individuelle et moins nombreux à déclarer avoir des difficultés à comprendre les informations trouvées. La difficulté à trouver des informations est identique dans les 2 sous-groupes.

Par contre, il n'y a pas de différence dans la connaissance des sites internet et des lieux d'informations sur les IST, ni sur la sélection d'un support spécifique pour réaliser une recherche sur internet. Concernant les personnes ressources, on constate dans les deux groupes la place prépondérante du professeur comme premier interlocuteur et la désignation des amis et professeur comme interlocuteurs principaux.

## **7 Impact de l'environnement familial**

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (aucun membre de la famille n'est sourd par opposition à au moins un membre de la famille est sourd).

L'analyse des données chiffrées retrouvent :

- un âge moyen plus élevé d'accès à l'information dans le groupe d'adolescents sourds dont aucun membre de la famille n'est sourd.

- L'école est désignée majoritairement comme le vecteur de la première information reçue sur les IST dans les 2 groupes. L'école est plus citée dans le groupe de sourds de famille exclusivement entendante en comparaison avec les sourds dont un membre de la famille est sourd. La différence est de 23,8% entre les deux groupes.
- La sollicitation plus importante du cercle amical comme référent régulier chez les adolescents sourds de famille exclusivement entendante.
- Une sollicitation plus importante du personnel médical et scolaire pour s'informer sur les IST chez les adolescents sourds issus d'une famille dont au moins un membre est sourd comparativement aux adolescents sourds issus d'une famille entendante exclusivement.

# Discussion

## **1 Principaux résultats et implications**

Les résultats de l'étude montrent que les adolescents sourds locuteurs de la LSF privilégient leurs professeurs et leurs amis pour s'informer sur les IST. Les adolescents sourds confèrent ainsi un rôle de personne ressource à leurs professeurs puisqu'ils sont les premiers interlocuteurs avec lesquels ils ont pu parler des IST. Ils les désignent également comme les référents réguliers pour rediscuter des IST. Quant à leurs amis, ils les désignent comme référents réguliers en première position, avant même le professeur. Ils soulignent par ce choix l'importance de la transmission par les pairs dans la communauté sourde en matière d'éducation à la santé. Ce constat est renforcé par le phénomène d'identification à l'interlocuteur lors de la transmission d'une information. Les adolescents sourds interrogés considèrent qu'il est important d'avoir une personne sourde maîtrisant la LSF, pour les informer sur les IST.

L'analyse des données issues de l'enquête révèle également que l'école est la principale source d'information sur les IST dans les deux groupes. Toutefois, l'école n'est perçue comme le vecteur initial de l'information aux IST que chez les sourds. L'étude nous indique que les entendants ont la possibilité d'entrer en contact avec une information sur les IST par des moyens plus variés que les sourds. Ils citent plus souvent leurs parents ayant fourni la première information sur les IST. Ils citent également les médias (télévision), les affiches publicitaires, magazines, dépliants médicaux alors qu'aucun sourd dans l'étude n'a déclaré avoir été informé par ces supports.

Ce travail met aussi en évidence une difficulté d'accès à l'information sur les IST dans la population adolescente sourde comparativement aux adolescents entendants. Ce constat repose sur deux explications :

- manque de supports adaptés à destination des adolescents sourds.

Les sourds interrogés dans l'étude sont moins nombreux que les entendants à estimer qu'il existe des sources d'information sur les IST adaptées aux adolescents. Et, ce pourcentage est encore plus faible lorsque nous leur posons la même question sur l'existence de sources d'informations adaptées spécifiquement aux sourds. Autre particularité, il apparaît clairement qu'en matière de support d'information leurs préférences vont aux informations en LSF et sous forme de vidéo bien plus qu'aux supports écrits en français. Ils préfèrent aussi utiliser la LSF à l'écrit ou l'oral pour formuler leurs questions. Les autorités sanitaires françaises créent des supports d'information en LSF mais ceux-ci restent minoritaires ; et le nombre d'interlocuteurs associatifs et médicaux connaissant la LSF et la culture sourde en France est très faible.

- un niveau de littératie en santé sexuelle plus faible dans la population adolescente sourde.

La littératie en santé est définie par le professeur Stefan Van de Broucke comme l'ensemble des activités qui « impliquent la connaissance, la motivation et les compétences d'un individu pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer des informations de santé afin de juger et prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé » [17]. Même s'il existe des sites internet officiels et des lieux d'information, les adolescents sourds les connaissent peu. Si nous comparons avec la population

entendante, la proportion d'adolescents sourds connaissant les sites internet et les lieux d'information sur les IST est significativement plus faible. Le plus faible niveau de littératie se traduit aussi dans l'étude par une proportion plus grande d'adolescents sourds ayant des difficultés à trouver des informations et à les comprendre. En revanche, l'initiative de la recherche sur les IST est faible et identique dans les deux groupes sourd et entendant.

L'évaluation de l'impact de la maîtrise de la LSF sur l'accès à l'information sur les IST n'a pas été concluante. Afin d'en mesurer l'impact, nous avons divisé le groupe d'adolescents sourds en deux sous-groupes et avons comparé leurs réponses aux questionnaires. Les deux sous-groupes opposent des adolescents ayant eu accès à la LSF avant 6 ans à ceux y ayant eu accès après l'âge de 6 ans. La taille insuffisante des échantillons ne permet pas l'obtention de résultats statistiquement significatifs. L'étude montre cependant une plus grande difficulté d'accès à l'information et le recours plus massif à leurs amis et professeurs pour s'informer chez les adolescents ayant eu accès tardivement à la LSF. Il en est de même lorsque nous avons comparé les adolescents issus de famille sourde (au moins un membre de la famille était sourd) à ceux issus de famille entendante (aucun membre de la famille n'était sourd). Ces constats nous ont amenés à comparer les résultats obtenus dans ces deux sous-groupes (accès tardif à la LSF et adolescents issus de famille entendante) à ceux de la population sourde initiale. Nous pouvons alors conclure une tendance à l'amplification dans ces deux sous-groupes des particularités mises en évidence dans la population sourde pour s'informer.

Nous ne pouvons donc pas affirmer que la maîtrise de la LSF et la présence d'un environnement familial sourd, par le biais d'une transmission d'information intra-familiale, favorisent les connaissances sur les IST.

## **2 Analyse de la littérature**

Nous pouvons nous appuyer sur d'autres études pour conforter la validité de nos résultats.

Notamment, des conclusions similaires aux nôtres ont été trouvées dans l'étude de Robin G. Sawyer [18] réalisée auprès de 305 étudiants universitaires âgés de 18 ans et plus. Les chercheurs ont distribué un questionnaire de 76 items sur les connaissances et comportements sexuels ainsi que les sources d'information à la santé sexuelle. Ils ont comparé ensuite les réponses obtenues entre un groupe d'entendants et un second groupe de sourds et malentendants.

Les étudiants universitaires entendants déclaraient solliciter principalement le médecin pour s'informer alors que les sourds locuteurs de la langue des signes américaine privilégiaient leurs amis, les affiches, les ateliers de prévention et le réseau VAX (réseau informatique de communication par échange de messages électroniques) pour obtenir des informations en santé sexuelle. Pour expliquer le non-recours au médecin dans le groupe des étudiants sourds et malentendants, les auteurs émettent l'hypothèse de la barrière communicationnelle entre soignant et soigné ; qui engendrerait frustration, gêne et un échange limité.

Il en est de même dans l'étude de Bat-Chava [19], réalisée à partir d'entretiens auprès de 134 participants sourds et malentendants de l'état de New-York ; dont 24 adolescents de 15 à 21 ans. L'analyse des verbatims montrent que les

sources d'information sur le VIH/SIDA diffèrent selon l'âge. Pour la plupart des participants de 20 à 30 ans, l'université est citée comme source d'information alors que les participants plus âgés disent avoir acquis une information par le biais de la télévision, des journaux et des amis.

Tous les adolescents interrogés ont acquis leurs connaissances sur le VIH/SIDA grâce aux cours de biologie. En outre, ils rapportent avoir reçu de l'information par leurs parents, d'autres membres de leur famille ou des amis. La plupart des adolescents rapportent privilégier leurs proches du même âge lorsqu'il s'agit de discuter de sexualité.

Et, lorsqu'on réclame leurs opinions sur des pistes d'amélioration des supports éducatifs, la majorité convient que les supports devraient être plus visuels avec moins de texte. La plupart pensent que l'éducation sur le VIH/SIDA devrait être diffusée en langue des signes. Ils pensent, également, qu'une personne maîtrisant la langue des signes gère la réalisation d'ateliers d'éducation au sein de petits groupes de personnes.

En France, l'enquête du baromètre santé sourds et malentendants 2011-2012 [8] s'est penchée sur les modalités et les attentes vis-à-vis de l'information sur la santé auprès de la population sourde et malentendante de 15 à 85 ans. Le sondage a été réalisé auprès de 2994 participants dont 900 pratiquaient la LSF. L'échantillon était essentiellement composé de personnes devenues sourdes avant 60 ans avec une sous-représentation de la tranche d'âge 15-24 ans.

Les données recueillies montrent que les sources d'informations sur la santé sont constituées par ordre décroissant par : les professionnels de santé (58,2%), internet (51,3%) et la famille, amis, collègues (41,1%) dans la population sourde pratiquant la LSF.

Les répondants se sentent bien informés en général sur les IST (68,1% des sondés déclarent être très bien ou bien informés sur les IST autres que le VIH/SIDA). Toutefois, l'étude signale que le sentiment d'être moins bien informé est corrélé avec la survenue précoce d'une surdité.

Le souhait d'une information en santé est estimé à 35,8% de l'ensemble de la population interrogée. Le besoin d'information augmente avec les difficultés de lecture et la survenue de troubles de l'audition avant 16 ans. Ce besoin est également associé au sentiment d'être moins bien informé. Sur les 15 thèmes d'information sur la santé les plus demandés, les IST arrivent en 4<sup>e</sup> position ; bien avant la surdité (14<sup>e</sup>).

Dans leur quotidien, les sourds pratiquant la LSF peuvent avoir recours à un tiers pour communiquer avec le médecin. Dans six cas sur dix ils font appel à l'aide d'un proche et pour un quart à un interprète. Cette situation constitue parfois un frein aux soins, et, donc à l'accès à l'information. La moitié des personnes concernées déclarent avoir renoncé à des soins à cause de la gêne occasionnée.

Enfin, l'étude originale menée par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) des Pays de la Loire [20] révèle un mésusage d'internet par des adolescents sourds. L'équipe éducative de l'internat, accueillant 16 jeunes de 12 à 18 ans, a fait appel à l'IREPS pour élaborer un projet éducatif autour du bon usage d'internet. Leur démarche est née du recours excessif (parfois l'ensemble du week-end) et inapproprié du site Facebook® par les adolescents de l'internat.

Le diagnostic de L'IREPS décrit un usage d'internet essentiellement tourné vers les réseaux sociaux et un désintérêt pour les autres possibilités offertes, l'absence de critique des informations recueillies, l'absence de prise de conscience



des risques avec divulgation de données personnelles et une mauvaise interprétation des informations due à une maîtrise du français incomplète pour certains adolescents.

Les auteurs proposent un projet d'éducation à la santé adapté au public sourd :

*« Dans l'idéal, un atelier d'éducation pour la santé destiné aux jeunes sourds et malentendants serait constitué de 6 à 8 participants. Les outils pédagogiques devraient être principalement visuels. Dans un objectif d'éducation par les pairs, il est pertinent qu'au moins une personne sourde participe à l'élaboration du projet » [20].*

### **3 Forces de l'étude**

Une des forces de l'étude provient de son originalité étant donné le choix de la population étudiée : la population sourde locutrice de la LSF. Et, de surcroît, cette originalité est renforcée par la sélection d'une frange de la population sourde : les adolescents. Les connaissances en matière d'éducation à la santé sur les IST chez les adolescents sont peu nombreuses en raison de l'absence de recueil et d'analyse de données relatives aux actions d'éducation à la sexualité au niveau de l'Education Nationale [15].

Ainsi, notre étude contribue à améliorer les connaissances lacunaires dans le domaine de la prévention des IST chez une population en difficulté d'accès aux soins et d'information sur la santé.

Une autre force de l'étude est son caractère multicentrique. Le recrutement s'est réalisé sur 9 centres répartis dans le Nord-Pas-de-Calais et 2 centres à Paris. Nous avons pu diminuer l'impact de l'effet centre. De ce fait, cela renforce la qualité des données recueillies et nous a permis d'augmenter les effectifs recrutés qui, à leur tour, ont permis d'augmenter la puissance statistique de l'étude.

Nous pouvons également signaler que nous avons pris le parti de recueillir directement des informations auprès des adolescents et délaissé la possibilité de les interroger par le biais d'un questionnaire en ligne sur internet. L'enquêteur s'est déplacé dans chaque établissement pour présenter le déroulement de l'intervention ainsi que le questionnaire. Cela a permis d'apporter des explications complémentaires par l'enquêteur lors du remplissage et d'augmenter la compréhension du questionnaire.

De même, l'allocation de l'interprétariat en LSF à chaque intervention dans le groupe des adolescents sourds a permis de fournir un vrai questionnaire bilingue (français écrit/LSF) réduisant de nouveau les difficultés de compréhension du questionnaire.

Enfin, la délivrance d'une sensibilisation sur les IST à l'aide d'un diaporama lors de chaque intervention a contribué à augmenter le nombre d'adolescents inclus dans l'étude. A titre personnel, cela m'a permis de prendre conscience des lacunes présentées par les adolescents sourds et entendants en matière de santé sexuelle et de découvrir l'organisation de l'éducation à la santé sexuelle en France de façon théorique et pratique.

#### **4 Limites et biais**

Le choix de l'enquête par sondage s'est imposé comme le choix le plus judicieux pour répondre à notre question de recherche. Nous avons pu ainsi quantifier des faits, des comportements, des opinions et motivations au sein de notre échantillon d'adolescents sourds ; et, par la suite les comparer à l'échantillon d'adolescents entendants pour mettre en évidence des particularités chez les adolescents sourds. Il convient, toutefois, de ne pas ignorer les limites inévitables de notre étude que ce soit dans la conception du questionnaire, la constitution des échantillons, l'administration du questionnaire, la précision et l'exactitude des résultats recueillis.

En ce qui concerne le questionnaire, il y a eu une forte incompréhension chez les adolescents sourds enquêtés (41 adolescents sourds ont rempli correctement le questionnaire, soit seulement 58,6% de l'échantillon). Si nous comparons les données avec le groupe des adolescents entendants, ils sont 59 adolescents à avoir répondu correctement, soit 83,1% de l'échantillon. Nous avons tenté de limiter ce biais en choisissant uniquement des questions fermées (oui/non essentiellement) ce qui a facilité aussi la réponse des adolescents interrogés. Et, également, par la lecture du questionnaire avec interprétation simultanée en LSF lors de chaque intervention pour pouvoir répondre aux questions des adolescents sourds s'ils présentaient une incompréhension lors du remplissage du questionnaire. Ce biais, fortement constaté dans l'étude, questionne sur la véracité des résultats obtenus dans l'échantillon des adolescents sourds. Des entretiens individuels auraient pu lever cette difficulté, mais nous aurions perdu le caractère anonyme du questionnaire et les adolescents auraient pu développer des résistances à répondre à des questions gênantes ou intimes.

A cela s'ajoute le manque d'exhaustivité du questionnaire. Nous avons volontairement limité le nombre de questions pour que la durée de remplissage soit courte. Il s'agissait d'éviter de fatiguer les adolescents interrogés qui auraient mal répondu par lassitude devant un questionnaire trop long.

Si nous analysons maintenant la constitution des échantillons, un biais de sélection apparaît puisque nous étions dépendants du consentement des chefs d'établissements et de l'équipe pédagogique. Ces derniers ont réalisé une présélection des classes qui ont participé à l'étude. Ainsi, les adolescents interrogés étaient issus principalement des classes des dernières années de formation.

De plus, les résultats observés ont pu être sous-estimés ou surestimés en raison de la part importante de non-répondants dans le groupe des adolescents entendants. Nous avons proposé le questionnaire à 180 adolescents entendants dont 116 adolescents ont été exclus. Les chiffres dans l'échantillon d'adolescents sourds sont de 26 adolescents exclus après sollicitation de 91 adolescents sourds.

Sur le plan de la collecte des données, le choix de l'auto-administration du questionnaire entraîne un biais puisque par définition nous ne recueillons que l'avis de ceux qui souhaitent s'exprimer. Toutefois, le nombre de refus est très faible dans l'étude (5 sourds et 7 entendants) donc ce biais est minime dans notre étude. Il faut également prendre en compte le fait que les données recueillies reposent sur la déclaration des enquêtés. La fiabilité des réponses ne peut donc être certaine. En effet, certaines questions demandaient un effort de mémorisation, notamment dans la partie du questionnaire intitulée « les premières fois ». Il est impossible de vérifier la précision et l'exactitude des déclarations.

De nouveau, du fait de la nature déclarative des données collectées, les adolescents ont pu être tentés de répondre positivement aux questions sur les

pratiques de recherche et de connaissance des sources d'informations existantes par souci de désirabilité. Ce biais de conformisme social ou désirabilité sociale a été renforcé du fait que les adolescents n'étaient pas isolés les uns des autres lors du remplissage du questionnaire ; ils ont pu communiquer entre eux ou comparer leurs réponses.

## **5 Applicabilité de l'étude à la population cible**

En raison des nombreux biais, et, plus précisément du biais de sélection, une généralisation des données à l'ensemble de la population adolescente sourde ciblée n'est pas envisageable.

La population cible diffère de l'échantillon de sujets étudiés sur la tranche d'âge choisie initialement (14-19 ans). L'âge médian de l'échantillon de sujets étudiés est de 17,2 ans avec très faible dispersion puisque l'écart-type est de 1,3. La population d'étude concerne donc la tranche d'âge la plus élevée de la population cible avec une forte proportion d'adolescents sourds de 17 à 19 ans et une part minime d'adolescents de 14 à 16 ans.

Nous devons également citer le choix du recrutement des adolescents issus majoritairement d'établissements médico-sociaux spécialisés. Depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [21], chaque enfant handicapé peut demander à accéder à l'établissement scolaire le plus proche de son lieu d'habitation. La mise en œuvre du parcours de formation des élèves en situation de handicap repose sur 3 modes de scolarisation proposés à l'enfant et aux parents. Il existe ainsi une scolarisation en milieu spécialisé (instituts médico-sociaux), ou en

classes particulières par inclusion : Unités Localisées d'Inclusion Scolaire (ULIS), ou par intégration en classe ordinaire avec accompagnement par le Services de Soutien à l'Education Familiale et à la Scolarisation (SSEFS) [22–24]. Le choix du mode de scolarisation prend en compte les difficultés d'apprentissage de l'enfant. Les élèves en instituts médico-sociaux spécialisés nécessitent un accompagnement spécifique et leurs difficultés d'apprentissage ne leur permettent pas d'intégrer une classe ordinaire. Les adolescents sourds sont principalement scolarisés en milieu ordinaire soit en inclusion où ils ne suivent pas la totalité des cours avec les autres élèves entendants de leur classe, soit en intégration où ils suivent la totalité de l'enseignement avec les autres élèves entendants de leur classe [24]. Notre choix de recrutement est critiquable car il ne reflète qu'une partie des adolescents sourds.

## **6 Hypothèses pour expliquer le résultat principal**

Le résultat principal de l'étude doit être interprété en tenant compte du fait que la majorité des adolescents sourds interrogés vivent en internat (72,5%). Ce facteur confondant peut créer une fausse association entre la sélection par les adolescents sourds des amis et du professeur comme source d'information et la facilité d'accès à ces personnes ressources. L'éloignement avec l'environnement familial et la proximité du professeur et des amis ont pu créer les conditions pour favoriser ce choix.

## **7 Perspectives**

Ce champ d'étude doit être investi pour confirmer nos conclusions à une plus grande échelle ; notamment en levant le facteur confondant des élèves institutionnalisés.

Les conclusions de notre travail orientent vers le rôle primordial de l'école et des enseignants en matière d'éducation à la santé sexuelle. Ceci soulève de nouvelles questions. Est-il normal que les enseignants aient ce rôle ? Ont-ils la formation nécessaire pour transmettre une information adéquate sur la santé sexuelle ? Comment expliquer que les professionnels de santé ne ressortent pas dans notre étude comme principal source d'information dans les deux groupes d'adolescents interrogés ?

Différentes pistes peuvent être envisagées comme celles de replacer les enseignants dans leurs fonctions premières d'éducation, c'est-à-dire l'élaboration de projets éducatifs autour des méthodes d'une bonne recherche d'information. Ils enseigneraient ainsi aux adolescents à développer leur autonomie pour acquérir de nouvelles connaissances en santé par le biais d'une démarche active et efficiente de recherche. L'éducation à la santé sexuelle serait alors confiée pleinement aux professionnels de santé scolaire qui disposent de la formation nécessaire pour assurer la prévention des IST. Toutefois, ces derniers sont confrontés à des difficultés étant donné le nombre insuffisant de médecins scolaires dans l'Education Nationale [15].

Dans l'objectif de créer un outil d'information, il serait intéressant de déterminer le message à transmettre. Nous avons permis de mettre en évidence les modes de transmissions de l'information sur les IST chez les adolescents sourds

ainsi que des pistes d'amélioration des supports existants. Malheureusement, notre connaissance reste faible tant sur le plan des fausses représentations sur les IST dans la communauté sourde que sur leurs pratiques sexuelles et leur vulnérabilité vis-à-vis des IST. Ce manque de données ne nous permet pas d'élaborer un outil de prévention contre les IST adapté aux particularités de cette population. Pourtant, les souhaits de la population sourde semblent converger vers un support d'information plus visuel avec peu de texte écrit et une prévention organisée à l'aide d'ateliers d'information à la santé en petits groupes, dirigés par une personne connaissant la culture sourde.



# Liste des tableaux

<u>Tableau I. Caractéristiques de la population</u>	33-34
<u>Tableau II. Difficultés d'accès à l'information sur les IST</u>	35
<u>Tableau III. Evaluation de l'activité de recherche et difficultés rencontrées</u>	36
<u>Tableau IV. Lieux d'information et sites internet</u>	38
<u>Tableau V. Habitudes de recherche sur internet pour s'informer sur les IST</u>	42-43

# Liste des figures

<u>Figure I. Diagramme de flux des adolescents inclus dans l'étude</u>	32
<u>Figure II. Premier vecteur de l'information</u>	39
<u>Figure III. Premier interlocuteur</u>	40
<u>Figure IV. Référent régulier</u>	41

# Références

- [1] HAEUSLER L, DE LAVAL T, MILLOT C. « Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête «Handicap-Santé » ». Document de travail, Série Etudes et recherches [En ligne]. Paris : DREES, 2014 [mise à jour le 29/08/2014, consulté le 17/12/2017] ;(131): 22-84.  
Disponible : [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt131-etudes\\_et\\_recherches.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt131-etudes_et_recherches.pdf)
- [2] Drion B, Buhler L. Access to care in sign language: the French experience. *Public Health* 2016;137:200–3.  
doi:10.1016/j.puhe.2016.01.018.
- [3] Brice PJ, Strauss G. Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolesc Health Med Ther* 2016;7:67–76.  
doi:10.2147/AHMT.S60261.
- [4] Mondain M, Blanchet C, Venail F, Vieu A. Classification et traitement des surdités de l'enfant. *EMC - Oto-Rhino-Laryngol* 2005;2:301–19.  
doi:10.1016/j.emcorl.2005.04.001.
- [5] Allaire C, dir. *Informers les personnes sourdes ou malentendantes. Partage d'expériences*. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), coll. Référentiels de communication en santé publique, 2012: 58 p
- [6] Bureau Internationale d'Audiophonologie. Recommandation biap 02/1 bis, Classification audiométrique des déficiences auditives. Publié le 1<sup>er</sup> mai 1997. [En ligne]. Disponible : <https://www.biap.org/en/component/content/article/65-recommandations/ct-2-classification/5-biap-recommandation-021-bis>  
Consulté le 12 décembre 2017.
- [7] Moody B. Histoire. Dans *La Langue des Signes*. Tome 1: Histoire et grammaire. Vincennes: Editions IVT; 1998. p.17-42.
- [8] Sitbon A, dir. *Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2015 : 296 p. [Consulté le 19/12/2017].  
Disponible : <http://www.inpes.santepublique.france.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1690.pdf>

- [9] Mauffrey V, Berger T, Hartemann P, Bouillevaux I. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative, Qualitative survey of deaf patients concerning perception of their management by general practitioners. *Santé Publique* 2016;28:213–21.
- [10] Kuenburg A, Fellingner P, Fellingner J. Health Care Access Among Deaf People. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2016;21:1–10.  
doi:10.1093/deafed/env042.
- [11] Mongourdin B, Karacostas A. Les unités régionales hospitalières d'accueil et de soins pour les sourds. *Bull Epidemiol Hebd* 2015; 2015:798–800.
- [12] République Française (2007). Circulaire N°DHOS/E1/2007/163 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes, 20 avril 2007. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités. [En ligne].  
Disponible : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_163\\_200407.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_163_200407.pdf).  
Consulté le 19 décembre 2017.
- [13] Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(41-42):738-44.  
Disponible : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016\\_41-42\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)
- [14] Santé publique France. Découvertes de séropositivité et de sida. Point épidémiologique du 23 mars 2017. [En ligne]. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; publié le 23 mars 2017. 6 p.  
Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
- [15] Pr Yeni P et al. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. [En ligne]. Paris : Conseil national du sida et des hépatites virales ; 2017 [dernière mise en jour le 7 février 2017]. 81 p. [Consulté le 19/12/2017]  
Disponible : <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prise-en-charge-globale/avis-jeunes-2017/>.
- [16] Hanass-Hancock J, Satande L. Deafness and HIV/AIDS: a systematic review of the literature. *Afr J AIDS Res* 2010;9:187–92.  
doi:10.2989/16085906.2010.517488.

- [17] Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Arch Public Health* 2014;72:10.  
doi:10.1186/2049-3258-72-10.
- [18] Sawyer RG, Desmond SM, Joseph JM. A Comparison of Sexual Knowledge, Behavior, and Sources of Health Information between Deaf and Hearing University Students. *J Health Educ* 1996;27:144–55.  
doi:10.1080/10556699.1996.10603187.
- [19] Bat-Chava Y, Martin D, Kosciw JG. Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care* 2005;17:623–34.  
doi:10.1080/09540120412331291751.
- [20] Legeay M, Saillard J. Favoriser l'accès à la santé des sourds et malentendants : exemple d'atelier d'éducation aux médias, Promoting access to health care among deaf and hard of hearing youth: the example of the Internet training workshops. *Santé Publique* 2013;S2:235–9.
- [21] République Française (2005). Loi n° 2005-102 du Code de l'éducation pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées", 11 février 2005. [En ligne].  
Disponible : <http://www.admi.net/jo/20050212/SANX0300217L.html>.  
Consulté le 19 décembre 2017
- [22] Surdinfo, Centre national d'information sur la surdité. La scolarisation. Publié le mercredi 13 mai 2015, modifié le mercredi 22 juin 2016. [En ligne].  
Disponible : <http://www.surdi.info/index.php/accueil/vivre-enfant/la-scolarisation>.  
Consulté le 18 décembre 2017.
- [23] Surdinfo, Centre national d'information sur la surdité. Les structures - SSEFS/SSEFIS : soutenir la scolarisation des sourds et malentendants. Publié le lundi 2 juin 2014, modifié le vendredi 7 octobre 2016. [En ligne].  
Disponible : <http://www.surdi.info/index.php/accueil/vivre-enfant/la-scolarisation/150-structures/202-ssefs-ssefis-soutenir-la-scolarisation-des-sourds-et-malentendants>. Consulté le 18 décembre 2017.
- [24] Golaszewski M. Scolarisation des élèves malentendants ou sourds: école inclusive. *Empan* [En ligne]. 2011;83(3):96–101.  
Disponible : <https://www.cairn.info/revue-empan-2011-3-page-96.htm>  
doi:10.3917/empa.083.0096.

# Annexe 1

## Questionnaire version sourde

Date du questionnaire : \_/\_/2017

### INFORMATIONS GENERALES

**1** Sexe  Fille  Garçon

**2** Âge :          ans

**3** En semaine, tu dors :

à la maison  à l'internat  autres (préciser) :

**4** Tes parents sont-ils sourds ?  Oui  Non

**5** As-tu des frères ou sœurs sourds ?  Oui  Non

**6** A la maison, tu parles la langue des signes ?  Oui  Non

**7** Vers quel âge as-tu vu la langue des signes utilisée pour la première fois :          / \_\_ / ans

**8** Pour parler, tu utilises la langue des signes : *(cocher 1 seule case)*

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaines
- Une ou deux fois par mois
- Plus rare

Lire avant de répondre à la suite

Dans les pages qui vont suivre, je vais poser des questions sur les moyens que tu utilises pour t'informer sur les infections sexuellement transmissibles (**mot que je vais abréger en IST**).

Les infections sexuellement transmissibles sont l'ensemble des virus, bactéries, parasites que l'on peut attraper lors des rapports sexuels comme **le VIH/SIDA, l'herpès, les hépatites**.

**Aucune réponse n'est bonne, ni mauvaise.** Il ne s'agit pas d'un examen mais d'un questionnaire pour comprendre comment les jeunes de ton âge font pour s'informer. Je te demande de lire attentivement le questionnaire et de répondre ce que tu penses vraiment. Merci à toi.

## Questionnaire version sourde

### LES PREMIERES FOIS

**9** As-tu déjà entendu parler des IST (VIH/SIDA, hépatite, syphilis,...) ?

- Oui  Non

Si oui, réponds aux questions 10, 11, 12. Si tu as répondu non, merci de reprendre à la question 13

**10** À quel âge as-tu entendu parler des IST pour la première fois ? / ... / ans

**11** Comment as-tu eu des informations sur les IST la première fois ? (cocher 1 seule case)

- par les médias (télé, radio,...)  
 en surfant sur internet  
 par une affiche publicitaire, un magazine, un dépliant médical  
 A l'école  
 Chez le docteur, l'infirmière scolaire  
 En discutant avec ta famille, tes ami(e)s  
 Autres (préciser) :

**12** Avec qui en as-tu discuté la première fois ? (cocher 1 seule case)

- Tes parents  Infirmière  
 Tes ami(e)s  Médecin  
 Ton/Ta petit(e) ami (e)  Ton professeur  
 Tes frères / soeurs  Autre personne (préciser) :  
 Je n'en ai jamais parlé

**13** As-tu déjà parlé de **sexualité** ?

- Oui  Non

Si non, réponds à la question 14. Si tu as répondu oui, merci de reprendre à la question 15

**14** Si tu n'as jamais parlé de **sexualité**, pour quelles raisons ? (cocher 1 seule case)

- pas envie  
 pas à l'aise, difficile d'en parler, gêné(e)  
 sujet tabou, interdit  
 autres (préciser) :

## Questionnaire version sourde

### EN GENERAL

**15** Si on doit t'expliquer les IST, tu préfères (cocher 1 seule case)

- Une vidéo en LSF  Un texte avec images

**16** De manière générale, quand tu veux poser une question, tu préfères : (cocher 1 seule case)

- Ecrire ta question  
 Signer en LSF ta question  
 Poser ta question oralement

**17** Depuis la première fois où tu as parlé des IST, as-tu eu l'occasion d'en reparler ?

- Oui  Non

Si oui, réponds à la question 18. Si tu as répondu non, merci de reprendre à la question 19

**18** Avec qui discutes-tu des IST le plus souvent ? (tu peux cocher plusieurs cases)

- Tes parents  Infirmière scolaire  
 Tes amies  Médecin  
 Ton/ta petit(e) ami(e)  Ton professeur  
 Tes frères/sœurs  Autres personnes (préciser) :

**19** As-tu déjà cherché des informations tout seul sur les IST ?

- Oui  Non

Si oui, réponds aux questions 20 et 21. Si tu as répondu non, merci de reprendre à la question 22

**20** As-tu eu des difficultés à trouver des informations sur les IST ?

- Oui  Non

**21** As-tu eu du mal à comprendre les informations trouvées ?

- Oui  Non



## Questionnaire version sourde

**22** Quand tu fais une recherche sur internet sur les IST, tu choisis ?

	jamais	rarement	souvent	Très souvent
Réseaux sociaux ( <i>facebook, twitter, instagram ...</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blogs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vidéo en ligne ( <i>you tube, dailymotion, ...</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites d'information médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23** As-tu déjà fait des recherches sur les traitements contre les IST ?

Oui

Non

### LIEUX D'INFORMATION ET SITES INTERNET

**24** Selon toi, quels sont les lieux où tu pourrais trouver une information sur les IST dans la liste suivante?

- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Maison des adolescents                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Maison départementale du handicap (MDPH) | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Planning familial                        | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Centre de dépistage (CDAG)               | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Centre d'orientation (CIO)               | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

**25** Connais-tu ces sites internet ? :

- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| ▪ <a href="http://www.aides.org">www.aides.org</a>                           | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.sida-info-services.org">www.sida-info-services.org</a> | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.info-ist.fr">www.info-ist.fr</a>                       | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.onsexprime.fr">www.onsexprime.fr</a>                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.casexplik.cg59.fr">www.casexplik.cg59.fr</a>           | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://filsantejeunes.com">filsantejeunes.com</a>                 | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

## Questionnaire version sourde

### TON OPINION

**26** À ton avis, existe-il des sources d'informations sur les IST **adaptées pour les jeunes** ?

Oui

Non

**27** À ton avis, existe-il des sources d'informations sur les IST **adaptées pour les sourds** ?

Oui

Non

**28** C'est important d'avoir des **explications en LSF** ?

Oui

Non

**29** C'est important que la personne qui t'explique soit **sourde** ?

Oui

Non

*Le questionnaire est fini. Je tiens à te remercier infiniment pour ta participation.*

*Si tu le souhaites, je pourrai te communiquer les résultats du sondage en t'envoyant le document final. Il te suffira de m'envoyer un mail à l'adresse mail suivante [thomassahnoun@gmail.com](mailto:thomassahnoun@gmail.com) pour en faire la demande et me laisser tes coordonnées.*

# Annexe 2

## Questionnaire version entendante

Date du questionnaire : \_/\_/2017

### INFORMATIONS GENERALES

**1** Sexe  Fille  Garçon **2** Âge :      ans

**3** En semaine, tu dors :  
 à la maison  à l'internat  autres (préciser) :

**4** Es-tu sourd(e) et appareillé(e)?  Oui  Non

Lire avant de répondre à la suite

Dans les pages qui vont suivre, je vais poser des questions sur les moyens que tu utilises pour t'informer sur les infections sexuellement transmissibles (**mot que je vais abréger en IST**).

Les infections sexuellement transmissibles sont l'ensemble des virus, bactéries, parasites que l'on peut attraper lors des rapports sexuels comme **le VIH/SIDA, l'herpès, les hépatites**.

**Aucune réponse n'est bonne, ni mauvaise.** Il ne s'agit pas d'un examen mais d'un questionnaire pour comprendre comment les jeunes de ton âge font pour s'informer. Je te demande de lire attentivement le questionnaire et de répondre ce que tu penses vraiment. Merci à toi.

2

## Questionnaire version entendante

### LES PREMIERES FOIS

**5** As-tu déjà entendu parler des IST (VIH/SIDA, hépatite, syphilis,...) ?

- Oui  Non

Si oui, réponds aux questions 6, 7, 8. Si tu as répondu non, merci de reprendre à la question 9

**6** À quel âge as-tu entendu parler des IST pour la **première fois** ? / ... / ans

**7** Comment as-tu eu des informations sur les IST la **première fois** ? (cocher 1 seule case)

- par les médias (télé, radio,...)  
 en surfant sur internet  
 par une affiche publicitaire, un magazine, un dépliant médical  
 A l'école  
 Chez le docteur, l'infirmière scolaire  
 En discutant avec ta famille, tes ami(e)s  
 Autres (préciser) :

**8** Avec qui en as-tu discuté la **première fois** ? (cocher 1 seule case)

- Tes parents  Infirmière  
 Tes ami(e)s  Médecin  
 Ton/Ta petit(e) ami (e)  Ton professeur  
 Tes frères / soeurs  Autre personne (préciser) :  
 Je n'en ai jamais parlé

**9** As-tu déjà parlé de **sexualité** ?

- Oui  Non

Si non, réponds à la question 10. Si tu as répondu oui, merci de reprendre à la question 11

**10** Si tu n'as jamais parlé de **sexualité**, pour quelles raisons ? (cocher 1 seule case)

- pas envie  
 pas à l'aise, difficile d'en parler, gêné(e)  
 sujet tabou, interdit  
 autres (préciser) :

## Questionnaire version entendante

### EN GENERAL

**11** Si on doit t'expliquer les IST, tu préfères (cocher 1 seule case)

- Une vidéo  Un texte avec images

**12** De manière générale, quand tu veux poser une question, tu préfères : (cocher 1 seule case)

- Ecrire ta question  
 Poser ta question oralement

**13** Depuis la première fois où tu as parlé des IST, as-tu eu l'occasion d'en reparler ?

- Oui  Non

Si oui, réponds à la question 14. Si tu as répondu non, merci de reprendre à la question 15

**14** Avec qui discutes-tu des IST le plus souvent ? (tu peux cocher plusieurs cases)

- Tes parents  Infirmière scolaire  
 Tes amies  Médecin  
 Ton/ta petit(e) ami(e)  Ton professeur  
 Tes frères/sœurs  Autres personnes (préciser) :

**15** As-tu déjà cherché des informations **tout seul** sur les IST ?

- Oui  Non

Si oui, réponds aux questions 16 et 17. Si tu as répondu non, merci de reprendre à la question 18

**16** As-tu eu des **difficultés à trouver** des informations sur les IST ?

- Oui  Non

**17** As-tu eu **du mal à comprendre** les informations trouvées ?

- Oui  Non

## Questionnaire version entendante

**18** Quand tu fais une recherche sur internet sur les IST, tu choisis ?

	jamais	rarement	souvent	Très souvent
Réseaux sociaux ( <i>facebook, twitter, instagram ...</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blogs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vidéo en ligne ( <i>you tube, dailymotion, ...</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites d'information médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**19** As-tu déjà fait des recherches **sur les traitements contre les IST** ?

- Oui  Non

### LIEUX D'INFORMATION ET SITES INTERNET

**20** Selon toi, quels sont les lieux où tu pourrais trouver une information sur les IST dans la liste suivante?

- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Maison des adolescents                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Maison départementale du handicap (MDPH) | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Planning familial                        | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Centre de dépistage (CDAG)               | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Centre d'orientation (CIO)               | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

**21** Connais-tu ces sites internet ? :

- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| ▪ <a href="http://www.aides.org">www.aides.org</a>                           | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.sida-info-services.org">www.sida-info-services.org</a> | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.info-ist.fr">www.info-ist.fr</a>                       | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.onsexprime.fr">www.onsexprime.fr</a>                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://www.casexplik.cg59.fr">www.casexplik.cg59.fr</a>           | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| ▪ <a href="http://filsantejeunes.com">filsantejeunes.com</a>                 | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

## Questionnaire version entendante

TON OPINION

**22** À ton avis, existe-il des sources d'informations sur les IST **adaptées pour les jeunes** ?

Oui

Non

*Le questionnaire est fini. Je tiens à te remercier infiniment pour ta participation.*

*Si tu le souhaites, je pourrai te communiquer les résultats du sondage en t'envoyant le document final. Il te suffira de m'envoyer un mail à l'adresse mail suivante [thomassahnoun@gmail.com](mailto:thomassahnoun@gmail.com) pour en faire la demande et me laisser tes coordonnées.*

6

# Annexe 3

## Avis du comité d'éthique



### Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-10-04

**Intitulé de la recherche :** Comment les adolescents sourds et entendants s'informent sur les IST ?  
Sondage comparatif auprès d'adolescents des Hauts de France et d'Ile de France.

**Investigateur ou responsable du projet :** SAHNOUN Thomas

**Promoteur :** GHICL

**Lieu où se déroule la recherche :** Hauts de France et Ile de France – Collèges et lycées formant au CAP

**Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...):** Grille CIER, questionnaire, formulaire de non opposition

**Date de réunion du comité d'éthique :** 18/10/2016

**Personnes ayant délibéré :**

- ✓ Le président de la CME du GHICL ou son représentant : Pr Charkaluk
- ✓ Le responsable du DRM : Dr Amélie Lansiaux
- ✓ Un Juriste : Géraldine Bolet

#### Avis du comité d'éthique du GHICL

- ✓ **Avis favorable sans restriction**
- Avis favorable avec demande de modifications** (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
- Avis défavorable**
  - motivations :
  - recommandations :

**Le représentant du président de la CME**

Nom : Pr CHARKALUK Marie-Laure

Date : 16/12/16

Signature :

**Le Responsable du DRM**

Nom : Dr LANSIAUX Amélie

Date : 14/12/16

Signature :

#### Avis du CIER



# Annexe 4

## Accord du recteur de l'Académie de Lille



RÉGION ACADÉMIQUE  
HAUTS-DE-FRANCE  
MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

Lille, le 13 mars 2017

Le recteur de l'académie

à

Monsieur Thomas Sahnoun

Service Médical

Objet : passation de questionnaires en lycée professionnel en vue d'une thèse en  
Médecine Générale  
Référence : BW/AT

Dossier suivi par

Docteur Brigitte WEENS

Médecin Conseiller  
Technique auprès du  
Recteur

Téléphone  
03 20 15 60 84

Fax  
03 20 15 65 37

Courriel  
Rectorat de Lille  
20 rue St Jacques  
BP 709  
59033 Lille cedex

Vous avez sollicité mon autorisation afin d'intervenir au sein des lycées  
professionnels de l'Académie ci après :

- Lycée professionnel Auguste Behal - Lens
- Lycée professionnel Joliot - Curies Oignies
- Lycée professionnel Henri Senez - Henin Beaumont
- Lycée professionnel les Hauts de Flandre Seclin

en vue de réaliser une collecte de données anonymes portant sur « les services  
d'information sur les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents :  
particularité des sourds par rapport aux entendants. »  
Ceci s'inscrit dans le cadre de votre thèse en médecine générale.

Votre projet de recherche est porté par le groupement hospitalier de l'institut  
catholique de Lille (GHICL) et a été validé par le comité interne d'éthique et de  
recherche médicale du GHICL.

Compte tenu de l'ensemble des documents présentés, je vous informe que je vous  
accorde l'autorisation d'intervenir dans les établissements sus cités sous réserve  
de l'acceptation du chef d'établissement.

LUC JOHANN

**AUTEUR : Nom :** Sahnoun

**Prénom :** Thomas

**Date de Soutenance :** 22/02/2018

**Titre de la Thèse :** Les sources d'informations sur les IST utilisées par les adolescents. Particularités des sourds par rapport aux entendants

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement :** Santé Publique

**DES + spécialité :** Médecine Générale

**Mots-clés :** adolescents, éducation sexuelle, IST, promotion de la santé, surdité.

### **Résumé :**

**Contexte :** En France, la population sourde subit une inégalité d'accès aux soins conduisant à un manque d'information sur les IST. Il existe une recrudescence des IST chez les adolescents. Comment les adolescents sourds s'informent-ils sur les IST ?

**Matériel et Méthodes :** Enquête comparative entre des adolescents sourds et entendants de 14 à 19 ans. Un questionnaire anonyme a été proposé à 10 établissements scolaires du Nord-Pas-de-Calais et de Paris entre décembre 2016 et avril 2017.

**Résultats :** Sur les 141 adolescents inclus dans l'étude, soixante-dix sont sourds et soixante et onze entendants. Seulement cinquante-huit (82,9%) adolescents sourds ont eu accès à une information sur les IST contre soixante et onze (100%) des adolescents entendants ( $p=0,0008$ ). Ils y ont eu accès à un âge médian de  $13,9 \pm 2,1$  ans contre  $13,2 \pm 1,9$  ans pour les entendants. Les adolescents sourds ont déclaré que le premier accès à une information sur les IST s' st déroulé à l' cole (76,9%) par l'intermédiaire du professeur (47,2%). Sur les trente-huit adolescents sourds ayant eu l'occasion de reparler des IST, vingt-cinq désignent leurs amis comme r f rent régulier, soit 65,8% ; tandis que seul vingt et un (36,8%) adolescents entendants sur les cinquante-huit ayant eu l'occasion d'en reparler ont cité leurs amis ( $p=0,01$ ).

**Conclusion :** L' ducation à la santé sexuelle chez les sourds doit privilégier les supports visuels, les ateliers d'information en LSF et l'apprentissage des techniques de recherche sur internet.

### **Composition du Jury :**

**Président :** Madame le Professeur Karine Faure

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Denis Deleplanque  
Monsieur le Docteur Luc Dauchet  
Monsieur le Docteur Thomas Huleux  
Monsieur le Docteur Benoît Drion

