

Sous la direction
d'AUDREY SITBON

Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012

**Baromètre santé
sourds et malentendants 2011/2012**

Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012

Sous la direction
d'AUDREY SITBON

Direction de la collection **François Bourdillon**

Édition **Marie-Frédérique Cormand**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats
de cette enquête sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Sitbon A., dir. *Baromètre santé sourds et malentendants
2011/2012*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2015 : 296 p.

ISBN 978-2-9161-9245-1

À la mémoire de François Giraud

C'est dans le cadre d'un engagement de longue date pour rendre la santé accessible aux sourds que François Giraud a participé à l'élaboration du Baromètre santé sourds et malentendants. Sa collaboration assidue et ses conseils avisés ont contribué largement à la réussite de cette enquête.

Nous pensons toujours à lui.

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Son financement a été assuré par

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

Les auteurs

Cécile Allaire, chargée de l'accessibilité pour les publics en situation de handicap, direction de l'Information et de la Communication, Inpes

François Beck, responsable du département Enquêtes et Analyses statistiques, Inpes, puis directeur de l'OFDT

Julie Bodard, chargée d'études et de recherches, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Jean Dagon, médecin hospitalier, psychosociologue, Sources-LS (Sourds Coopération Échanges Santé-Langue des signes)

Sophie Dalle-Nazébi, sociologue, pôle Recherche, Développement, Évaluation, Websourd

Juliette Dessaux, psychologue, Sourdmédia/réseau Sourds et Santé

Dominique Dufournet, secrétaire général de Bucodes SurdiFrance

Arnaud Gautier, biostatisticien,
direction des Affaires scientifiques, Inpes

Anne-Lise Granier, anthropologue

Romain Guignard, statisticien,
direction des Affaires scientifiques, Inpes

Colette Ménard, psychosociologue,
direction des Affaires scientifiques, Inpes

Jean-Baptiste Richard, statisticien,
direction des Affaires scientifiques, Inpes

Audrey Sitbon, sociologue, direction des Affaires scientifiques, Inpes

Le groupe de travail de l'enquête

Cécile Allaire, chargée de l'accessibilité pour les publics en situation de handicap, Inpes

François Beck, responsable du département Enquêtes et Analyses statistiques, Inpes

Lumioara Billière-George, psychologue clinicienne, ARDDS

Julie Bodard, chargée d'études et de recherches, Inpes

Jean-François Burtin, FNSF

Jean Dagon, médecin hospitalier, psychosociologue, Sources-LS

Sophie Dalle-Nazébi, sociologue, Websourd

Richard Darbéra, président de Bucodes SurdiFrance

Juliette Dessaux, psychologue, Sourdmédia Réseau Sourds et Santé

Jacques Dubin, professeur des universités, praticien hospitalier, Angers

Dominique Dufournet, secrétaire de Bucodes SurdiFrance

Claire Garguier, linguiste, Cité de la santé, Cité des sciences et de l'industrie

François Giraud †, vice-président de l'Unisda

Anne-Lise Granier, anthropologue

Jérôme Melchior, directeur du CPSAS

Roselyne Nicolas, présidente de France Acouphènes

Françoise Quéruel, secrétaire générale de l'Unisda

Jean-Baptiste Richard, chargé d'études et de recherches, Inpes

Pascale Roussel, chargée de recherches, EHESP

Audrey Sitbon, chargée d'études et de recherches, Inpes

Audrey Sitbon a assuré la coordination de l'enquête pour l'Inpes.

La gestion de la base de données a été assurée par **BVA**.

Les redressements ont été effectués par **Jean-Baptiste Richard** (Inpes).

Remerciements

Nos remerciements s'adressent au comité de pilotage de l'enquête et en particulier à la CNSA qui a validé le projet, assuré son financement et son suivi. La direction de l'Inpes a fortement soutenu la mise en œuvre de l'étude qui a pour originalité d'avoir été portée par un groupe de travail intégrant des représentants des personnes concernées. Nous sommes aussi reconnaissants vis-à-vis des nombreux partenaires (associations, professionnels de l'audition, administrations, etc.) qui ont bien voulu relayer l'enquête et assurer ainsi sa réalisation, et également et surtout aux répondants, qui ont volontairement fait la démarche d'aller remplir le questionnaire sur Internet.

Pour leur relecture de l'ensemble de l'ouvrage :
Enguerrand du Roscoat, responsable du département Environnement, Populations et Cycles de vie, Inpes, et **Cécile Allaire**, chargée de l'accessibilité pour les publics en situation de handicap, Inpes.

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité :
Régine Billmann et **Bérengère Gall**, de l'institut BVA, ainsi que leurs enquêteurs.

Pour leur contribution à la recherche documentaire :
Céline Deroche, **Olivier Delmer**, **Laëtitia Haroutunian**, **Sandra Kerzanet** (Inpes).

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête :
Béatrice Gallaine, **Émilie Pineau** et **Christine Riccucci** (Inpes).

Préface

En France, environ sept millions de personnes, soit 11 % de la population, sont concernées par une surdité et/ou d'autres troubles de l'audition, ce nombre recouvrant une très grande diversité de situations. Les baisses d'acuité auditive se produisent majoritairement avec l'avancée en âge alors que les surdités les plus sévères adviennent souvent durant la prime enfance. Ce sont parmi ces dernières que l'on trouve essentiellement les locuteurs de la langue des signes. Des symptômes ou troubles tels que les acouphènes ou l'hyperacousie peuvent se surajouter à la surdité ou exister indépendamment.

Peu de données sont disponibles sur la santé de ces populations. C'est la raison pour laquelle l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a décidé de mener une enquête, le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM), en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette enquête, qui s'inscrit dans le cadre du Plan gouvernemental 2010-2012 en faveur des personnes sourdes et malentendantes, vise à connaître les comportements et les perceptions de ces populations sur différentes thématiques de santé. Elle est la première enquête en France à investiguer une aussi large gamme de comportements et d'états de santé auprès des personnes concernées par une surdité ou par d'autres troubles de l'audition. Ces données permettent de dresser un état des lieux de la santé de ces populations, d'en identifier les facteurs associés et de réaliser des comparaisons avec la population générale.

La forte participation à l'enquête avec 3 000 répondants est le signe que celle-ci répond à une réelle demande sociale ainsi qu'à un besoin de visibilité des milieux concernés. Les devenus sourds ou malentendants, comme les locuteurs de la langue des signes (LSF) ou ceux touchés par des acouphènes et/ou de l'hyperacousie se sont montrés particulièrement intéressés. La forte mobilisation associative,

depuis la rédaction du questionnaire jusqu'au relai de l'enquête sur le terrain pour inciter les personnes concernées à répondre, est un deuxième indicateur de son intérêt.

Pour autant, cette entreprise a pu aussi susciter des appréhensions. Les réticences étaient liées à la peur de stigmatisations ou d'amalgames malvenus, entre des populations présentant des situations trop différenciées, ou encore à la crainte d'une assimilation de la surdité aux registres de la maladie et de la déficience quand celle-ci est considérée comme relevant d'une culture et de l'appartenance à une communauté. La diversité des populations touchées par l'enquête, liée à l'histoire de sa construction, ne va en effet pas de soi. Elle a compliqué l'élaboration du questionnaire et en a peut-être limité l'acceptabilité. Que peuvent avoir en commun une personne qui entend assez bien mais dont les acouphènes dégradent la qualité de vie en l'empêchant de dormir et d'affronter des environnements bruyants, et une personne sourde depuis la prime enfance communiquant principalement en langue des signes et qui ne comprend pas pourquoi sa surdité justifie une interrogation sur sa santé ? Être sourd ne signifie pas se sentir malade. Pour autant ces rapprochements, réalisés à la suite d'une enquête qualitative conduite en amont de l'élaboration du protocole d'enquête, ont paru légitimes. En effet, des situations communes à ces différentes populations, susceptibles d'avoir des répercussions sur leur santé, ont été observées. C'est en particulier le cas des conditions de travail, qui se révèlent compliquées et qui fonctionnent comme un révélateur de la qualité du lien social.

La méthodologie ad hoc du BSSM, consistant à mettre le questionnaire adapté en LSF sur Internet et à s'appuyer sur les personnes concernées pour élaborer et promouvoir l'enquête, a permis de toucher la diversité des profils recherchée et d'atteindre des populations rarement interrogées. Les données produites revêtent un caractère tout à fait inédit sur un certain nombre de sujets. C'est, par exemple, le cas de la santé au travail, du rapport à l'information, des violences subies ou encore de la sexualité. La richesse de cette enquête du fait du nombre de thèmes traités et de la taille de l'échantillon permet d'avancer des pistes en termes de recommandations pour la prévention et la promotion de la santé des personnes sourdes et malentendantes. Elle met également l'accent sur des thèmes à investiguer dans le futur.

François Bourdillon

Directeur général de l'Institut
national de prévention et
d'éducation pour la santé

Sommaire

- 21 | **Méthode d'enquête et échantillon**
Audrey Sitbon, Jean-Baptiste Richard, Julie Bodard, Anne-Lise Granier, François Beck
- 79 | **Santé mentale et qualité de vie**
Audrey Sitbon, Romain Guignard, Dominique Dufournet, François Beck
- 101 | **Santé et travail**
Colette Ménard, Sophie Dalle-Nazébi, Audrey Sitbon
- 151 | **Recours et accès aux soins**
Colette Ménard, Jean Dagrón, Audrey Sitbon
- 183 | **L'information sur la santé : accessibilité et attentes**
Audrey Sitbon, Jean-Baptiste Richard, Cécile Allaire, Jean Dagrón, Sophie Dalle-Nazébi
- 207 | **Substances psychoactives et conduites addictives**
Jean-Baptiste Richard, Audrey Sitbon, François Beck
- 225 | **Vie sexuelle, IST, contraception**
Audrey Sitbon, Arnaud Gautier, Juliette Dessaux, Jean Dagrón
- 251 | **Annexes**
- 253 | Annexe 1 | Questionnaire
- 277 | Annexe 2 | Tableaux et figures complémentaires
- 283 | Annexe 3 | Index des sigles
- 287 | Annexe 4 | Liste des tableaux et des figures

MÉTHODE D'ENQUÊTE ET ÉCHANTILLON

L'essentiel

Méthode d'enquête et échantillon

Le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) a été réalisé en 2011/2012 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette étude est une déclinaison du Baromètre santé 2010 qui interroge les perceptions et les comportements liés à la santé de la population résidant en France métropolitaine. Outre la surdité, le BSSM prend en compte les troubles de l'audition tels que les acouphènes (sifflements ou bourdonnements) ou l'hyperacousie (amplification de l'audition au point parfois de devenir douloureuse).

Les personnes de 15 ans et plus vivant en France avec une acuité auditive réduite ou présentant des troubles de l'audition constituent la population de référence de cette enquête. Aucun échantillon préalable n'a été constitué, le questionnaire étant libre d'accès sur Internet. L'objectif n'était pas d'obtenir une représentativité de ces populations mais une diversité de répondants en termes d'âge, de niveau de surdité ou de niveau de gêne liée aux troubles de l'audition, du moment de survenue de la surdité ou de ces troubles, de la langue utilisée (français ou langue des signes française (LSF)). Pour toucher un large public, l'accessibilité de l'enquête a été travaillée à plusieurs niveaux : adapta-

tion du questionnaire en LSF, mise en forme du site Internet avec peu de textes, une taille de caractères et des contrastes suffisants, et, enfin, un dispositif d'enquête à domicile pour les répondants de plus de 70 ans et/ou n'ayant pas accès à Internet (avec l'aide d'associations et l'organisation de rencontres). Une large publicité de l'enquête s'est opérée *via* différents réseaux (associatifs, institutionnels, professionnels de santé) et moyens de communication (e-mailings, bandeaux sur des sites Internet, prospectus et affiches, articles, etc.).

Au total, 2 543 personnes ont répondu au questionnaire dans son intégralité et 451 partiellement (au moins au premier module de questions sur la santé). Les plus de 65 ans, et en particulier les plus de 75 ans, ainsi que les 15-25 ans sont les classes d'âge les moins représentées. Les femmes constituent, par ailleurs, 63 % de l'échantillon. En comparaison avec l'enquête en population générale, la population du BSSM est plus diplômée, 28 % (*versus* 12 %) des personnes interrogées ayant un niveau licence et au-delà.

Le questionnaire du Baromètre santé 2010 a été repris mais écourté afin que la passation n'excède pas, le plus souvent, trente minutes. Le parti pris a été de réduire le nombre de questions et de conserver un maximum de sujets de santé. En outre,

des thèmes importants pour les personnes concernées ont été ajoutés ou étoffés : santé au travail, parentalité, questions en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition. Ces dernières ont été appréhendées à partir d'une variété d'indicateurs qui visent à rendre compte de la diversité de leurs conséquences pour la vie des personnes concernées. Les symptômes ou pathologies auditives autres que la surdité concernent 66 % de l'échantillon. Les interrogations se concentrent plutôt sur les capacités à entendre dans diverses situations et à s'informer. La LSF est utilisée par 30 % des personnes interrogées (quotidiennement ou de temps en temps). Pour la moitié de l'échantillon, la surdité est survenue avant 15 ans et pour 6 % après 60 ans. Les besoins et recours en matière d'aides techniques sont aussi questionnés dans diverses circonstances (dans les études, au travail, chez le médecin). Par ailleurs, des données ont été recueillies sur le positionnement des personnes vis-à-vis de la surdité ou des troubles de l'audition : il leur a été demandé dans quelle mesure elles se qualifiaient en tant que personnes sourdes ou malentendantes, ou encore si elles se considéraient limitées de ce fait dans leurs activités quotidiennes. C'est le cas pour 57 % de l'échantillon.

Méthode d'enquête et échantillon

AUDREY SITBON
JEAN-BAPTISTE RICHARD
JULIE BODARD
ANNE-LISE GRANIER
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

Peu de données sont disponibles sur la santé des populations sourdes et malentendantes, en particulier en termes de perceptions, connaissances et comportements. De manière plus générale, les modes de passation des enquêtes sont rarement accessibles du fait de l'impossibilité de répondre par téléphone mais aussi parfois à l'écrit, une surdité sévère ou précoce nécessitant des moyens d'éducation adaptés pour l'apprentissage de la lecture qui, le plus souvent, ont fait défaut. L'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) de 2008 [1] fournit quelques données sur la santé perçue, la nutrition ou l'activité physique, les addictions ou encore la santé mentale, mais les questionnements sont traités de manière relativement succincte. Des études ponctuellement menées avec des méthodes adaptées existent sur des sujets particuliers (l'accès aux soins, aux urgences [2, 3], la détresse psychologique [4]) ou ont été réalisées localement. Les troubles de l'audi-

tion tels que les acouphènes (perception de sifflements ou bourdonnements produits par le corps) ou l'hyperacousie (amplification de l'audition au point parfois de devenir douloureuse et s'accompagnant d'une intolérance aux bruits de la vie quotidienne) sont également peu investigués, hormis dans quelques études auprès des adhérents d'associations telles que France Acouphènes.

Il semblait donc nécessaire de pallier ce manque de données d'autant plus que les indicateurs de santé de ces populations peuvent être dégradés par des obstacles rencontrés au quotidien en matière de communication, par une participation sociale limitée, des interactions sociales difficiles et un isolement subi [5]. L'exclusion sociale et des lieux est d'ailleurs désignée depuis les années 1970, pour la surdité en particulier, comme étant véritablement à l'origine du handicap [6]. La part de l'environnement dans la production du

handicap a depuis été officialisée dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et reprise dans la loi française de 2005¹.

Un accès problématique des personnes sourdes et/ou malentendantes aux soins et aux informations relatives à la santé [7] pourrait se traduire par des perceptions et comportements spécifiques ayant un effet sur la santé (entendue dans un sens large, incluant l'absence de pathologie mais aussi le bien-être physique et mental). Autrement dit, il est probable que les spécificités liées au fait de vivre avec une surdité ou des troubles de l'audition (expression employée dans cette enquête pour désigner

les problèmes auditifs autres que la surdité) aient des répercussions variables sur la santé selon les modalités d'accès aux autres et au savoir ; celles-ci sont elles-mêmes liées aux modes de communication et d'information accessibles et privilégiés. Les troubles de l'audition, pouvant se combiner à la baisse d'acuité auditive, mettent quant à eux en jeu la question de la douleur ou de la gêne physique. L'impact sur la qualité de vie peut se traduire en véritable handicap, d'autant que les moyens pour compenser les incapacités engendrées sont très peu envisagés. Des situations économiques plus souvent défavorables sont susceptibles de renforcer ces difficultés et d'en créer de nouvelles.

MÉTHODOLOGIE D'UN BAROMÈTRE ADAPTÉ AUX PERSONNES SOURDES, MALENTENDANTES ET/OU PRÉSENTANT DES TROUBLES DE L'AUDITION

Il a donc paru nécessaire de mettre en œuvre une étude quantitative mesurant des indicateurs clés sur les opinions et comportements en matière de santé de ces populations et permettant, tant que faire se peut, de les comparer à ceux de la population générale. L'enquête s'est, pour cette raison, appuyée sur un questionnaire existant, celui du Baromètre santé 2010 [8] de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Depuis 1992, les enquêtes connues sous le nom de Baromètres santé ont permis de suivre des perceptions et comportements liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France, sur des sujets tels que les consommations de tabac, d'alcool ou d'autres drogues, les pratiques de vaccination, les comportements sexuels, le dépistage des cancers, la qualité de vie, la consommation de soins... Outre le Baromètre santé multithématique, certaines enquêtes sont centrées sur un thème ou sur une population².

Le questionnaire du BSSM a été adapté

aux objectifs de connaissances spécifiques des populations enquêtées tandis qu'une alternative a été trouvée à l'enquête téléphonique et à la méthode d'échantillonnage aléatoire des baromètres, non adaptée à un tel projet. Un dispositif d'enquête *ad hoc* a été construit de façon à toucher des publics parfois rares et difficiles à atteindre. L'élaboration du questionnaire et l'analyse ont bénéficié des apports d'une étude qualitative réalisée parallèlement [9]. La passation du questionnaire s'est faite par Internet, favorisée par un large dispositif de communication autour de l'étude, visant à inciter

1. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées indique ainsi : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

2. Baromètres santé multithématiques 1995, 2000, 2005, 2010, 2014 ; Baromètres santé nutrition 1996, 2002 et 2008, Baromètre dépression 2005, Baromètre cancer 2005 et 2010, Baromètre santé environnement 2007, etc. ; Baromètre santé DOM 2014, Baromètres santé jeunes 1997, Baromètre santé 55-85 ans 2014.

les personnes concernées à répondre. Afin d'interroger celles en difficulté pour répondre à l'enquête par Internet, un échantillon de personnes âgées a été constitué tandis que des rencontres étaient mises en place dans des lieux associatifs.

DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Ce projet a vu le jour dans le cadre d'une convention entre l'Inpes et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui en a financé la mise en œuvre. Il a fait l'objet de discussions au sein de son comité de suivi, composé de représentants institutionnels et associatifs dans les domaines du handicap et de la perte d'autonomie liée à l'âge.

Sa réalisation a été portée par un groupe de travail rassemblant des qualifications variées, qui s'est réuni une dizaine de fois entre octobre 2009 et mai 2011. L'une des originalités de la démarche a consisté à enrôler des représentants d'associations d'usagers sourds ou malentendants en amont, aux côtés de professionnels (ORL, sociologue, médecin, psychologue, professionnels de la prévention exerçant auprès de sourds locuteurs de la LSF, économiste de la santé spécialiste du handicap). L'objectif était d'appréhender les situations des personnes sourdes ou vivant avec une déficience auditive afin de répondre aux préoccupations et problèmes rencontrés, de s'assurer de l'acceptabilité des questions, mais aussi d'impliquer et de mobiliser le milieu associatif et les professionnels comme relais de l'enquête auprès des personnes concernées afin de les inviter à répondre au questionnaire.

POPULATION DE RÉFÉRENCE

La population de référence de l'enquête est constituée des personnes âgées de 15 à 85 ans, vivant en France, avec une surdité, et/ou des troubles de l'audition. À l'origine,

l'idée était de ne retenir que celles dont le niveau de surdité rend difficile une conversation orale par téléphone. Mais, ce faisant, auraient été exclues des personnes qui, bien qu'aidées dans leur accès au téléphone par des moyens techniques sophistiqués, n'en restent pas moins considérablement gênées dans des situations de la vie quotidienne. Les populations touchées par une surdité sont estimées, à partir de l'enquête HSM, à 11 % de la population en France métropolitaine, soit environ sept millions de personnes dont deux millions signalent avoir un problème auditif de type bourdonnements, sifflements, acouphènes, etc. [10].

L'idée de construire un échantillon préalable paraissait particulièrement complexe dans la mesure où les populations sont difficiles à identifier et où la structuration exacte de la population de référence n'est pas clairement établie. Aucune base de sondage pertinente n'a pu être identifiée. L'enquête HSM est représentative de l'ensemble de la population, mais aucun dispositif spécifique d'enquête n'a été prévu pour interroger les personnes pratiquant la langue des signes (LSF), qui sont par conséquent très peu présentes [10]. Dans cette enquête, les sourds locuteurs de la LSF interrogés ont, en grande majorité, moins de 40 ans et sont la plupart du temps accompagnés par un tiers pour répondre. Par extrapolation, cette population serait d'après l'enquête HSM de l'ordre de 56 000 personnes, alors qu'elle était estimée à 80 000 dans l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) en 1998 [11]. Des effectifs de 80 000 à 100 000 personnes sont parfois mentionnés par ailleurs, chiffres qui ne sont pas véritablement étayés. L'objectif du BSSM était donc plutôt d'obtenir un nombre de répondants suffisamment important et de refléter la diversité des situations. Cette variété de profils a été obtenue sur des critères tels que l'âge des personnes interrogées, le niveau de surdité estimé, la gêne engendrée par les troubles

de l'audition, le moment de leur survenue et la langue privilégiée pour communiquer (langue des signes ou français oral).

ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE³

Le questionnaire du Baromètre santé 2010⁴, qui servait de référence, devait être réduit pour limiter sa passation à trente minutes tout en conservant les sujets qui semblaient les plus importants pour les populations visées. À cet effet, un sondage préliminaire mené sur Internet a permis à une centaine de personnes sourdes ou malentendantes et à des professionnels impliqués auprès d'elles de hiérarchiser les sujets par ordre d'importance. Un grand nombre de thèmes a ainsi été maintenu plutôt que d'en sélectionner quelques-uns traités de manière approfondie. Le choix définitif des questions a également tenu compte de leur intérêt pour la mise en œuvre de programmes de prévention et de promotion de la santé, ainsi que de la probabilité d'une spécificité des réponses des personnes visées. Après quoi, un module sur la parentalité a été ajouté, et des questions relatives à la santé au travail, à la sexualité, à l'accès aux soins, à la santé mentale et au rapport à l'information sur la santé ont été davantage développées.

Les thèmes suivants ont été retenus :

- la qualité de vie, à partir de la santé perçue et de la participation sociale ;
- la santé mentale, déclinée à partir de la mesure de la détresse psychologique, de la consommation de psychotropes et du suivi d'une psychothérapie ;
- le suicide (pensées suicidaires et tentatives de suicide) ;
- le rapport à l'information en interrogeant le sentiment d'information, les craintes à l'égard de certains sujets de santé, les connaissances sur les modes de transmission de la grippe, les sources d'informations sur la santé et les besoins d'information ;

- l'accès aux soins, à partir de la fréquence des consultations de généralistes et de spécialistes, du recours aux urgences, de la capacité à prendre les rendez-vous médicaux, ainsi que des possibilités de communication avec le médecin traitant ;
- les pratiques en matière de vaccination et de dépistage des hépatites et du cancer (frottis, dépistage du cancer colorectal, mammographie) ;
- la santé au travail : statut vis-à-vis de l'emploi, conditions de travail (pénibilité, facilité à réaliser le travail, faisabilité, autonomie), sentiment de sécurité, qualité des relations, possibilités de communication avec les collègues, aides pour communiquer, perception de l'influence du travail sur la santé et aides dans la recherche d'emploi ;
- la sexualité : rapports sexuels au cours de la vie et des douze derniers mois, usage du préservatif avec les nouveaux partenaires, contraception, IVG ;
- les violences subies (sexuelles, verbales, atteintes aux biens, etc.) ;
- les addictions : consommation d'alcool, de tabac et de cannabis ;
- la parentalité : vécu et suivi de la grossesse, vaccination des enfants ;
- les accidents : sensations de vertige, accidents durant les douze derniers mois ;
- les conduites alimentaires : consommation de fruits et de légumes, indice de masse corporelle ;
- le sommeil : qualité du sommeil ;
- le handicap : limitation d'activités depuis au moins six mois, incapacités, reconnaissance du handicap.

Des indicateurs diversifiés ont également été introduits afin de tenter de rendre compte

3. Questionnaire du BSSM en Annexe 1 et en ligne : http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/W-0075-001-1305_Questionnaire_BSSM.pdf

4. Questionnaire du Baromètre santé 2010 en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Questionnaire-barometre-sante-2010.pdf>

du sens que prennent la surdité, les troubles de l'audition et leurs répercussions dans la vie quotidienne : autoqualification (sourde, malentendant ou ni l'un ni l'autre), capacité à entendre dans diverses situations, présence de troubles de l'audition, âge de survenue de la surdité, langue pratiquée (LSF ou français), aides techniques en lien avec la surdité.

ADAPTATION DU QUESTIONNAIRE EN LANGUE DES SIGNES

Après une première phase de test sur Internet, le questionnaire a été adapté en LSF à l'attention de la proportion non négligeable de personnes sourdes peu à l'aise avec l'écrit. D'après l'enquête HSM, les personnes déclarant une surdité complète sont 28 % à avoir des difficultés à lire, ou à ne pas lire du tout. Cette proportion serait de 47 % chez les sourds communiquant en LSF (même si ce nombre est à considérer avec précaution en raison de la faiblesse des effectifs bruts [10]). Il a donc semblé indispensable de proposer une vidéo en LSF pour chacune des questions écrites, dont certaines, reprises du Baromètre santé 2010, ont été simplifiées. Parmi les membres du groupe de travail, deux sourds pratiquant la LSF et deux professionnels de santé communiquant en LSF, qui tiraient en partie leurs compétences d'échanges quotidiens avec des publics économiquement moins favorisés sur des questions de santé, ont documenté le prestataire, Websourd, éditeur de contenus en LSF. Des consignes ont été données pour la traduction du vocabulaire spécifique à la santé mais il n'a pas été envisagé, comme cela a pu être le cas à l'étranger [12], de mobiliser des groupes de sourds dans l'optique d'améliorer le questionnaire, celui-ci étant trop long pour être travaillé selon cette méthode. Pour la même raison, il n'a pas été possible pour les enquêtés de visionner plusieurs versions filmées d'une même question afin de choisir

la manière de signer en LSF la plus compréhensible à chacun [13]. Un tel protocole aurait ajouté de la complexité à ce questionnaire déjà long. Néanmoins, dans les vidéos, quatre locuteurs de la LSF se sont relayés afin de ne pas lasser les enquêtés. Par ailleurs, toutes les questions n'ont pas pu faire l'objet d'un consensus au préalable entre le prestataire et le groupe de travail, à l'instar de ce que recommandent certains protocoles [14]. Cela a pu engendrer des dissensions autour de l'enjeu d'obtenir un niveau de langue accessible pour le plus grand nombre. Parmi les façons de signer une même idée, des gestes dits iconiques représentant visuellement la notion coexistent avec d'autres plus abstraits. Le parti pris de Websourd a été de privilégier une traduction au plus près du texte, afin d'éviter d'éventuels biais résultant d'une adaptation plus imagée. Cette option devait permettre de respecter une forme de neutralité. En restant abstrait, on évite les exemples, et le risque de biaiser les réponses est moindre. Ce faisant, néanmoins, le danger est un accès moins facile pour ceux maîtrisant moins bien la langue. Par ailleurs, dans les premières vidéos tournées par le prestataire, les gestes semblaient rapides aux yeux du groupe de travail.

Afin de s'assurer de l'exactitude de la traduction, deux interprètes ont traduit le questionnaire depuis les vidéos en LSF vers le français. Les membres du groupe de travail pratiquant la LSF ont également procédé à une vérification, tandis qu'une quinzaine de personnes sourdes d'âges variables et diversement à l'aise avec les deux langues ont testé le questionnaire. À l'issue de cette phase de prétest, de nouvelles vidéos introductives du questionnaire ont été tournées ; elles sont plus simples et utilisent une langue des signes moins rapide. Concernant les questions, seuls vingt-quatre films posant des problèmes de sens par rapport au français ont été à nouveau réalisés, sur un total de deux cent cinquante-deux.

Malgré ces précautions, la compréhension des questions autoadministrées en LSF est restée délicate parce que les questionnaires n'ont pas été conçus pour des personnes pratiquant cette langue, aussi précise la traduction soit-elle [15]. Parmi les modalités de réponses, la transcription des échelles (bon, très bon, médiocre, mauvais) était particulièrement complexe. Il semblerait, par exemple, que l'échelle concernant la perception de l'acuité auditive ait posé problème dans le sens où la différence entre « quelques » difficultés à entendre et « beaucoup » de difficultés à entendre n'ait pas forcément été bien comprise en LSF. Des échelles numériques auraient aussi pu être testées [16], mais ce choix n'a pas été retenu car il a semblé préférable de conserver les modalités du questionnaire du Baromètre santé 2010 dans un but de comparaison. Une autre limite a été la difficulté, pour une partie des personnes sourdes mal à l'aise avec l'écrit, à répondre aux questions ouvertes.

LE QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Après l'intégration des nouvelles vidéos issues de cette seconde phase de test, le questionnaire a été mis en ligne en accès libre de juin 2011 à février 2012 sur un site Internet dédié. La mise en forme du questionnaire et la gestion du recueil des données ont été assurées par l'organisme BVA. Compte tenu du nombre important des questions (250), il a été possible de remplir le questionnaire en plusieurs fois, en indiquant son adresse e-mail. Deux e-mails de relance étaient prévus à quinze jours d'intervalle auprès des personnes n'ayant pas entièrement complété le questionnaire. Concernant la charte graphique, une attention particulière a été portée à la lisibilité, notamment en utilisant des gros corps de caractères.

À l'exception des quelques questions ouvertes, toutes les questions demandaient obligatoirement une réponse. Celles

nécessitant une saisie de texte ou une saisie numérique ont été minimisées. Lorsque des nombres devaient être renseignés (par exemple de verres d'alcool consommés), un menu déroulant apparaissait. La présence d'une vidéo en LSF pour chaque question a empêché la rotation aléatoire des modalités de réponses proposées. Leur nombre a été limité de façon à minimiser les risques d'oubli après la lecture de la vidéo.

Une adresse e-mail dédiée a permis de faire face aux problèmes techniques rencontrés par les répondants (liés par exemple au navigateur), de répondre à des questions sur l'enquête et de recueillir des opinions sur la démarche de l'étude.

PUBLICISATION DE L'ENQUÊTE

Pour faire connaître l'enquête et inciter les personnes concernées à y répondre, des moyens variés ont été utilisés. Cette diversification répondait à une double nécessité. Il était probable qu'un nombre restreint de participants serait glané par chaque mode de diffusion de l'information envisagé. Multiplier les portes d'entrée permettait ensuite de limiter les biais relatifs à chaque mode de recrutement. Ainsi, il a semblé nécessaire de ne pas passer uniquement par le milieu associatif, la majeure partie des personnes qui se désignent comme malentendantes n'en faisant pas partie. Pour autant, il était primordial de diffuser l'information *via* les associations d'usagers et leurs fédérations, ainsi que par des professionnels et administrations⁵ en relation avec les populations visées.

5. En dehors des membres du groupe de travail, dont les organisations – France Acouphènes, l'Unisda, Aides sourds, la Cité des sciences et de l'industrie – se sont mobilisées, les partenaires particulièrement sollicités ont été : l'association des directeurs des MDPH, la CCMSA, la Cnamts, la Cnav, la DGCS, la FNO, l'INJS, la Mutualité française, des syndicats d'orthophonistes et d'ORL, l'UNA, l'UNADMR, l'Unaf, l'Unccas, l'URML Nord – Pas-de-Calais. D'autres organismes ont été sollicités : le CNRPA, la FNSF, la FFH, le MDSF, l'AST, Sos Surdus, l'Ariada, l'Anpeda, Acfos, l'Unapeda, 2-AS, Sourds de Bretagne et l'ILCS.

En amont du lancement du questionnaire, une cinquantaine de réseaux administratifs ou professionnels ont été sollicités, ainsi qu'une quarantaine de têtes de réseaux associatifs afin d'élaborer conjointement les démarches visant à faire connaître l'enquête. Des rencontres ont aussi été organisées avec des professionnels en lien avec les publics concernés, par exemple avec les professeurs de l'Institut national des jeunes sourds (INJS), ou lors d'une journée organisée par l'Union nationale des audioprothésistes français (Unaf). Une promotion directe de l'enquête auprès des publics concernés

au sein des associations suivantes a également eu lieu : Mouvement des sourds de France (MDSF), Association de réadaptation et défense des devenus-sourds (ARDDS), Association des sourds de Tolosa (AST), SOS Surdus, Visuel-LSF 31, Ateliers et compagnie théâtrale en signes (ACT's), Etudiant'S 31 et Association des devenus sourds et malentendants (ADSM).

Les professionnels, administrations et associations concernés se sont vu proposer plusieurs moyens pour relayer l'enquête. Des affichettes et des cartons de promotion, ainsi que des vidéos en LSF étaient à dispo-

SITE INTERNET DÉDIÉ AU QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DU BSSM : UN ÉCRAN DE LA PARTIE INTRODUCTIVE




Vous êtes sourd, malentendant ou vous avez des troubles de l'audition : participez à la 1^{ère} enquête sur votre santé

▶▶ Avec le soutien de la CHU de




Pour répondre plus tard ou en plusieurs fois, merci de nous indiquer une adresse e-mail personnelle pour recevoir le questionnaire.

Nous vous rappelons que les réponses sont traitées de manière totalement anonyme. Votre adresse e-mail sera uniquement utilisée pour vous connecter au questionnaire.

Votre adresse e-mail personnelle principale :

Merci de confirmer votre adresse e-mail personnelle principale :

Valider

[Mentions légales](#)
[Informations sur la confidentialité des données recueillies](#)
[Nous contacter](#)

sition sur le site de l'Inpes, et une bannière pouvait être insérée sur leur propre site Web. Les partenaires ont également été incités à parler de l'enquête lors de réunions et événements existants (forums, fêtes, rencontres autour de questions de santé).

Au début du terrain de l'enquête en juin 2011, un e-mailing a été adressé à l'ensemble des relais associatifs, administratifs et professionnels, soit à huit cents adresses environ, avec une relance en septembre. En supplément, 45 000 affichettes et 400 000 cartons de promotion leur ont été envoyés par voie postale en vue d'une distribution aux personnes concernées.

La création d'une page sur Facebook en octobre 2011 a, par ailleurs, permis d'informer et de solliciter à nouveau ces intermédiaires, mais aussi d'entrer directement en relation avec les personnes visées.

L'information a également été diffusée sur des forums de discussions dédiés à la santé, à la surdité et aux troubles de l'audition. Enfin, deux communiqués de presse ont été diffusés en direction de la presse généraliste et spécialisée, ainsi que des journalistes TV référents sur le handicap.

COUVERTURE DE LA POPULATION

Une participation basée sur le volontariat et l'absence d'échantillonnage préalable entraînent, malgré tout, des biais de sélection non identifiables [17] et potentiellement non négligeables [18]. On peut s'interroger, sans pouvoir réellement apporter de réponse, sur les motivations des répondants : sont-ils intéressés parce que vivre avec une surdité ou des troubles de l'audition est pour eux une source de mal-être

CARTON DE PROMOTION DE L'ENQUÊTE (RECTO/VERSO)

Baromètre Santé **BSSM** Sourds et Malentendants



Participez à la première enquête nationale sur la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition.



www.bssm.inpes.fr

www.inpes.sante.fr
Inpes Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Avec le soutien de la **CNSA** Centre national de solidarité pour l'autisme

www.bssm.inpes.fr

La première enquête nationale
Pour la première fois, en France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé interroge des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition sur leurs perceptions et leurs comportements de santé.

Pour répondre à vos besoins
Cette enquête a pour but de mettre en place des actions et des recommandations qui répondent aux besoins des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition.

Sur divers sujets de santé
Le questionnaire, disponible en version écrite et en langue des signes, porte sur de nombreux sujets de santé comme la qualité de vie, la nutrition, le tabac, la santé au travail, etc.

En respectant la confidentialité et l'anonymat
Les données seront traitées de manière confidentielle conformément aux dispositions de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil). Les résultats de cette étude ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques.

Nos partenaires
Cette enquête est réalisée en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Un grand nombre de personnes concernées, de professionnels, d'associations et d'administrations ont participé à la réalisation de cette enquête.

Baromètre Santé **BSSM** Sourds et Malentendants

ou, au contraire, parce qu'ils sont en bonne santé et tiennent à en faire part ?

Aussi, il est nécessaire d'insister sur le caractère non représentatif des données qui reflètent la situation des enquêtés et non celle de l'ensemble des personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition. Le risque avec cette méthode, comme avec n'importe quel échantillon non probabiliste, est que les associations établies entre les caractéristiques des personnes interrogées (ici du point de vue de l'audition et des caractéristiques socio-démographiques) et les variables liées à la santé, soient biaisées à cause de l'absence ou de la sous-représentation d'individus ayant un profil particulier (par exemple les plus précaires, les plurihandicapés, etc.)

[17]. De plus, dans la mesure où la structuration de la population de référence est insuffisamment connue, il est impossible d'effectuer des ajustements statistiques, si ce n'est avec des enquêtes en population générale et uniquement dans un but de comparaison.

D'autres méthodes élaborées pour des populations difficiles à identifier et à toucher [19] ont été envisagées mais non mises en œuvre pour des contraintes d'ordre temporel et logistique. Il s'agit par exemple de la méthode ciblée⁶ (*targeted sampling*) ou de l'échantillonnage par les pairs⁷ (*respondent-driven sampling*). Les dispositifs afférents semblaient trop lourds et coûteux à mettre en place pour une couverture qui se voulait nationale et pour une telle diversité de populations.

Les réseaux spécialisés ont permis d'entrer en contact avec les personnes s'identifiant comme sourdes ou malentendantes ou qui présentaient des troubles de l'audition plutôt vécus comme gênants, voire invalidants. Les personnes sourdes depuis la prime enfance et communiquant le plus souvent en LSF font très souvent partie d'associations qui constituent des lieux de socialisation et de sociabilisation, sans lesquels l'accès à leur langue, à leurs pairs et donc à une vie

sociale serait très restreint⁸. Ces nombreuses associations offrent presque toutes la diversité d'activités que l'on retrouve dans le milieu associatif pour les entendants et elles sont organisées autour d'activités sportives et culturelles. En revanche, les personnes devenues malentendantes sur le tard ou ayant des troubles de l'audition font plus rarement partie d'associations d'usagers. Celles que l'on y rencontre ont pour particularité d'avoir un niveau de surdité important. De la même façon, les professionnels tels que les audioprothésistes nous ont mis en lien avec celles bénéficiant d'une prise en charge spécifique et ayant un niveau de surdité sévère. Les médias ou sites Internet plus généralistes ont permis d'informer ceux qui échappent à ces réseaux et qui constituent une grande partie de la population des personnes vivant avec une acuité auditive réduite et/ou avec des acouphènes. La banalisation de la presbycusie faisait par ailleurs émettre des doutes sur la capacité des structures d'aide à domicile, ou encore des professionnels de santé, à jouer le rôle d'intermédiaires et à identifier les personnes concernées. Il paraissait également moins facile de les atteindre compte tenu d'une moindre utilisation d'Internet parmi les catégories les plus âgées (plus de 70 ans). L'expérience de l'enquête de l'Unisda de 2010 sur la détresse psychologique des personnes sourdes et malentendantes, qui recourait à une méthodologie similaire, mettait en évidence un taux de réponse plus faible des plus âgés mais aussi des plus jeunes. Pour ces derniers, nous faisons l'hypothèse d'un moindre intérêt pour ce type d'études, mais

6. La méthode ciblée s'appuie sur une analyse ethnographique visant à identifier les différents réseaux ou sous-groupes existant sur un territoire. Ces derniers sont alors considérés comme un échantillon stratifié, et des quotas sont choisis dans chaque strate. L'ampleur des biais dépend de la solidité de l'étude ethnographique, souvent limitée par le temps et les ressources.

7. L'échantillonnage par les pairs est en quelque sorte une version améliorée de la méthode boule de neige et qui tente d'en diminuer les biais par l'introduction d'une méthode probabiliste.

8. La description reprise ici a été fournie par Sophie Dalle-Nazébi.

aussi de difficultés particulières de compréhension pour les sourds depuis la prime enfance. Le risque de ce mode d'administration (enquête en ligne) était également que les répondants issus de milieux culturellement et économiquement défavorisés, ayant moins accès à Internet, soient sous-représentés. Néanmoins, quelle que soit la méthode retenue, le risque de surreprésentation des populations socioéconomiquement mieux loties se révèle fréquent quand il s'agit d'interroger les personnes sourdes [20]. Les répondants aux enquêtes en ligne présentent de manière générale des caractéristiques sociodémographiques particulières, voire des profils psychologiques spécifiques [21]. Une alternative aurait été la mise à disposition du questionnaire en version papier, mais elle était difficilement envisageable en raison de la longueur et surtout du nombre de filtres d'une enquête conçue à l'origine pour une passation téléphonique. Une enquête en face-à-face aurait été financièrement trop coûteuse.

ENQUÊTE AUPRÈS DES PLUS ÂGÉS ET DES PERSONNES EN DIFFICULTÉ POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

Une solution hybride a été retenue pour les moins et les plus âgés, ainsi que pour les locuteurs de la LSF en difficulté pour répondre seuls sur Internet. Une phase d'enquête spécifique visant des personnes sourdes ou malentendantes de 71 à 85 ans s'exprimant oralement et n'ayant pas accès à Internet a été réalisée en lien avec l'institut d'étude BVA, au domicile des personnes dans des zones rurales et urbaines de trois régions : Île-de-France, Paca et Rhône-Alpes. Il s'agissait de mettre à disposition un ordinateur muni d'une clé 3G pour l'autoadministration du questionnaire par Internet. L'enquêteur-relais, qui avait pour consigne de se mettre en retrait, pouvait

néanmoins aider à manipuler l'ordinateur ou à comprendre les questions.

Les personnes âgées ont été recrutées par l'intermédiaire de différents organismes professionnels (audioprothésistes, Cnav et caisses d'assurance retraite et de la santé au travail), services gériatriques hospitaliers, réseaux gérontologiques, structures d'aides à domicile, en particulier appartenant à l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA). Les enquêtés devaient être en capacité de répondre seuls ou accompagnés. Néanmoins, la participation de ces derniers n'a pas eu le succès escompté et l'échantillon s'est trouvé restreint à cinquante personnes. Des têtes de réseaux devant faire le lien avec leurs structures locales se sont désistées et, pour pallier cette carence, il a été tenté de joindre directement des centres communaux d'action sociale (CCAS), des structures d'aide à domicile, des réseaux gériatriques, avec peu d'efficacité dans une période estivale. L'investissement relativement important demandé aux organismes intermédiaires a certainement également constitué un frein. Il s'agissait pour les têtes de réseaux d'identifier et d'inciter à participer cinq à six antennes, auxquelles l'Inpes et BVA envoyaient les documents relatifs à l'enquête, dont un formulaire de consentement qu'elles devaient remplir avec les personnes recrutées et renvoyer à BVA. Enfin, les organismes locaux qui ont accepté de participer ont pu être confrontés à deux difficultés : la rareté du profil escompté parmi leur patientèle et un taux de refus important de la part de personnes âgées craignant de recevoir un enquêteur à domicile.

Au moment du recrutement de la personne enquêtée par les réseaux précités, un proche pouvait être identifié pour faciliter ultérieurement la prise de rendez-vous et être présent si besoin au moment de la passation du questionnaire. À ce stade, aucun problème particulier de communication ne s'est réelle-

ment posé, qu'un proche soit présent ou non. Des consignes avaient été délivrées aux enquêteurs afin qu'ils articulent en face de la personne sans crier. L'enquêteur a dans la majorité des cas rempli le questionnaire, les personnes interrogées n'ayant pas souhaité se servir elles-mêmes de l'ordinateur par manque de maîtrise et/ou en raison d'un problème de vision. Selon les situations, l'enquêteur a lu les questions et les réponses proposées, ou a laissé lire l'interviewé, se contentant de noter la réponse donnée. La durée de passation a été comprise entre 45 mn et 1 h 30.

Pour une autre catégorie de population, l'accessibilité des questions en LSF a aussi été réfléchi. En effet, le niveau de maîtrise de la LSF est très variable selon les individus, du fait de l'appropriation souvent tardive de la langue. Un accompagnement spécifique a donc permis de toucher ceux qui étaient le plus en difficulté pour comprendre à la fois le français écrit et la LSF et/ou pour atteindre ceux qui n'avaient pas accès à Internet. L'organisation d'une phase d'enquête à domicile paraissant trop compliquée, des rencontres avec des accompagnateurs sourds ont été aménagées, en particulier à Paris et à Toulouse, au sein de structures⁹ associatives, d'unités de soins pour sourds ou encore à la Cité de la santé (Cité des sciences et de l'industrie). Souvent, les aidants communiquant en LSF ont été sollicités pour reformuler les questions, parfois réexpliquer celles qui avaient été mal comprises ou noter la réponse donnée quand l'usage d'un ordinateur n'allait pas de soi.

Une quarantaine de personnes ont pu être interrogées dans ce cadre. Des sujets ont été plus difficiles à aborder, tels que le suicide lorsque l'aidant sourd était très présent. Quelques abandons en cours d'entretien ont été déplorés en raison de la durée importante du temps de réponse – qui a pu dépasser deux heures lorsque des reformu-

lations étaient nécessaires – et quand des pathologies psychiatriques venaient limiter les capacités de concentration et de compréhension. Pour ce qui concerne la rencontre organisée avec les seniors de l'AST, la participation des sourds a été facilitée par plusieurs éléments : les multiples échanges en amont de l'enquête, l'implication de certains membres actifs de l'association et de responsables sourds, (re)connus par la communauté sourde, le lieu de passation des questionnaires (foyer de l'association), la date choisie du jour des activités hebdomadaires et, enfin, la présence d'autres membres de l'association et des aidants sourds. Ces éléments facilitant la mise en confiance sont reconnus comme importants pour la collaboration des sourds à d'autres enquêtes [16].

PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

L'objectif était de pouvoir interroger au minimum 1 400 personnes, en espérant en atteindre entre 2 000 et 4 000. Au final, 2 543 personnes résidant en France ou dans les départements d'outre-mer ont répondu à l'enquête dans son intégralité et 451 partiellement (au moins au premier module de questions sur la santé). Le temps de passation du questionnaire, de vingt-cinq minutes au minimum à un temps beaucoup plus long si l'on visionnait les vidéos en LSF, n'a donc pas découragé la plupart des répondants. Quelques questions ont pu surprendre quand des personnes ne voyaient pas le lien avec la surdité et ne comprenaient pas pourquoi on les interrogeait sur ces sujets à

9. Nous nous sommes appuyés en particulier sur l'Association des sourds de Tolosa (AST), les unités de soins spécialisées de Toulouse et de Paris (Salpêtrière), le service public et accessibilité de la Cité des sciences et de l'industrie ainsi que sur la Fédération nationale des sourds de France (FNSF). Nous adressons en particulier nos remerciements à Delphine Agnesina, Loïc Ambert, Josette Bouchaudeau, Jean-François Burtin, Claire Garguier, Virginie Denis, Laetitia Esmen, Francis Facchin, Alexis Karacostas, Roselyne Rimbaud et Aurore Schneider.

ce titre (par exemple sur la sexualité). Mais cela n'a pas souvent altéré le déroulement du questionnaire.

La participation a été plus forte durant les premiers jours de l'enquête, puis est restée relativement régulière durant les autres mois de passation. Un dispositif de communication étalé dans le temps pour faire connaître l'enquête a certainement permis de maintenir le recrutement **[figure 1]**.

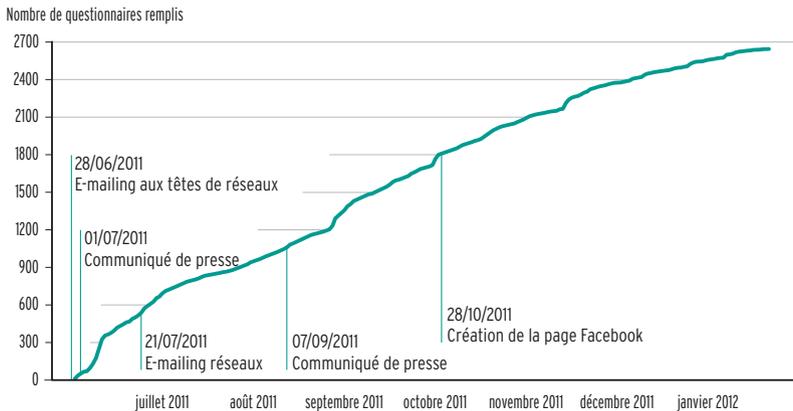
Il est possible de savoir, même approximativement, quelles sources d'informations ont davantage permis de faire connaître l'enquête **[figure 2]**. Une question posée à cet effet inclut, parmi les modalités de réponses, les médias éventuels véhiculant l'information (Internet, affichette, brochure, presse) et ses émetteurs (associations, professionnels, amis ou parents). Même si la question est à choix multiple, il n'est pas toujours évident d'identifier précisément cette médiation. Par exemple, des personnes ont pu mentionner Internet mais nous ne savons pas si l'information est passée par un proche, par e-mail ou par une association. À l'inverse, quand la source de l'infor-

mation est associative, il est possible qu'elle ait été éditée sur leur site Internet sans que cela soit indiqué par les personnes interrogées. Tout en tenant compte de ces différentes réserves, les enquêtés sont 39,6 % à signaler avoir connu l'enquête par le biais d'Internet, puis par les associations pour un quart d'entre eux, ensuite par les proches. Enfin, 13,2 % des personnes indiquent avoir connu l'enquête par l'intermédiaire des cartons de promotion ou affiches distribués. Les sourds pratiquant la LSF (tous les jours ou de temps en temps) sont proportionnellement plus nombreux à avoir été sensibilisés par ce biais mais surtout par celui d'Internet (44,3 % vs 37,7 % pour les autres) ou d'un proche (25,9 % vs 6,3 % pour les autres).

Il était prévisible que l'incitation à répondre à l'enquête sur Internet serait plus importante par ce média compte tenu de l'important relais sur le Web, 250 sites ayant référencé le BSSM **[figure 3]**, et du fait de l'immédiateté de l'accès au questionnaire par le biais d'un lien durant la navigation. En revanche, la démarche consistant

FIGURE 1

Date des actions de communication sur l'enquête et nombre de questionnaires remplis intégralement (effectifs cumulés)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

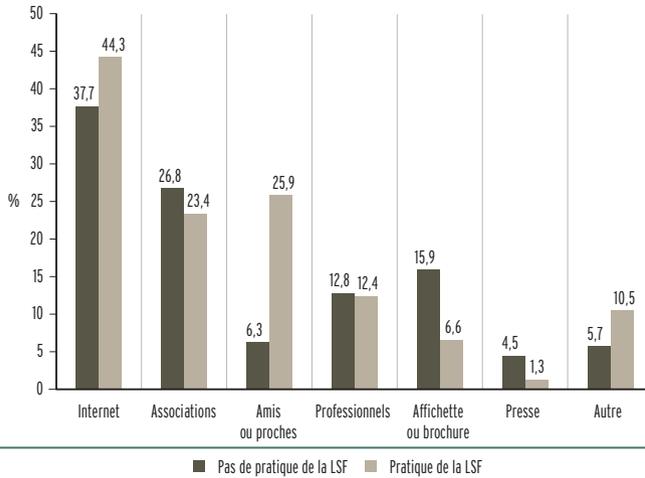
à aller sur le site du questionnaire après en avoir eu connaissance par un autre moyen est apparue beaucoup plus coûteuse. Il est probable qu'une synergie ait opéré entre les différents modes de communication sur

l'enquête, la mention d'une connaissance de l'enquête par plusieurs biais étant fréquente.

L'autoadministration *via* Internet pour l'ensemble des enquêtés laissait la possibilité d'une aide pour répondre à l'enquête.

FIGURE 2

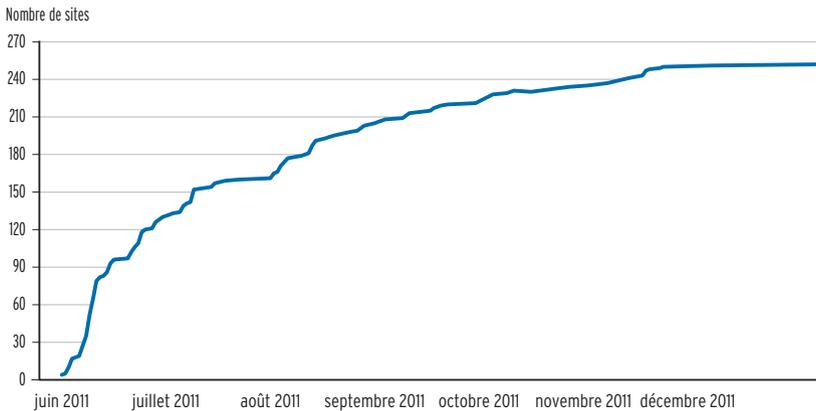
Mode de connaissance de l'enquête selon la pratique de la LSF (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 3

Cumul du nombre de sites ayant référencé le BSSM



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

95 % des personnes ont rempli seules le questionnaire, parmi lesquelles 8 % étaient en présence d'un proche qui pouvait voir leurs réponses.

ANALYSE DES DONNÉES ET INTERPRÉTATION

Il s'agit ici de présenter succinctement le principe des différentes méthodes statistiques mises en œuvre dans l'ouvrage, ainsi que leurs modalités d'interprétation. Le logiciel Stata (version 10 SE) a été utilisé pour la statistique descriptive et les modélisations.

Dans les différents chapitres, il est souvent question de « significativité », par exemple pour évaluer l'intensité d'une relation entre deux variables qualitatives croisées dans un tableau. Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux variables, il teste une « hypothèse d'indépendance ». Si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant doit avoir une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse qu'un comportement de santé tel que la consommation quotidienne d'alcool est indépendant du sexe des enquêtés, lorsque l'on croise ces deux variables, la proportion devrait être la même parmi les femmes et les hommes. Or, il apparaît que 18,9 % des hommes interrogés ont déclaré un tel comportement, contre 6,9 % des femmes. Cet écart est très élevé, et il est donc très peu vraisemblable que le sexe et la consommation quotidienne d'alcool soient indépendants dans l'ensemble de la population.

Un test statistique permet d'évaluer cette vraisemblance, qui est ici de l'ordre d'une chance sur plusieurs millions. Plus cette probabilité est faible, plus on aura tendance à rejeter l'hypothèse d'indépendance et donc, *a contrario*, à conclure que les deux variables sont fortement liées l'une à l'autre. Cette probabilité est appelée « seuil de significati-

tivité » (ou « risque de première espèce α ») : plus elle est faible, plus les variables croisées sont significativement liées. On dira donc d'une relation statistique qu'elle est significative au seuil p si la probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance est inférieure ou égale à p . Les seuils utilisés sont 5 %, 1 %, 0,1 %, notés respectivement $p < 0,05$, $p < 0,01$ et $p < 0,001$. Lorsque l'on dit d'une relation qu'elle est significative sans préciser à quel seuil, il s'agit généralement de 5 % : on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en concluant qu'il y a bien une relation, et non indépendance. L'absence de lien entre deux variables est signalée par les lettres « ns » (non significatif).

Les statistiques descriptives ont un inconvénient majeur : elles mettent en évidence les liaisons statistiques entre des variables, mais ne permettent pas de contrôler les effets de structure, qu'ils proviennent des variables sociodémographiques ou d'autres facteurs de confusion possibles. Les modèles statistiques de régression permettent justement de démêler de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans le modèle. Les méthodes de régression permettent ainsi de quantifier avec précision les relations entre variables, tout en contrôlant les effets de structure.

Dans le cas d'une variable « qualitative à deux modalités », comme dans la plupart de nos analyses, on utilise pour l'expliquer un modèle de régression que l'on appelle « logistique ». Pour interpréter les résultats des régressions, on a recours à la notion anglo-saxonne d'« odds ratio » (OR) [22]. Supposons, par exemple, que l'on s'intéresse à l'influence du sexe sur une opinion. Si l'odds ratio associé à la modalité « femme » vaut 1,3, la convention d'interprétation que nous utiliserons sera la suivante : toutes choses égales par ailleurs,

une femme a 1,3 fois plus de chances qu'un homme d'avoir une telle opinion.

Dans certaines études, les régressions sont parfois utilisées à des fins prédictives, mais ce n'est pas le cas de celles qui sont présentées dans cet ouvrage. Leur objectif est descriptif, il s'agit de contrôler les effets de structure, mais pas à proprement parler de mesurer avec précision la force des liens, tout au plus de les hiérarchiser. On ne cherche pas à prédire, mais à s'assurer qu'une variable n'en médiate pas une autre.

Enfin, il semble utile de donner une grille de lecture aux tableaux figurant dans cet ouvrage. Dans les tableaux présentant les résultats des régressions logistiques figurent également les croisements bivariés entre chacune des covariables et la variable dépendante. Le seuil de significativité correspondant à ce test est exprimé par l'absence (non significatif) ou la présence d'une étoile (si $p < 5\%$), de deux étoiles (si $p < 1\%$) ou de trois étoiles (si $p < 0,1\%$) juste au-dessus des pourcentages présentés [tableau I].

TABLEAU I

Exemple de lecture d'un tableau : facteurs associés à la détresse psychologique

	Effectifs	%	OR ajustés	IC à 95 %
Sexe		***		
Homme (réf.)	950	39,8	1	
Femme	1684	49,0	1,4***	[1,2 ; 1,7]
Impact des troubles de l'audition dans la vie quotidienne		***		
Beaucoup	845	63,0	2,9***	[2,4 ; 3,5]
Peu ou pas d'impact (réf.)	1789	37,5	1	

Lecture : Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se trouver dans une situation de détresse psychologique au moment de l'enquête (49,0 % *versus* 39,8 % ; écart significatif à $p < 0,1\%$). Cet écart est confirmé après contrôle de certains effets de structure (âge, diplôme, précarité financière perçue, âge de survenue de la surdité, etc.), les femmes ayant plus de chances (1,4 fois) de se trouver dans cette situation que les hommes ($p < 0,1\%$). L'intervalle de confiance (IC) de l'odds ratio (OR) est compris entre 1,2 et 1,7.

L'intervalle de confiance exprime, comme son nom l'indique, la confiance qui peut être attribuée au résultat. La longueur de l'intervalle indique la précision obtenue. Plus il se resserre, plus il est précis.

PROFIL DES RÉPONDANTS

L'échantillon du BSSM est présenté à partir des variables sociodémographiques classiques dans un premier temps, puis à partir des indicateurs relatifs à la surdité ou aux troubles de l'audition : l'acuité auditive perçue, la pratique de la LSF, le recours à l'expression orale, l'autoqualification en tant que sourd ou malentendant et, enfin, les troubles de l'audition (acouphènes et hyperacousie principalement). Les modalités de comparaison du BSSM avec deux autres enquêtes, le Baromètre santé

2010 (*lire l'encadré 1*) et HSM (*lire l'encadré 2*) sont explicitées ci-dessous.

PERSPECTIVES COMPARATIVES

L'échantillon du BSSM n'est par définition pas représentatif et les déséquilibres ne peuvent pas être calibrés avec un poids de redressement compte tenu de l'incertitude de ce dernier. Comme précédemment indiqué, si HSM tend vers une représentativité, elle présente des faiblesses de ce point

de vue en ce qui concerne les sourds pratiquant la LSF, certainement en sous-nombre. Cependant, cette enquête fournit des tendances à prendre en considération, par exemple le niveau de diplôme ou la profes-

sion et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des personnes sourdes ou malentendantes. Des comparaisons, en particulier avec des sous-populations, semblent intéressantes même si elles sont délicates, dans la mesure

ENCADRÉ 1

LA MÉTHODE DU BAROMÈTRE SANTÉ 2010

Le Baromètre santé 2010, mis en œuvre dans la continuité des précédentes enquêtes de ce type, a été réalisé par biais téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de 27 653 personnes de 15 à 85 ans, vivant en France métropolitaine, résidant à domicile, et en capacité de répondre seules.

La procédure d'échantillonnage à partir des numéros de téléphone générés aléatoirement visait à éviter les doublons et à respecter les proportions de téléphones fixes et portables (pour ceux injoignables par un numéro géographique).

Afin de limiter le temps de passation du questionnaire, un module commun comprenant notamment les données sociodémographiques a été posé à tout l'échantillon et les autres thèmes ont été répartis en trois sous-échantillons tirés au hasard.

Pour la présentation détaillée de la méthode du Baromètre santé 2010 : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Methodes-enquete-barometre-sante-2010.pdf>

ENCADRÉ 2

L'ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ MÉNAGES (HSM) : OBJECTIFS ET MÉTHODE

L'enquête HSM réalisée par l'Insee en partenariat avec la Drees en 2008-2009, qui fait suite à Handicap-Incapacités-Dépendances (HID) de 1999, avait pour objectif d'évaluer la prévalence des situations de handicap. Elle explore tout comme HID les déficiences et incapacités (limitations fonctionnelles et restrictions d'activités), les aides et besoins d'aide, ainsi que la participation sociale dans plusieurs sphères (vie familiale, scolarité, emploi, loisirs, vacances ou encore vie associative). Elle se divise en une partie consacrée aux personnes vivant en institution et un volet auprès de presque 30 000 ménages interrogés en face-à-face à leur domicile et qui feront l'objet de quelques points de comparaison avec le BSSM.

Une particularité de l'enquête HSM de 2008 a consisté à donner une place plus grande à la santé à travers des sujets tels que la consommation de tabac et d'al-

cool, la nutrition, la santé mentale, le recours aux soins, la consommation médicale, l'hospitalisation, etc. L'échantillon, constitué à partir de la base d'une enquête filtre « Vie quotidienne et santé 2007 », ne comporte pas de limite d'âge et inclut les départements d'outre-mer. Il surreprésente les personnes dont on suppose qu'elles sont fortement handicapées. Les individus en bonne santé ou sans limitation d'activités y sont également inclus, ce qui permet d'effectuer des comparaisons entre les personnes en situation de handicap et la population générale.

La présentation de l'enquête et des documents régulièrement mis à jour sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-handicap-sante_4267.html Une présentation générale de l'enquête est consultable à l'adresse : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=sources/ope-enq-handicap-sante-menages-hsm.htm>

où quelques indicateurs sont communs aux deux enquêtes, aussi bien du point de vue de ceux visant à qualifier la surdité que de ceux en lien avec la santé. Les données de l'enquête HSM sur l'origine des problèmes d'audition, la sociabilité, les conditions d'emploi, la discrimination peuvent venir en complément du BSSM. Il faut néanmoins tenir compte dans ces rapprochements de la structuration des échantillons très différente du point de vue de la représentation de la surdité et des troubles de l'audition. Les locuteurs de la LSF constituent un tiers de l'échantillon du BSSM contre moins de 2 % dans l'enquête HSM¹⁰. Cette dernière a plus largement interrogé les personnes devenues sourdes ou malentendantes avec l'avancée en âge, qui constituent la grande majorité des sept millions de personnes vivant avec une surdité ou des troubles de l'audition. Or, dans le BSSM, cette catégorie de personnes constitue la classe d'âge la moins nombreuse de l'échantillon. L'enquête a plutôt touché celles dont la déficience était survenue avant l'âge de la retraite.

Ensuite, des mises en perspectives avec le Baromètre santé 2010 mené en population générale étaient prévues dès l'origine et tiennent compte d'un redressement sur trois critères : le genre, l'âge et le niveau de diplôme. Cette opération est uniquement à visée comparative puisque, dans la réalité, il n'y a pas de raison pour que la population des personnes sourdes et malentendantes ou présentant des troubles de l'audition se distribue de la même manière que la population générale sur ces variables sociodémographiques.

La confrontation des données du BSSM et de l'enquête en population générale doit, par ailleurs, tenir compte des variations dans la présentation des données liées au mode de passation du questionnaire (Internet *versus* téléphone). La formulation de quelques questions a été simplifiée, tout en cherchant à en conserver le sens exact. Des questions

auxquelles des réponses en modalité oui/non étaient attendues par téléphone ont pu être transposées en une seule liste à choix multiples. Or, ce type de liste peut susciter un nombre de réponses plus restreint [23]. L'introduction, pour un petit nombre de questions, de la modalité « ne sait pas », qui n'est pas proposée dans le Baromètre santé 2010, est à considérer. Des études comparant l'administration des mêmes questions par Internet en autoadministré et par téléphone montrent des décalages entre les niveaux de réponses en fonction des thèmes questionnés. Sur un certain nombre de sujets délicats (sexualité, violences, drogues, santé mentale, etc.), l'autoadministration sur Internet semble favoriser les déclarations en comparaison avec une enquête téléphonique, en proposant un temps de réflexion plus long [24], davantage de confidentialité, d'anonymat aux répondants [23-28]. Enfin, le biais de désirabilité sociale serait moindre [29].

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans le BSSM, la forte proportion de femmes, qui représentent 62,5 % de l'échantillon [tableau II], est certainement liée au fait qu'elles répondent plus volontiers aux enquêtes [8], en particulier quand celles-ci concernent la santé. Si la répartition hommes/femmes reflétait celle de la population des personnes sourdes ou malentendantes de moins de 75 ans, les hommes seraient au contraire plus nombreux [11, 30] et ce, d'après l'enquête HSM, en grande partie en raison d'une plus forte exposition dans le cadre du travail à des milieux sonores susceptibles de répercussions sur l'audition [31].

Concernant les catégories d'âge, les plus de 70 ans sont moins nombreux dans le BSSM

10. Calcul effectué à partir des données analysées par M. Cuenot et P. Roussel [10].

TABLEAU II

Données sociodémographiques des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (15 ans et plus) (n=2 994) (données brutes)			Baromètre santé 2010 (15-85 ans) (n=27 653) (données redressées) ^a		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Sexe	37,5	62,5	100	48,0	52,0	100
Âge						
15-25 ans	11,0	10,9	11,0	17,6	16,2	16,9
26-34 ans	15,8	15,8	15,8	14,5	13,8	14,1
35-44 ans	17,1	19,7	18,7	18,1	17,2	17,6
45-54 ans	17,1	21,3	19,7	17,5	17,0	17,2
55-64 ans	21,2	19,7	20,2	15,8	15,5	15,6
65-74 ans	11,3	7,4	8,9	9,7	10,4	10,1
75 ans et plus ^b	6,5	5,2	5,7	6,9	9,9	8,5
Niveau de diplôme						
Sans diplôme	9,0	7,5	8,1	18,0	19,8	18,9
Inférieur au bac	31,7	29,1	30,0	44,2	40,8	42,5
Bac ou équivalent	14,9	18,1	16,9	16,1	17,9	17,0
Bac + 2	15,0	16,4	15,9	9,6	9,9	9,8
Bac + 3-Bac + 4	12,3	16,7	15,1	5,5	7,5	6,5
Bac + 5 et au-delà	15,5	11,6	13,0	6,6	3,9	5,2
Situation matrimoniale						
Vivre seul	22,1	26,0	24,6	16,4	19,4	18,0
Vivre en couple	64,4	58,6	59,6	63,9	58,6	61,1
Lieu de vie						
Domicile	98,4	98,2	98,3	100	100	100
Institution	1,6	1,8	1,7			
Situation professionnelle						
Travail	48,7	51,9	50,7	54,2	46,6	50,3
Études	7,8	7,6	7,6	10,9	10,2	10,5
Chômage	10,6	8,4	9,2	8,2	7,1	7,6
Retraite	29,1	22,0	24,7	24,5	24,7	24,6
Autres inactifs	3,7	10,2	7,8	2,1	11,3	6,9
Profession et PCS^c						
Agriculteurs exploitants	0,8	0,8	0,8	2,8	2,1	2,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	5,4	2,0	3,2	7,9	5,0	6,4
Cadres, professions intellectuelles supérieures	32,5	22,2	25,9	19,2	12,1	15,5
Professions intermédiaires	30,9	33,8	32,7	24,0	24,1	24,0
Employés	13,3	36,8	28,3	13,0	39,9	27,0
Ouvriers	16,1	3,4	8,4	32,5	15,7	23,7

a. Données redressées sur la structure par âge croisé avec le sexe, la taille d'agglomération, la région UDA (Union des annonceurs) et le niveau de diplôme de la population générale.

b. Aucune limite d'âge n'avait été posée dans le BSSM, mais le nombre de personnes interrogées au-delà de 85 ans est seulement de 16, la personne la plus âgée ayant 99 ans. En revanche, la tranche d'âge du Baromètre santé 2010 est 75-85 ans.

c. Catégorie socioprofessionnelle : calculée sur l'ensemble des répondants (y compris les chômeurs et les retraités, en tenant compte de leur ancienne profession).

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

alors que ces derniers représentent en réalité la majeure partie de ceux dont l'acuité auditive est réduite. Les personnes interrogées dans le BSSM sont plus diplômées qu'en population générale : 44,0 % de diplômés supérieurs au bac dans le BSSM *versus* 21,5 % en population générale. Or, si l'on se réfère à HSM, ces deux indicateurs devraient être plus défavorables pour les personnes sourdes et malentendantes [30]. Dans le BSSM, les catégories socioprofessionnelles incluent nettement plus de cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que de professions intermédiaires que dans le Baromètre santé 2010. La situation est inverse pour les ouvriers et travailleurs indépendants. Paradoxalement et toujours au regard de cette enquête, les situations financières sont légèrement moins favorables dans le BSSM [tableau III] si l'on considère les revenus déclarés. Le renoncement à des soins de santé pour des raisons financières est quant à lui supérieur de plus de 10 points.

La distribution géographique des répondants du BSSM diffère de celle de la population générale : ils sont proportionnellement plus nombreux à résider en Île-de-France (25,6 % dans le BSSM *versus* 18,7 % dans le Baromètre santé 2010) et, de manière moins marquée, en Rhône-Alpes, en Midi-Pyrénées et en Bretagne [tableau IV]. Enfin, si l'on considère le pays de naissance des enquêtés de France métropolitaine du BSSM, la proportion d'individus nés à l'étranger est légèrement inférieure à celle du Baromètre santé 2010 (8,1 % *vs* 10,4 %) [tableau V].

DESCRIPTIF DE L'ÉCHANTILLON DES 15-64 ANS

Un descriptif des 15-64 ans peut être utile pour distinguer la situation des personnes en activité ou en âge de l'être. Cette population se caractérise dans le BSSM par une forte représentation de femmes (64,0 % *vs* 36,0 % d'hommes).

TABLEAU III

Situation financière des répondants des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (15 ans et plus) (données brutes) (n=2 577)			Baromètre santé 2010 (15-85 ans) (données redressées) ^a (n= 27 653)		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Revenu par unité de consommation (UC)						
Moins de 900 euros	30,3	35,0	33,3	24,3	29,8	27,1
Entre 900 et 1500 euros	29,8	32,3	31,4	33,8	35,6	34,7
Plus de 1500 euros	40,0	32,8	35,4	41,9	34,7	38,2
Précarité perçue						
Être à l'aise (réf.)	16,8	13,9	15,0	17,3	14,8	16,0
Ça va	38,5	37,7	38,0	43,6	41,4	42,4
C'est juste	25,6	27,1	26,6	25,0	27,7	26,4
C'est difficile	13,6	15,3	14,7	11,1	13,0	12,1
Ne pas y arriver sans faire de dettes	2,9	4,3	3,8	2,7	2,7	2,7
Renoncement à des soins de santé pour raisons financières	19,8	25,2	23,2	7,6	11,7	9,8

a. Données redressées sur la structure par âge croisé avec le sexe, la taille d'agglomération, la région UDA et le niveau de diplôme de la population générale.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU IV

Situation géographique des répondants des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010, en France métropolitaine (en pourcentage)

	BSSM (15 ans et plus) (données brutes) (n=2 994)			Baromètre santé 2010 (15-85 ans) (données redressées) ^a (n=27 653)
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Alsace	2,5	1,8	2,1	2,8
Aquitaine	3,9	4,8	4,5	5,3
Auvergne	1,1	1,8	1,6	2,3
Bourgogne	2,2	1,9	2,1	2,4
Bretagne	6,1	6,5	6,4	5,1
Centre	3,7	3,3	3,5	3,7
Champagne-Ardenne	1,5	1,6	1,6	2,3
Corse	0,2	0,2	0,2	0,4
Franche-Comté	1,6	0,9	1,1	1,9
Île-de-France	23,5	26,4	25,6	18,7
Languedoc-Roussillon	4,6	4,6	4,7	4,2
Limousin	0,8	0,9	0,9	1,2
Pays de la Loire	6,7	5,1	5,7	5,9
Lorraine	2,9	3,5	3,3	3,9
Midi-Pyrénées	5,4	6,7	6,3	4,6
Nord-Pas-de-Calais	6,0	4,3	5,0	6,4
Haute-Normandie	2,1	1,6	1,8	3,2
Basse-Normandie	1,8	1,6	1,7	2,4
Picardie	1,5	2,0	1,9	3,0
Poitou-Charentes	3,6	2,5	2,9	2,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5,8	6,0	5,9	8,1
Rhône-Alpes	11,3	11,1	11,2	9,7

a. Données redressées sur la structure par âge croisé avec le sexe, la taille d'agglomération, la région UDA et le niveau de diplôme de la population générale.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU V

Pays de naissance des répondants des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (15 ans et plus) (données brutes) (n=2 994)			Baromètre 2010 (15-85 ans) (données redressées) ^a (n=27 653)
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
France métropolitaine	91,1	90,8	90,1	88,2
Dom-Tom	1,0	1,0	1,0	1,2
Pays étranger	7,9	8,3	8,1	10,4

a. Données redressées sur la structure par âge croisé avec le sexe, la taille d'agglomération, la région UDA et le niveau de diplôme de la population générale.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

Au regard de l'acuité auditive perçue, les personnes qui n'entendent pas du tout sont surreprésentées parmi les 26-44 ans (55,2 % vs 37,3 %), sont moins qualifiées (52,8 % vs 33,5 % des autres ont un niveau de qualification inférieur au bac) et, de fait, sont plus nombreuses parmi les employés et ouvriers. La proportion d'inactifs¹¹ s'élève à mesure que le niveau de surdité augmente (de 5,6 % parmi les personnes présentant seulement des troubles d'audition à 6,4 % chez ceux qui ont quelques difficultés à entendre et 11,6 % chez ceux qui présentent beaucoup de difficultés à entendre ou n'entendent pas du tout).

Les locuteurs de la LSF (39,9 % d'hommes et 60,1 % de femmes) sont également surreprésentés parmi les 26-44 ans (56,8 % vs 32,0 %), sensiblement moins diplômés que les non-locuteurs (45,5 % vs 32,3 % ont un niveau inférieur au bac). De fait, ils sont significativement moins nombreux parmi les cadres (15,8 % vs 26,6 %), plus présents parmi les ouvriers (11,0 % vs 7,1 %).

Ceux ayant acquis une surdité ou des troubles de l'audition après l'âge de 16 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir un niveau supérieur au bac (51,9 % vs 41,1 %) et davantage représentés parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures ; 20,2 % sont déjà à la retraite contre 8,4 % des autres.

La population de personnes qui se déclarent très gênées par les troubles de l'audition (principalement l'hyperacousie ou les acouphènes) augmente avec l'âge et est donc plus importante parmi les 45-64 ans (53,6 % vs 42,8 % dans les autres tranches d'âge), mais reste homogène dans sa distribution quant aux catégories socioprofessionnelles. De fait, cette population, au regard de ceux qui n'ont pas ces problèmes, comprend davantage de retraités et d'inactifs.

La population ayant des troubles de l'audition sans perte auditive est plutôt masculine (54,9 % d'hommes vs 45,1 % femmes),

d'avantage diplômée (57,4 % ont un niveau supérieur au bac vs 48,8 % des autres) et plus importante parmi les professions indépendantes (agriculteurs, exploitants, chefs d'entreprise) et les cadres.

QUALIFIER LA SURDITÉ ET LES TROUBLES DE L'AUDITION

La surdité et les troubles de l'audition ont été appréhendés à partir de plusieurs questions visant à rendre compte de la diversité des conséquences pour la vie des personnes (capacité à communiquer, à s'informer, moyens et modes de communication) et de leur positionnement vis-à-vis de la surdité ou des troubles de l'audition. On leur a demandé dans quelle mesure elles se qualifiaient de personnes sourdes ou malentendantes **[tableau VI]**, ou encore si elles se considéraient limitées de ce fait dans leurs activités quotidiennes **[tableaux VII et VIII]**. C'est le cas pour 56,8 % de l'échantillon. Le BSSM est davantage axé sur les limitations d'activités comme étant la résultante de capacités fonctionnelles et des ressources ou empêchements issus de l'environnement sur la participation sociale **[tableau IX]**, et moins sur les maladies ou les déficiences, en cohérence avec les modèles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹².

Deux questions portent sur les symptômes ou pathologies auditifs autres que la surdité, en particulier les acouphènes et l'hyperacousie, qui concernent 65,9 % des personnes interrogées, et sur la gêne occasionnée **[tableau X]**. La présence d'une maladie chronique qui pour les personnes interrogées peut inclure ou non ces troubles, concerne 38,0 % de l'échantillon contre 24,5 % dans le Baromètre

11. Les inactifs sont ici définis comme les personnes n'étant ni en emploi, ni au chômage, ni étudiants, ni à la retraite (hommes et femmes au foyer, en incapacité de travailler, etc.).

12. OMS, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), 2001 : 312 p.

santé 2010 [tableau VII]. Les interrogations se concentrent plutôt sur les capacités à entendre dans diverses situations (conversation à plusieurs, au téléphone), à commu-

niquer (avec le médecin ou ses collègues de travail) et à s'informer [tableau IX]. Ainsi, 16,1 % indiquent ne rien entendre, 30,9 % entendre avec beaucoup de difficultés, 48,1 %

TABLEAU VI

Divers indicateurs liés à la surdité dans le BSSM (données brutes)

	Effectifs	Pourcentages
Se définir comme		
Sourd	1 006	33,6
Malentendant	1 599	53,4
Ni l'un ni l'autre	389	13,0
Âge de survenue de la surdité		
0-1 an	773	32,3
2-26 ans	790	33,0
27-59 ans	684	29,0
60-99 ans	152	6,2
Rapidité de survenue de la surdité (quand elle survient après l'âge de 1 an)		
Peu à peu	1 108	68,1
Tout à coup	518	31,9
Pratique de la langue des signes (LSF)		
Tous les jours	620	22,4
De temps en temps	274	10,0
Comprend la langue mais ne la pratique pas	113	4,1
Non	1 759	64,0
Pratique du langage parlé complété (LPC)		
Souvent	35	1,4
De temps en temps	70	2,7
Rarement	127	4,9
Jamais	2 357	91,0
Vivre avec des personnes sourdes ou malentendantes		
Vivre avec une ou plusieurs personnes sourdes ou malentendantes	849	28,4
Vivre à plusieurs sans personne sourde ou malentendante	1 409	47,1
Vivre seul	735	24,6
Fréquentation des associations en lien avec la surdité		
En fréquenter régulièrement	465	18,0
En fréquenter de temps en temps	435	16,8
En connaître mais ne pas en faire partie	531	20,5
Ne pas en connaître	1 155	44,7
Lieu de vie et de travail		
Vivre en institution ou dans un internat	52	1,7
Travailler en milieu adapté (sur la population active)		
un établissement et service d'aide par le travail (Esat ou ex-CAT)	21	1,5
une entreprise adaptée (ex. atelier protégé) ou un centre de distribution de travail à domicile (CDTD)	26	1,9
Connaissance, reconnaissance administrative et professionnelle		
Recevoir une allocation en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition	769	30
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (sur la population active)	864	61,2

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU VII

Présence de maladies chroniques et déclaration de limitation d'activités dans le BSSM et dans le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)^a

	BSSM (15 ans et plus) (données brutes) (n= 2812)			Baromètre 2010 (15-85 ans) (données pondérées) (n=27 653)
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Déclaration d'une maladie chronique (dont 14,8 % déclarant une pathologie liée à l'audition)	38,2	38,9	38,0	24,5
Limitation d'activités depuis au moins six mois en raison d'un problème de santé ou d'un handicap				
Fortement	19,0	21,6	20,7	6,5
Oui, mais pas fortement	35,3	36,5	36,1	8,9
Pas de limitation	45,7	41,9	43,3	84,6

a. Les enquêtes HID et HSM [11, 30] font état d'associations de limitations fonctionnelles (motrices, psychiques, intellectuelles, cognitives ou visuelles) plus fréquentes en présence d'une surdité qu'en population générale, quel que soit l'âge.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VIII

Causes de limitation d'activités déclarées dans le BSSM chez les 15 ans et plus (n = 2812) (données brutes, en pourcentage)

	Hommes	Femmes	Total
La surdité ou les troubles de l'audition	44,4	49,9	47,9
Un problème moteur (un problème qui limite vos mouvements)	10,5	11,9	11,4
Des problèmes cardiologiques ou respiratoires	5,4	5,5	5,4
Un problème visuel	6,3	7,0	6,7
Un problème psychologique	7,0	8,5	7,9
Un problème de mémoire	6,3	6,6	6,5
Des problèmes d'orientation dans le temps et l'espace	7,1	6,4	6,6
Des difficultés d'apprentissage ou de compréhension	13,7	15,1	14,6
Des douleurs	15,7	19,5	18,1
Le fait de se fatiguer rapidement	26,5	33,1	30,7
Un ou plusieurs autre(s) problème(s)	2,6	2,0	2,2

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

avec quelques difficultés, tandis que 5,0 % n'éprouvent pas de difficulté à entendre et présentent uniquement d'autres troubles de l'audition tels que des acouphènes ou de l'hyperacousie [tableau X]. La LSF est utilisée (quotidiennement ou de temps en temps) par 32,4 % des personnes interrogées [tableau VI]. Pour la moitié de l'échantillon, la surdité est survenue avant 15 ans

et pour seulement 6,2 % après 60 ans. Les besoins et recours en matière d'aides techniques sont aussi questionnés dans diverses circonstances (dans le cadre des études, au travail, chez le médecin). Ainsi, 52,6 % de l'échantillon utilisent un appareil auditif et 11,3 % possèdent un implant cochléaire [tableau XI]. Enfin, 34,8 % fréquentent au moins occasionnellement

TABLEAU IX

**Capacités et possibilités pour entendre, communiquer et lire dans le BSSM
(données brutes)**

	Effectifs	Pourcentages
Capacité à entendre (avec un appareil le cas échéant)		
Ne pas entendre du tout	481	16,1
Entendre avec beaucoup de difficultés	925	30,9
Entendre avec quelques difficultés	1 439	48,1
Entendre sans difficultés	149	5,0
Capacité à entendre une conversation à plusieurs (avec un appareil le cas échéant)		
Sans difficultés	219	8,2
Quelques difficultés	1 004	37,8
Beaucoup de difficultés	884	33,3
N'entend pas du tout	552	20,8
Avoir des difficultés à se servir du téléphone seul(e) pour des conversations audio		
Aucune difficulté	702	30,5
Quelques difficultés	763	17,3
Beaucoup de difficultés	397	19,1
Ne peut pas faire seul(e)	439	33,2
Utiliser l'oral pour s'exprimer		
Aucune difficulté	2 283	84,4
Avec difficultés	149	5,5
Avec difficultés et seulement avec les personnes qui la(le) connaissent bien	176	6,5
Non	98	3,6
Capacité à lire un livre		
Facilement	2 179	84,2
Oui, mais avec difficultés	344	13,3
Non	65	2,5
Prise de rendez-vous chez le médecin		
Sans difficultés	1 440	58,7
Les prendre soi-même mais avec difficultés	369	15,1
Se faire aider car trop difficile	310	12,6
Aller directement chez le médecin	333	13,6
Généralement, le médecin généraliste communique		
Facilement	1 818	74,2
Plutôt difficilement	450	18,4
Très difficilement	41	2,8
Ne communique pas directement	140	5,7
Difficultés à comprendre les collègues de travail (à l'oral ou à l'écrit)		
Pas de difficultés	408	28,7
Rencontrer parfois des difficultés	705	49,7
Rencontrer souvent des difficultés	245	17,3
Non concerné	62	28,7
Difficultés à se faire comprendre des collègues de travail (à l'oral ou à l'écrit)		
Pas de difficultés	936	66,1
Parfois difficile	417	29,5
Souvent difficile	63	4,5

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU X

Les troubles de l'audition autres que la surdité dans le BSSM (données brutes)

	Effectifs	Pourcentages
Troubles de l'audition (acouphènes, hyperacousie ou autres troubles en dehors de la surdité)		
Difficultés à entendre sans troubles de l'audition	1 023	34,2
Difficultés à entendre + troubles de l'audition	1 822	60,9
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre	149	5,0
Types de troubles de l'audition		
Acouphènes + hyperacousie	518	17,3
Acouphènes (sans hyperacousie)	1 035	34,6
Hyperacousie (sans acouphènes)	278	9,3
Autres troubles de l'audition (sans acouphènes ou hyperacousie)	140	4,7
Pas de troubles de l'audition	1 023	34,1
Niveau de gêne ou impact occasionnés par ces troubles		
Beaucoup gêné	934	31,2
Moyennement gêné	917	30,6
Pas du tout gêné ou pas de troubles de l'audition	1 143	38,2
Âge de survenue des troubles de l'audition		
0-1 an	112	7,1
2-26 ans	680	39,4
27-59 ans	809	47,0
60-99 ans	114	6,6
Rapidité de survenue des troubles de l'audition (quand ils surviennent après 1 an)		
Peu à peu	986	61,3
Tout à coup	622	38,7

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

des associations en lien avec la surdité ou les problèmes d'audition.

L'ensemble des indicateurs liés à la surdité ou aux troubles de l'audition, récapitulés dans l'encadré 3 (ci-après), sont mobilisés de manière variable dans les analyses, en fonction de leur pertinence avec les sujets de santé considérés.

On aurait pu imaginer la constitution d'un indicateur croisant quelques questions (en totalité ou partiellement) et permettant d'établir une typologie des personnes concernées par une altération de l'audition. En réalité, la complexité des situations est telle que cela reviendrait soit à établir un nombre de catégories très important et donc peu opérant, soit à laisser de côté des personnes se situant à des zones frontières. Aussi, il a semblé plus pertinent de confronter successivement les questions

sur les sujets de santé avec quelques indicateurs visant à estimer le rapport à la surdité choisis en fonction de leur pertinence avec le thème de santé traité.

Six variables sont particulièrement utilisées dans l'ouvrage, permettant d'appréhender la diversité des situations rencontrées :

- l'acuité auditive perçue ;
- la gêne liée aux troubles de l'audition ;
- les capacités de lecture ;
- le recours à l'expression orale ;
- la pratique de la LSF ;
- l'âge de survenue de la surdité et/ou des troubles de l'audition.

Ces indicateurs ont besoin d'être précisés, tant du point de vue du sens qu'ils peuvent prendre, des situations concrètes ou des conséquences qu'ils impliquent, que des caractéristiques sociodémographiques des répondants. À quelles gênes les diffé-

TABLEAU XI

Usage et besoins en matière d'aides humaines et techniques dans le BSSM (données brutes)

	Effectifs	Pourcentages
Aides en classe		
Non, ne pas en avoir besoin	89	42,2
Non, mais en avoir besoin	32	15,2
Oui, en avoir mais pas suffisamment	40	19,0
Oui, en avoir suffisamment	50	23,7
Avoir des aides personnelles au travail (interprète, boucles magnétiques, etc.)		
Non	1 055	75,1
Oui	350	24,9
Bénéficier d'aides pour communiquer dans la recherche d'emploi		
Non, ne pas en avoir besoin	80	26,8
Non, mais en avoir besoin	82	27,5
Oui, en bénéficier mais pas suffisamment	83	27,9
Oui	53	17,8
Recours à un service médical adapté		
Oui	487	20,2
Non, ne pas en avoir besoin	773	32,0
Non, parce que n'en connaît pas	602	24,9
Non, en connaît mais ils sont trop éloignés du domicile	248	10,3
Non, pour d'autres raisons	305	12,6
Appareil auditif		
En porter un	1 364	52,6
En avoir mais ne pas l'utiliser	183	7,1
En avoir besoin	275	11,0
Ne pas en avoir besoin ou ne pas en vouloir	769	29,7
Implant cochléaire		
En porter un	293	11,3
En avoir besoin	184	7,1
Ne pas en avoir besoin ou ne pas en vouloir	1 678	64,8
Ne pas savoir ce que c'est	436	16,8
Utiliser la lecture sur les lèvres		
Oui, souvent	1 102	42,6
Oui, de temps en temps	738	28,5
Non, n'en a pas besoin ou n'est pas concerné	750	29,0
Recours à un centre relais pour téléphoner		
Oui	294	11,4
Non	1 434	55,4
Ne pas savoir ce que c'est	859	33,2

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

rents niveaux d'acuité auditive perçus correspondent-ils ? Le recours à la LSF va-t-il dessiner des sous-groupes présentant des spécificités sur le plan socio-démographique ? Les difficultés pour lire ou pour s'exprimer sont-elles liées à l'âge de

survenue de la surdité ? Dans quelle mesure les acouphènes ou l'hyperacousie sont-ils gênants ? Que signifie le fait de se déclarer sourd ou malentendant ?

On tentera d'apporter des pistes de réponses à partir de cinq variables qui seront

ENCADRÉ 3**ENSEMBLE DES INDICATEURS DU BSSM
LIÉS À LA SURDITÉ ET/OU AUX TROUBLES DE L'AUDITION****Autoattribution**

- des qualificatifs de sourd/malentendant

Langue pratiquée

- langue des signes (LSF)
- langue ou langage parlé(e) complété(e) (LPC)¹

**Sociabilité avec des personnes sourdes,
malentendantes ou concernées
par les troubles de l'audition**

- connaissance et participation au milieu associatif en lien avec la surdité ou les problèmes d'audition
- vivre avec des personnes sourdes ou malentendantes

Maladie et déficience

- maladie chronique
- présence de troubles de l'audition (acouphènes, hyperacousie ou autres) et caractère gênant

**Âge de survenue de la surdité
et/ou des troubles de l'audition**

- caractère progressif ou brutal de leur apparition

Capacités

- à entendre (avec appareil le cas échéant)
- à entendre une conversation à plusieurs (avec un appareil le cas échéant)
- à avoir une conversation audio par téléphone
- à s'exprimer à l'oral
- à lire un livre

Activités

- prendre rendez-vous avec le médecin
- communiquer avec le médecin
- comprendre et se faire comprendre des collègues de travail (à l'oral et à l'écrit)

Limitation d'activités depuis au moins six mois

- en raison de la surdité, de la malentendance ou des troubles de l'audition (acouphènes, etc.)
- en raison d'autres types de déficience

**Usages et besoins en matière d'aides
humaines et techniques**

- usage et besoin d'aide en classe
- usage d'aide au travail
- usage et besoin d'aide pour la recherche d'emploi
- recours à un service médical adapté et besoins en la matière
- moyens pour communiquer avec le généraliste
- usage et besoin en matière d'implant cochléaire et d'appareil auditif
- recours à la lecture labiale
- moyens pour téléphoner
- utilisation d'un centre relais

**Connaissance, reconnaissance
administrative/professionnelle**

- aménagement du temps de travail en lien avec l'audition
- connaissance par l'employeur de la surdité ou des troubles de l'audition
- obtention de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- allocations spécifiques liées à la surdité ou aux troubles de l'audition

Lieux de vie et de travail

- vivre en institution ou en internat
- travailler en milieu ordinaire ou adapté

1. La LPC ou code LPC aide à comprendre le français à partir de codes réalisés par la main près du visage et permettant de compléter ce qui est dit. Il vise à éviter les confusions de la lecture labiale.

appariées avec d'autres indicateurs liés à la surdité et aux troubles de l'audition ainsi qu'à des données sociodémographiques. Il s'agit d'abord de quatre variables précédemment citées : l'acuité auditive perçue, la pratique de la LSF, les capacités à lire et à s'exprimer à l'oral, ainsi que la présence de troubles de l'audition. Une autre question, celle de la qualification des personnes elles-mêmes en tant que sourdes ou malentendantes, est apparue intéressante dans l'absolu mais peu opérante dans les analyses, en raison de la trop grande diversité de situations qu'elle recouvre, comme on le détaillera ci-après.

L'acuité auditive perçue

La question des capacités à entendre¹³ faisait partie des questions filtres (permettant de retenir ceux concernés par une surdité).

Elle distinguait les personnes indiquant :

- ne rien entendre du tout ;
- entendre avec beaucoup de difficultés ;
- entendre avec quelques difficultés ;
- entendre sans difficultés.

Celles qui ont répondu à la modalité « entendre sans difficultés » ont pu poursuivre le questionnaire si elles étaient touchées par des troubles de l'audition (acouphènes, hyperacousie, etc.) occasionnant une gêne.

Préciser l'acuité auditive perçue

Si les modalités « ne rien entendre du tout » et « entendre sans difficultés » sont *a priori* dénuées d'ambiguïté, que signifie concrètement entendre avec « beaucoup » ou « quelques » difficultés ? Le niveau de gêne occasionné pour communiquer oralement est-il relativement homogène à l'intérieur de ces catégories ? Il a été possible de le vérifier en s'intéressant aux possibilités d'échanger dans différentes circonstances : au téléphone, avec le médecin et dans le cadre d'une conversation à plusieurs.

Acuité auditive perçue et capacité à téléphoner

L'amplification du son *via* le téléphone (qu'il soit adapté ou non) peut permettre de suivre plus facilement une conversation, parfois même mieux qu'en face-à-face ; mais quand le niveau de gêne est trop grand, ne pas voir la personne empêche de compenser avec des informations visuelles et en particulier avec la lecture labiale.

La question des capacités à avoir une conversation téléphonique n'a pas été posée aux personnes qui indiquaient à la fois ne rien entendre et pratiquer la LSF tous les jours. La **figure 4** les inclut en considérant qu'elles ne peuvent pas le faire seules.

La grande majorité de celles signalant « ne rien entendre » est en incapacité de téléphoner seule, à quelques exceptions près. Dans ce cas, une partie au moins de celles qui disent avoir beaucoup de difficultés au téléphone pourrait, dans la vie quotidienne, ne pas comprendre la parole mais entendre très légèrement le téléphone avec des appareillages. En cas d'urgence, une personne sourde peut aussi appeler un proche pour lui délivrer une brève information mais sans pouvoir s'assurer que la personne a bien compris le message en retour.

Les personnes qui se catégorisent dans « beaucoup » et « quelques difficultés » à entendre se répartissent de manière assez disparate quand il s'agit du téléphone. Des personnes peuvent trouver plus facile ou plus difficile de communiquer par téléphone que de visu, en fonction notamment du perfectionnement de leurs aides techniques ; la différence de fond sonore (les personnes usant peut-être du téléphone lorsqu'elles sont seules dans une pièce calme) ou l'asymétrie de leur diminution d'acuité auditive (la meilleure oreille étant

13. Cette question a fait l'objet d'un recodage pour éliminer les incohérences avec l'autoqualification de sourd et de malentendant (ou ni l'un ni l'autre). Pour ce faire, il a été tenu compte des questions portant sur les possibilités de communiquer à plusieurs et d'utiliser le téléphone.

utilisée au téléphone) pourrait également expliquer ces résultats. Quand un niveau de surdité assez sévère est atteint, le téléphone n'est plus accessible sans aide alors que pour une partie de ceux qui disent entendre avec quelques difficultés, un téléphone (adapté ou non) supprimera toute gêne auditive. Les quelques personnes disant entendre sans difficulté et indiquant une gêne au téléphone sont probablement celles présentant une hyperacousie sévère, qui rend les conversations téléphoniques douloureuses.

Acuité auditive perçue et communication avec le médecin généraliste

La communication avec le médecin en face-à-face s'opère *a priori* dans un milieu non bruyant et devrait être celle qui pose le moins de difficultés. La question correspondante a été posée dans le cadre du module sur l'accès aux soins. On demandait si

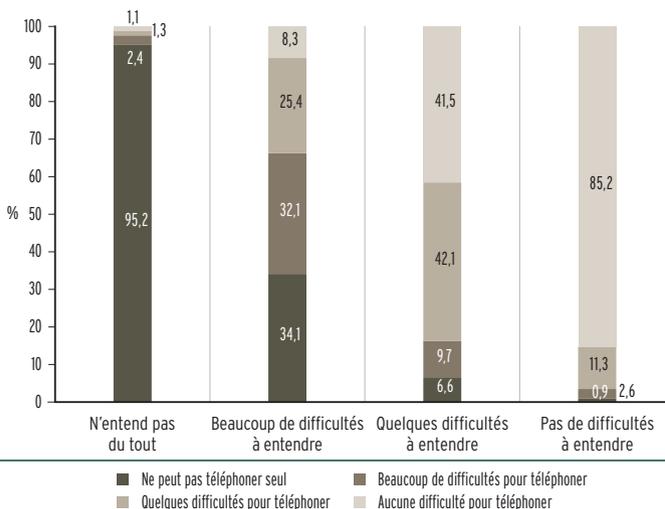
l'échange était direct et, le cas échéant, si le médecin communiquait plus ou moins facilement. C'est donc le niveau de réception du message qui a été interrogé et non la capacité à se faire comprendre du professionnel. Dans cette relation en face-à-face, la communication se révèle améliorée en comparaison avec le téléphone dans tous les cas de figure, des sons inaudibles étant en partie compensés par des moyens visuels (lecture labiale, passage par l'écrit, LSF quand le médecin communique par ce biais) [figure 5].

Acuité auditive et conversation à plusieurs

La question relative aux conversations à plusieurs personnes est reprise du questionnaire de l'enquête HSM. Il est demandé, dans cette circonstance, dans quelle mesure la personne «entend» (avec un appareil ou un implant quand les personnes en portent)

FIGURE 4

Acuité auditive perçue et capacité à avoir des conversations téléphoniques (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

et non « comprendre » une conversation à plusieurs. Une interrogation sur le niveau de compréhension aurait été plus précise mais supprimait toute possibilité de comparaison. Cela dit, il est fort probable que la question a largement été comprise dans ce sens. Les réponses se rapprochent davantage des déclarations sur l'acuité auditive perçue, en comparaison avec celles ayant trait aux communications téléphoniques ou en face-à-face avec une seule personne dans un lieu calme, même si elles ne coïncident pas totalement.

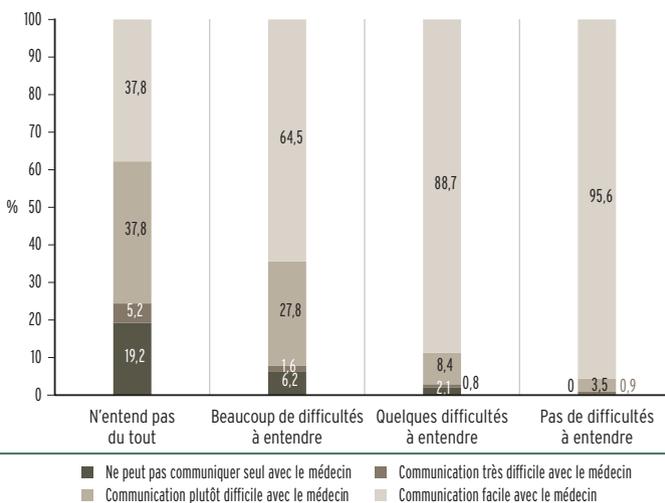
Il est assez logique de rencontrer davantage de difficultés dans cette situation de communication. Dans le bruit, la parole est plus difficile à distinguer et les possibilités de lecture labiale se restreignent. Ainsi des personnes disant de manière générale entendre avec « beaucoup de difficultés » sont 14,8 % à « ne rien entendre du tout dans une conversation à plusieurs » [figure 6]. En revanche, il est plus surprenant que 22,0 % de ce même

groupe déclarent uniquement quelques difficultés dans les conversations à plusieurs. À l'inverse, 29,4 % de ceux qui indiquent « quelques » difficultés à entendre signalent entendre avec « beaucoup » de difficultés dans cette situation. Cela tend à indiquer que deux personnes ayant des niveaux de gênes relativement proches dans la vie quotidienne ont pu se situer dans l'une ou l'autre de ces catégories (« quelques » ou « beaucoup » de difficultés à entendre de manière générale), qui sont donc à considérer avec prudence.

Les personnes qui indiquent ne pas entendre du tout de manière générale sont logiquement en grande majorité dans la même situation quand il s'agit de conversations à plusieurs. On peut supposer que les autres réponses sont dues à des erreurs. La question n'a pas été posée aux personnes indiquant à la fois ne rien entendre et pratiquer la LSF tous les jours. La figure 6 les inclut en considérant qu'ils n'entendent rien lors de ces conversations.

FIGURE 5

Acuité auditive perçue et communication avec le médecin généraliste (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

La présence de personnes ayant de l'hyperacousie explique certainement la situation de celles qui indiquent bien entendre et pourtant être gênées dans une conversation à plusieurs. Dans ce cas, ce trouble auditif rend en effet à la fois la situation douloureuse et la distinction des différentes voix plus difficile.

Acuité auditive perçue et appareillage

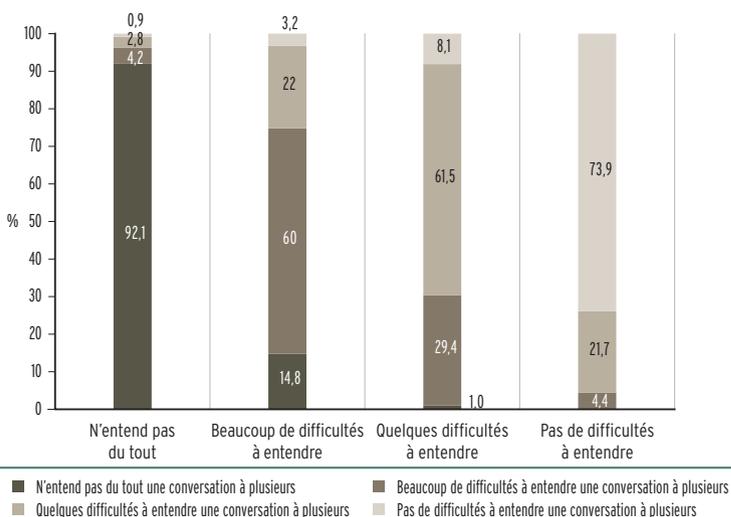
L'enjeu n'est pas de savoir si l'appareillage ou l'implant améliorent l'audition dans la mesure où l'on ne sait pas comment les personnes entendent sans eux quand elles en ont un. Il s'agit plutôt de connaître le taux d'équipement et les besoins en la matière en fonction du niveau de difficultés à entendre.

Les porteurs d'appareil sont proportionnellement plus nombreux parmi les personnes indiquant « beaucoup » de difficultés ou « quelques » difficultés à entendre (respectivement 69,1 % et 57,6 %) [figure 7]. C'est néanmoins le cas de 14,7 % de celles

qui disent ne rien entendre. 9,6 % de celles touchées par des troubles de l'audition sans perte d'acuité auditive indiquent également en avoir un. Il peut s'agir d'appareils tels que des bruiteurs visant à tenter de se réhabituer au bruit et/ou à masquer les acouphènes. Les personnes indiquant avoir besoin d'un appareil et n'en ayant pas (10,6 % de l'échantillon) se trouvent surtout parmi celles signalant « quelques » difficultés à entendre. La faible expression de ce besoin contraste fortement avec les données de l'enquête HSM : deux millions de personnes indiquent avoir besoin d'un appareil auditif (alors qu'autant sont appareillées). Cela signifie certainement qu'une partie au moins des répondants du BSSM est mieux informée, sensibilisée et/ou financièrement mieux lotie pour pouvoir s'équiper en aides techniques. 7,1 % de l'échantillon du BSSM disent avoir un appareil sans l'utiliser. Il s'agit essentiellement de ceux indiquant ne pas entendre du tout, pour qui, dans la majorité des

FIGURE 6

Acuité auditive perçue et capacité à entendre une conversation à plusieurs (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

cas, l'appareil n'apporte pas une amélioration suffisante. Ceux qui n'ont pas de difficulté à entendre indiquent beaucoup plus souvent ne pas avoir besoin d'appareil (72,2 %) tandis que c'est également le cas de 35,4 % de ceux qui n'entendent pas du tout. Ces derniers sont proportionnellement plus nombreux à ne pas vouloir d'appareil (30,8 %). La proportion de personnes n'entendant pas, plus importante que dans l'enquête HSM, permet aussi de comprendre la plus faible expression d'une demande en matière d'appareillage.

Le port d'un implant cochléaire, moins fréquent parmi les répondants (11,3 %), concerne surtout ceux indiquant avoir « beaucoup » et « quelques » difficultés à entendre (16,0 % et 10,6 % d'entre eux) [figure 8]. Les besoins en la matière se distribuent de la même manière que précédemment en fonction de l'acuité auditive perçue. Quand cette dernière augmente, la connaissance et le besoin d'implant augmentent. À l'inverse, le refus d'implant

est massif pour les personnes n'entendant pas du tout (71,8 %) et est important pour celles qui ont beaucoup de difficultés à entendre (36,3 %).

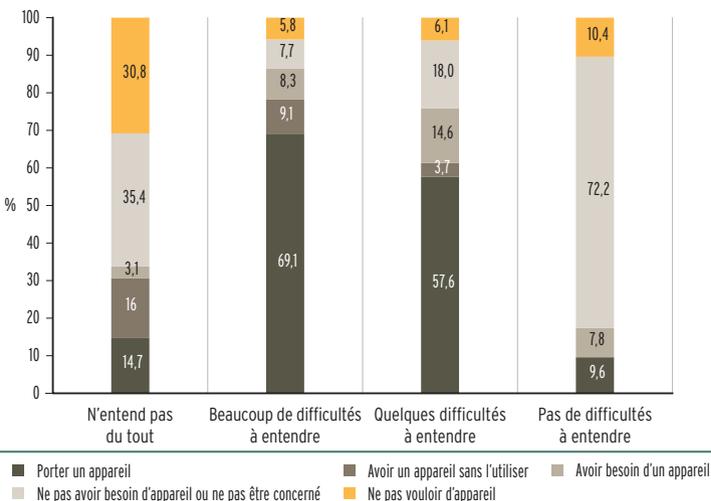
Acuité auditive perçue, âge et apparition de la surdité

La proportion de surdités plus sévères tend à diminuer avec l'avancée en âge. Dans le BSSM, c'est parmi les 26-34 ans que l'on trouve la plus grande proportion de personnes indiquant ne rien entendre, suivis par les 35-44 ans [figure 9]. Quelle que soit la classe d'âge, ceux déclarant quelques difficultés à entendre sont les plus présents (entre 36,6 % et 55,1 %). La proportion de ceux indiquant beaucoup de difficultés à entendre tend à augmenter avec l'avancée en âge et concerne 25,6 % des 15-25 ans à 43,5 % des plus de 75 ans. La petite minorité de personnes uniquement touchées par des troubles de l'audition (entre 0,6 % et 7,3 %) est un peu plus présente chez les jeunes.

La surdité apparaît plus ou moins tôt

FIGURE 7

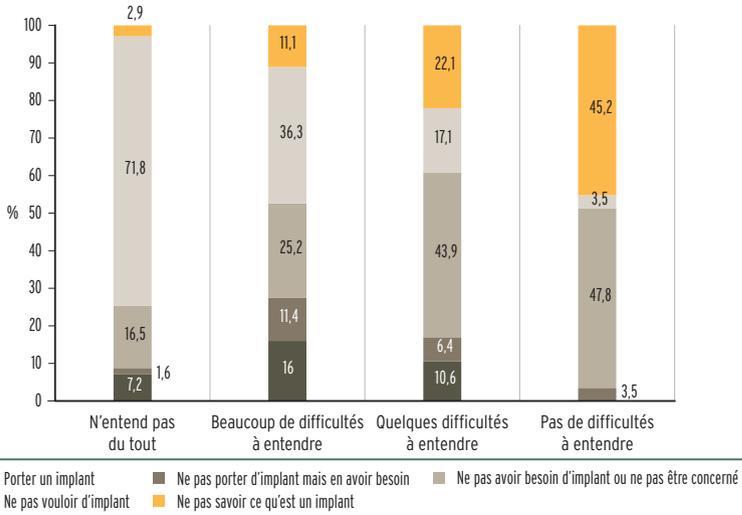
Acuité auditive perçue et appareillage (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 8

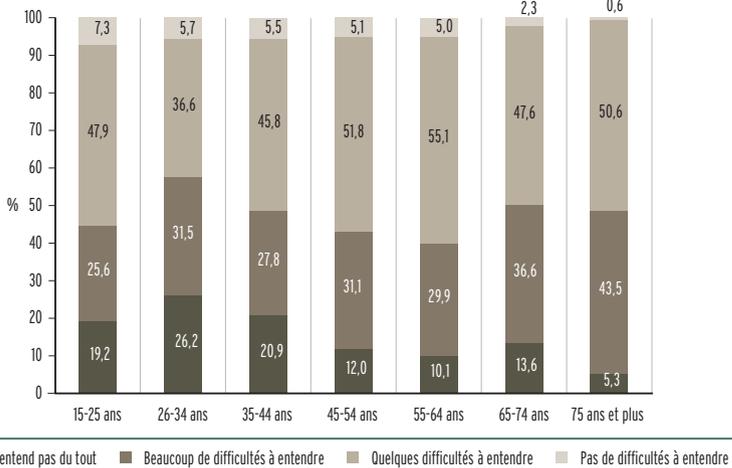
Acuité auditive perçue et implant cochléaire (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 9

Âge et acuité auditive perçue (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

dans la vie en fonction de la capacité déclarée à entendre [figure 10]. Les surdités plus sévères (personnes déclarant ne pas entendre du tout) adviennent surtout avant l'âge de 2 ans (pour 76,7 % de l'échantillon). Pour les autres, la surdité survient en majorité avant 26 ans et beaucoup plus rarement après 60 ans. L'enquête n'a donc pas réussi à atteindre la grande majorité des personnes qui perdent l'audition avec le vieillissement. Pour 68,1 % de l'échantillon, la surdité est apparue progressivement. C'est moins le cas pour ceux indiquant ne rien entendre (38,9 %) [figure 11].

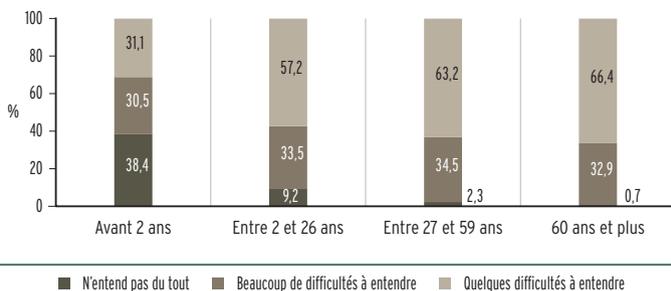
Acuité auditive perçue et données sociodémographiques

Les femmes sont surreprésentées parmi les personnes qui indiquent avoir quelques ou beaucoup de difficultés à entendre [figure 12].

Plus l'acuité auditive déclarée diminue, moins le niveau de diplôme est élevé [figure 13] et moins la situation financière perçue est favorable [figure 14]. Ceux qui n'entendent pas du tout sont tout de même 26,8 % à avoir un diplôme supérieur au baccalauréat, ce chiffre étant vraisemblablement plus élevé que dans la réalité d'après

FIGURE 10

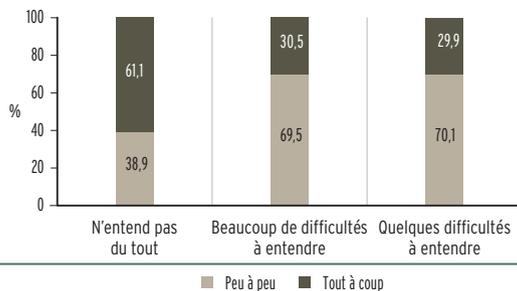
Âge de survenue de la surdité et acuité auditive perçue (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 11

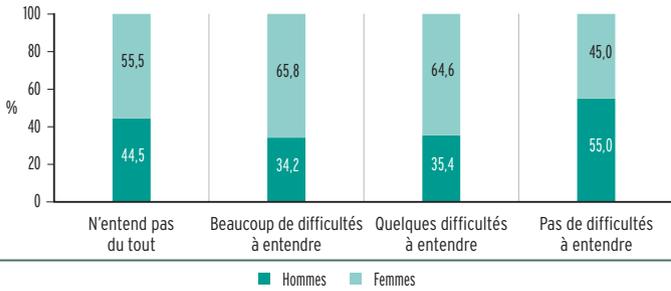
Acuité auditive perçue et rapidité d'apparition de la surdité (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 12

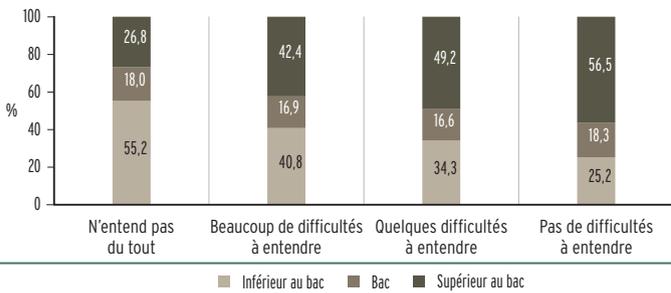
Acuité auditive perçue et sexe (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 13

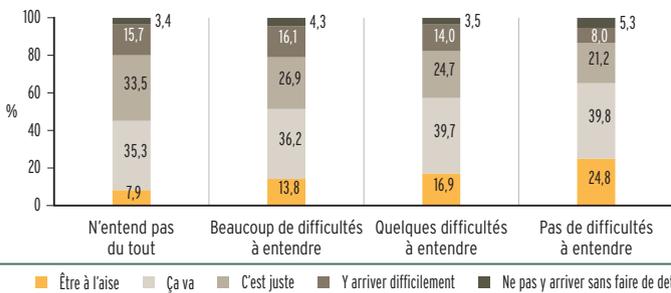
Acuité auditive perçue et niveau de diplôme (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 14

Acuité auditive et situation financière perçues (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

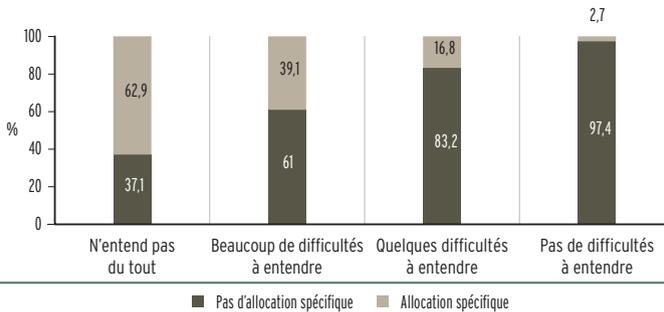
les données de l'enquête HSM sur les 15-65 ans [30].

Dans le BSSM, quel que soit le niveau d'acuité auditive, les personnes sont un quart à indiquer vivre seules et environ 60 % à indiquer vivre en couple. La situation diverge de ce point de vue dans l'enquête HSM uniquement pour les personnes ayant des incapacités auditives très importantes ou totales, qui ont une probabilité plus faible de vivre en couple (pour ce qui concerne les moins de 60 ans) [30]. Par ailleurs, dans le BSSM, plus l'acuité auditive perçue

diminue, plus la proportion de ceux recevant une allocation en lien avec la surdité ou les problèmes d'audition augmente [figure 15]. Elles sont 62,9 % dans cette situation quand elles n'entendent pas du tout et 16,8 % lorsqu'elles ont quelques difficultés à entendre. Les personnes touchées par des troubles de l'audition sans surdité en sont, quant à elles, très peu bénéficiaires. Pour ceux qui travaillent, la RQTH suit la même tendance [figure 16]. De la même façon, dans l'enquête HSM, la reconnaissance administrative du handicap et les presta-

FIGURE 15

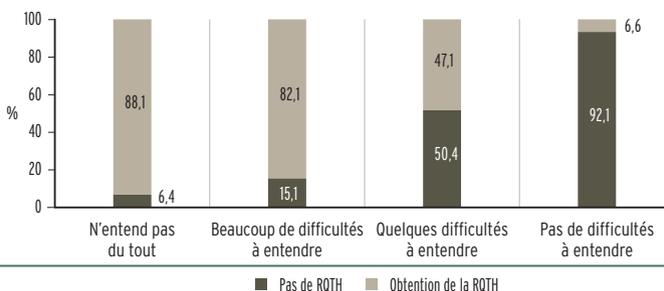
Acuité auditive perçue et octroi d'une allocation en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 16

Acuité auditive perçue et octroi de la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)^a (en pourcentage)



a. Sur la population active.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

tions auxquelles elle donne parfois accès augmentent avec la sévérité des incapacités liées à la perte auditive [30].

Communiquer en langue des signes

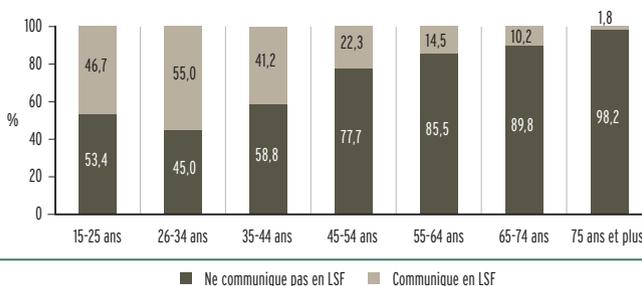
Dans le BSSM, les locuteurs de la LSF représentent un tiers de l'échantillon, soit 894 personnes. Ils communiquent tous les jours ou de temps en temps dans cette langue. Ceux qui la comprennent sans l'utiliser ont été classés avec ceux qui ne l'utilisent pas.

Le nombre de sourds locuteurs de la LSF n'est pas précisément connu en France. L'enquête HID en 1999, qui les estimait à environ 80 000, et l'enquête HSM à 56 000 en 2008 sont certainement en dessous de la réalité. Ces effectifs, qui restent vraisemblablement modestes, s'expliquent en partie par le fait que la LSF a été longtemps interdite comme langue d'enseignement (de 1880 jusqu'aux débuts des années 1990). Même si la loi du 11 février 2005 a reconnu son accès comme un droit dans l'éducation, le parcours scolaire et l'accès aux services publics, son apprentissage paraît encore souvent compliqué, pour des questions de manque d'information, d'organisation et de coût.

Il est néanmoins probable que les locuteurs de la LSF plus âgés soient proportionnellement moins nombreux. Il n'est pas possible de le vérifier à partir d'un échantillon non représentatif et d'une enquête dont la passation sur Internet a pu décourager à la fois les plus âgés et les plus jeunes. Outre la question de l'accès à Internet et de l'intérêt plus ou moins prononcé pour ce type d'études, ces deux populations ont pu se sentir moins à l'aise avec la LSF utilisée dans l'enquête, dans la mesure où la façon de signer des plus âgés peut différer en raison de l'évolution de la langue, et du fait que le vocabulaire a pu faire défaut aux plus jeunes. Dans l'échantillon du BSSM, parmi ceux qui communiquent en LSF, les plus âgés sont moins nombreux tandis que les 26-44 ans représentent un peu plus de la moitié des locuteurs de cette langue [figure 17]. Les sourds locuteurs de la LSF sont un peu moins diplômés que les autres, 47,3 % d'entre eux ayant un niveau inférieur au bac *versus* 35,8 % pour les autres [figure 18]. Ils sont plus souvent dans une situation financière jugée défavorable (52,1 % *vs* 42,2 % ; $p < 0,001$) [figure 19]. Ils reçoivent beaucoup plus souvent une allocation ou une aide financière en lien avec la surdité ou les problèmes d'audition (69,3 % *vs* 14,5 %). Presque 90 %

FIGURE 17

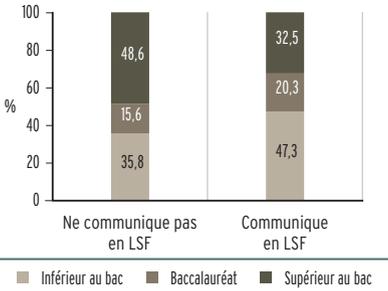
Locuteurs de la LSF par classe d'âge (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 18

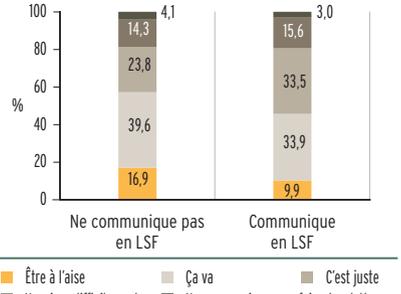
Pratique de la LSF et niveau de diplôme (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 19

Pratique de la LSF et situation financière (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

de ceux qui travaillent bénéficient de la RQTH, contre 51,0 % pour les autres. 27,2 % des locuteurs de la LSF résident en région parisienne et vivent seuls, dans les mêmes proportions (environ 30,2 %) que le reste de l'échantillon.

86,5 % des personnes qui n'entendent pas du tout pratiquent la LSF [figure 20]. Parmi celles qui la pratiquent, 46,5 % indiquent ne pas entendre du tout, 35,4 % avec beaucoup de difficultés et 18,1 % avec quelques difficultés. Pour 72,7 % des locuteurs de la LSF, la surdité est advenue avant l'âge de 2 ans.

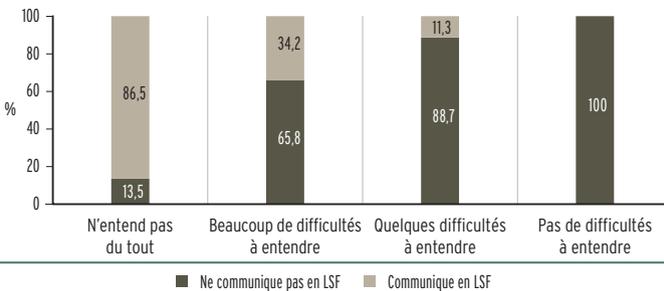
Ils représentent d'ailleurs presque les deux-tiers des personnes dont la surdité est apparue avant cet âge [figure 21].

42,1 % des personnes qui pratiquent la LSF portent un appareil auditif (vs 56,8 %) [figure 22]. Elles sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas en avoir besoin ou à ne pas en vouloir (39,4 % vs 25,9 %), ainsi qu'à en avoir un sans l'utiliser (14,5 % vs 4,1 %).

Le refus de l'implant par les sourds locuteurs de la LSF est massif : 73,2 % indiquent ne pas en vouloir et 17,1 % ne pas en avoir besoin [figure 23]. Ils sont 88,1 % à signaler commu-

FIGURE 20

Acuité auditive perçue et pratique de la LSF (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 21

Âge de survenue de la surdité et pratique de la LSF (en pourcentage)

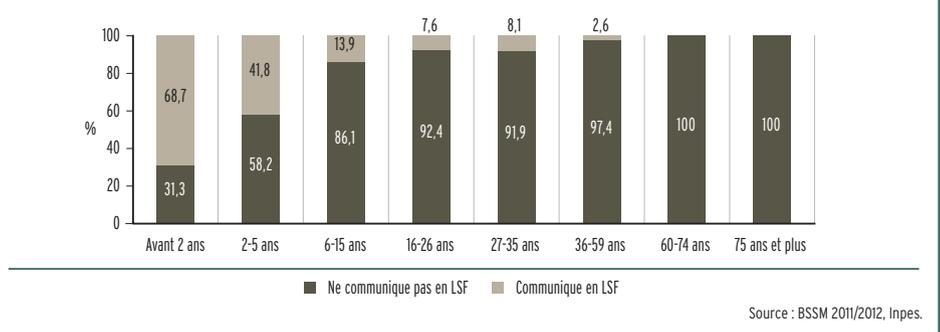


FIGURE 22

Pratique de la LSF et appareillage (en pourcentage)

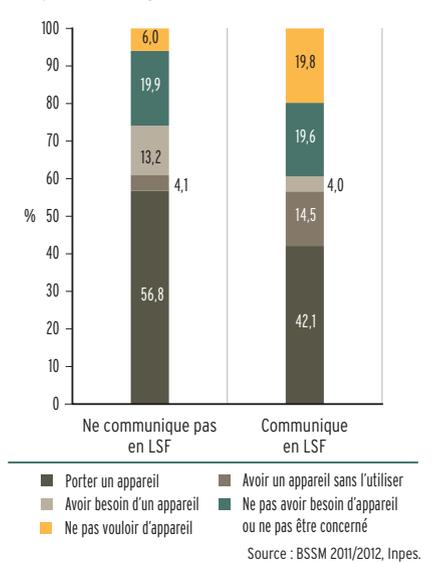
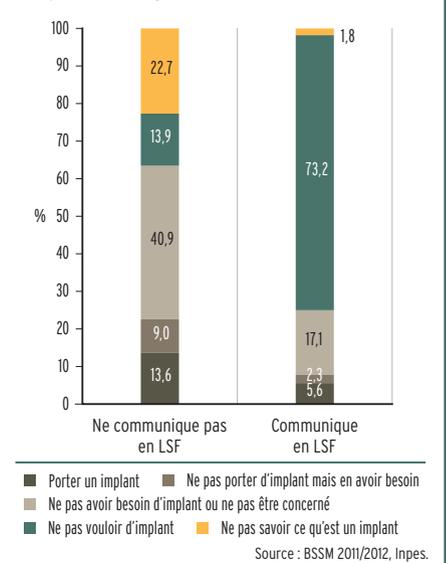


FIGURE 23

Pratique de la LSF et implant cochléaire (en pourcentage)

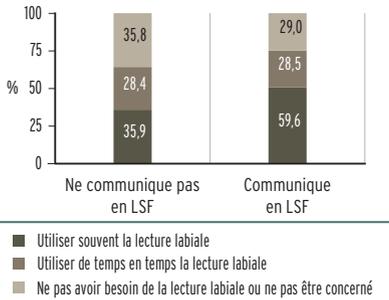


niquer souvent ou de temps en temps par le biais de la lecture labiale (vs 64,3 % pour les autres) [figure 24]. Les locuteurs de la LSF sont 36,2 % à avoir recours à un centre relais pour communiquer (vs 1,6 % pour les autres) [figure 25]. À la question de savoir s'ils se sentent limités depuis au moins six

mois à cause d'un problème de santé ou d'un handicap dans les activités que les gens font habituellement, ceux qui pratiquent la LSF répondent par l'affirmative à 46,3 % (vs 61,0 % pour les autres) [figure 26]. Enfin, la fréquentation de foyers ou d'associations concerne 63,4 % d'entre eux (vs 23,6 %).

FIGURE 24

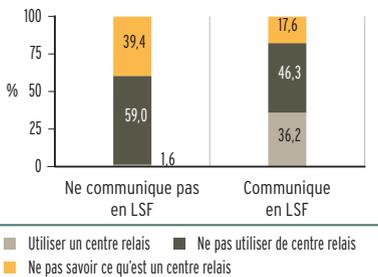
Pratique de la LSF et usage de la lecture labiale (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 25

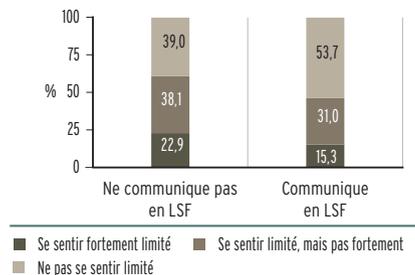
Pratique de la LSF et usage d'un centre relais (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 26

Pratique de la LSF et limitation dans les actes de la vie quotidienne (en raison d'un problème de santé ou d'un handicap) (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

Capacité à lire

L'apprentissage d'une langue orale n'a rien d'évident dans le cas d'une surdité sévère depuis la prime enfance¹⁴. Or, pour beaucoup, la scolarité s'est faite sans adaptation (sans le biais de la langue des signes ou de la langue française parlée complétée...), avec pour corollaire des situations fréquentes d'échec scolaire¹⁵. Non seulement l'apprentissage du français a pu dans ces conditions être rendu très difficile mais aussi focaliser le temps d'enseignement au détriment d'autres matières. La LSF, qui permet aux personnes sourdes de communiquer de manière fluide (certains la qualifient de langue « naturelle » des sourds), aussi efficace que la langue orale pour les entendants, peut de surcroît servir de support pour l'apprentissage du français (écrit et oral) [32] et pallier ainsi le déficit d'informations, mais ce cas de figure est plutôt rare. Les raisons invoquées sont plurielles. La pratique de la LSF a été longtemps inter-

14. D'après Lelièvre et al. [11], « même les déficiences auditives légères (perte auditive inférieure à 40 dB) peuvent compromettre l'accomplissement de la scolarité. Ce type de déficience auditive permet le plus souvent l'acquisition du langage, mais celle-ci peut être perturbée par des erreurs de compréhension et d'articulation. Le retentissement est plus marqué en cas de perte auditive moyenne (40 dB à 70 dB) notamment sur la réception des messages et le contrôle de la voix. L'acquisition du langage est imparfaite, et l'enfant doit être appareillé pour suivre sa scolarité. Lorsque la perte auditive est sévère (entre 70 et 90 dB), la voix est plus difficilement perçue et la parole n'est pas comprise. Un langage oral ne peut s'élaborer spontanément chez l'enfant sans appareillage. Ce dernier devra être accompagné d'une prise en charge orthophonique visant à développer la qualité de la voix et de la parole et à favoriser l'acquisition du langage. L'enfant atteint d'une déficience auditive profonde (perte supérieure à 90 dB) ne perçoit plus la voix sans appareillage, et ce dernier ne permet pas toujours l'intelligibilité de la parole. » [11, p. 91].

15. D'après l'enquête HID de 1998, « les 6-25 ans ayant une déficience auditive profonde ou totale sont proportionnellement deux fois moins nombreux que l'ensemble des jeunes de cette tranche d'âge à déclarer « savoir lire, écrire et compter sans difficultés » (46 % vs 93 %) » [11]. Les mêmes auteurs indiquent cependant que « bien que la perte de l'audition entraîne des troubles de l'acquisition du langage susceptibles à eux seuls de perturber de nombreux apprentissages, la question de la scolarité des jeunes en situation de handicap auditif ne saurait être appréhendée sans tenir compte de leurs fréquents handicaps associés » (p. 92). D'après cette enquête, quatre déficients auditifs sur dix âgés de moins de 20 ans déclarent au moins une autre déficience.

dite en France [6], ce qui explique en partie le nombre réduit d'écoles spécialisées, la rareté des classes bilingues ou encore le manque d'interprètes qualifiés. De plus, la grande majorité des enfants sourds ont des parents entendants qui ont pu renoncer à l'apprentissage de la LSF par méconnaissance ou crainte d'un manque d'intégration. Les parents entendants qui l'ont apprise ne la manient pas souvent bien et ne possèdent pas toujours le vocabulaire pour aborder en LSF des sujets très spécifiques. Pour les enfants, l'apprentissage de la LSF s'est donc souvent fait de manière tardive ou bien sa pratique a pu être momentanément délaissée en raison de l'éloignement des pairs, lors d'une intégration dans une école ordinaire, ou encore à l'occasion d'une migration. Autant d'éléments en défaveur d'une bonne maîtrise de la langue en général. « Être mal à l'aise à l'écrit n'induit pas forcément l'abandon de ce média. Cela signifie que ces personnes ne sont jamais vraiment sûres des informations qu'elles ont lues, ni de la compréhension d'un message qu'elles auront écrit (ce média restant une ressource incontournable de communication, même en face-à-face, avec des personnes qui entendent) » [33].

À titre d'indication et non de comparaison *stricto sensu*, 15 % des adultes de 15 à 65 ans dans l'enquête de l'Insee « Information et vie quotidienne » de 2011¹⁶ rencontrent des difficultés pour comprendre un texte simple, les hommes plus souvent que les femmes. Dans le BSSM, à la question sur la capacité à lire un livre, 14,3 % des femmes indiquent des difficultés ou une impossibilité contre 18,4 % pour les hommes ($p < 0,01$) [tableau XII]. Ces données se rapprochent des résultats nationaux alors même que l'échantillon du BSSM est plus diplômé en moyenne que la population générale. Une analyse multivariée [tableau XII] sur les capacités à lire un livre permet d'indiquer qu'un diplôme moins élevé est davantage

associé à une lecture problématique (28,7 % de ceux qui ont un niveau de diplôme inférieur au bac et 5,0 % de ceux ayant un niveau supérieur). Les différences liées à l'âge ne sont, en revanche, pas significativement corrélées, alors que les situations financières défavorables, l'inactivité, les difficultés d'expression orale, la pratique de la LSF et un âge précoce de survenue de la surdité le sont.

Utilisation de l'expression orale

Les capacités d'expression orale ont été questionnées pour savoir si les personnes utilisaient l'oral avec ou sans difficultés ou n'y avaient pas recours¹⁷. La question n'a été posée qu'aux personnes qui signalaient « ne pas du tout » entendre ou « avec beaucoup de difficultés » et si la surdité était survenue avant 6 ans. Ces difficultés ou l'absence d'utilisation de ce mode de communication (considérées en une seule modalité) concernent 15,6 % de l'échantillon, soit 49,4 % de ceux dont la surdité est antérieure à l'âge de 2 ans et 23,5 % de ceux dont la surdité est advenue entre 2 et 5 ans. 73,9 % de ceux qui indiquent ne rien entendre et 18,5 % de ceux qui signalent entendre avec beaucoup de difficultés s'expriment difficilement à l'oral ou y renoncent. Ce rapport problématique avec l'oral concerne quasiment exclusivement les locuteurs de la LSF : 13,9 % d'entre eux indiquent renoncer à l'oral, 16,6 % l'utiliser uniquement avec des personnes qui les connaissent et 23,4 % avec difficultés. Les difficultés à lire un livre touchent presque la moitié (48,0 %) des personnes indiquant des difficultés ou un

16. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1426#inter

17. La question était posée de la manière suivante : « Utilisez-vous l'oral pour vous exprimer ? », avec les modalités de réponse : 1 - Oui, sans aucune difficulté ; 2 - Oui, avec difficulté ; 3 - Oui, avec difficulté et seulement avec les personnes qui me connaissent bien ; 4 - Non, pas du tout.

TABLEAU XII

Facteurs associés au fait de ne pas lire facilement un livre (n=2 488)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe **				
Homme (réf.)	934	18,4	1	
Femme	1 654	14,3	0,8*	[0,6 ; 1,0]
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	254	22,0	1	
26-34 ans	393	20,1	0,9	[0,5 ; 1,6]
35-44 ans	484	18,2	0,8	[0,4 ; 1,5]
45-54 ans	511	14,9	0,9	[0,5 ; 1,7]
55-64 ans	544	10,8	0,5	[0,2 ; 1,1]
65-74 ans	242	10,3	0,4	[0,2 ; 1,1]
75 ans et plus	160	16,3	1,0	[0,4 ; 2,7]
Niveau de diplôme ***				
Inférieur au bac (réf.)	1 006	28,7	1	
Baccalauréat	437	14,0	0,4***	[0,3 ; 0,6]
Supérieur au bac	1 137	5,0	0,2***	[0,1 ; 0,3]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	1 278	13,1	1	
Études	187	23,0	1,2	[0,6 ; 2,4]
Chômage	239	24,7	1,2	[0,8 ; 1,8]
Retraite	684	13,2	1,6	[0,9 ; 2,9]
Autres inactifs	199	25,1	1,9**	[1,2 ; 3,0]
Situation financière ***				
Être à l'aise (réf.)	383	6,5	1	
Ça va	974	12,8	1,6	[1,0 ; 2,7]
C'est juste	681	17,8	1,6	[1,0 ; 2,7]
Y arriver difficilement	376	25,5	3,0***	[1,8 ; 5,3]
Ne pas y arriver sans faire de dettes	97	15,5	1,9	[0,9 ; 4,2]
Ne sait pas	54	44,4	3,0**	[1,3 ; 6,9]
Acuité auditive perçue ***				
Ne pas entendre du tout (réf.)	387	41,3	1	
Entendre avec beaucoup de difficultés	803	17,4	1,0	[0,7 ; 1,4]
Entendre avec quelques difficultés	1 283	7,9	0,8	[0,5 ; 1,3]
Des troubles de l'audition sans difficultés à entendre	115	7,0	1,0	[0,4 ; 2,4]
Pratique de la LSF ***				
Non (réf.)	1 858	8,3	1	
Oui	730	34,8	2,2***	[1,5 ; 3,3]
Capacité à s'exprimer à l'oral ***				
Difficile ou impossible (réf.)	423	48,0	1	
Sans difficulté/Non posé	2 092	8,7	0,3***	[0,2 ; 0,4]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition ***				
Avant 2 ans (réf.)	805	29,3	1	
Entre 2 et 15 ans	572	12,2	0,7*	[0,5 ; 1,0]
Entre 16 et 59 ans	1 074	7,7	0,8	[0,5 ; 1,3]
60 ans et plus	134	14,2	1,0	[0,5 ; 2,3]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Résultats obtenus par le test du Khi-deux de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratios issus des régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

non-usage de l'expression orale (contre 8,7 % pour ceux qui s'expriment à l'oral sans difficulté) [tableau XII].

Une analyse multivariée [tableau XIII] montre que les facteurs significativement les plus associés à la difficulté de s'exprimer à l'oral sont les capacités à lire un livre, la

pratique de la LSF, le niveau de diplôme (de 24,9 % à 9,1 % de difficultés pour ceux qui ont un niveau inférieur à supérieur au bac ; $p < 0,001$), puis le genre (18,9 % des hommes vs 13,7 % pour les femmes ; $p < 0,001$). Les plus âgés rencontrent moins de difficultés d'expression orale.

TABLEAU XIII

Facteurs associés au fait de s'exprimer difficilement à l'oral (n=2490)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Homme (réf.)	993	18,9	1	
Femme	1 713	13,7	0,6**	[0,5 ; 0,9]
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	266	20,7	1	
26-34 ans	391	29,4	1,2	[0,6 ; 2,2]
35-44 ans	507	20,7	0,9	[0,5 ; 1,7]
45-54 ans	546	12,3	0,7	[0,4 ; 1,4]
55-64 ans	578	9,3	0,7	[0,3 ; 1,5]
65-74 ans	254	9,4	0,7	[0,2 ; 2,0]
75 ans et plus	164	1,8	0,1*	[0,0 ; 0,7]
Niveau de diplôme ***				
Inférieur au bac (réf.)	974	24,9	1	
Baccalauréat	419	18,1	0,7	[0,5 ; 1,1]
Supérieur au bac	1 114	9,1	0,5***	[0,4 ; 0,8]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	1 359	16,4	1	
Études	193	20,7	0,6	[0,3 ; 1,1]
Chômage	241	24,9	0,8	[0,5 ; 1,2]
Retraite	710	8,6	1,4	[0,7 ; 2,9]
Autres inactifs	202	19,3	0,9	[0,5 ; 1,5]
Situation financière ***				
Être à l'aise (réf.)	376	8,5	1	
Ça va	944	13,9	1,2	[0,7 ; 2,0]
C'est juste	662	22,4	1,5	[0,9 ; 2,5]
Y arriver difficilement	363	19,6	1,5	[0,8 ; 2,7]
Ne pas y arriver sans faire de dettes	96	14,6	1,3	[0,5 ; 3,2]
Ne sait pas	51	45,1	2,6	[1,0 ; 6,8]
Pratique de la LSF ***				
Non (réf.)	2 013	2,5	1	
Oui	693	53,8	29,7***	[20,7 ; 42,5]
Capacité à lire ***				
Difficile/Impossible (réf.)	386	52,6	1	
Facile	2 129	10,3	0,2***	[0,2 ; 0,3]

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Résultats obtenus par le test du Khi-deux de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

S'autoqualifier en tant que sourd ou malentendant

La question de savoir si les personnes se qualifiaient de sourdes, malentendantes ou ni l'un ni l'autre a été posée en début de questionnaire (*Annexe 1*). Tenir compte des catégories ou dénominations auxquelles recourent les personnes elles-mêmes est important déontologiquement et passe tant que faire se peut par le respect du choix de ces catégories. La difficulté réside ici dans le fait que ces entités ainsi constituées recouvrent des situations hétérogènes qui les rendent peu opératoires. Chaque groupe présente des niveaux d'acuité auditive perçue variables. Ceux qui se désignent comme malentendants, catégorie la plus représentée de l'échantillon (53,4 %), ont majoritairement quelques difficultés à entendre, mais ils sont aussi 34,1 % à indiquer entendre avec beaucoup de difficultés [figure 27]. Ceux qui se disent sourds sont également environ un tiers à indiquer entendre avec beaucoup de difficultés. Les catégories « ne pas entendre du tout » et « pas de difficultés » à entendre sont moins ambiguës, se distribuant quasi intégralement et respectivement dans les catégories « sourd » et « ni sourd ni malentendant ».

Si la grande majorité de ceux qui communiquent en LSF se considère comme sourde (81,4 %), 17,9 % d'entre eux se désignent comme malentendants [figure 28]. En revanche, parmi ceux qui ne communiquent qu'à l'oral, ceux qui se désignent comme sourds ne sont que 13,2 %. Chez ceux qui se considèrent comme sourds, la surdité

FIGURE 28

Pratique de la LSF et autoqualification (en pourcentage)

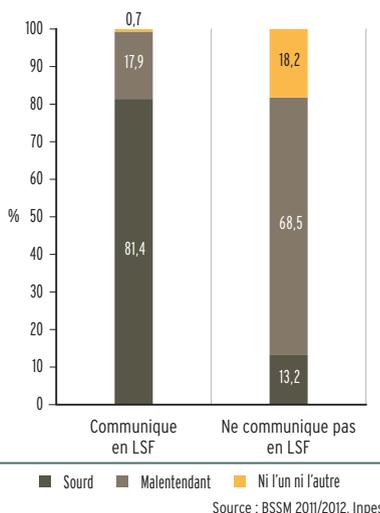
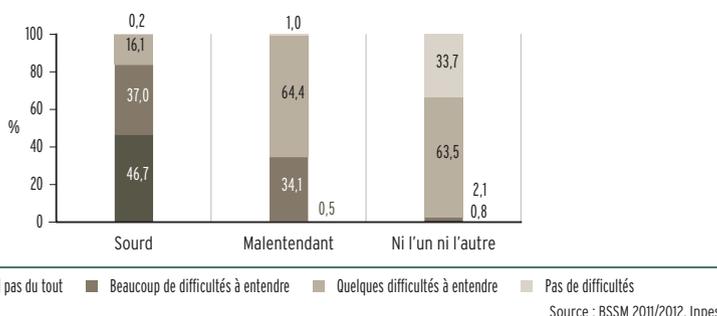


FIGURE 27

Autoqualification de sourd ou de malentendant et acuité auditive perçue (en pourcentage)



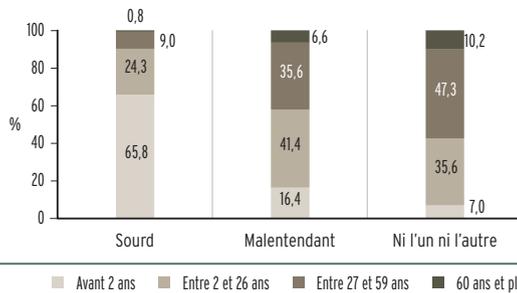
ou les troubles de l'audition adviennent le plus souvent avant l'âge de 2 ans (65,8 %), alors que cela concerne 16,4 % des « malentendants » et 7,0 % de ceux qui ne se considèrent ni comme sourds ni comme malentendants [figure 29]. La surdité ou les troubles de l'audition surviennent majoritairement avant 26 ans pour les « malentendants » et plus tardivement pour ceux qui ne se déclarent ni sourds ni malentendants. Les personnes se disant malentendantes sont plus nombreuses dans toutes les classes d'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition, à l'exception

des 0-1 an. Elles se considèrent plus souvent limitées par un problème de santé ou un handicap (62,7 %) que les sourds (50,2 %) ou que ceux qui ne se considèrent ni sourds ni malentendants (48,0 %) [figure 30].

La répartition de ces trois groupes (sourds/malentendants/ni l'un ni l'autre) varie en fonction des classes d'âge. Ainsi, la proportion de ceux qui se disent sourds est plus importante parmi les jeunes, alors qu'à l'inverse celle des malentendants croît avec l'avancée en âge. Ceux qui ne se retrouvent pas dans ces deux catégories se répartissent relativement uniformément dans les diffé-

FIGURE 29

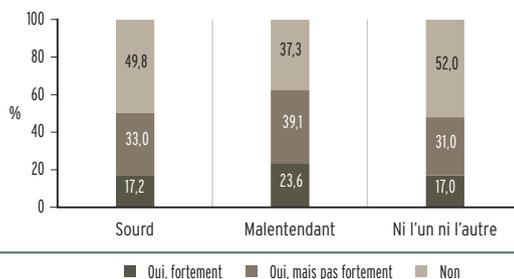
Autoqualification et âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 30

Autoqualification et limitations d'activités liées à un problème de santé ou à un handicap (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

rentes classes d'âge et sont un peu moins nombreux après 65 ans **[figure 31]**.

Le ratio hommes/femmes est déséquilibré chez ceux qui se disent malentendants (33,5 % d'hommes) ou sourds (39,0 %) **[figure 32]**. Le niveau de diplôme est plus élevé chez ceux qui ne se considèrent ni sourds ni malentendants et l'est moins pour ceux qui se désignent comme sourds, même si 35,9 % d'entre eux possèdent un niveau de diplôme supérieur au bac **[figure 33]**. La situation financière perçue suit la même tendance, étant davantage défavorable pour la catégorie des « sourds » : 48,4 % *versus* 41,4 % pour ceux qui ne se reconnaissent

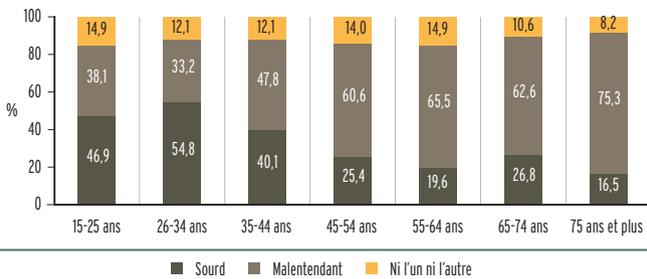
ni comme sourds ni comme malentendants ($p < 0,05$) **[figure 34]**. Celles qui se disent ni sourdes ni malentendantes vivent plus souvent seules (20,1 % *vs* 25,2 % ; $p < 0,05$).

La fréquentation ou la connaissance de foyers ou associations en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition concerne beaucoup plus souvent ceux qui se qualifient de sourds, qui ne sont que 14,8 % à ignorer ces organisations, alors que les « malentendants » sont 55,2 % dans ce cas et les autres 74,9 % **[figure 35]**.

Des études qualitatives **[9]** permettent en outre de montrer une grande variabilité dans la façon d'envisager ces distinctions

FIGURE 31

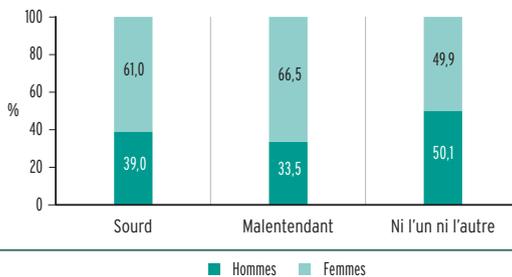
Classe d'âge et autoqualification (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 32

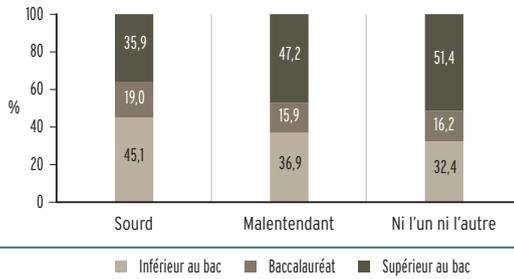
Autoqualification et sexe (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 33

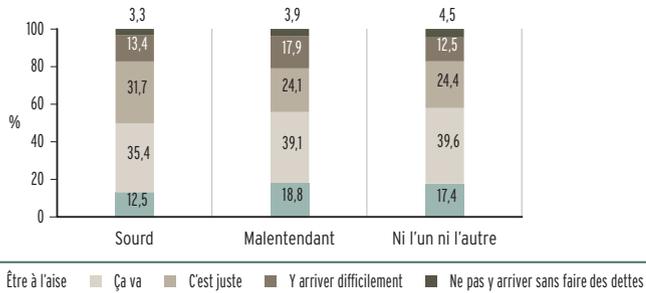
Autoqualification et niveau de diplôme (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 34

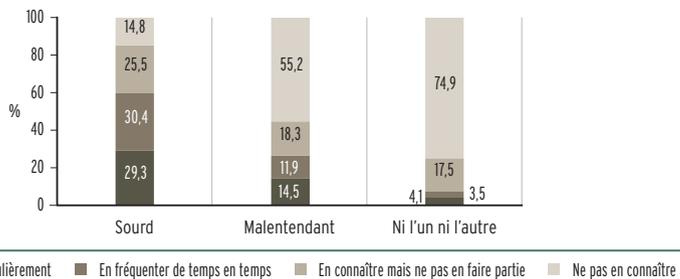
Autoqualification et situation financière perçue (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 35

Autoqualification et connaissance/fréquentation des foyers ou associations en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

et de préciser leur signification. Ceux qui se définissent comme sourds ont généralement une baisse d'acuité auditive importante et, pour une partie d'entre eux, être sourd fait référence non pas au handicap ou au niveau d'acuité auditive, mais à une culture portée par la LSF et l'appartenance à une communauté [34, 35]. Pour d'autres, quel que soit le niveau de la baisse d'acuité auditive, le qualificatif de sourd est préféré à celui de malentendant, qui n'existe tout simplement pas pour eux et qu'ils considèrent comme un malheureux euphémisme. Dans une autre perspective, des personnes se qualifient de malentendantes pour se différencier de celles dont la surdité a été acquise à la naissance, et/ou parce que leur niveau de surdité n'est pas sévère. Elles ne se reconnaissent pas non plus parmi les sourds parce que cela signifierait une appartenance identitaire qu'elles récusent. D'autres encore ne sont pas à l'aise avec ces catégories, que leur surdité existe depuis la prime enfance ou non. Elles indiquent se situer dans un entre-deux, ne faisant partie ni des entendants ni des sourds, et être parfois en quête d'identité [9, 36].

Les troubles de l'audition

Si dans le BSSM les indicateurs liés à la surdité sont très détaillés, les troubles de l'audition – désignant ici les problèmes auditifs autres que la surdité et en particulier les acouphènes et l'hyperacousie – sont également interrogés. Ces troubles concernent respectivement 51,9 % et 26,6 % de l'échantillon. Ils apparaissent le plus souvent accompagnés d'une baisse d'acuité auditive (pour 60,9 % des personnes interrogées). 5,0 % de l'échantillon rencontrent ces troubles sans indiquer de surdité [tableau XIV].

Dans le BSSM, les personnes qui déclarent soit des acouphènes, soit de l'hyperacousie, sont environ 40 % à les

considérer très gênants¹⁸ et plus de 60 % lorsqu'elles cumulent les deux troubles. Les autres troubles de l'audition déclarés dans l'enquête, qui concernent 12,7 % de l'échantillon, sont des affections diverses du système auditif : des douleurs (otalgies) dans un quart des cas, des otites dans 17,7 %, et des écoulements (otorrhée) dans 10,3 %.

Les acouphènes sont des bruits produits par l'organisme, de type bourdonnements, sifflements, grésillements, etc., entendus en continu ou par intermittence et d'intensité variable. Ils touchent environ deux millions de personnes d'après l'enquête HSM [10] et leur retentissement sur la vie quotidienne peut être très différent en fonction des individus. Dans les pires situations, ils sont décrits comme relevant d'une forme de torture, leur omniprésence étant susceptible de perturber le quotidien et en particulier le sommeil.

L'hyperacousie est une amplification des sons plus ou moins importante, au point de devenir douloureuse lorsqu'elle est sévère. Sous ce vocable il est probable que l'on rencontre une grande variété de situations. Il peut, en réalité, s'agir d'un phénomène nommé « recrutement » qui accompagne certaines pertes auditives et, dans ce cas, seules certaines fréquences deviennent gênantes ou douloureuses. On peut aussi se demander si les personnes disant ne rien entendre et déclarant de l'hyperacousie ne sont pas plus gênées par les vibrations ressenties plus que par l'audition de sons. Comme pour les acouphènes, l'hyperacousie peut être latérale ou bilatérale. Lorsqu'elle est sévère, la plupart des bruits de la vie courante ne sont plus tolérables et les chocs sonores entraînent des douleurs d'une intensité extrême et d'une nature inouïe, parfois non localisées, parfois

18. La question était posée ainsi : « Est-ce que ces problèmes d'audition vous gênent dans la vie quotidienne ? », avec pour possibilité de réponses : « beaucoup », « moyennement » ou « pas du tout ».

TABLEAU XIV

Présence d'acouphènes et/ou d'hyperacousie et surdité

	Effectifs	Pourcentages
Troubles de l'audition (acouphènes, hyperacousie ou autres troubles en dehors de la surdité)		
Difficultés à entendre sans troubles de l'audition	1 023	34,2
Difficultés à entendre + troubles de l'audition	1 822	60,9
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre	149	5,0
Types de troubles auditifs		
Acouphènes + hyperacousie	518	17,3
Acouphènes (sans hyperacousie)	1 035	34,6
Hyperacousie (sans acouphènes)	278	9,3
Autres troubles de l'audition (sans acouphènes ou hyperacousie)	140	4,7

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

situées au niveau de la cage thoracique ou de l'estomac. Des personnes décrivent recevoir l'équivalent de chocs électriques ou de coups de couteau [9]. Aucun recensement très précis ne permet de connaître la prévalence ou l'incidence de ce syndrome.

Les mécanismes produisant les acouphènes et l'hyperacousie sont mal connus et l'étiologie souvent mal identifiée. Ces phénomènes peuvent disparaître comme ils peuvent perdurer.

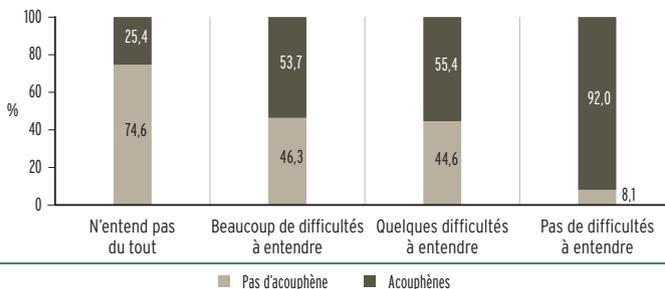
En raison de la construction des questions filtres, les troubles de l'audition sont forcément présents chez ceux qui ne déclarent pas de perte auditive et dont les effectifs sont donc assez faibles (150 personnes

parmi lesquelles plus de 90 % ont des acouphènes et environ 50 % de l'hyperacousie). Ces troubles concernent environ 70 % de ceux qui disent avoir quelques difficultés ou beaucoup de difficultés à entendre et un peu plus de 30 % de ceux qui indiquent ne pas entendre du tout [figures 36 et 37]. Ils sont proportionnellement plus gênants chez ceux déclarant beaucoup de difficultés à entendre et pour ceux qui présentent ces troubles sans perte auditive [figure 38].

Ces troubles sont moins présents chez ceux qui communiquent en LSF, 31,4 % indiquant des acouphènes et 13,2 % de l'hyperacousie, et très gênants pour 13,9 % d'entre eux [figures 39 à 41].

FIGURE 36

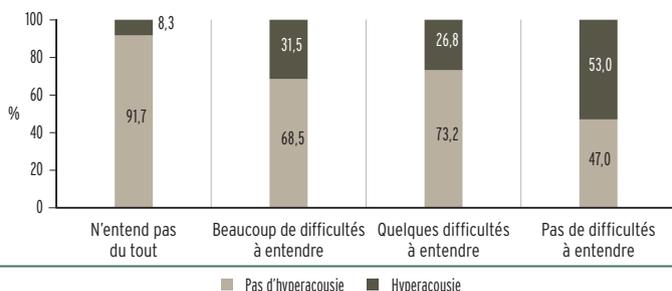
Acuité auditive perçue et présence d'acouphènes (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 37

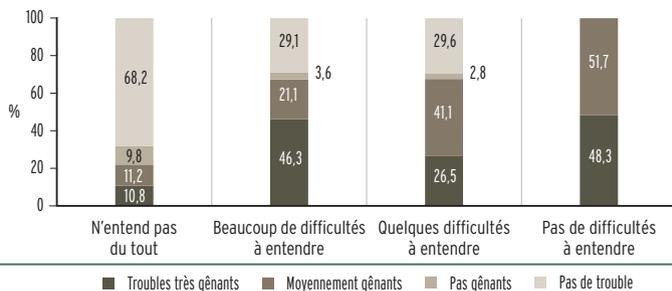
Acuité auditive perçue et présence d'hyperacousie (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 38

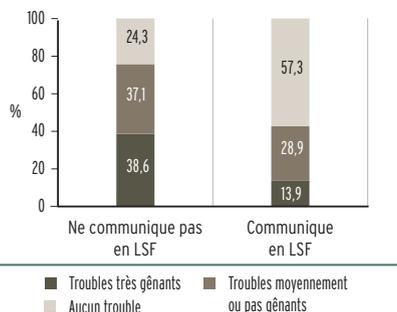
Acuité auditive perçue et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 39

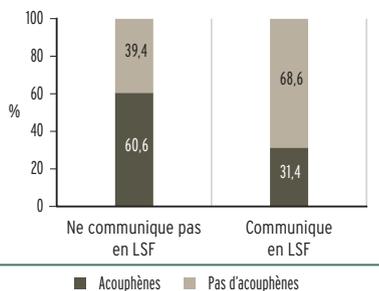
Pratique de la LSF et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 40

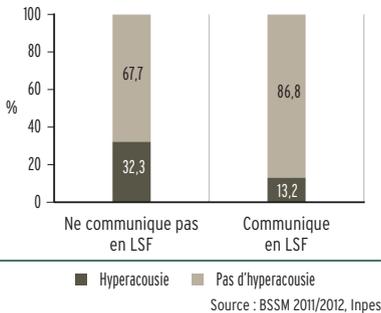
Pratique de la LSF et présence d'acouphènes (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 41

Pratique de la LSF et présence d'hyperacousie (en pourcentage)



Les troubles de l'audition apparaissent davantage entre 36 et 59 ans pour l'ensemble de l'échantillon, mais plus tôt pour ceux qui n'entendent pas du tout (avant 26 ans dans 61,7 % des cas) et pour ceux qui n'ont pas de difficulté à entendre (avant 26 ans pour 47,1 %) [figure 42]. Les troubles surviennent progressivement dans 61,3 % des cas, mais

plus souvent brusquement pour ceux qui ne déclarent pas de perte auditive (dans 73,9 % des cas) [figure 43].

La proportion d'hommes et de femmes très gênés par des troubles n'est pas significativement différente [figure 44]. Cela concerne en revanche davantage les 45-74 ans (entre 36,0 et 37,7 %), tandis que les 15-34 ans sont toutefois plus de 20 % à indiquer être très gênés [figure 45].

Ceux qui déclarent le plus de gêne sont en moyenne moins diplômés et indiquent une situation financière perçue un peu moins favorable [figures 46 et 47].

Les limitations d'activités (depuis six mois en raison d'un problème de santé ou d'un handicap) sont plus fréquemment indiquées par les personnes qui se disent très gênées par les troubles de l'audition [figure 48]. Parmi les limitations qui les concernent davantage apparaissent le fait de se fatiguer rapidement (62,8 % versus 48,1 % de ceux qui sont moyennement ou pas gênés par des troubles de l'audition mais déclarent

FIGURE 42

Acuité auditive perçue et âge de survenue des troubles de l'audition (en pourcentage)

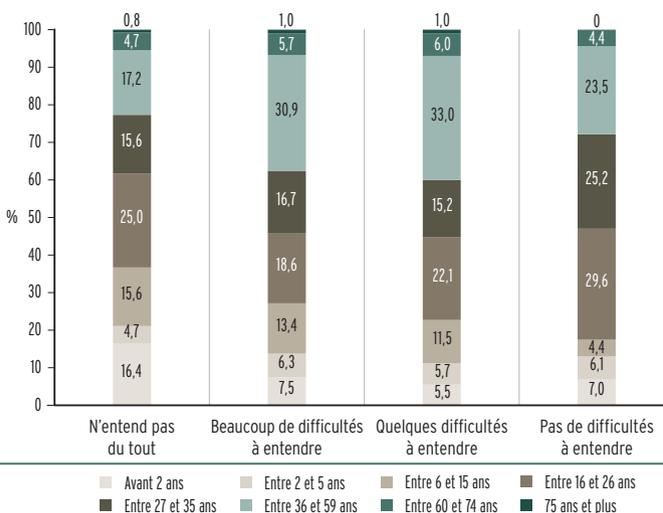
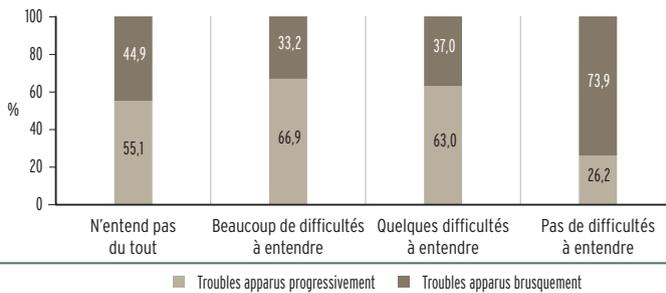


FIGURE 43

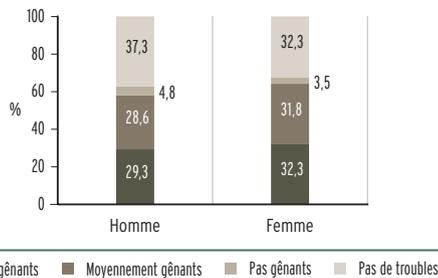
Acuité auditive perçue et rapidité d'apparition des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 44

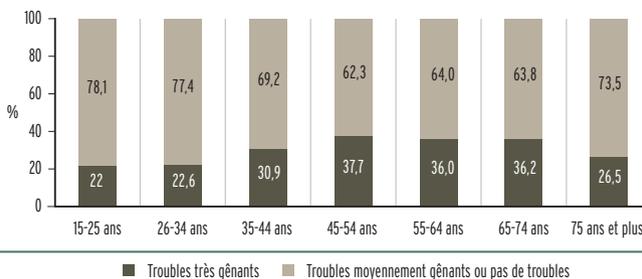
Sexe et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 45

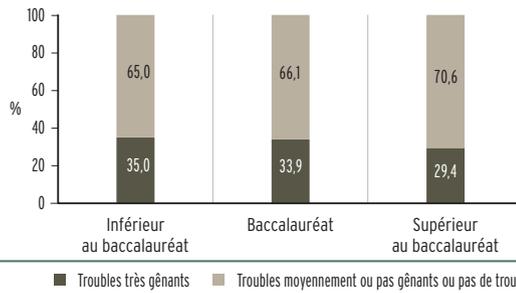
Âge et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 46

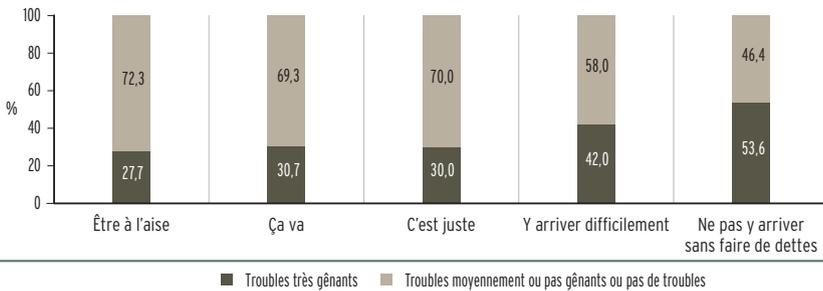
Niveau de diplôme et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 47

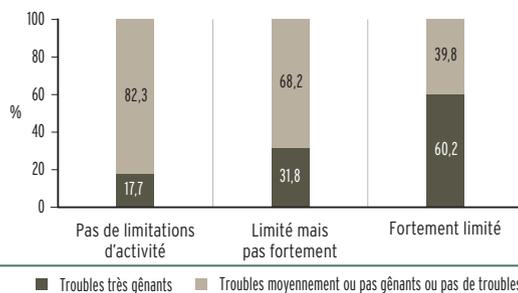
Situation financière perçue et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 48

Limitations d'activité et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

des limitations d'activités), des douleurs (38,1 % vs 27,7 %), des difficultés d'apprentissage et de compréhension (30,9 % vs 22,3 %) et des problèmes psychologiques (17,0 % vs 11,8 % ; $p < 0,05$). Les personnes signalant ces troubles très gênants sont 15,8 % à indiquer avoir des difficultés à sortir de leur domicile contre 8,0 % pour ceux moyennement ou pas gênés par ces troubles et déclarant des limitations d'activités. Pour préciser davantage les restrictions d'activités liées aux troubles de l'audition, il faudrait interroger les capacités à fréquenter divers lieux tels que

les restaurants, les centres commerciaux, les moyens de transports collectifs, etc.

La reconnaissance de ces troubles, pour ceux qui ne présentent pas de surdité par ailleurs, semble limitée dans la mesure où même lorsqu'ils se disent très gênés, ils ne sont que 5,3 % à recevoir une allocation de ce fait, alors que les personnes présentant une acuité auditive réduite sans trouble de l'audition sont 41,3 %. Ces dernières présentent néanmoins des situations professionnelles ou des niveaux de diplômes moins favorables dont il faut tenir compte.

Relecteurs

Romain Guignard (Inpes)
Pascale Roussel (EHESP)

Bibliographie

- [1] Bouvier G. *L'enquête Handicap-Santé : présentation générale*. Paris : Insee, coll. Document de travail Insee, 2011 : 61 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1109.pdf
- [2] Dagron J. Perception du risque du sida et accès aux soins de la communauté sourde. Bilan de la partie « état des lieux » épidémiologique. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1996, n° 25 : p. 112-113. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/1996/9625/beh_25_1996.pdf
- [3] Dagron J. *Les sourds nous font un signe. Perception du risque du sida et accès aux soins de la population sourde, 1995-1998*. [Rapport] 1998 : 118 p.
- [4] Roussel P. (EHESP/MSSH). *Enquête sur la détresse psychologique des personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes et/ou acouphéniques : la détresse psychologique des personnes ayant répondu à l'enquête menée par l'Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif (Unisda) de 2010*. Paris : Unisda, 2011 : 27 p.
- [5] Quérel C. *Surdité et santé mentale. Communiquer au cœur du soin*. Paris : Lavoisier/Sainte-Anne, coll. Cahiers de Sainte-Anne, 2013 : 206 p.
- [6] Mottez B. À s'obstiner contre les déficiences, on augmente souvent le handicap. L'exemple des sourds. (1984). In : Mottez B. *Les sourds existent-ils ?* Textes réunis et présentés par Andrea Benvenuto. Paris : L'Harmattan, coll. La Philosophie en commun, 2006 : p. 37-56.
- [7] Belorgey J.-M. (prés.), HAS. *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Audition publique du 22 au 23 octobre 2008 à Paris, organisée par la HAS. [Texte des experts, tome I, mercredi 22 octobre 2008.] Paris : HAS, 2009 : 129 p. En ligne : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf
- [8] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 28 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Methode-enquete-barometre-sante-2010.pdf>
- [9] Sitbon A. *Le Rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 110 p.
- [10] Cuenot M., Roussel P. *Difficultés auditives et communication. Exploitation des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008*. Étude réalisée par le CTNERHI pour l'Inpes, 2010 : 79 p.
- [11] Lelièvre F., Sander M.-S., Tallec A. Observatoire régional de santé des Pays-de-la-Loire. *Handicap auditif en France : apports de l'enquête HID 1998-1999 : document de travail*. Paris : Drees, coll. Série études, 2007 : 155 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud71.pdf>
- [12] Bisol C.A., Sperb T.M., Moreno-Black G. Focus groups with deaf and hearing youths in Brazil: Improving a questionnaire on sexual behavior and HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 2008, vol. 18, n° 4 : p. 565-578.
- [13] Graybill P., Aggas J., Dean R.K., Demers S., Finigan E., Pollard R.Q. A community-participatory approach to adapting survey items for deaf individuals and American Sign Language. *Field Methods*, 2010, vol. 22, n° 4 : p. 429-448.

- [14] Samady W., Sadler G.R., Nakaji M., Malcarne V.L. Translation of the multidimensional health locus of control scales for users of American sign language. *Public Health Nursing*, 2008, vol. 25, n° 5 : p. 480-489.
- [15] Fellinger J., Holzinger D., Dobner U., Gerich J., Lehner R., Lenz G., *et al.* An innovative and reliable way of measuring health-related quality of life and mental distress in the deaf community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, vol. 40, n° 3 : p. 245-250.
- [16] Margellos-Anast H., Hedding T., Perlman T., Miller L., Rodgers R., Kivland L., *et al.* Developing a standardized comprehensive health survey for use with deaf adults. *American Annals of the Deaf*, 2005, vol. 150, n° 4 : p. 388-396.
- [17] Baker R., Brick J.M., Bates N.A., Battaglia M., Couper M.P., Dever J.A., *et al.* Report of the AAPOR task force on non-probability sampling. AAPOR Executive Council, 2013 : 128 p. En ligne : https://www.aapor.org/AAPORKentico/AAPOR_Main/media/MainSiteFiles/NPS_TF_Report_Final_7_revised_FNL_6_22_13.pdf
- [18] Bethlehem J. Selection bias in Web surveys. *International Statistical Review*, 2010, vol. 78, n° 2 : p. 161-188.
- [19] Magnani R., Sabin K., Saidel T., Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*, 2005, vol. 19, n° 2 : p. 67-72.
- [20] Schroedel J.G. Analysing surveys on deaf adults: implications for survey research on persons with disabilities. *Social Science & Medicine*, 1984, vol. 19, n° 6 : p. 619-627.
- [21] Weimiao F., Zheng Y. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, 2010, vol. 26, n° 2 : p. 132-139.
- [22] Gourieroux C. *Économétrie des variables qualitatives* (2^e éd.) Paris : Economica, 1989 : 403 p.
- [23] Dillman D.A., Smyth J.D. Design effects in the transition to Web-based surveys. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, vol. 32, n° 5 : p. 90-96.
- [24] Fournier L., Kovess V. A comparison of mail and telephone interview strategies for mental health surveys. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1993, vol. 38, n° 8 : p. 525-533.
- [25] Tourangeau R., Smith T.W. Asking sensitive questions: the impact of data collection mode, question format, and question context. *Public Opinion Quarterly*, 1996, n° 60 : p. 275-304.
- [26] Tourangeau R., Rips L.J., Rasinski K. *The Psychology of Survey Response*. Cambridge : Cambridge University Press, 2000 : 401 p.
- [27] Beck F., Guignard R., Legleye S. Does computer survey technology improve reports on alcohol and illicit drug use in the general population? A comparison between two surveys with different data collection modes In France. *PLoS ONE*, 2014, vol. 9, n° 1 : e85810.
- [28] Beebe T.J., McRae J.A. Jr, Harrison P.A., Davern M.E., Quinlan K.B. Mail surveys resulted in more reports of substance use than telephone surveys. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2005, vol. 58, n° 4 : p. 421-424.
- [29] Acree M., Ekstrand M., Coates T.J., Stall R. Mode effects in surveys of gay men: a within-individual comparison of responses by mail and by telephone. *Journal of Sexual Research*, 1999, vol. 36 : p. 67-75.
- [30] Haesler L., Mordier B. Vivre avec des difficultés d'audition. Répercussions sur les activités quotidiennes, l'insertion et la participation sociale. *Dossier solidarité et santé*, 2014, n° 52 : 18 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss52.pdf>
- [31] Arnaudo B., Léonard M., Sandret N., Cavet M., Coutrot T., Rivalin R., Thierus L. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *DARES Analyses*, 2013, n° 10 : 12 p. En ligne : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-010.pdf>
- [32] Burgat S. *Un cas spécifique de bilinguisme : l'enfant sourd locuteur de la langue des signes qui apprend à lire et à écrire en français*. « Enfance(s) et plurilinguisme », colloque jeunes chercheurs, université de Montpellier III, 26-27 juin 2008.
- [33] Dalle-Nazébi S. Technologies visuelles et e-inclusion. Initiatives de sourds. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 2008, vol. 21, n° 4 : p. 353-369.
- [34] Gaucher C., Vibert S., dir. *Les Sourds : aux origines d'une identité plurielle*. Bruxelles : Peter Lang, coll. Diversitas, 2010 : 228 p.
- [35] Delaporte Y. *Les sourds, c'est comme ça : ethnologie de la surdimutité*. Paris : Les Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Mission du patrimoine ethnologique, coll. Ethnologie de la France, 2002 : 398 p.
- [36] Merlin C. *Sourde en centres d'appels. Plaidoyer pour une Distanciation Intégrante envers les personnes en situation de handicap*. Paris : L'Harmattan, 2010 : 176 p.

SANTÉ MENTALE ET QUALITÉ DE VIE

L'essentiel

Santé mentale et qualité de vie

Vivre avec une audition altérée renvoie à des situations hétérogènes, variant notamment en fonction de l'âge de survenue de la surdité, du niveau d'acuité auditive, des moyens pour communiquer (français, langue des signes française [LSF], aides humaines et techniques, etc.) ou encore de la présence de troubles auditifs tels que les acouphènes¹ ou l'hyperacousie².

Pour autant, quelle que soit la situation du point de vue de l'audition, la perception de la santé, en particulier psychique, semble très dégradée parmi les personnes interrogées dans le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) en comparaison de la population générale. Ainsi, le niveau de détresse psychologique est de 45,9 % dans le BSSM *versus* 16,7 % dans le Baromètre santé 2010. Deux fois plus de personnes concernées par une surdité et/ou des troubles de l'audition jugent leur santé plutôt mauvaise (22,1 % *vs* 9,8 %). Les pensées suicidaires

dans les douze derniers mois sont cinq fois plus fréquentes (21,3 % *vs* 3,9 %) et les tentatives de suicide au cours de la vie presque trois fois (13,9 % *vs* 5,5 %). La souffrance psychique est majorée en cas d'acouphènes ou d'hyperacousie.

Dans tous les cas, l'environnement social semble jouer un rôle dans le mal-être de ces populations : d'autres études mettent en évidence des attitudes de stigmatisation et des discriminations fortement vécues par les personnes concernées. La vie avec une surdité implique des formes de violences subies plus fréquentes, ce que confirment les données du BSSM. Pour la majorité, on peut imaginer que les possibilités limitées de communiquer et des formes d'isolement subi sont en jeu.

La santé psychique semble se dégrader avec certaines limitations qui y sont liées : quand la communication demande beaucoup d'efforts et entraîne une fatigue, quand les capa-

cités à lire sont réduites, ou encore quand des incapacités physiques sont associées.

Des perspectives d'amélioration sont à chercher dans une meilleure information sur ces questions auditives et leurs conséquences auprès de la population générale, mais aussi des professionnels concernés. Le développement des prises en charge adaptées et les questions d'accès à l'information et à la communication impliquant les aides humaines et matérielles restent d'actualité.

La prévention du suicide et les perspectives de mieux-être passent par l'adaptation de programmes de prévention aux populations sourdes, malentendantes et/ou souffrant de troubles de l'audition et par la formation des professionnels.

1. Bruits produits par le système auditif et se traduisant par des sifflements ou bourdonnements.

2. Perception amplifiée des sons s'accompagnant d'une intolérance aux bruits de la vie quotidienne.

Santé mentale et qualité de vie

AUDREY SITBON
 ROMAIN GUIGNARD
 DOMINIQUE DUFOURNET
 FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

Depuis quelques années, une attention particulière est portée à la question de la souffrance psychique des personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition (expression qui désigne principalement les acouphènes et l'hyperacousie). Cette question a été mise à l'agenda politique sous l'impulsion du milieu concerné, en particulier par l'Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif (Unisda), fédération d'associations d'usagers qui a initié une enquête dédiée à cette thématique en 2011¹. Les résultats, concordant avec ceux de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) [1, 2] et d'études à l'étranger [3-7], font état d'indicateurs de santé psychique particulièrement dégradés.

Les liens entre santé mentale et surdité ont parallèlement été clairement identifiés dans un plan gouvernemental dédié aux personnes sourdes ou malentendantes (2010-2012). Plusieurs axes ont été développés : la prévention, le dépistage de la surdité et son accom-

pagnement, l'accessibilité, ainsi que des mesures spécifiques en fonction de l'âge de survenue de la surdité. La question de la détresse psychologique des personnes sourdes ou malentendantes est intégrée dans ce dernier axe. Cette thématique fait également partie du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Enfin, le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 accorde une attention particulière à l'accessibilité des soins.

Comment comprendre le fait que vivre avec une acuité auditive réduite implique davantage de souffrance psychique ? Dans la surdité, le handicap s'éprouve surtout par des possibilités d'information et de communication réduites avec, potentiellement, des conséquences très négatives sur la qualité des

1. La méthode de cette étude, soutenue entre autres par l'Inpes, est très proche de celle du BSSM, ainsi que la structuration des échantillons.

échanges et des relations sociales, et donc sur la qualité de vie et le bien-être. Les restrictions de participation sociale [2] et d'accès à l'éducation ou à l'emploi qui en découlent engagent le manque d'accessibilité de l'environnement et d'adaptation de l'entourage, et sont susceptibles d'induire un sentiment d'exclusion et des discriminations. Par ailleurs, un niveau élevé de violences subies déclarées dans le BSSM, sous-tendant des formes de stigmatisation particulières, pourrait être corrélé à cette souffrance. Selon l'âge de survenue de la surdité, son caractère plus ou moins récent, son intensité et son arrivée plus ou moins progressive, la santé mentale pourrait *a priori* être diversement affectée [8-10].

Dans ce chapitre, il s'agira d'étudier quelques indicateurs relatifs à la qualité de vie et/ou à la santé mentale (santé perçue, détresse psychologique, pensées suicidaires et tentatives de suicide, recours à des médicaments psychotropes, recours à une psychothérapie) et de les comparer à ceux mesurés en population générale. On verra ensuite dans quelle mesure chacun de ces indicateurs varie en fonction de variables socio-démographiques et liées à l'audition. Ainsi, les critères retenus² pour décrire la situation au regard de l'audition sont : l'acuité auditive

perçue (ou capacité à entendre), la langue pratiquée (langue des signes française (LSF) ou non), l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition, et la présence de troubles de l'audition très gênants dans la vie quotidienne³.

On discutera, à partir de là, la façon dont la santé mentale est communément affectée pour l'ensemble des personnes interrogées, mais aussi de manière spécifique selon des profils ou des situations distinctes. Souffrir de troubles de l'audition tels que les acouphènes et l'hyperacousie, communiquer à l'oral avec une surdité, connaître une perte auditive au cours de l'existence, être locuteur de la LSF, pourraient impliquer des formes de mal-être particulières. En complément des mesures gouvernementales et des actions associatives existantes, des perspectives d'amélioration seront ensuite esquissées dans l'optique de prévenir les souffrances psychiques ou de les atténuer.

Les analyses s'appuient sur des tris croisés et des régressions logistiques dont la lecture est explicitée dans le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon ».

2. Le sens de ces variables et leurs liens sont détaillés dans le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon ».

3. Voir la description détaillée des populations interrogées dans le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon ».

RÉSULTATS

INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE ET ACUITÉ AUDITIVE PERÇUE

Sur l'ensemble de l'échantillon

Les indicateurs relatifs à la qualité de vie et à la santé mentale apparaissent globalement très défavorables dans l'échantillon des personnes sourdes, malentendantes et/ou présentant des troubles de l'audition, par rapport à la population générale [tableau 1]. Ainsi, 22,1 % de l'échantillon du BSSM se perçoivent en

médiocre ou mauvaise santé (vs 9,8 % en population générale), 45,9 % présentent une détresse psychologique au sens du MHI-5⁴ (vs 16,7 %) [11, 12], 21,3 % déclarent avoir pensé

4. Le MHI-5, *Mental Health Index*, score de santé mentale du MOS SF-36 (*Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey*), est une échelle de qualité de vie validée en français. Ce score est construit à partir des réponses à cinq questions : « Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti très nerveux/si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral/calme et détendu/triste et abattu/heureux ? » avec les modalités de réponses « tout le temps/souvent/quelquefois/rarement/jamais ». On considère que les individus dont le score est strictement inférieur à 56 sont en détresse psychologique.

à se suicider au cours des douze derniers mois (ν s 3,9 %), 13,9 % déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie (ν s 5,5 %) et 1,6 % dans les douze derniers mois (ν s 0,5 %) [13]. Que ce soit pour les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ou les tentatives de suicide au cours de la vie, les raisons professionnelles sont davantage invoquées qu'en population générale (43,6 % ν s 35,9 % pour les pensées suicidaires, $p < 0,05$; et 23,4 % ν s 10,7 % pour les tentatives de suicide, $p < 0,001$). Par ailleurs, les personnes interrogées dans le cadre de cette enquête sont nettement plus nombreuses à avoir déjà consommé des médicaments « pour les nerfs ou pour dormir » au cours de leur vie (51,2 % ν s 35,1 % en population générale) ou à avoir déjà suivi une psychothérapie (28,7 % ν s 10,8 %) [14, 15].

Selon l'acuité auditive perçue

Dans l'échantillon du BSSM, les répondants déclarant seulement des Troubles de l'audi-

tion sans difficultés à entendre (dont 92 % indiquent avoir des acouphènes et 53 % de l'hyperacousie) semblent présenter une santé mentale particulièrement dégradée : les deux tiers d'entre eux présentent un état de détresse psychologique (66,1 %), plus d'un tiers déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (35,3 %) et plus d'un quart ont une perception médiocre ou mauvaise de leur santé (28,8 %). Les trois quarts des personnes ayant des Troubles de l'audition sans difficultés à entendre ont déjà consommé des médicaments psychotropes, au cours de leur vie (76,2 %) [tableau II]. Il est nécessaire de préciser que les personnes se situant dans cette catégorie, qui représentent 5 % de l'échantillon du BSSM, n'ont répondu au questionnaire que dans la mesure où elles étaient gênées (moyennement ou beaucoup) par les troubles de l'audition (celles sans surdité dont les troubles de l'audition n'étaient pas gênants n'étaient pas appelées à participer à l'enquête). Elles ne reflètent pas la situation de l'ensemble des personnes

TABLEAU I

Comparaison d'indicateurs relatifs à la qualité de vie, à la santé mentale et au suicide dans le BSSM et dans le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM ¹	Baromètre santé 2010	p ²
Santé perçue médiocre ou mauvaise (15-75 ans)	22,1	9,8	***
Détresse psychologique (MHI-5 < 56)	45,9	16,7	***
Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois	21,3	3,9	***
Tentative de suicide au cours de la vie	13,9	5,5	***
Tentative de suicide au cours des douze derniers mois	1,6	0,5	***
Intention de mourir lors de la dernière tentative ³			***
Vraiment décidé à mourir	27,0	31,5	
Moyen pas le plus efficace	24,6	11,9	
Appel à l'aide	48,4	56,6	
Médicaments pour les nerfs, pour dormir, au cours de la vie	51,2	35,1	***
Psychothérapie au cours de la vie	28,7	10,8	***

1. Données du BSSM redressées sur la structure par sexe, âge et diplôme du Baromètre santé 2010.

2. Test du Chi-deux de Pearson effectué sur les pourcentages pondérés appliqués au nombre de répondants pour chaque enquête : *** : $p < 0,001$.

3. Les modalités de réponse à la question sur les motivations lors de la dernière tentative de suicide étaient les suivantes : 1. « Vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par hasard que vous avez survécu » ; 2. « Vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace » ; 3. « Votre tentative de suicide était un appel à l'aide et vous n'aviez pas l'intention de mourir ».

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

vivant avec des acouphènes en particulier, qui représentent plus de deux millions de personnes d'après l'enquête HSM [16] et dont le niveau de gêne due aux troubles est très certainement moindre.

Les individus déclarant ne pas entendre du tout présentent une situation un peu moins défavorable sur le plan de la santé mentale dans cette population, malgré des niveaux de détresse psychologique (39,4 %) ou de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (18,8 %) nettement supérieurs à ceux relevés en population générale. Ce constat se vérifie chez les hommes comme chez les femmes. En revanche, la proportion d'entre eux ayant une perception médiocre ou mauvaise de leur santé est similaire à celle obtenue en population générale (13,2 % vs 9,8 % ; écart non significatif) et ils sont moins nombreux à déclarer avoir pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir au cours de leur vie (27,1 % vs 35,1 % en population générale ; $p < 0,01$).

Les personnes déclarant avoir des difficultés à entendre se situent globalement dans une position intermédiaire : près de la moitié est en état de détresse psychologique et une sur cinq déclare avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. Enfin, 57 % d'entre elles ont déjà pris des médicaments pour les nerfs ou pour dormir au cours de leur vie, et elles sont les plus nombreuses à avoir déjà suivi une psychothérapie (37 %), devant les personnes ayant des Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (32 %) et celles déclarant ne pas entendre du tout (18 %) [tableau II]. Pour ces dernières, on ne peut écarter l'hypothèse d'un accès aux soins plus difficile.

PRINCIPAUX FACTEURS ASSOCIÉS À LA QUALITÉ DE VIE, À LA SANTÉ MENTALE ET AUX COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

La situation du point de vue de la santé mentale est susceptible de varier en fonction

TABLEAU II

Principaux indicateurs relatifs à la qualité de vie et à la santé mentale selon l'acuité auditive perçue, par sexe (en pourcentage)

	Détresse psychologique	Perception médiocre ou mauvaise de sa santé	Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois	Médicaments pour les nerfs, pour dormir, au cours de la vie	Psychothérapie au cours de la vie
N'entend pas du tout					
Hommes	36,6	15,2	19,5	24,3	15,3
Femmes	41,4	11,8	18,2	29,2	19,5
Ensemble	39,4	13,2	18,8	27,1	17,7
Beaucoup de difficultés à entendre					
Hommes	42,9	25,3	20,1	49,5	28,0
Femmes	55,1	25,3	22,4	61,1	42,0
Ensemble	51,1	25,3	21,6	57,3	37,4
Quelques difficultés à entendre					
Hommes	35,4	17,9	18,5	48,6	26,5
Femmes	46,0	22,0	19,3	62,2	42,2
Ensemble	42,3	20,6	19,0	57,5	36,8
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre					
Ensemble ¹	66,1	28,8	35,3	76,2	32,0

1. Le faible nombre de répondants ayant seulement des Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (71 hommes et 51 femmes) ne permet pas de présenter les résultats de l'analyse par sexe pour cette modalité.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

des caractéristiques sociodémographiques ainsi que de trois variables liées à l'audition :

- l'impact des troubles de l'audition sur la vie quotidienne : très gênants, moyennement ou pas gênants ;
- la pratique de la langue des signes (LSF) ;
- l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition⁵.

Détresse psychologique

À l'instar de ce qui est observé en population générale, la détresse psychologique au sens du MHI-5 est plus fréquente chez les femmes et les personnes dont le niveau de diplôme est inférieur au bac. Elle est moins fréquente chez les retraités [tableau III]. Une forte gêne associée à des troubles de l'audition apparaît comme un facteur majeur de détresse psychologique⁶. La pratique de la LSF ou l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition ne sont pas liés à la détresse psychologique, dont le niveau reste élevé quelle que soit la situation⁷. Par ailleurs, les facteurs associés sont identiques au sein de la population qui n'est pas fortement gênée par des troubles de l'audition. Enfin, comme en population générale, les violences subies au cours des douze derniers mois se révèlent associées à la détresse psychologique, notamment chez les femmes (voir tableau A.II en Annexe 2, page 279).

D'autres facteurs ont également été étudiés en lien avec la détresse psychologique [tableau IV]. Le niveau de détresse psychologique augmente fortement avec la fréquence d'une fatigue liée à la communication et, par ailleurs, avec des difficultés pour lire. Le fait de déclarer un handicap physique autre qu'auditif (mesuré par une limitation d'activités dans les douze derniers mois en raison de problèmes moteurs, cardiologiques ou respiratoires, visuels ou des douleurs) semble aggraver le risque de détresse psychologique. En

outre, le port d'un appareil auditif ou d'un implant cochléaire paraît avoir seulement un effet légèrement protecteur sur la détresse psychologique. Enfin, la fréquentation d'associations d'usagers ou de services médicaux adaptés n'est pas significativement associée à cette détresse⁸.

Par ailleurs, la question a été posée à ceux qui se trouvaient en situation de détresse psychologique de savoir à quels éléments ils l'attribuaient. Il se trouve que ce mal-être est d'abord mis en lien avec la vie personnelle pour 68,9 %, le travail ou la situation professionnelle pour 68,1 % des personnes en activité, le chômage pour 62,9 % de ceux qui sont dans cette situation, et la scolarité pour la moitié des étudiants (50,0 %). Enfin, 12,1 % font le lien avec la surdité et/ou les troubles de l'audition, tandis que 9,9 % indiquent que leur état est lié à une question de santé ou à un handicap (sachant que les réponses à ces deux questions sont quasiment exclusives l'une de l'autre). Soit, au total, 20,8 % des personnes associent leur mal-être à la surdité ou aux troubles de l'audition, au handicap ou à la santé.

5. En cas de cumul de surdité et de troubles de l'audition, l'âge le plus récent est considéré. Ce regroupement permet d'effectuer l'analyse sur l'ensemble de l'échantillon.

6. Parmi les troubles de l'audition, l'hyperacousie est associée au risque le plus élevé (OR = 1,9 [1,6-2,3]), devant les acouphènes (OR = 1,4 [1,1-1,7]) et les autres troubles de l'audition (douleurs, écoulements, etc.) (OR = 1,5 [1,2-1,9]). Odds-ratios ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, l'âge de survenue de la surdité ou des problèmes d'audition et la pratique de la LSF.

7. Le niveau de détresse psychologique est plus élevé parmi les personnes devenues sourdes ou ayant eu des troubles de l'audition après l'âge de 2 ans. Cependant, le lien disparaît en tenant compte de l'impact des troubles de l'audition. Cela s'explique par le fait que les personnes sourdes de naissance ou devenues sourdes avant l'âge de 2 ans sont beaucoup moins nombreuses à déclarer être gênées par des troubles de l'audition qui majorent le risque de détresse psychologique.

8. Dans tous les modèles, les associations relevées avec les variables précédemment étudiées (variables sociodémographiques, pratique de la LSF, impact des troubles de l'audition, âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition) sont identiques à celles présentées dans le tableau III, sauf lorsque l'on introduit la fatigue liée à la communication : la pratique de la LSF montre alors un effet protecteur.

TABLEAU III

**Facteurs associés à la détresse psychologique (tris croisés et modèle logistique)
(n = 2 576)**

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Homme (réf.)	950	39,8	1	
Femme	1 684	49,0	1,4***	[1,2 ; 1,7]
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	260	46,2	1	
26-34 ans	398	45,2	1,2	[0,8 ; 1,8]
35-44 ans	493	50,9	1,3	[0,9 ; 2,0]
45-54 ans	524	51,5	1,2	[0,8 ; 1,8]
55-64 ans	550	44,5	1,1	[0,7 ; 1,7]
65-74 ans	248	33,5	0,8	[0,4 ; 1,4]
75 ans et plus	161	33,5	0,8	[0,4 ; 1,6]
Niveau de diplôme **				
Inférieur au bac (réf.)	1 006	49,0	1	
Baccalauréat	437	44,6	0,7*	[0,6 ; 0,9]
Supérieur au bac	1 137	42,4	0,7***	[0,6 ; 0,9]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	1 300	47,4	1	
Études	192	47,9	1,3	[0,9 ; 2,1]
Chômage	246	54,1	1,1	[0,8 ; 1,5]
Retraite	693	36,1	0,7*	[0,5 ; 1,0]
Autres inactifs	202	55,0	1,0	[0,8 ; 1,4]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition ***				
Avant 2 ans (réf.)	546	40,1	1	
Entre 2 et 15 ans	471	46,5	1,1	[0,9 ; 1,5]
Entre 16 et 59 ans	1 374	48,8	1,1	[0,8 ; 1,4]
60 ans et plus	197	34,5	1,2	[0,7 ; 1,8]
Impact des troubles de l'audition ***				
Être très gêné	845	63,0	2,9***	[2,4 ; 3,5]
Être moyennement ou pas gêné (réf.)	1 789	37,5	1	
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	1 890	46,8	1	
Oui	744	42,7	0,9	[0,7 ; 1,1]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Impes.

Perception de sa santé

Les individus ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, ou encore les étudiants, les personnes au chômage ou inactives, ont une moins bonne perception de leur propre santé [tableau V]. C'est également le cas de ceux qui

déclarent être très gênés par des troubles de l'audition. La pratique de la LSF apparaît, au contraire, associée à une meilleure perception de sa santé. Après contrôle des autres effets de structure, l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition n'est pas lié à la perception d'une bonne ou mauvaise santé.

TABLEAU IV

Autres facteurs associés^a à la détresse psychologique (tris croisés et modèles logistiques) (n = 2 576)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Port d'un appareil ou d'un implant				
Aucun (réf.)	1 091	47,6	1	
Appareil	1 207	44,2	0,8*	[0,7 ; 1,0]
Implant	293	42,3	0,7*	[0,6 ; 1,0]
Fatigue liée à la communication				

Tout le temps	156	76,9	7,4***	[4,7 ; 11,7]
Souvent	593	63,7	4,4***	[3,3 ; 5,8]
Quelquefois	946	46,4	2,3***	[1,8 ; 3,0]
Rarement	519	30,3	1,2	[0,9 ; 1,7]
Jamais (réf.)	415	25,3	1	
Handicap physique (limitation d'activités en raison d'un problème physique)				

Non (réf.)	1 936	40,9	1	
Oui	698	59,0	2,0***	[1,6 ; 2,4]
Facilité à lire				
		**		
Difficile/Impossible	409	51,6	1,5**	[1,1 ; 1,9]
Facile (réf.)	2 179	44,3	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral				
Difficile/Impossible	423	42,1	1,0	[0,7 ; 1,3]
Facile/Non posé (réf.)	2 117	46,5	1	
Fréquentation de foyers ou d'associations				

Non (réf.)	1 686	47,9	1	
Oui	900	40,8	0,8	[0,7 ; 1,0]
Fréquentation de services médicaux adaptés				
Oui	487	46,4	1,1	[0,9 ; 1,4]
Non (réf.)	2 048	45,2	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la détresse psychologique) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques ajustées sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition, l'impact des troubles de l'audition, la pratique de la langue des signes).

a. La détresse psychologique revêt une importance particulière, étant mobilisée dans d'autres enquêtes, y compris auprès des personnes sourdes ou malentendantes, en France ou à l'étranger. C'est la raison pour laquelle d'autres facteurs associés ont été analysés.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

C'est parmi les étudiants que les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois sont les plus fréquentes. Contrairement à ce qui est observé en population générale, où les femmes en déclarent plus souvent, aucune différence entre les genres n'est observée dans le BSSM [tableau VI]. Par ailleurs, les pensées suicidaires sont fortement associées au fait d'être très gêné par

les troubles de l'audition. Elles sont tout aussi prégnantes que l'on pratique ou non la LSF et quel que soit l'âge de survenue de la surdité ou des troubles auditifs.

Recours aux soins

Usage de médicaments « pour les nerfs, pour dormir »

Les femmes, les personnes âgées de 45 à 54 ans et les retraités sont les plus nombreux à avoir déjà pris des médicaments « pour les

TABLEAU V

Facteurs associés à une perception médiocre ou mauvaise de sa santé (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 436)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	894	19,9	1	
Femme	1 608	22,0	1,1	[0,9 ; 1,3]
Âge ***				
15-24 ans (réf.)	228	16,2	1	
25-34 ans	434	17,5	1,6	[0,9 ; 2,8]
35-44 ans	494	21,7	1,8	[1,0 ; 3,2]
45-54 ans	526	24,9	1,8	[1,0 ; 3,2]
55-64 ans	551	25,2	1,7	[0,9 ; 3,2]
65-75 ans	269	15,6	0,9	[0,4 ; 2,0]
Niveau de diplôme ***				
Inférieur au bac (réf.)	924	26,0	1	
Baccalauréat	422	20,1	0,7*	[0,5 ; 1,0]
Supérieur au bac	1 094	17,7	0,7***	[0,5 ; 0,8]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	1 303	17,4	1	
Études	193	19,2	2,0*	[1,1 ; 3,6]
Chômage	247	26,7	1,6**	[1,2 ; 2,3]
Retraite	556	20,3	1,3	[0,9 ; 1,9]
Autres inactifs	202	44,1	3,3***	[2,3 ; 4,6]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition ***				
Avant 2 ans (réf.)	545	15,0	1	
Entre 2 et 15 ans	460	19,3	1,0	[0,7 ; 1,4]
Entre 16 et 59 ans	1 332	24,8	1,0	[0,7 ; 1,3]
60 ans et plus	111	17,1	0,8	[0,4 ; 1,6]
Impact des troubles de l'audition ***				
Être très gêné	812	34,4	2,6***	[2,1 ; 3,2]
Être moyennement ou pas gêné (réf.)	1 690	15,0	1	
Pratique de la LSF ***				
Non (réf.)	1 755	24,3	1	
Oui	747	14,1	0,6***	[0,4 ; 0,8]

*** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Impes.

nerfs, pour dormir», de même que ceux qui se déclarent fortement gênés par des troubles de l'audition [tableau VII]. La prédominance féminine et le lien mécanique avec l'avancée en âge⁹ sont également observés en population générale. En revanche, les personnes devenues sourdes avant 2 ans ou celles

qui pratiquent la LSF ont nettement moins souvent consommé de tels médicaments au cours de leur vie.

9. L'usage «au cours de la vie» est une mesure de stock : la probabilité d'avoir déjà consommé une substance augmente avec l'âge pour un même individu.

TABLEAU VI

Facteurs associés aux pensées suicidaires dans les douze derniers mois (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 576)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	973	21,2	1	
Femme	1 709	20,2	0,9	[0,7 ; 1,1]
Âge				

15-25 ans (réf.)	270	28,5	1	
26-34 ans	410	21,5	1,0	[0,6 ; 1,6]
35-44 ans	505	22,8	1,0	[0,6 ; 1,6]
45-54 ans	533	23,1	0,9	[0,5 ; 1,4]
55-64 ans	554	18,2	0,8	[0,5 ; 1,4]
65-74 ans	249	12,9	0,7	[0,3 ; 1,4]
75 ans et plus	161	9,3	0,6	[0,2 ; 1,3]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	1 006	21,2	1	
Baccalauréat	437	21,5	0,9	[0,7 ; 1,2]
Supérieur au bac	1 137	19,3	0,9	[0,7 ; 1,1]
Situation professionnelle				

Travail (réf.)	1 324	20,7	1	
Études	200	31,0	2,0**	[1,2 ; 3,2]
Chômage	254	28,7	1,4	[1,0 ; 1,9]
Retraite	695	12,9	0,7	[0,5 ; 1,1]
Autres inactifs	208	25,0	1,2	[0,8 ; 1,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

Avant 2 ans (réf.)	546	16,7	1	
Entre 2 et 15 ans	471	22,9	1,3	[0,9 ; 1,8]
Entre 16 et 59 ans	1 374	22,7	1,1	[0,8 ; 1,6]
60 ans et plus	197	8,6	0,8	[0,4 ; 1,5]
Impact des troubles de l'audition				

Être très gêné	856	32,5	2,8***	[2,3 ; 3,5]
Être moyennement ou pas gêné (réf.)	1 826	15,0	1	
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	1 916	21,4	1	
Oui	766	18,4	0,9	[0,7 ; 1,2]

** : p<0,01; *** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

Psychothérapie au cours de la vie

Un tiers (33,8 %) des répondants du BSSM déclare avoir suivi une psychothérapie au cours de la vie. Les femmes, les personnes âgées de 55 à 64 ans mais aussi les étudiants sont les plus nombreux à déclarer avoir déjà suivi une psychothérapie au cours de leur

vie [tableau VIII]. Le recours à la psychothérapie augmente également avec le niveau de diplôme. Les individus déclarant être fortement gênés par des troubles de l'audition indiquent plus souvent avoir suivi une psychothérapie, de même que ceux devenus sourds ou ayant eu des troubles de l'audition entre 2 et 15 ans.

TABLEAU VII

Facteurs associés à la prise de médicaments pour les nerfs ou pour dormir au cours de la vie (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 576)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Homme (réf.)	980	46,3	1	
Femme	1 712	57,8	1,6***	[1,4 ; 1,9]
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	272	36,4	1	
26-34 ans	412	40,5	1,2	[0,8 ; 1,8]
35-44 ans	507	48,5	1,3	[0,9 ; 2,0]
45-54 ans	535	62,4	1,9**	[1,2 ; 3,0]
55-64 ans	555	62,2	1,5	[0,9 ; 2,4]
65-74 ans	250	59,6	1,1	[0,6 ; 2,0]
75 ans et plus	161	64,0	1,2	[0,6 ; 2,3]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	1 006	54,7	1	
Baccalauréat	437	49,7	0,8	[0,7 ; 1,1]
Supérieur au bac	1 137	54,9	1,0	[0,8 ; 1,2]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	1 330	50,5	1	
Études	202	36,6	1,1	[0,7 ; 1,8]
Chômage	254	51,6	1,3	[1,0 ; 1,8]
Retraite	696	63,1	1,5*	[1,0 ; 2,1]
Autres inactifs	209	60,3	1,2	[0,9 ; 1,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition ***				
Avant 2 ans (réf.)	546	28,9	1	
Entre 2 et 15 ans	471	51,2	1,8***	[1,4 ; 2,4]
Entre 16 et 59 ans	1 374	63,2	2,1***	[1,6 ; 2,7]
60 ans et plus	197	66,0	2,4***	[1,6 ; 3,8]
Impact des troubles de l'audition ***				
Être très gêné	859	69,6	1,8***	[1,5 ; 2,2]
Être moyennement ou pas gêné (réf.)	1 833	46,1	1	
Pratique de la LSF ***				
Non (réf.)	1 921	62,2	1	
Oui	771	32,3	0,5***	[0,4 ; 0,6]

*** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

Parmi les répondants n'ayant pas fait de psychothérapie, 72,9 % déclarent « n'en [avoir] jamais ressenti le besoin », 12,5 % considèrent qu'il « est difficile de communiquer avec les professionnels » et 3,4 % déclarent que « les professionnels qui peuvent communiquer facilement sont trop loin de chez

[eux] »¹⁰. Ces deux derniers motifs sont plus importants pour ceux qui pratiquent la LSF ou indiquent ne rien entendre. D'ailleurs, la pratique de la LSF est associée à un moindre recours à la psychothérapie.

10. Plusieurs réponses possibles. 18 % invoquent une autre raison.

TABLEAU VIII

Facteurs associés à la psychothérapie au cours de la vie (tris croisés et modèle logistique)
(n = 2 576)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Homme (réf.)	979	25,3	1	
Femme	1 711	38,7	1,8***	[1,5 ; 2,2]
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	272	30,9	1	
26-34 ans	412	30,8	1,2	[0,7 ; 1,8]
35-44 ans	506	34,8	1,3	[0,8 ; 2,1]
45-54 ans	534	38,2	1,5	[0,9 ; 2,3]
55-64 ans	555	39,3	1,8*	[1,1 ; 3,0]
65-74 ans	250	26,8	1,3	[0,7 ; 2,3]
75 ans et plus	161	21,1	1,0	[0,5 ; 2,0]
Niveau de diplôme ***				
Inférieur au bac (réf.)	1 006	25,3	1	
Baccalauréat	437	33,2	1,4**	[1,1 ; 1,8]
Supérieur au bac	1 137	41,4	2,1***	[1,7 ; 2,6]
Situation professionnelle **				
Travail (réf.)	1 328	35,1	1	
Études	202	35,1	1,8*	[1,1 ; 2,9]
Chômage	254	34,3	1,3	[0,9 ; 1,8]
Retraite	696	28,4	0,8	[0,6 ; 1,1]
Autres inactifs	209	42,1	1,4*	[1,0 ; 2,0]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition ***				
Avant 2 ans (réf.)	546	23,8	1	
Entre 2 et 15 ans	471	34,6	1,4*	[1,1 ; 1,9]
Entre 16 et 59 ans	1 374	38,7	1,3	[1,0 ; 1,7]
60 ans et plus	197	24,9	1,2	[0,8 ; 2,0]
Impact des troubles de l'audition ***				
Être très gêné	858	43,4	1,7***	[1,4 ; 2,0]
Être moyennement ou pas gêné (réf.)	1 832	29,4	1	
Pratique de la LSF ***				
Non (réf.)	1 919	37,5	1	
Oui	771	24,8	0,7**	[0,6 ; 0,9]

** : p<0,01; *** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

DISCUSSION

Les populations interrogées dans le BSSM font état d'une moins bonne santé perçue et d'une souffrance psychique beaucoup plus importante qu'en population générale (détresse psychologique, pensées suicidaires, tentatives de suicide), résultats corroborés par d'autres enquêtes menées en France et à l'étranger. Ces indicateurs dégradés ont des origines communes mais dépendent aussi des types de situation. La présence de troubles de l'audition tels que l'hyperacousie ou les acouphènes n'a pas les mêmes implications qu'une acuité auditive réduite. Par ailleurs, communiquer oralement, devenir sourd à l'âge adulte, ou pratiquer la LSF et être sourd depuis la prime enfance impliquent un rapport à la surdité différent. Toutefois, une amélioration de la qualité de vie de ces populations est possible.

DES DONNÉES CONVERGENTES SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS CONCERNÉES PAR UNE SURDITÉ ET/OU PAR DES TROUBLES DE L'AUDITION

En comparaison avec ceux du Baromètre santé 2010, les répondants du BSSM sont proportionnellement deux fois plus nombreux à faire état d'une santé perçue médiocre, presque trois fois plus à être en situation de détresse psychologique ou à déclarer des tentatives de suicide, et cinq fois plus à faire état de pensées suicidaires dans les douze derniers mois. Ces résultats sont à mettre en perspective avec une structuration de l'échantillon qui ne reflète pas la réalité de la surdité. Les personnes devenues sourdes avec l'avancée en âge sont moins présentes alors qu'elles constituent la majeure partie des personnes concernées par une baisse d'audition. Les locuteurs de la LSF sont, quant à eux, proportionnel-

lement beaucoup plus nombreux. Dans la mesure où le recrutement des personnes enquêtées était d'accès libre sur Internet, on peut se demander si l'une des motivations pour répondre à l'enquête était de signaler un mal-être qui serait en quelque sorte surreprésenté, en particulier pour ceux qui ont des troubles de l'audition sans surdité. À l'inverse, il est possible d'imaginer que les personnes les plus en détresse n'étaient pas en capacité d'effectuer la démarche de répondre au questionnaire.

Les résultats du BSSM sont confortés par des données issues d'enquêtes françaises et étrangères. D'après l'enquête Handicap-Santé Ménages¹¹ de 2008 [2], les personnes entre 18 et 59 ans déclarant mal entendre les conversations à plusieurs ont 1,8 fois plus de risques de se dire en mauvaise santé, 1,5 fois plus de risques de déclarer une dépression et 1,4 fois plus de risques (pour les hommes) d'indiquer une situation de détresse psychologique. Dans le BSSM, comme en population générale, ce sont les femmes qui déclarent le plus souvent un état de détresse psychologique (49,0 % contre 39,8 % pour les hommes). Les résultats de l'enquête menée par l'Unisda sont très proches de ceux du BSSM : 48 % des personnes sourdes, malentendantes et/ou acouphéniques interrogées se trouvaient en situation de détresse psychologique tandis qu'au cours de leur vie, environ 20 % d'entre elles avaient fait au moins une tentative de suicide [17]. L'étude de l'Unisda a permis de préciser que le moment de survenue

11. Les échantillons de l'enquête de l'Unisda et du BSSM, non représentatifs, sont relativement similaires si l'on considère notamment les critères d'âge, le niveau d'acuité auditive, la présence de troubles de l'audition et le moment de survenue de la surdité. Par contre, en comparaison avec la population sourde, malentendante ou présentant des troubles de l'audition interrogée dans l'enquête Handicap-Santé Ménages, celle du BSSM est plus féminine, plus jeune, plus diplômée, et les surdités sévères et les troubles de l'audition y sont plus présents.

des problèmes d'audition semble avoir une influence sur le niveau de détresse psychologique. Ce dernier est plus important lorsque la perte d'acuité auditive est récente ou lorsqu'elle survient au début de l'âge adulte (15 à 39 ans) [1]. La presbycousie et l'isolement qu'elle induit auraient, enfin, moins de répercussion psychologique qu'une surdité survenant plus tôt et impactant l'éducation et la situation de travail. Néanmoins, la surdité des personnes âgées aggrave leur solitude et contribue à les faire « évoluer en marge de la société » [18].

À l'instar des enquêtes en population générale, le BSSM met au jour le fait que les modes d'expression de la souffrance psychique varient d'une population à l'autre, par exemple entre hommes et femmes [19], ou encore parmi les personnes âgées [20], la dépression, la détresse psychologique et les pensées suicidaires ne concernant pas forcément les mêmes personnes.

À l'instar des résultats du BSSM, les études étrangères [3-7, 21] vont également dans le sens d'indicateurs de santé mentale dégradés (dépression [22], anxiété [6], déficience cognitive [23]). Les personnes devenues sourdes présentent une qualité de vie moins bonne que celles dont la surdité est présente depuis la prime enfance [4, 21], ce que montre le BSSM, même si les liens disparaissent après ajustement sur les autres variables sociodémographiques ou liées à la surdité. Cependant, dans l'étude de Kvam *et al.* [6], les personnes sourdes depuis la prime enfance sont plus nombreuses que les autres « à se sentir sans espoir ».

La nature des liens établis entre dépression et présence d'acouphènes dans des enquêtes étrangères n'est pas clairement définie : ces troubles pourraient induire une souffrance psychique et, à l'inverse, la dépression pourrait accentuer la perception des acouphènes, ou encore ces derniers seraient aussi à considérer comme une comorbidité de la dépression [24].

En outre, dans le BSSM, les facteurs sociodémographiques associés aux indicateurs relatifs à la qualité de vie sont quasiment identiques à ceux que l'on retrouve en population générale, soulevant de la même manière la question des inégalités sociales de santé. La souffrance psychique et la santé perçue varient en fonction du niveau de diplôme. Les pensées suicidaires se distinguent, par contre, dans le BSSM par l'absence de différence entre hommes et femmes, alors que ces dernières sont plus concernées en population générale.

UNE QUALITÉ DE VIE COMMUNÉMENT DÉGRADÉE

Des situations potentiellement problématiques sont susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé, quel que soit le rapport à la surdité ou aux troubles de l'audition. La communication est souvent difficile, engendrant pour beaucoup une fatigue au quotidien. Le milieu du travail semble cristalliser, pour toutes les catégories de personnes interrogées, la difficulté à gérer la communication ou les douleurs associées aux troubles de l'audition. La souffrance psychologique qui lui est attribuée est très élevée, quels que soient la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'acuité auditive, la langue pratiquée... (voir le chapitre « Santé et travail »). Au travail et ailleurs, les individus ont aussi davantage à faire face à des discriminations et à des formes de stigmatisation [10].

De plus, les répondants du BSSM, quel que soit leur profil du point de vue de l'audition, sont plus nombreux en proportion à déclarer avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie, des paroles ou gestes méprisants dans les douze derniers mois, ainsi que des agressions physiques (voir tableau A.1 et figures A.1, A.2 et A.3 en Annexe 2, pages 277-279). Or ces deux derniers événements sont corrélés au fait de se trouver en situation de détresse psychologique (chez les

femmes seulement concernant les violences physiques, voir tableau A.II en Annexe 2, page 279). Dans tous les cas, chercher à échapper à des échanges incompréhensibles et/ou violents, faire face à une mise à distance de l'entourage, peut être source d'un isolement subi et de souffrance psychique. On peut émettre l'hypothèse qu'un sentiment de solitude peut être lié à la raréfaction des contacts mais, plus souvent, à des relations tendues ou dégradées [10]. L'isolement social n'a pas pu être réellement apprécié dans le cadre du BSSM, les deux questions posées sur la participation sociale n'étant peut-être pas suffisamment spécifiques¹² et les modalités de réponses différant légèrement de celles du Baromètre santé 2010. En outre, la quantité ne présage pas de la qualité des relations qui gagnerait à être davantage investiguée.

VIVRE AVEC DES ACOUPHÈNES ET/OU DE L'HYPERACOUSIE

Quel que soit le niveau d'acuité auditive, la présence d'acouphènes et/ou d'hyperacousie, pour ceux qui en souffrent, est liée à un état mental plus souvent dégradé, ce que met également en avant l'enquête de l'Unisda, ainsi que HSM pour ce qui concerne les acouphènes [1]. La présence de ces troubles introduit la question de la gestion de la douleur physique, également source de souffrance psychique. Lorsque les acouphènes sont permanents et fortement perçus, ils sont susceptibles de perturber le sommeil et d'annihiler toute source de plaisir. Dans les cas d'hyperacousie sévère, les sons sont amplifiés au point de ne plus pouvoir tolérer aucun bruit de la vie courante tandis que les chocs sonores occasionnent de vives douleurs : l'isolement est recherché pour se protéger du bruit et tout déplacement limité [10].

Dans le BSSM, les individus qui se disent fortement gênés par des troubles de l'audition ont une moindre propen-

sion à déclarer participer à des activités de loisirs (voir tableau A.IV en Annexe 2, page 281). Quand ces troubles sont fortement ressentis, leur caractère anxiogène est probablement accentué par l'absence de solutions médicales pour y faire face. Des aides médicamenteuses sont donc souvent prescrites pour calmer la nervosité et aider à dormir, et le recours à la psychothérapie est plus fréquent que chez les autres populations interrogées. Le caractère invisible et inconnu de ces troubles, leur statut ambigu, parfois ni considérés comme des pathologies, ni réellement comme des handicaps, sont susceptibles d'accentuer les difficultés. Dans ces conditions, il est compliqué d'obtenir un diagnostic ainsi que de faire part de ses symptômes et de leurs conséquences, en raison de l'expérience d'incompréhensions et de rejets [10], tandis que l'accessibilité de l'environnement n'est pas envisagée et la reconnaissance institutionnelle limitée. Ainsi, le statut de travailleur handicapé (RQTH) est rarement obtenu par ceux qui présentent ces troubles sans perte auditive (6,7 %) (voir le chapitre « Santé et travail »).

UNE COMMUNICATION ORALE ENTRAVÉE

Quand l'acuité auditive diminue, la parole devient très vite compliquée à comprendre, surtout en présence de plusieurs personnes. Pour beaucoup, la compensation par la

12. En termes de sociabilité, les individus ayant répondu au BSSM sont plus nombreux que dans le Baromètre santé 2010 à déclarer avoir eu des contacts avec de la famille ou des amis au cours des huit derniers jours (92,4 % vs 82,6 %), alors que la proportion de répondants déclarant avoir participé à des activités de groupe ou de loisir est similaire à celle observée en population générale. Les questions étaient les suivantes : 1. « Au cours des huit derniers jours, vous êtes-vous retrouvé avec des gens de votre famille qui n'habitent pas avec vous ou avec des copains en dehors de l'école ? » (posée aux moins de 18 ans) ; 2. « Au cours des huit derniers jours, avez-vous été en contact avec des gens de votre famille ou des amis au cours de visites ou d'échanges à distance (par téléphone/SMS, par Internet...) ? » (posée aux 18 ans et plus) ; 3. « Au cours des huit derniers jours, avez-vous eu des activités de groupe ou de loisir (réunions, activités religieuses, associations, cinéma, sport, soirées) ? » (posée aux 18 ans et plus).

lecture sur les lèvres est limitée, ne levant pas toutes les ambiguïtés. Parmi les trois quarts des personnes qui la pratiquent, seul un quart la considère comme facile. Les échanges laborieux entraînent au quotidien une dévalorisation de soi, surtout lorsque l'on se sent responsable de cette communication bloquée [10]; ils tendent à dégrader les relations et à être à l'origine de tensions. L'attention soutenue pour essayer de comprendre provoque une fatigue fréquente ou permanente et se trouve fortement corrélée à une détresse psychologique.

Dans ce contexte, l'appareillage (quand il est accepté et financièrement accessible) peut constituer une aide. D'après l'étude de Fellinger *et al.* [3, 4], la qualité de vie des personnes sourdes ou malentendantes qui ne pratiquent pas la LSF (*hard of hearing*) augmente avec le niveau de satisfaction à l'égard des aides auditives. Dans le BSSM, l'implant semble avoir un effet très légèrement protecteur. On pourrait le comprendre en partie par l'amélioration de l'audition qui s'en suit, et/ou également par le caractère multidisciplinaire des prises en charge associées.

En outre, les personnes sourdes depuis l'enfance élevées dans l'oralisme peuvent signaler un sentiment de mal-être lié à une identité difficile à situer entre la population entendante et la population sourde pratiquant la LSF. Pour celles qui deviennent sourdes à l'âge adulte, un possible déclassement social en particulier professionnel, voire au sein de la famille, est potentiellement aussi à l'origine d'une souffrance psychique [10].

LES LOCUTEURS DE LA LANGUE DES SIGNES

La santé perçue est, en revanche, un peu meilleure chez les locuteurs de la langue des signes, qui consomment d'ailleurs moins de médicaments psychotropes¹³. Mais le fait de pratiquer ou non la LSF ne modifie pas

de manière significative la fréquence des pensées suicidaires ou le niveau de détresse psychologique. Cette dernière augmente pour ceux qui rencontrent des difficultés à l'écrit [25] (51,6 % parmi ceux qui déclarent des difficultés pour lire un livre *versus* 44,3 % pour les autres). Cela peut entre autres impliquer, en effet, un accès restreint aux études et donc à un grand nombre de métiers, et cela signifie également recevoir des données incomplètes et de façon décalée dans le temps, avec un rapport plus souvent anxiogène à l'information en général et à la santé en particulier [10].

Fellinger *et al.* [3, 4] mettent en parallèle un niveau de souffrance psychique élevé avec les problèmes de communication rencontrés dans la petite enfance, liés au fait que la majorité a grandi dans une famille entendante¹⁴, à des violences subies, et la nécessaire adaptation, tout au long de la vie adulte, à la majorité entendante familiale ou professionnelle. Du fait de l'interdiction de l'enseignement de la LSF jusqu'au début des années 1990 et de sa méconnaissance, l'accès à cette langue pour les sourds a pu être restreint. En outre, ceux qui pratiquent plutôt bien la LSF se trouvent parfois en décalage avec leurs parents, pour qui l'apprentissage a été plus fluctuant; d'où le risque de problèmes de communication durables et de liens parfois difficiles entre parents entendants et enfants sourds [26]. Les parents ont parfois du mal à accepter la surdité, surestimant par exemple les capacités à suivre les conversations orales. Les jeunes sourds se sentent parfois tiraillés entre le milieu familial et la communauté sourde, avec le sentiment de n'appartenir complètement ni à l'un ni à l'autre.

La langue gestuelle permet d'établir une communication aussi fluide qu'entre deux

13. Les prises réduites de ce type de médicaments pourraient être liées, pour ces populations, à la crainte de ne plus pouvoir ouvrir les yeux et de vivre une situation de privation sensorielle angoissante, ou encore à un accès plus difficile aux soins (voir le chapitre « Recours et accès aux soins »).

14. Ainsi, 75 % des personnes interrogées n'avaient pas eu de contact avec d'autres enfants sourds avant l'âge de 6 ans.

personnes entendantes. Elle ne règle pas pour autant la question des échanges problématiques avec les entendants en l'absence d'interprètes [25]. De plus, l'accès à des réseaux de pairs peut être plus ou moins restreint, notamment en fonction de la localisation géographique (milieu rural ou en établissement...). Dans l'étude de Fellinger *et al.* [3], la vie sociale des non-locuteurs de la LSF est plus réduite en comparaison de la population générale et avec les sourds qui pratiquent la LSF. En revanche, concernant ces derniers, aucune différence avec les données en population générale n'était relevée concernant la satisfaction à l'égard des relations avec les autres.

Dans le BSSM, la pratique de la LSF apparaît associée à davantage d'activités de groupe ou de loisirs après contrôle des effets de structure (voir tableau A.IV en Annexe 2 page 281). Les locuteurs de la LSF ne sont pas significativement moins nombreux à déclarer avoir des contacts avec leur famille ou amis dans la dernière semaine (y compris à distance). Cependant, d'après l'enquête HID, les contacts avec les parents proches ou éloignés se révèlent moins fréquents¹⁵ quand la déficience auditive est sévère ou profonde [27]. On peut se demander dans quelle mesure l'arrivée des possibilités de communication visuelle à distance (smartphones, Internet, centre relais, etc.) permet de rompre cet isolement. Cela pourrait ne pas être le cas si ces outils suppléent les rencontres de visu, excluant un peu plus ceux qui n'y ont pas accès, notamment parmi les sourds âgés.

TRANSFORMER L'ENVIRONNEMENT ET AMÉLIORER LES RESSOURCES

Les formes de mal-être qu'implique le fait de vivre avec une surdité et/ou des troubles de l'audition sont à comprendre à partir de la définition que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne du handicap. Celui-ci naît dans l'interaction entre une

déficience et un environnement inadapté. Aussi, les pistes d'amélioration reposent sur l'évolution des attitudes des entendants et sur une amélioration de l'accessibilité. Lorsque la surdité survient au cours de la vie et/ou quand des souffrances psychologiques apparaissent, un accompagnement spécifique reste à développer.

Le manque de connaissances de la population sur la surdité est en partie en jeu dans des attitudes inadaptées pour communiquer avec les personnes concernées. C'est la raison pour laquelle le Bucodes SurdiFrance, soutenu par l'Inpes et la Fondation de France, a lancé une campagne nationale d'information sur le sujet. Cet effort pour faire évoluer les représentations et comportements appropriés doit se poursuivre et également concerner les troubles de l'audition, qui sont très mal connus [10]. D'autres cibles prioritaires sont identifiées : les personnes et personnels en lien avec ces publics, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les missions handicap au sein des entreprises et universités, les bailleurs sociaux, le milieu du travail, en particulier les dirigeants d'entreprises et les médecins du travail (dans l'optique d'organiser un dépistage de la surdité et des troubles de l'audition). Ces publics seront d'ailleurs en partie les destinataires des formations que prépare l'Unisda. Les professionnels de santé, y compris les spécialistes concernés, gagneraient à être davantage formés sur ces questions et à la communication avec les populations sourdes ou malentendantes.

L'accessibilité au sens large, c'est-à-dire aux lieux et services, doit encore progresser. Elle est souvent contrecarrée par le coût excessif des matériels et prestations, tandis que les moyens financiers, techniques ou en matière d'accompagnement humain pour

15. « Les personnes ayant une déficience auditive profonde ou totale déclarent en effet moins souvent « voir des membres de leur famille proche au moins une fois par semaine » que l'ensemble de la population (76 % vs 85 %, à structure par âge et sexe identique). »

compenser le handicap apparaissent insuffisants. La reconnaissance du statut de travailleur handicapé ou l'obtention des prestations liées au handicap sont par ailleurs subordonnées à un seuil de déficience auditive. Ceux touchés par des troubles de l'audition sans surdité y ont encore plus difficilement accès d'après les données du BSSM (voir le chapitre « Santé et travail »). La reconnaissance comme handicap à part entière par la MDPH, même quand il n'y a pas de surdité associée, permettrait la demande de financements pour les aides techniques, les protections auditives par exemple, les frais de transports (pour éviter les environnements bruyants des transports en commun) ou, pour les personnes hyperacousiques, l'isolation phonique du domicile.

L'accès aux différentes sphères de la vie sociale (travail, lieux publics, culturels ou associatifs, etc.) et aux services publics, encore réduit, pourrait être amélioré [25]. Le matériel visant à améliorer l'audition comme les aides techniques devrait être mieux pris en charge. Le coût de l'appareillage est un obstacle majeur, en particulier le reste à charge qui s'élevait, d'après la Cour des comptes, à 1 400 euros en 2011 [28]. Les boucles magnétiques¹⁶ devraient être installées dans les établissements recevant du public, tel que prévu dans la loi de 2005 sur le handicap¹⁷, et les personnels formés à leur utilisation. La possibilité d'avoir recours à des transcriptions écrites et à un tiers qualifié, qu'il s'agisse d'un interprète en LSF, d'un codeur LPC, d'un preneur de note, etc., doit être facilitée. Tous les services gagneraient à pouvoir être joints par e-mail, fax ou SMS et non plus seulement par téléphone. Le sous-titrage des films français et des émissions, au cinéma notamment mais aussi sur Internet, devrait être plus fréquent et également disponible dans les salles de spectacles et de conférences.

Ceux dont la surdité est acquise sont en demande d'information sur leur patho-

logie et ses symptômes mais aussi sur les moyens de suppléer la déficience, tels que la lecture labiale, les boucles magnétiques, l'implant cochléaire (voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes »). La création du Centre national de ressources sur la surdité doté d'un site Web (www.surdi.info) en 2014 va dans ce sens, tout comme l'action d'information par le biais de brochures, lancée par le Bucodes SurdiFrance en 2014, sur la perte d'audition, les solutions ainsi que sur le parcours de santé et les prises en charge financières possibles. Quand la surdité survient au cours de la vie, les personnes concernées devraient pouvoir bénéficier de prises en charge spécifiques et multidisciplinaires à l'instar des centres d'évaluation et de réadaptation des troubles de l'audition (Certa), qui ont dupliqué ce qui existe de longue date dans d'autres pays comme le Canada, ou en France pour la vision.

La prise en charge des troubles de l'audition gagnerait également à s'appuyer sur ce type de structures. Elle pourrait aussi reposer en partie sur la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique bâtis avec les personnes qui en souffrent. Ces programmes devraient s'appuyer sur des consensus relatifs concernant la compréhension des troubles, les perspectives de traitement en fonction de leur origine, d'où la nécessité pour les acouphènes et l'hyperacousie d'expertises collectives et de recommandations validées, ainsi que de recherches plus poussées à la fois au niveau médical, mais aussi épidémiologique et sociologique. Des études longitudinales ou transversales rétrospectives permettraient d'en savoir également davantage sur l'évo-

16. Il s'agit d'un dispositif captant les sons et les transmettant de manière amplifiée mais exempte de tous les bruits ambiants vers les prothèses auditives.

17. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

lution des parcours de vie, et collatéralement sur les prises en charge et les effets des traitements proposés.

Un travail de sensibilisation serait à réaliser afin de faciliter le recours aux associations spécialisées qui fournissent à ceux qui en ont besoin des informations sur la déficience, les moyens de la compenser ou de la suppléer, organisent des activités, y compris collectives, ainsi qu'un soutien psychologique en permettant les échanges et l'écoute entre pairs [10]. Dans le BSSM, un effet protecteur propre à l'affiliation à une association n'a pas pu être montré en tant que tel, mais dans l'enquête de l'Unisda, les membres d'associations en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition présentaient une détresse psychologique moins importante que les autres, ce qui est observé ici mais dans l'analyse bivariée seulement [2].

Les psychologues et psychiatres gagneraient à être davantage formés à la surdité et aux troubles de l'audition ainsi qu'à leurs effets sur la santé mentale¹⁸ [26, 29-33]. En effet, l'impact de la surdité est lié à la communication mais aussi aux modes d'inscription de l'individu dans son histoire familiale et dans l'établissement de ses relations à l'autre et à lui-même. Des situations spécifiques doivent retenir l'attention : les jeunes sourds entre la période du lycée (pendant laquelle ils sont souvent très entourés) et celle du travail ou des études, ou encore le moment de survenue de la surdité.

Comme pour l'ensemble de la population, le coût de ces consultations mais aussi de spécialités reconnues comme pouvant jouer un rôle dans le soulagement des patients (techniques de relaxation ou de *mindfulness*¹⁹ : méditation, yoga, tai-chi, techniques de respiration, hypnose, etc.) [34] représente une difficulté non négligeable tout comme l'accès à des thérapies de groupe. Les professionnels de santé (généralistes, ORL, médecins du travail et scolaires, etc.) et les MDPH devraient être aidés pour faire

connaître les lieux de soins somatiques et psychiques accessibles et/ou adaptés aux personnes concernées par une surdité ou des troubles de l'audition. Les professionnels qui communiquent en LSF, situés dans les unités hospitalières spécialisées (voir le chapitre « Recours et accès aux soins »), sont encore très peu nombreux, alors que la présence d'un tiers doit être encore plus difficile à accepter dans cette relation. Les familles devraient également pouvoir plus facilement accéder à une formation en LSF. Dans une optique de prévention, l'accompagnement familial et parental autour de l'annonce du diagnostic de la surdité de leur enfant gagnerait à être développé.

La nécessité de maintenir un lien, notamment *via* le recours à des lignes téléphoniques et à des centres d'appel, fait partie des moyens dont l'efficacité a été mesurée dans la prévention du suicide. Les modes d'actions jugés efficaces pour l'ensemble de la population seraient à diffuser dans les milieux concernés [35]. Citons la plateforme d'écoute de France Acouphènes ou des alternatives au service d'écoute à distance téléphonique certainement encore à développer, telles que SOS amitié, qui permet les échanges par écrit sur Internet, ou encore SOS Surdus, qui propose en plus une possibilité de communication en langue des signes. Agir également en amont dans l'optique d'améliorer le bien-être des populations à partir de programmes basés sur la psychologie positive ou sur le développement de compétences psychosociales, demande à ce que ces programmes soient rendus accessibles.

18. Ce manque de connaissances des professionnels de la santé mentale à l'égard de la surdité, voire des attitudes négatives à l'égard des personnes sourdes, est également rapporté dans les rapports officiels en Angleterre et largement documenté dans la littérature anglo-saxonne.

19. Pleine conscience : ensemble de techniques qui impliquent de focaliser son esprit sur le présent, sans jugement sur ses pensées et émotions.

Relecteurs

Juliette Dessaux (Sourd média/réseau Sourds et Santé)
Ruth Samak (centre hospitalier Sainte-Anne)

Bibliographie

- [1] Roussel P. *Enquête sur la détresse psychologique des personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes et/ou acouphéniques : la détresse psychologique des personnes ayant répondu à l'enquête menée par l'Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif (Unisda) de 2010*. Paris : Unisda, 2011 : 27 p.
- [2] Montaut A., Cambois E. État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles. In : Danet S., dir. *L'État de santé de la population. Rapport 2011 : suivi des objectifs de la loi de santé publique*. Paris : Drees, 2012 : p. 57-69. En ligne : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf
- [3] Fellinger J., Holzinger D., Gerich J., Goldberg D. Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007, vol. 115, n° 3 : p. 243-245.
- [4] Fellinger J., Holzinger D., Dobner U., Gerich J., Lehner R., Lenz G., et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, vol. 40, n° 9 : p. 737-742.
- [5] Clausen T. *Quand l'audition échoue. À propos des conséquences de la déficience auditive dans le travail, l'éducation et bien-être personnel*. Copenhague : Institut danois de recherche sociale, 2003 : 228 p.
- [6] Kvam M.H., Loeb M., Tams K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2007, vol. 12, n° 1 : p. 1-7.
- [7] Tams K. Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic Medicine*, 2004, vol. 66, n° 5 : p. 776-782.
- [8] Quérel C. *Surdité et santé mentale. Communiquer au cœur du soin*. Paris : Lavoisier/Sainte-Anne, coll. Cahiers de Sainte-Anne, 2013 : 206 p.
- [9] Gaucher C., Vibert S., dir. *Les Sourds : aux origines d'une identité plurielle*. Bruxelles : Peter Lang, coll. Diversitas, 2010 : 228 p.
- [10] Sitbon A. *Le Rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 110 p.
- [11] Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023.
- [12] Leplège A., Ecosse E., Coste J., Pouchot J., Perneger T. *Le Questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris : Estem, 2001 : 156 p.
- [13] Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2011, numéro spécial suicide, n° 47-48 : p. 488-492.
- [14] Beck F., Guignard R. La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005. *La Santé de l'homme*, 2012, n° 421 : p. 43-45.
- [15] Beck F., Guignard R., Haxaire C., Lemoigne P. Les consommations de médicaments psychotropes en France. *La Santé en action*, 2014, n° 427 : p. 47-49.
- [16] Cuenot M., Roussel P. CTNERHI. *Difficultés auditives et communication. Exploitation des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 79 p.
- [17] Weynant L. Analyse des résultats de l'enquête auprès des publics de personnes sourdes et acouphéniques, des proches et des professionnels. In : Unisda. *Enquête nationale sur la détresse psychologique des personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes et/ou acouphéniques : restitution de l'enquête nationale 2010* [colloque], Paris, 20/05/2011. Paris : Unisda : p. 6-15. En ligne : http://www.unisda.org/IMG/pdf/Unisda_-_Rapport_Enquete_detresse_psy_sourds_acoupheniques_2010.pdf
- [18] Tardy M., Réseau de santé audition et langage. Vieillesse et perte d'audition ou la perte du statut de « personne ». Inpes, *Journées de la Prévention 2009* [colloque], Paris, 03/04/2009. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2009/Session8/PPT_TARDY_Mireille.pdf
- [19] Beck F., Maillochon F. Genre, santé et soins. In : Bimes-Arbus S., Czernichow P., Simeoni M.-C., Carricaburu D., Dartigues J.-F., Le Coz P., et al. *Santé - Société - Humanité* [cours]. Paris : Elsevier/Masson, coll. Pass'Santé, 2012 : p. 559-567.
- [20] Du Roscoat E., Saïas T., Léon C. Dépression, détresse psychologique et pensées suicidaires : prévalences, recours aux soins et facteurs associés. In : Léon C., Beck F., dir. *Les Comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014 : p. 53-73.
- [21] De Graaf R., Bijl R. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine*, 2002, vol. 64, n° 1 : p. 61-70.
- [22] Carabellese C., Appollonio I., Rozzini R., Bianchiatti A., Frisoni G.B., Frattoni L. et al. Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1993, vol. 41, n° 4 : p. 401-407.

- [23] Maggi S., Minicuci N., Martini A., Langlois J., Siviero P., Pavan M., *et al.* Prevalence rates of hearing impairment and comorbid conditions in older people : the Veneto study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, vol. 46, n° 49 : p. 1069-1074.
- [24] Geoczé L., Mucci S., Abranches D. C., de Marco M. A., de Oliveira Penido N. Systematic review on the evidences of an association between tinnitus and depression. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2013, vol. 79, n° 1 : p. 106-111.
- [25] Mottez B. *Les sourds existent-ils ?* Textes réunis et présentés par Andrea Benvenuto. Paris : L'Harmattan, coll. La philosophie en commun, 2006 : 392 p.
- [26] Corbett C. A. Special issues in psychotherapy with minority deaf women. *Women & Therapy*, 2003, vol. 26, n° 3-4 : p. 311-329.
- [27] Lelièvre F., Sander M.-S., Tallec A. Observatoire régional de santé des Pays de la Loire. *Handicap auditif en France : apports de l'enquête HID 1998-1999*. [document de travail]. Paris : Drees, coll. Série études, 2007 : 155 p. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud71.pdf>
- [28] Cour des comptes. *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale* (chapitre XIV). Paris : Cour des comptes, septembre 2013 : 28 p.
- [29] Muth Z., Du Feu M., Ridgeway S. Health Advisory Service (NHS). *Mental Health Services: forging new channels*. London : British Society for Mental Health and Deafness, 1998 : 127 p.
- [30] Kiger G. The structure of attitudes towards persons who are deaf: emotions, values, and stereotypes. *The Journal of Psychology*, 1997, vol. 131, n° 5 : p. 554-560.
- [31] Meadow-Orlans K., Erting C. Deaf people in society. In : Hindley P., Kitson N. *Mental Health and Deafness*. London : Whurr Publishers, 2000 : p. 3-24.
- [32] Hindley P. Child and adolescent psychiatry. In : Hindley P., Kitson N. *Mental Health and Deafness*. London : Whurr Publishers, 2000 : p. 43-73.
- [33] Cooper A. E., Rose J., Mason O. Mental health professionals' attitudes towards people who are deaf. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2003, vol. 13 : p. 314-319.
- [34] Mazzoli M. Complementary Tinnitus Therapies. In : Møller A.R., Langguth, B., DeRidder, D., Kleinjung, T. (eds.). *Textbook of Tinnitus*. New York : Springer-Verlag, 2011 : p. 733-752.
- [35] Du Roscoät E., Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61, n° 4 : p. 363-374.
- 

SANTÉ ET TRAVAIL

Ce chapitre présente la situation et les caractéristiques des personnes sourdes ou malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition face à l'emploi, décrit les conditions de travail déclarées ou ressenties et analyse les liens entre travail et état de santé. Parmi la population de 15 à 64 ans du Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM), six personnes sur dix¹ (59,2 %) déclarent travailler, 9,0 % sont en études, 10,8 % au chômage, 12,3 % en retraite et 8,8 % en inactivité. Plus de la moitié (53,6 %) des personnes au chômage sont en demande d'une aide humaine dans leur recherche d'emploi.

Parmi les salariés, une personne sur cinq (21,2 %) déclare travailler à temps partiel (27,2 % des femmes vs 9,1 % des hommes ; $p < 0,001$), dans un quart des situations pour des raisons de santé ou de handicap. Comme en population générale, le temps partiel subi (imposé par l'employeur) est plus important pour les hommes que pour les femmes.

La situation du point de vue de l'audition est connue de l'employeur dans huit cas sur dix (81,2 %) et dans plus de neuf cas sur dix lorsque cela concerne les personnes qui rencontrent beaucoup de difficultés à entendre, qui n'entendent pas du tout ou sont locutrices de la langue des signes (LSF).

Plus de six actifs occupés sur dix (63,1 %) bénéficient d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ; 93,6 % parmi les personnes qui n'entendent pas du tout ou sont locutrices de la LSF.

Près d'une personne salariée sur dix (8,9 %) bénéficie d'un temps de travail aménagé ; une situation étroitement associée au fait de bénéficier d'une reconnaissance de travailleur handicapé.

Un quart (24,9 %) des actifs occupés déclare bénéficier d'aides personnelles pour communiquer dans leur travail. Si les aides sont proportionnées à la capacité à entendre, il faut souligner que près de la moitié (43,2 %) des personnes qui indiquent ne pas entendre du tout et deux tiers de celles qui entendent avec beaucoup de difficultés (65,2 %) travaillent sans aucune aide.

41,8 % des personnes interrogées se déclarent souvent gênées par le bruit dans leur travail, 29,0 % estiment que leur travail est fatigant physiquement, 60,5 % qu'il est fatigant nerveusement, 24,2 % qu'il les empêche de dormir, 19,5 % qu'il influence négativement leur santé. Qu'il s'agisse de la gêne sonore, de la fatigue physique ou de la fatigue nerveuse liées au travail, les personnes souffrant d'hyperacousie et/ou d'acouphènes sont les plus fortement touchées.

Dans leur exercice professionnel, un tiers (33,9 %) des actifs occupés exprime des difficultés à se faire comprendre des collègues (par l'écrit ou l'oral) et plus des deux-tiers (69,9 %) ont des difficultés à comprendre les collègues lorsque ceux-ci leur parlent ou écrivent. 41,4 % déclarent vivre souvent des situations de tensions avec le public, 43,2 % mentionnent une difficulté

fréquente à respecter les objectifs ou délais qui leur sont imposés. Enfin, 24,9 % évoquent un manque de moyens pour faire un travail de qualité, 19,8 % un manque de latitude décisionnelle et 41,8 % un manque de soutien social.

La détresse psychologique, les pensées suicidaires et tentatives de suicide sont beaucoup plus élevées dans le BSSM qu'en population générale ; une très forte proportion attribue ces états à leur situation ou vie professionnelle. De fait, un tiers des actifs se trouve en situation de détresse psychologique attribuée au travail tandis que 9,9 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en raison de leur situation ou vie professionnelle.

Le BSSM révèle ainsi les liens complexes entre santé et travail des personnes interrogées. L'ensemble de ces résultats invite à renforcer les orientations des politiques publiques de soutien à la formation et à l'insertion professionnelle des jeunes, à sensibiliser davantage les employeurs et salariés aux différentes facettes de la surdité et des troubles de l'audition au travail mais aussi à être attentif aux conditions de travail. Un travail en pluridisciplinarité avec les médecins du travail devrait être poursuivi pour faciliter le repérage, l'adaptation éventuelle des postes et l'accompagnement des personnes.

1. Les chiffres présentés ici sont les données brutes du BSSM.

Santé et travail

COLETTE MÉNARD
SOPHIE DALLE-NAZÉBI
AUDREY SITBON

INTRODUCTION

L'accès à l'emploi et les conditions de travail représentent des enjeux importants en matière de santé et de promotion de la santé. Quelles sont aujourd'hui les situations et les expériences professionnelles des personnes concernées par une surdité et/ou par des troubles de l'audition (expression désignant ici les acouphènes et l'hyperacousie principalement) ?

La transformation des conditions de participation sociale de ces travailleurs dits « handicapés » dans les trente dernières années bouscule les représentations et les repères. Les mobilisations associatives de sourds des années 1980 et les transformations de l'appareil législatif français renforçant les obligations d'emploi de personnes handicapées ont élargi considérablement les opportunités d'emploi, la diversité des métiers et les conditions de formation de cette population en France [1].

Les personnes sourdes locutrices de la langue française des signes (LSF) ont

aujourd'hui accès aux postes d'enseignants, d'inspecteurs, d'éducateurs, de journalistes et de traducteurs ; elles occupent des fonctions de soignants dans les hôpitaux, d'opérateurs en centre d'appels d'urgence, sont ingénieurs de recherche dans des entreprises, des laboratoires et des universités. Autant de métiers qui leur étaient auparavant inaccessibles. D'autres emplois plus traditionnels sont toujours représentés, comme ceux de l'artisanat, du secrétariat, de la comptabilité ou les postes d'ouvriers dans l'industrie. Pour autant, la réalité des conditions d'emploi et de travail des populations concernées par une surdité et/ou des troubles de l'audition est encore peu connue et demeure complexe.

La plupart des données portant sur les personnes sourdes et malentendantes en France, recueillies à partir d'enquêtes statistiques représentatives de la population générale, peinent à décrire finement, pour des raisons d'effectifs, la situation de sous-

populations comme celle des personnes nées sourdes ou qui le sont devenues durant leur enfance ainsi que celle des locuteurs de la LSF. Les analyses ainsi ciblées à partir de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) de 2008 (*voir le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon »*), montrent que ce sont là, d'un point de vue statistique, des petites minorités, difficiles d'accès dans ces enquêtes à grande échelle. Lorsque l'on s'intéresse à la population active, les effectifs bruts de ces sous-groupes sont encore plus réduits et ne dépassent pas ceux des enquêtes qualitatives tout en n'apportant pas d'éléments de compréhension suffisants. La problématique des personnes ayant des troubles de l'audition, avec ou sans cumul d'une surdité, y est par ailleurs absente.

Le Comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) alertait récemment sur ce « *problème important de manque de données, préjudiciable à la conduite d'une politique d'emploi efficace* » [2] (p. 21). Parallèlement, l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (Onfrih) mentionne que, d'un point de vue global, « *une trop grande partie des demandeurs d'emploi handicapés ne trouvent pas de réponse en matière d'accès à l'emploi et d'emploi* » [3] (p. 134).

S'agissant des liens entre conditions de travail et santé, les données sont encore plus rares, laissant penser que : soit, de fait, leur santé est dégradée, soit elle ne peut qu'être affectée dans un monde du travail agressif et violent [4, 5]. La surdité renvoie, par ailleurs, à des problématiques langagières et de circulation de l'information qui se trouvent précisément être au cœur des activités de travail. Les possibilités de communication sont entravées sur le lieu professionnel quand la diversité des pratiques linguistiques n'est pas prise en compte et que les adaptations de postes font défaut. Cette accessibilité réduite donne lieu à des échanges d'information insuffisants pour la réalisation du travail,

à des décisions prises sans participation de l'employé et/ou aboutit à son absence aux réunions et aux espaces de convivialité [6-8].

De nouveaux services d'accessibilité ont été déployés comme ceux de la transcription écrite ou de l'interprétation entre le français et la LSF, sur place ou à distance (permettant de téléphoner *via* ces services), de même que diverses technologies d'assistance (boucle magnétique, téléphone adapté, implants cochléaires). La réalité de ces transformations, dont les plus âgés n'ont pas nécessairement bénéficié, est toutefois difficile à appréhender statistiquement. Un changement fondamental pour beaucoup a été la généralisation de la communication par mail. Plusieurs recherches mettent cependant en évidence un écart important entre ces nouveaux droits et perspectives et les représentations ou niveaux d'information de l'entourage de ces salariés ou de leurs employeurs [6-8].

Ce contexte pourrait amener à l'hypothèse d'un taux d'emploi plus important qu'imaginé, mais aussi d'une pénibilité et d'une souffrance au travail fréquentes dans cette population, liées à une communication bloquée et majorées par la présence de troubles de l'audition [8, 9].

Pour certaines populations telles que celles pratiquant la LSF, les effectifs du BSSM sont sans commune mesure avec ceux des enquêtes précitées. La diversité des profils présents permet d'apporter des informations significatives sur l'emploi des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, leurs difficultés ainsi que, pour les actifs occupés, sur la perception de leurs conditions de travail et leurs liens avec la santé.

Ce chapitre présente tout d'abord la situation et les caractéristiques de ces populations face à l'emploi : activité, temps partiel choisi, subi, précarité/chômage, besoins d'aide à la recherche d'emploi. Il donne ensuite, à l'image des enquêtes sur les conditions de travail (enquêtes Dares (direction

de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques), Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques), Baromètre santé 2010), une vision descriptive de ces conditions telle que déclarée par ces personnes : pénibilité, situations de tension avec le public, sollicitations psychologiques, marges de manœuvre. Puis, il s'interroge sur les ressources dont disposent les salariés (soutien social des collègues, aides spécifiques, reconnaissance administrative du handicap, etc.). Enfin, il analyse les liens entre perceptions des conditions de travail et état de santé, en examinant le profil des salariés qui déclarent exercer un travail bruyant, fatigant physiquement ou nerveusement ou qui souffrent d'une détresse psychologique imputée à des motifs professionnels. Rappelons que les données recueillies ne sont pas représentatives de la population sourde, malentendante ou ayant des troubles de l'audition en France. Pour autant, cette enquête porte sur des effectifs conséquents, permettant d'explorer l'hétérogénéité de cette popula-

tion¹. Quatre variables en lien avec l'audition ont été retenues pour distinguer les situations : l'acuité auditive perçue, la présence de troubles de l'audition gênants, l'âge de survenue de ces troubles ou de la surdité, ainsi que l'usage de la langue des signes.

Il convient ensuite d'avoir trois niveaux de lecture des données statistiques qui sont présentées. Les données brutes de l'échantillon du BSSM sont intéressantes pour connaître les caractéristiques de la population qui a répondu. L'échantillon et les sous-populations étant marqués par des disparités en termes de profils sociodémographiques, les données présentées seront issues d'analyses multivariées et ajustées en termes de sexe, âge, diplôme, profession et catégorie socioprofessionnelle. Enfin, autant que possible, les principaux indicateurs seront mis en relation avec les données en population générale du Baromètre santé 2010 (après redressement sur le sexe, l'âge et le diplôme).

1. Lire la description de l'échantillon dans le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon ».

RÉSULTATS

SITUATION PROFESSIONNELLE DES 15-64 ANS

Au sein de la population des 15 à 64 ans du BSSM, tous profils confondus, six personnes sur dix (59,2 %) déclarent travailler, 9,0 % sont en études, 10,8 % au chômage, 12,3 % à la retraite et 8,8 % en inactivité. La situation professionnelle des 15-64 ans varie logiquement en fonction de l'âge. Les jeunes de 15 à 25 ans sont encore majoritairement en études (pour 59,6 %), les 26-54 ans en activité (73,8 %) et, chez les 55-65 ans, près de la moitié est à la retraite (49,0 %).

Au regard des données du Baromètre santé 2010 et après redressement sur la structure démographique de cette enquête,

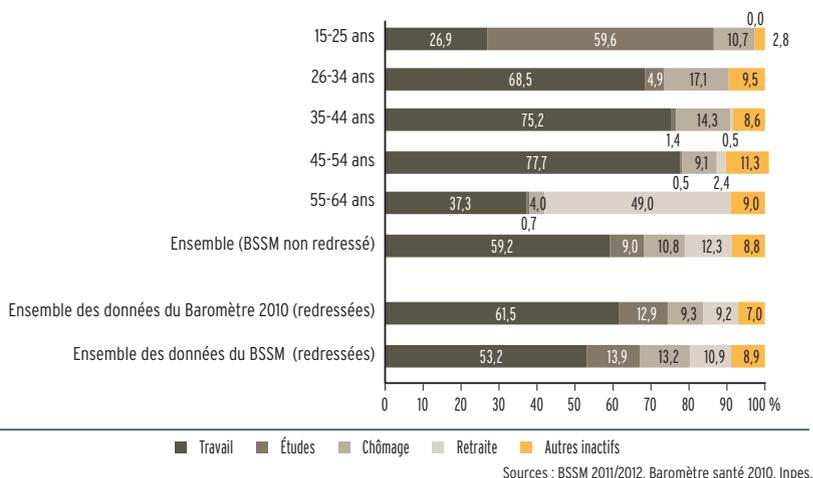
la proportion des 15 à 64 ans en activité dans le BSSM est inférieure à celle de la population générale (53,2 % vs 61,5 % ; $p < 0,001$) et le niveau de chômage plus élevé (13,2 % vs 9,3 %) **[figure 1]**. Chez les plus de 55 ans, la proportion de retraités est sensiblement supérieure (53,6 % vs 46,9 %) et les autres situations d'inactivité (hommes et femmes au foyer, en incapacité de travailler, etc.) sont légèrement plus importantes dans toutes les classes d'âge avant 55 ans.

Descriptif de la situation des actifs occupés

La proportion d'actifs occupés diffère significativement en fonction de l'âge : de 26,9 % parmi

FIGURE 1

Situation professionnelle selon l'âge (en pourcentage), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010



les 15-25 ans à 68,5 % parmi les 26-34 ans, 75,2 % chez les 35-44 ans et 76,7 % chez les 45-54 ans. Elle diminue ensuite fortement au-delà de 55 ans (37,3 %) (données brutes).

L'échantillon des actifs occupés se caractérise par une proportion élevée de professions intermédiaires, soit plus du tiers des répondants (37,4 %). Les cadres représentent un quart des personnes au travail (25,8 %), les employés 28,4 % et les ouvriers 5,7 % [figure 2]. Les femmes sont davantage représentées parmi les professions intermédiaires et les employés que les hommes, tandis que ceux-ci sont plus nombreux à exercer des fonctions de cadres mais également d'ouvriers.

Parmi ces actifs, 6,8 % sont à leur compte (9,4 % des hommes et 5,6 % des femmes ; $p < 0,05$) et 93,2 % sont salariés. Les locuteurs de la LSF sont moins nombreux à exercer une activité d'indépendants (3,4 % vs 8,5 % des autres ; $p < 0,001$).

Un peu plus du tiers des salariés exercent dans des entreprises privées (35,9 %), 13,7 %

dans des entreprises publiques, 35,2 % sont employés par l'État ou les collectivités locales, 15,3 % sont dans d'autres secteurs (associations ou autres).

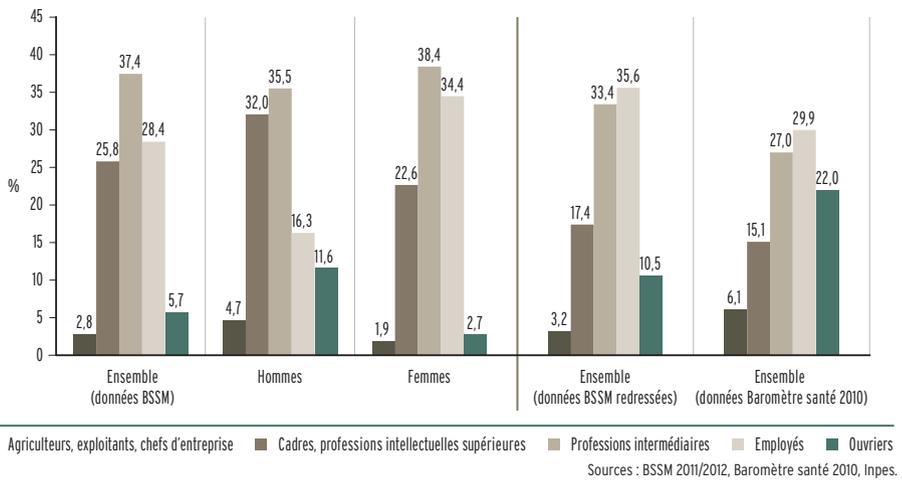
Rapportée aux données du Baromètre santé 2010, la population du BSSM se caractérise par une proportion significativement plus élevée de professions intermédiaires et employés et une proportion plus faible d'ouvriers et de travailleurs indépendants ($p < 0,001$) [figure 2]. La proportion d'actifs à leur compte est sensiblement inférieure à celle en population générale (6,4 % vs 8,5 % ; $p < 0,01$).

Facteurs associés à la situation d'emploi

L'échantillon du BSSM étant fortement déstructuré sur un plan sociodémographique, il convient d'être prudent sur l'interprétation des facteurs associés à l'emploi des personnes interrogées. Parmi les actifs, les analyses bivariées font apparaître un niveau d'activité (fait d'avoir

FIGURE 2

Proportion d'actifs occupés par sexe et catégorie socioprofessionnelle (données brutes), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)



un emploi) des locuteurs de la LSF sensiblement inférieur aux autres catégories de populations. Les locuteurs de la LSF sont aussi moins diplômés. Toutefois, après ajustement sur le sexe, âge, diplôme, profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), les liens avec les variables d'audition s'effacent au profit du niveau de diplôme chez les femmes (OR = 2,3 ; $p < 0,01$ pour les niveaux d'études supérieurs au bac en référence à ceux inférieurs au bac) et de la PCS pour les deux sexes.

Pour des raisons démonstratives, nous avons choisi de présenter les régressions illustrées sur la variable inverse, c'est-à-dire le taux de chômage des personnes interrogées [tableau IV] (page 114).

Contrats de travail chez les salariés

Plus de huit salariés sur dix (81,5 %) de la population du BSSM bénéficient de contrats de travail à durée indéterminée (CDI) ; 11,5 % ont un contrat à durée déterminée (CDD), 1,1 % sont en intérim et 5,9 % justi-

fient d'un autre type de contrat (intermittents, indépendants, bénévoles, etc.). La précarité des contrats de travail est indépendante de leurs troubles ou statuts auditifs. Elle demeure significativement associée au sexe (20,0 % chez les femmes vs 15,3 % chez les hommes ; OR = 1,4 ; $p < 0,05$) et à l'âge (44,4 % de contrats précaires parmi les 15-25 ans vs 24,6 % des 26-34 ans, 15,8 % des 35-44 ans ; $p < 0,001$).

Comparée au Baromètre santé 2010, la population en CDI est similaire à la population générale.

Conditions temporelles de travail

Un quart des actifs occupés du BSSM (25,4 %) déclare travailler moins de 35 heures par semaine, 70,4 % entre 35 et 48 heures et 4,2 % plus de 48 heures. Comparée au Baromètre santé 2010, la population du BSSM présente une proportion plus importante d'actifs travaillant moins de 35 heures (25,8 % vs 18,5 % ; $p < 0,001$) et une moindre proportion de personnes travaillant plus de

48 heures (4,1 % vs 11,9 % en population générale; $p < 0,001$) [tableau V] (page 116). En ajustant sur les variables sociodémographiques et populationnelles, le fait de travailler moins de 35 heures concerne davantage les femmes (30,9 % vs 15,3 %; OR = 2,5; $p < 0,001$), les employés (34,5 %; OR = 1,6; $p < 0,01$ au regard des professions intermédiaires) et les locuteurs de la LSF (36,6 % vs 19,7 %; OR = 1,9; $p < 0,01$).

Parmi les salariés, une personne sur cinq (21,2 %) déclare travailler à temps partiel, les femmes plus fréquemment que les hommes (27,2 % vs 9,1 % des hommes; OR = 3,3; $p < 0,001$). Toutes choses égales par ailleurs, la situation de travail à temps partiel est, chez les hommes comme chez les femmes, plus fréquente chez les employés (au regard des professions intermédiaires; OR hommes = 4,2; $p < 0,05$; OR femmes = 2,0; $p < 0,01$). Elle se rencontre plus fréquemment en milieu associatif (OR = 2,5 au regard du secteur privé; $p < 0,001$). La pratique de la LSF ou l'apparition d'une surdité ou de troubles de l'audition après 16 ans, chez les hommes, est significativement associée à un travail à temps partiel (respectivement OR = 18,1; $p < 0,001$ et OR = 6,0; $p < 0,05$) [tableau I] (page 110).

Comparées aux données en population générale, les femmes du BSSM exercent dans des proportions similaires une activité à temps partiel, les hommes sont en revanche plus nombreux à avoir une activité réduite (10,1 % vs 6,0 % en population générale).

Motifs liés au travail à temps partiel chez les actifs occupés salariés

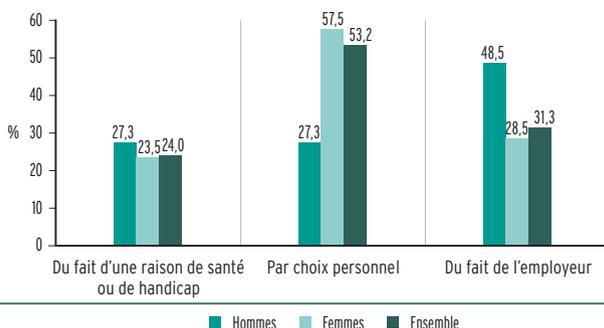
Dans un quart des situations (24,0 %) – aussi bien pour les hommes que les femmes –, la restriction d'activité est rapportée à une raison de santé ou de handicap. En dehors de ce motif, les femmes déclarent davantage travailler à temps partiel de leur propre initiative que les hommes (57,5 % vs 27,3 %; $p < 0,001$); de façon corollaire, les hommes évoquent plus fréquemment un temps partiel imposé par l'employeur. Cette tendance est identique en population générale [figure 3].

Aménagement du temps de travail

Une personne sur dix active occupée et salariée bénéficie d'un temps de travail aménagé. Cette situation est significativement plus fréquente dans le secteur public et les services de l'État ou collectivités territoriales que dans le privé (OR respectifs de

FIGURE 3

Motifs liés au travail à temps partiel chez les actifs occupés salariés, selon le sexe (en pourcentage, plusieurs réponses possibles)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

2,8 et 2,3 ; $p < 0,01$). L'aménagement de ce temps de travail est étroitement associé au fait d'avoir une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (12,4 % *vs* 2,6 % ; OR = 6,9 ; $p < 0,001$).

Connaissance par l'employeur de la situation des personnes du point de vue de l'audition

Parmi les actifs occupés, 6,0 % ignorent si leur employeur est au courant de leur surdité et/ou de leurs troubles de l'audition, tandis que 12,2 % ne se sentent pas concernés. Sur la base des répondants à cette question, le statut auditif est connu dans huit cas sur dix par l'employeur (81,2 %), 78,5 % dans le secteur public contre 84,3 % dans le privé (OR = 0,6 ; $p < 0,05$) [tableau II]. Cette connaissance croît à mesure de la perte auditive et de l'ancienneté des troubles (situation connue dans neuf cas sur dix pour les personnes ayant une surdité et/ou des troubles de l'audition avant 16 ans *vs* 68,7 % chez les autres ; $p < 0,001$). La situation des locuteurs de la LSF est connue dans 96,7 % des cas (*vs* 72,8 % chez les autres ; OR = 9,1 ; $p < 0,001$). En revanche, les personnes concernées par des troubles auditifs (acouphènes, hyperacousie) sans surdité associée ne sont que 47,4 % à indiquer que leur employeur est au courant de leur état.

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

Plus de six actifs occupés sur dix du BSSM (63,1 %) bénéficient d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), sans que l'on sache si ce statut a été accordé au titre de la surdité et/ou des troubles de l'audition ou d'autres limitations d'activité. Cette reconnaissance est cependant associée à l'ampleur de la perte auditive ($p < 0,001$) et à l'ancienneté de la surdité ou des troubles auditifs (78,3 % quand ils sont apparus avant 16 ans *versus* 43,8 % parmi

les autres ; $p < 0,05$) [tableau III]. La quasi-totalité des locuteurs de la LSF (93,6 %) déclarent bénéficier d'une RQTH ; ils ne sont que 47,9 % parmi les autres ($p < 0,001$) et 6,7 % parmi ceux qui déclarent uniquement des troubles de l'audition. L'obtention de la RQTH est indépendante du secteur d'emploi. La situation de RQTH est associée à la connaissance par l'employeur de la situation auditive des personnes. RQTH et aides au travail sont également très directement associées : 97,0 % des personnes bénéficiant d'aides personnalisées dans leur travail (interprètes, boucles magnétiques, etc.) ont obtenu la RQTH *versus* 52,0 % des autres (OR = 10,4 ; $p < 0,001$) [tableau III].

Chômage et recherche d'emploi

Dans l'échantillon des 15-64 ans du BSSM (ensemble de la population), la proportion de chômeurs approche les 11 % [figure 1] et est plus importante parmi les hommes (12,9 % *vs* 9,6 % des femmes ; OR = 0,7 ; $p < 0,05$, données brutes). Rapportée à la structure démographique du Baromètre santé 2010, cette proportion est significativement plus élevée qu'en population générale (13,2 % *vs* 9,3 % ; $p < 0,001$, données pondérées).

Si l'on observe la population active, les analyses bivariées font apparaître une proportion de chômeurs plus importante parmi les personnes qui n'entendent pas (24,1 % *vs* 13,6 % des autres ; $p < 0,001$) [tableau IV], celles dont la surdité ou les troubles de l'audition sont apparus avant 16 ans (17,1 % *vs* 13,8 % ; $p < 0,05$) et les locuteurs de la LSF (19 % *vs* 13,5 % ; $p < 0,01$). Toutefois, après contrôle des effets de structure, les facteurs associés au chômage demeurent essentiellement le niveau de diplôme et la profession : employés et ouvriers sont les plus exposés au chômage (OR respectifs de 1,5 ; $p < 0,5$ et OR = 2,9 ; $p < 0,001$) au regard des professions inter-

TABLEAU I

Facteurs associés au travail à temps partiel (tris croisés et modèle logistique) (n = 1053)

	Ensemble			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***		
Homme (réf.)	364	9,1	1	
Femme	734	27,2	3,3***	[2,1 ; 5,1]
Âge		***		
15-25 ans (réf.)	56	30,4	1	
26-34 ans	233	16,7	0,5*	[0,2 ; 1,0]
35-44 ans	315	29,2	1,1	[0,6 ; 2,3]
45-54 ans	334	17,4	0,6	[0,3 ; 1,2]
55-64 ans	160	16,9	0,6	[0,2 ; 1,3]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	297	21,9	1	
Baccalauréat	199	26,1	1,1	[0,7 ; 1,8]
Supérieur au bac	601	19,3	1,2	[0,8 ; 2,0]
PCS (si actif ou retraité)		***		
Cadres, professions intellectuelles supérieures	273	15,0	0,9	[0,6 ; 1,5]
Professions intermédiaires (réf.)	399	18,0	1	
Employés	318	31,4	2,2***	[1,5 ; 3,3]
Ouvriers	63	7,9	0,7	[0,2 ; 1,9]
Secteur		***		
D'une entreprise privée (réf.)	408	15,7	1	
D'une entreprise publique	156	21,8	1,1	[0,6 ; 1,8]
De l'État ou d'une collectivité locale	376	20,2	1,1	[0,7 ; 1,7]
Autre (association...)	158	37,3	2,5***	[1,6 ; 4,1]
Acuité auditive perçue		**		
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	43	11,6	1	
Quelques difficultés à entendre	580	17,9	1,1	[0,4 ; 3,1]
Beaucoup de difficultés à entendre	319	26,6	1,8	[0,6 ; 5,2]
N'entend pas du tout	156	25,0	1,5	[0,4 ; 4,8]
Impact des troubles de l'audition				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	762	21,7	1	
Très gênants	336	20,2	0,8	[0,6 ; 1,2]
Pratique de la LSF		***		
Non (réf.)	733	17,9	1	
Oui	365	27,9	1,6*	[1,0 ; 2,5]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
0-15 ans (réf.)	666	22,7	1	
16 ans et plus	432	19,0	1,3	[0,9 ; 2,0]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

médiales ; les liens avec les variables d'audition disparaissent.

Hormis 6,7 % des chômeurs qui déclarent ne pas rechercher de travail, 93,3 % – sans

distinction de genre – sont à la recherche d'un emploi. Parmi eux, 60,2 % mentionnent le fait de ne pas arriver à trouver du travail, 0,8 % être en congé (parental, mère au foyer, congé de

	Hommes				Femmes			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
	347				706			

	16	12,5	1		40	37,5	1	
	79	8,9	0,3	[0,0 ; 1,9]	154	20,8	0,5	[0,2 ; 1,1]
	98	10,2	0,3	[0,1 ; 2,4]	217	37,8	1,2	[0,6 ; 2,6]
	117	8,5	0,3	[0,0 ; 2,2]	217	22,1	0,5	[0,2 ; 1,2]
	54	7,4	0,5	[0,1 ; 4,5]	106	21,7	0,5	[0,2 ; 1,3]
	113	9,7	1		184	29,3	1	
	58	12,1	2,2	[0,6 ; 8,7]	141	31,9	1	[0,6 ; 1,8]
	192	7,8	1,8	[0,5 ; 6,9]	409	24,7	1,1	[0,7 ; 1,9]

	114	6,1	1,2	[0,3 ; 4,6]	159	21,4	0,9	[0,6 ; 1,6]
	129	7,8	1		270	23,0	1	
	60	15	4,2*	[1,2 ; 14,3]	258	35,3	2,0**	[1,3 ; 3,1]
	44	6,8	2,4	[0,5 ; 12,4]	19	10,5	0,4	[0,1 ; 1,8]
		***				**		
	174	8	1		234	21,4	1	
	57	5,3	0,4	[0,1 ; 2,4]	99	31,3	1,2	[0,7 ; 2,2]
	98	3,1	0,5	[0,1 ; 2,0]	278	26,3	1,2	[0,8 ; 1,9]
	35	37,1	8,1***	[2,7 ; 24,7]	123	37,4	2,2**	[1,3 ; 3,6]
		*						
	26	3,8	1		17	23,5	1	
	178	5,1	1,7	[0,1 ; 20,1]	402	23,6	0,9	[0,3 ; 3,2]
	99	15,2	2,3	[0,2 ; 33,0]	220	31,8	1,4	[0,4 ; 5,0]
	61	13,1	1	[0,1 ; 17,0]	95	32,6	1,3	[0,3 ; 5,4]
	254	10,2	1		508	27,4	1	
	110	6,4	0,8	[0,3 ; 2,7]	226	27,0	0,9	[0,6 ; 1,3]
		***				**		
	229	3,9	1		504	24,2	1	
	135	17,8	18,1***	[3,5 ; 94,6]	230	33,9	1,3	[0,8 ; 2,1]
	228	10,5	1		438	29,0	1	
	136	6,6	6,0*	[1,1 ; 32,5]	296	24,7	1,2	[0,8 ; 1,9]

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

longue durée), 7,5 % être en recherche récente de travail et 3,8 % avoir déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard, 11,3 % évoquent être inaptes au travail pour raisons de santé,

7,1 % mentionnent explicitement comme cause de leur chômage leur surdité, 2,3 % évoquent d'autres raisons et 7,1 % déclarent ne pas ou ne plus souhaiter travailler.

TABLEAU II

Facteurs associés à la connaissance par l'employeur de la situation auditive des actifs occupés (n = 1069)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	417	81,3	1	
Femme	805	81,1	1,1	[0,8 ; 1,7]
Âge				
		*		
15-25 ans (réf.)	70	72,9	1	
26-34 ans	268	85,8	1,6	[0,7 ; 3,6]
35-44 ans	360	82,8	2,0	[0,9 ; 4,3]
45-54 ans	367	77,4	1,8	[0,8 ; 3,9]
55-64 ans	157	82,2	3,0*	[1,3 ; 7,3]
Niveau de diplôme				
		*		
Inférieur au bac (réf.)	305	84,6	1	
Baccalauréat	205	86,8	1,1	[0,6 ; 2,0]
Supérieur au bac	590	78,6	1	[0,6 ; 1,5]
Secteur				
D'une entreprise privée (réf.)	395	84,3	1	
D'une entreprise publique	148	80,4	0,7	[0,4 ; 1,2]
De l'État ou d'une collectivité locale	368	78,5	0,6*	[0,4 ; 0,9]
Autre (association...)	159	85,5	0,8	[0,4 ; 1,4]
Acuité auditive perçue				

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	57	47,4	1	
Quelques difficultés à entendre	613	71,8	2,3*	[1,2 ; 4,7]
Beaucoup de difficultés à entendre	364	94,8	9,7***	[4,2 ; 22,7]
N'entend pas du tout	188	95,7	1,9	[0,6 ; 6,7]
Impact des troubles de l'audition				
Peu ou pas gênants (réf.)	861	80,3	1	
Très gênants	361	83,4	1,7*	[1,1 ; 2,5]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	794	72,8	1	
Oui	428	96,7	9,1***	[3,7 ; 22,6]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

0-15 ans (réf.)	680	90	1	
16 ans et plus	422	68,7	0,4***	[0,3 ; 0,6]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

Aide à la recherche d'emploi

Parmi les chômeurs en recherche d'emploi, moins d'une personne sur deux (47,6 %) déclare bénéficier d'une aide humaine dans sa recherche d'emploi ; toutefois, 28,8 % de ces derniers s'estiment insuffisamment aidés. Parmi les personnes non

accompagnées (52 %), 24,8 % mentionnent qu'elles auraient besoin d'une aide. Au total, 53,6 % des personnes au chômage sont en demande d'une aide humaine dans leur recherche d'emploi : cette requête est davantage formulée par les hommes (61 % vs 48 % des femmes, p<0,05), les locuteurs de la LSF (63 % vs 47 % ; p<0,01) et décline à

TABLEAU III

Facteurs associés à l'obtention de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (n = 1153)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	474	61,0	1	
Femme	879	64,3	1,2	[0,9 ; 1,7]
Âge				

15-25 ans (réf.)	75	54,7	1	
26-34 ans	292	74,0	1,6	[0,8 ; 3,4]
35-44 ans	395	68,4	1,9	[1,0 ; 3,9]
45-54 ans	411	55,7	1,7	[0,9 ; 3,5]
55-64 ans	180	54,4	1,9	[0,9 ; 4,0]
Niveau de diplôme				

Inférieur au bac (réf.)	324	64,2	1	
Baccalauréat	217	76,5	2,1**	[1,3 ; 3,4]
Supérieur au bac	663	60,6	1,4	[0,9 ; 2,2]
PCS (si actif ou retraité)				

Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	51,6	0,9	[0,3 ; 2,1]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	295	55,6	0,7	[0,5 ; 1,0]
Professions intermédiaires (réf.)	435	69,0	1	
Employés	330	66,7	0,9	[0,6 ; 1,3]
Ouvriers	62	72,6	1,2	[0,5 ; 2,6]
Acuité auditive perçue				

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre	75	6,7	0,1***	[0,0 ; 0,2]
Quelques difficultés à entendre (réf.)	689	48,5	1	
Beaucoup de difficultés à entendre	386	84,2	3,4***	[2,3 ; 4,9]
N'entend pas du tout	203	93,6	3,5**	[1,5 ; 8,0]
Impact des troubles de l'audition				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	946	64,3	1	
Très gênants	407	60,4	1,4	[1,0 ; 1,9]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	902	47,9	1	
Oui	451	93,6	6,4***	[3,7 ; 11,1]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

0-15 ans (réf.)	723	78,3	1	
16 ans et plus	482	43,8	0,5***	[0,3 ; 0,7]
Employeur au courant de la situation auditive				

Non (réf.)	226	13,7	1	
Oui	964	78,5	9,6***	[5,9 ; 15,8]
Aides au travail				

Non (réf.)	1 008	52,0	1	
Oui	338	97,0	10,4***	[4,6 ; 23,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Régression logistique ajustée sur le sexe, l'âge, le diplôme, la profession et catégorie socio-professionnelle, et les caractéristiques d'audition. Modèle complété par les variables connaissance de l'employeur, aides au travail.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU IV

Facteurs associés à la situation de chômage sur la base de la population active (n = 1409)

	Ensemble			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe		*		
Homme (réf.)	662	18	1	
Femme	1 127	13,9	0,8	[0,5 ; 1,1]
Âge		***		
15-25 ans (réf.)	123	28,5	1	
26-34 ans	405	20	1,1	[0,6 ; 2,2]
35-44 ans	502	15,9	0,7	[0,3 ; 1,3]
45-54 ans	507	10,7	0,4*	[0,2 ; 0,9]
55-64 ans	252	10,3	0,5	[0,2 ; 1,1]
Niveau de diplôme		***		
Inférieur au bac (réf.)	477	25,8	1	
Baccalauréat	266	14,7	0,6*	[0,4 ; 1,0]
Supérieur au bac	767	9,8	0,6*	[0,4 ; 0,9]
PCS (si actif ou retraité)		***		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	37	8,1	0,6	[0,2 ; 2,2]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	335	6,3	0,5*	[0,3 ; 0,9]
Professions intermédiaires (réf.)	512	10,9	1	
Employés	421	17,8	1,5*	[1,0 ; 2,3]
Ouvriers	106	34,9	2,9***	[1,7 ; 5,0]
Acuité auditive perçue		***		
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	103	18,4	1	
Quelques difficultés à entendre	862	11,9	0,7	[0,4 ; 1,4]
Beaucoup de difficultés à entendre	509	15,3	0,9	[0,4 ; 1,8]
N'entend pas du tout	315	24,1	1,3	[0,6 ; 3,1]
Impact des troubles de l'audition				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	1 242	14,6	1	
Très gênants	547	17,4	1,3	[0,9 ; 1,9]
Pratique de la LSF		**		
Non (réf.)	1 157	13,5	1	
Oui	632	19	0,9	[0,5 ; 1,4]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
0-15 ans (réf.)	910	17,1	1	
16 ans et plus	603	13,8	1,5	[1,0 ; 2,3]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

mesure que les personnes ont de meilleures capacités auditives ($p < 0,01$). Cela concerne plus de 60 % des 250 chômeurs indiquant ne pas entendre ou entendre avec beaucoup de difficultés, 42,1 % de ceux qui signalent entendre avec quelques difficultés et 36,8 % de ceux qui ont des troubles de l'audition sans perte auditive.

Pour autant, en dehors des critères de chômage évoqués précédemment, aucune particularité liée à l'audition n'est associée, au sein de l'échantillon, au fait de « ne pas arriver à trouver de travail », pas même la facilité ou la difficulté à s'exprimer à l'oral.

	Hommes				Femmes			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
	486				923			
		**				***		
	48	29,2	1		75	28,0	1	
	156	24,4	1,1	[0,4 ; 3,3]	249	17,3	1,1	[0,5 ; 2,7]
	182	19,2	0,9	[0,3 ; 2,6]	320	14,1	0,6	[0,2 ; 1,4]
	176	9,7	0,4	[0,1 ; 1,2]	331	11,2	0,5	[0,2 ; 1,1]
	100	15	1,1	[0,3 ; 3,5]	152	7,2	0,2*	[0,1 ; 0,8]
		***				***		
	193	27,5	1		284	24,6	1	
	84	19	0,9	[0,4 ; 1,9]	182	12,6	0,5*	[0,3 ; 0,9]
	249	12	0,9	[0,4 ; 1,9]	518	8,7	0,4**	[0,2 ; 0,8]
		***				***		
	21	9,5	0,6	[0,1 ; 2,9]	16	6,3	0,7	[0,1 ; 5,6]
	141	7,8	0,4*	[0,2 ; 1,0]	194	5,2	0,6	[0,3 ; 1,2]
	166	13,3	1		346	9,8	1	
	87	24,1	2,2*	[1,0 ; 4,5]	334	16,2	1,3	[0,8 ; 2,2]
	73	35,6	3,4**	[1,6 ; 7,2]	33	33,3	2,7*	[1,1 ; 6,6]
		**				**		
	59	20,3	1		44	15,9	1	
	284	14,1	0,8	[0,3 ; 2,0]	578	10,9	0,5	[0,2 ; 1,6]
	171	15,8	0,8	[0,3 ; 2,4]	338	15,1	0,7	[0,2 ; 2,2]
	148	27,0	2,1	[0,6 ; 6,8]	167	21,6	0,7	[0,2 ; 2,8]
	465	16,3	1		777	13,5	1	
	197	21,8	1,4	[0,8 ; 2,6]	350	14,9	1,3	[0,8 ; 2,2]
						*		
	394	16,0	1		763	12,2	1	
	268	20,9	0,7	[0,3 ; 1,6]	364	17,6	1,0	[0,5 ; 1,7]
	324	20,1	1		586	15,5	1	
	202	16,8	1,5	[0,7 ; 3,0]	401	12,2	1,5	[0,9 ; 2,5]

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

CONDITIONS DE TRAVAIL CHEZ LES ACTIFS OCCUPÉS

Plusieurs questions sur les conditions de travail ont été posées dans le BSSM, inspirées des enquêtes « conditions de travail » (Dares), de l'enquête Sumer (Dares) et du Baromètre santé 2010 (Inpes). Il s'agit de décrire

ci-après les principales variables liées aux contraintes de travail, sollicitations psychologiques, soutien social..., en donnant pour point de référence le déclaratif des personnes interrogées dans le Baromètre santé 2010 [tableau V]. Dans le descriptif, les données sont donc présentées de manière brute puis redressées sur la population générale.

TABLEAU V

Conditions de travail chez les actifs occupés, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (données brutes)	BSSM (données redressées)	Baromètre santé 2010 ^a	p
Nombre d'heures travaillées				
Moins de 35 heures	25,4	25,8	18,5	***
Entre 35 et 48 heures	70,4	70,2	69,6	ns
Plus de 48 heures	4,2	4,1	11,9	***
Postures pénibles ou fatigantes à la longue				
Oui	30,8	38,3	47,8	***
Non	69,2	61,7	52,2	
Gêne par le bruit dans le travail				
Oui	41,8	41,9	–	
Non	58,2	58,1	–	
Objectifs ou délais imposés souvent difficiles à respecter				
Oui	43,2	44,0	35,8	***
Non	46,1	56,1	64,3	
Non concernés	10,7			
Possibilité de décisions personnelles dans le travail				
Oui	74,5	69,9	84,1	***
Non	19,8	30,1	15,9	
Non concernés	5,7			
Soutien social satisfaisant dans les situations difficiles				
Oui	46,2	45,1	75,5	***
Non	41,8	54,9	24,5	
Non concernés	12,0			
Intérêt manifesté par les collègues				
Oui	68,4	66,8	81,4	***
Non	22,9	33,2	18,6	
Non concernés	8,8			
Sécurité d'emploi menacée				
Oui	22,5	23,2	26,1	*
Non	69,6	76,8	74,0	
Non concernés	7,9			
Vit souvent des situations de tension avec le public				
Oui	41,4	41,5	44,7	*
Non	44,6	58,5	55,3	
Non concernés	14,1			
A dans le poste les moyens de faire un travail de qualité				
Oui	70,1	69,1	85,2	***
Non	24,9	30,9	14,8	
Non concernés	5,0			
Travail fatigant nerveusement				
Oui	60,5	58,0	66,1	***
Non	39,5	42,0	33,9	
Travail fatigant physiquement				
Oui	29,0	34,2	52,2	***
Non	71,1	65,8	47,8	

TABLEAU V (SUITE)

	BSSM	BSSM	Baromètre santé 2010 ^a	
	(données brutes)	(données redressées)		p
Travail empêchant de dormir				
Oui	24,2	24,3	24,9	ns
Non	75,8	75,7	75,1	
Travail sans influence sur la santé				
Oui	19,5	19,3	–	
Non	80,5	80,8	–	
Travail plutôt bon pour la santé				
Oui	18,0	18,8	–	
Non	82,0	81,2	–	
AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS				
Travail négatif sur la vie familiale				
Oui	28,2	28,4	18,7	***
Non	71,8	71,6	81,3	
Travail négatif sur la vie amoureuse ou la vie de couple				
Oui	22,3	22,0	14,2	***
Non	77,7	78,1	85,8	
Travail négatif ni sur la vie familiale ni sur la vie amoureuse ou de couple				
Non	38,6	38,4	22,1	***
Oui (aucun)	61,4	61,7	77,9	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les modalités d'interrogation étant différentes entre le BSSM et le Baromètre santé 2010, le parti pris de présentation de ces résultats a été d'agréger les réponses « non » et « non concernés » et de mettre en manquant les « NSP » dans le Baromètre santé.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

Pénibilité physique au travail

Dans l'échantillon, 30,8 % des personnes actives occupées déclarent être exposées à des postures de travail pénibles ou fatigantes à la longue ; une proportion qui, après redressement sur la structure du Baromètre santé 2010, est significativement plus faible qu'en population générale (38,3 % vs 47,8 % ; p<0,001) [tableau V]. Ajustée sur les critères sociodémographiques et liés à l'audition, il ressort que la pénibilité au travail est davantage exprimée par les femmes (OR = 1,5 ; p<0,05), et différenciée suivant la profession exercée : les ouvriers et les artisans, commerçants, chefs d'entreprises sont ceux qui se plaignent le plus d'une pénibilité physique dans leur travail (p<0,001). Les

critères liés à l'audition s'avèrent non significatifs [tableau VI].

Situations de tension avec le public

Dans leur exercice professionnel, 41,4 % déclarent vivre souvent des situations de tension avec le public, les clients, les usagers (14,1 % des répondants ne se sentent pas concernés par ce problème). Cette proportion est légèrement inférieure à celle déclarée par la population générale (41,5 % vs 44,7 % ; p<0,05). Après contrôle des effets de structure et sur la base des personnes concernées, il ressort que les femmes sont plus fréquemment exposées à ce type de tensions (OR = 1,4 ; p<0,05), ainsi

TABLEAU VI

Facteurs associés au fait d'exprimer une pénibilité physique au travail et de rencontrer des situations fréquentes de tension avec le public (non concernés mis en manquant)

	Pénibilité physique au travail				Situations fréquentes de tension avec le public			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
	1 182				1 027	48,15		
Sexe								
Homme (réf.)	502	30,1	1		429	43,8	1	
Femme	921	31,2	1,5*	[1,1 ; 2,1]	788	50,5	1,4*	[1,0 ; 1,8]
Âge								
15-25 ans (réf.)	81	40,7	1		67	47,8	1	
26-34 ans	305	31,1	0,9	[0,4 ; 1,7]	266	41,4	0,9	[0,5 ; 1,6]
35-44 ans	411	31,1	0,8	[0,4 ; 1,5]	341	50,7	1,2	[0,6 ; 2,2]
45-54 ans	437	31,1	0,7	[0,4 ; 1,3]	378	49,7	1,2	[0,6 ; 2,2]
55-64 ans	189	24,3	0,4*	[0,2 ; 0,9]	165	50,3	1,1	[0,5 ; 2,0]
Niveau de diplôme ***								
Inférieur au bac (réf.)	343	53,6	1		288	50,3	1	
Baccalauréat	221	29,4	0,4***	[0,3 ; 0,7]	190	52,6	1,2	[0,8 ; 1,8]
Supérieur au bac	670	18,7	0,3***	[0,2 ; 0,4]	590	45,9	0,9	[0,7 ; 1,4]
PCS (si actif ou retraité) ***								
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	58,1	4,8***	[2,2 ; 10,5]	23	34,8	0,5	[0,2 ; 1,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	15,3	0,8	[0,5 ; 1,2]	263	45,2	0,9	[0,6 ; 1,3]
Professions intermédiaires (réf.)	442	21,9	1		396	49,2	1	
Employés	340	40,3	1,6*	[1,1 ; 2,2]	289	48,8	0,9	[0,6 ; 1,2]
Ouvriers	69	81,2	10,8***	[5,4 ; 21,6]	56	58,9	1,6	[0,9 ; 3,0]
Acuité auditive perçue								
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	80	31,3	1		70	45,7	1	
Quelques difficultés à entendre	716	29,3	0,8	[0,4 ; 1,6]	634	49,2	1,2	[0,7 ; 2,1]
Beaucoup de difficultés à entendre	405	32,8	0,9	[0,4 ; 1,8]	338	48,8	1,1	[0,6 ; 2,1]
N'entend pas du tout	222	31,5	0,4	[0,2 ; 1,0]	175	44,0	1,1	[0,5 ; 2,4]
Impact des troubles de l'audition **								
Moyennement ou pas gênants (réf.)	997	28,7	1		850	44,9	1	
Très gênants	426	35,7	1,1	[0,8 ; 1,5]	367	55,6	1,4*	[1,1 ; 1,9]
Pratique de la LSF *								
Non (réf.)	940	29,6	1		846	50,5	1	
Oui	483	33,1	1,0	[0,6 ; 1,4]	371	42,9	0,8	[0,5 ; 1,2]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition *								
0-15 ans (réf.)	741	30,6	1		625	45,6	1	
16 ans et plus	495	30,1	1,1	[0,8 ; 1,5]	445	52,4	1,1	[0,8 ; 1,5]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

que les personnes fortement gênées par des troubles de l'audition (OR = 1,4; $p < 0,05$).

Contraintes de délais et moyens de faire un travail de qualité

Parmi les actifs occupés du BSSM, 43,2 % des personnes interrogées mentionnent une difficulté fréquente à respecter les objectifs ou les délais qui leur sont imposés (10,7 % ne sont pas concernées), sans différence de genre; une proportion qui s'avère sensiblement plus élevée qu'en population générale (44 % vs 35,8 %; $p < 0,001$). Près de sept personnes sur dix estiment avoir les moyens de faire un travail de qualité contre 85,2 % en population générale ($p < 0,001$).

Sur la base des personnes concernées et après ajustement sur les critères socio-démographiques et les critères liés à l'audition, il ressort que les employés expriment moins de difficultés à faire face aux délais (OR = 0,7; $p < 0,05$) [tableau VII]. Les femmes et les 45-54 ans indiquent plus souvent une insuffisance de moyens pour effectuer un travail de qualité (respectivement OR = 1,4 et OR = 2,3; $p < 0,05$). Ces deux contraintes sont également davantage mentionnées par les personnes très gênées par les troubles de l'audition (respectivement, OR = 1,6; $p < 0,01$ et OR = 1,7; $p < 0,001$). La pression ressentie au regard des délais est fortement associée au manque de moyens de faire un travail de qualité (OR = 3,7; $p < 0,001$).

Latitude décisionnelle

Dans leur travail, trois quarts des personnes interrogées déclarent pouvoir souvent prendre des décisions par elles-mêmes (5,7 % ne sont pas concernées). En comparaison avec le Baromètre santé 2010, la population du BSSM dispose dans son travail de moins d'autonomie (69,9 % vs 84,1 %; $p < 0,001$).

L'absence de latitude décisionnelle est

davantage exprimée par les populations qui entendent le moins, par les locuteurs de la LSF (27,3 % vs 18,1 % des non-locuteurs) ainsi que par les personnes dont la surdité ou les troubles auditifs sont apparus avant 16 ans (24,5 % vs 16,8 %). Ces différences peuvent être liées aux postes moins qualifiés que ces mêmes populations occupent de manière plus fréquente. Après ajustement sur les critères sociodémographiques et liés à l'audition, cette absence de pouvoir décisionnel est avant tout associée à la qualification (niveau de diplôme) et à la profession. Elle concerne davantage les employés et les ouvriers que les professions intermédiaires (respectivement, OR = 1,8; $p < 0,01$ et OR = 2,8; $p < 0,001$). Ajustées sur les critères sociodémographiques, les disparités au regard des troubles de l'audition ne sont plus significatives; seul l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition après 16 ans tend à le rester (OR = 0,7; $p < 0,05$) lorsque cette population est étudiée seule dans la régression.

Soutien social

Si, au travail, 68,4 % des personnes interrogées ressentent de l'intérêt de la part de leurs collègues (8,8 % non concernées), elles ne sont que 46,2 % à déclarer un soutien social satisfaisant en cas de difficultés (12,1 % sont non concernées).

Comparées aux actifs occupés en population générale, les personnes ayant répondu au BSSM déclarent recevoir moins d'intérêt de la part de leurs collègues (66,8 % vs 81,4 % en population générale) et être moins aidées dans les situations difficiles (45,1 % vs 75,5 %) ($p < 0,001$). Après ajustement sur les effets de structure, le manque de soutien en cas de difficultés est associé à l'avancée en âge (jusqu'à 54 ans) [tableau VIII]. Il est également davantage déclaré par les ouvriers (OR = 2,9; $p < 0,001$) et les personnes très gênées par les troubles

TABLEAU VII

Facteurs associés au fait d'exprimer des difficultés à respecter les délais, un manque de moyens pour faire un travail de qualité, une absence de latitude décisionnelle (non concernés mis en manquant)

	Difficultés à respecter les délais			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
	1 055			
Sexe				
Homme (réf.)	445	50,1	1	
Femme	818	47,4	0,9	[0,7; 1,2]
Âge				
		**		
15-25 ans (réf.)	69	44,9	1	
26-34 ans	274	44,2	0,9	[0,5; 1,7]
35-44 ans	364	48,6	1,1	[0,6; 2,0]
45-54 ans	387	55,3	1,3	[0,7; 2,4]
55-64 ans	169	40,2	0,7	[0,4; 1,3]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	293	52,2	1	
Baccalauréat	200	45,0	0,8	[0,5; 1,2]
Supérieur au bac	605	46,9	0,7	[0,5; 1,1]
PCS (si actif ou retraité)				
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	24	50,0	1	[0,4; 2,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	268	52,6	1,3	[1,0; 1,9]
Professions intermédiaires (réf.)	399	47,1	1	
Employés	303	41,9	0,7*	[0,5; 1,0]
Ouvriers	61	57,4	1,1	[0,6; 2,1]
Acuité auditive perçue				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	73	56,2	1	
Quelques difficultés à entendre	643	47,7	1	[0,6; 1,8]
Beaucoup de difficultés à entendre	363	48,5	1	[0,5; 1,9]
N'entend pas du tout	184	47,3	1,2	[0,6; 2,5]
Impact des troubles de l'audition				

Moyennement ou pas gênants (réf.)	874	45,0	1	
Très gênants	389	56,0	1,6**	[1,2; 2,1]
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	859	49,8	1	
Oui	404	45,3	0,9	[0,6; 1,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
		*		
0-15 ans (réf.)	649	45,0	1	
16 ans et plus	451	52,5	1,2	[0,9; 1,6]

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

de l'audition (OR = 1,5; p<0,01). Le manque d'intérêt perçu de la part des collègues concerne les mêmes populations.

Communication au travail

Un tiers (33,9 %) des actifs occupés du BSSM exprime des difficultés à se faire

comprendre des collègues (par écrit ou oral) et 69,9 % mentionnent des difficultés pour comprendre les collègues lorsque ceux-ci leur parlent ou leur écrivent.

Les difficultés de compréhension de la part des collègues sont associées au niveau de diplôme (OR = 1,9 chez les personnes de niveau inférieur au bac, en référence à celles

Absence de Moyens pour faire un travail de qualité				Manque de latitude décisionnelle			
Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
1 098				1 085			
477	23,7	1		467	18,4	1	
869	27,6	1,4*	[1,0; 1,9]	869	22,4	1,3	[0,9; 1,9]
	**				*		
72	13,9	1		76	23,7	1	
281	23,1	1,2	[0,6; 2,8]	283	24,0	1,1	[0,5; 2,2]
393	25,7	1,8	[0,8; 3,8]	385	18,7	0,7	[0,4; 1,4]
419	32,5	2,3*	[1,1; 5,0]	411	23,6	1,1	[0,6; 2,3]
181	22,7	1,4	[0,6; 3,3]	181	14,4	0,6	[0,3; 1,3]

315	29,5	1		307	32,9	1	
211	27,5	1,0	[0,7; 1,5]	211	30,8	1,0	[0,7; 1,6]
647	24,6	0,9	[0,6; 1,4]	645	12,7	0,5**	[0,4; 0,8]

296	28,4	1,2	[0,9; 1,8]	289	10,0	0,7	[0,4; 1,1]
424	25,7	1		422	18,0	1	
312	27,6	1,0	[0,7; 1,5]	310	34,2	1,8**	[1,2; 2,6]
66	28,8	1,1	[0,6; 2,2]	64	43,8	2,8***	[1,5; 5,3]
	***				***		
76	23,7	1		77	11,7	1	
693	21,4	0,7	[0,4; 1,4]	692	17,9	1,6	[0,6; 4,3]
378	31,7	1,1	[0,5; 2,2]	380	25,3	2	[0,7; 5,4]
199	33,7	1,4	[0,6; 3,2]	187	27,8	1,8	[0,6; 5,6]
	***				**		
945	23,5	1		922	19,1	1	
401	32,7	1,7***	[1,2; 2,3]	414	25,4	1,4	[1,0; 2,0]
	*				***		
911	24,5	1		915	18,1	1	
435	29,9	1,2	[0,8; 1,8]	421	27,3	1,2	[0,8; 1,8]
					**		
697	26,0	1		683	24,5	1	
478	27,2	1,1	[0,8; 1,5]	481	16,8	0,7	[0,5; 1,1]

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

de niveau supérieur au bac; $p < 0,001$) et augmentent significativement à mesure de l'ampleur des difficultés à entendre (60 % des personnes qui n'entendent pas du tout) ($p < 0,01$); elles sont également plus fréquentes chez les locuteurs de la LSF, pour 53,7 % d'entre eux (OR = 1,6; $p < 0,05$) et quand la surdité ou les troubles de l'audi-

tion surviennent avant 16 ans [tableau IX]. Les difficultés à comprendre les collègues ne sont pas associées au diplôme mais concernent davantage les ouvriers; elles varient également en fonction de l'acuité auditive perçue (avec un pic chez les personnes qui ont beaucoup de difficultés à entendre; $p < 0,001$).

TABLEAU VIII

Facteurs associés au fait d'exprimer une absence de soutien social (non concernés mis en manquants)

	Absence de soutien social				Absence d'intérêt des collègues			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
	1 045				1 082			
Sexe								
Homme (réf.)	426	48,1	1		453	27,4	1	
Femme	818	47,2	1,1	[0,8 ; 1,4]	839	23,8	0,9	[0,7 ; 1,3]
Âge								
		***				*		
15-25 ans (réf.)	67	31,3	1		76	9,2	1	
26-34 ans	269	36,1	1,3	[0,7 ; 2,5]	281	25,3	4,7**	[1,6 ; 13,7]
35-44 ans	361	49,6	2,0*	[1,0 ; 3,7]	372	25,8	5,0**	[1,7 ; 14,4]
45-54 ans	386	55,7	2,6**	[1,4 ; 4,9]	397	27,5	6,1***	[2,1 ; 17,8]
55-64 ans	161	49,1	1,9	[1,0 ; 3,9]	166	24,7	5,0**	[1,6 ; 15,2]
Niveau de diplôme								
Inférieur au bac (réf.)	300	52,7	1		302	28,8	1	
Baccalauréat	200	50	1	[0,7 ; 1,5]	204	29,4	1,3	[0,9 ; 2,0]
Supérieur au bac	585	45	0,9	[0,6 ; 1,3]	622	23,2	1,2	[0,8 ; 1,8]
PCS (si actif ou retraité)								
		**				**		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	19	47,4	1,1	[0,4 ; 2,9]	17	17,6	0,8	[0,2 ; 2,9]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	263	50,2	1,3	[1,0 ; 1,9]	279	25,1	1,2	[0,8 ; 1,7]
Professions intermédiaires (réf.)	393	43,5	1		413	22,0	1	
Employés	306	48,4	1,2	[0,8 ; 1,6]	305	27,9	1,5	[1,0 ; 2,1]
Ouvriers	64	68,8	2,9***	[1,6 ; 5,5]	68	45,6	3,3***	[1,8 ; 6,0]
Acuité auditive perçue								
						**		
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	65	52,3	1		68	26,5	1	
Quelques difficultés à entendre	632	44,8	0,7	[0,4 ; 1,4]	655	21,1	0,7	[0,3 ; 1,3]
Beaucoup de difficultés à entendre	357	51,5	1	[0,5 ; 2,0]	371	29,4	1	[0,5 ; 2,0]
N'entend pas du tout	190	47,4	1,3	[0,6 ; 2,9]	198	29,8	1,4	[0,6 ; 3,3]
Impact des troubles de l'audition								
		***				***		
Moyennement ou pas gênants (réf.)	868	43,4	1		909	21,8	1	
Très gênants	376	56,9	1,5**	[1,1 ; 2,0]	383	32,9	1,6**	[1,2 ; 2,3]
Pratique de la LSF								
		*						
Non (réf.)	830	49,9	1		857	24,6	1	
Oui	414	42,8	0,7	[0,5 ; 1,0]	435	26,0	0,8	[0,5 ; 1,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition								
0-15 ans (réf.)	660	46,4	1		689	25,7	1	
16 ans et plus	427	50,6	0,9	[0,7 ; 1,2]	441	26,1	0,9	[0,7 ; 1,3]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

TABLEAU IX

Facteurs associés au fait d'exprimer des difficultés de communication avec les collègues de travail

	Difficultés à se faire comprendre des collègues				Difficultés de compréhension des collègues			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
	1 183				1 131			
Sexe	***							
Homme (réf.)	488	41,4	1		470	67,9	1	
Femme	907	29,9	0,7*	[0,5 ; 0,9]	867	70,9	1,1	[0,8 ; 1,5]
Âge	*							
15-25 ans (réf.)	78	34,6	1		73	63,0	1	
26-34 ans	297	40,4	1,7	[0,9 ; 3,2]	278	63,7	1,1	[0,6 ; 2,1]
35-44 ans	401	32,9	1,3	[0,7 ; 2,4]	390	70,3	1,2	[0,6 ; 2,2]
45-54 ans	434	32,9	1,5	[0,8 ; 2,9]	417	73,1	1,3	[0,7 ; 2,6]
55-64 ans	185	27,6	1,4	[0,7 ; 2,9]	179	73,7	1,4	[0,7 ; 2,9]
Niveau de diplôme	***				***			
Inférieur au bac	344	48,0	1,9***	[1,3 ; 2,8]	329	78,7	1	
Baccalauréat	221	35,3	1,3	[0,9 ; 1,9]	210	68,1	0,6	[0,4 ; 1,0]
Supérieur au bac (réf.)	670	24,3	1		643	67,2	0,7	[0,5 ; 1,1]
PCS (si actif ou retraité)	***				*			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	12,9	0,4	[0,1 ; 1,1]	23	60,9	0,6	[0,2 ; 1,4]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	25,0	1,0	[0,7 ; 1,4]	289	67,8	0,9	[0,6 ; 1,2]
Professions intermédiaires (réf.)	442	29,6	1		425	70,4	1	
Employés	341	40,5	1,4	[1,0 ; 2,0]	326	73,3	1	[0,7 ; 1,4]
Ouvriers	69	53,6	1,6	[0,9 ; 3,0]	68	86,8	2,8*	[1,2 ; 6,3]
Acuité auditive perçue	***				***			
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	77	15,6	1		71	19,7	1	
Quelques difficultés à entendre	706	23,2	2,2	[0,9 ; 5,3]	679	68,9	15,3***	[7,0 ; 33,5]
Beaucoup de difficultés à entendre	397	42,3	3,7**	[1,5 ; 9,3]	389	81,0	31,5***	[13,6 ; 73,0]
N'entend pas du tout	215	60,0	4,7**	[1,8 ; 12,7]	198	69,2	22,4***	[8,9 ; 56,4]
Impact des troubles de l'audition	***							
Moyennement ou pas (réf.)	978	35,4	1		937	65,6	1	
Beaucoup	417	30,5	1,0	[0,7 ; 1,4]	400	79,8	2,0***	[1,4 ; 2,9]
Pratique de la LSF	***							
Non (réf.)	926	23,9	1		895	70,3	1,5*	[1,0 ; 2,3]
Oui	469	53,7	1,6*	[1,1 ; 2,2]	442	69,0	1	
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition	***							
0-15 ans (réf.)	742	41,1	1		712	69,9	1	
16 ans et plus	495	20,8	0,6*	[0,5 ; 0,9]	472	71,6	1,3	[0,9 ; 1,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Aides au travail²

Un quart (24,9 %) des actifs occupés déclare bénéficier d'aides personnelles pour communiquer dans leur travail. Si les aides sont proportionnées à la baisse d'acuité auditive, à l'usage de la LSF et à l'ancienneté des troubles **[tableau X]**, il est important de souligner qu'à peine moins de la moitié des personnes qui n'entendent pas du tout (43,2 %) et près des deux tiers des personnes qui entendent avec beaucoup de difficultés (65,2 %) travaillent sans aucune aide **[figure 4]**.

L'aide au travail la plus fréquemment citée est celle d'un interprète entre le français et la LSF (62,1 % des cas). Près d'une personne aidée sur cinq bénéficie d'une interprétation à distance *via* un centre relais ou est équipée d'un amplificateur téléphonique, 15 % d'une boucle magnétique ou un système de micro FM, 12 % ont recours à une interface³ **[figure 5]**.

Plus spécifiquement, 83,7 % des locuteurs de la LSF (qui reçoivent une aide) déclarent bénéficier d'un interprète, 24,5 % d'un centre relais (*versus* 12,1 % des non-locuteurs de la LSF ($p < 0,05$) et 23,7 % pour les personnes qui n'entendent pas du tout ou qui ont beaucoup de difficultés à entendre). 38,0 % des personnes aidées et présentant quelques ou beaucoup de difficultés à entendre ont recours à une boucle magnétique/système de micro FM ou à un amplificateur pour le téléphone. Enfin, 12,3 % des personnes aidées présentant des difficultés auditives (quelques difficultés ou plus) et 16,7 % des locuteurs de la LSF sont aidés par des interfaces.

Au-delà des liens importants entre les aides reçues et les caractéristiques liées à l'audition **[tableau IX]**, la connaissance par l'employeur des difficultés auditives du personnel et le statut de RQTH sont corrélés à l'attribution des aides (OR = 3,1 ; $p < 0,05$ et OR = 13,4 ; $p < 0,001$). Cependant, seules 38,5 % des personnes ayant un statut de RQTH bénéficient d'aides au travail.

Perceptions de menace sur l'emploi

Près d'un quart des salariés du BSSM (24,3 %), sans distinction de genre, considère que sa sécurité d'emploi est menacée. Ajustée sur les variables sociodémographiques, cette menace est indépendante de l'âge, des diplômes ou de la PCS. En revanche, elle est davantage exprimée par les salariés ayant un contrat précaire (43,9 % *vs* 19,8 % ; OR = 3,9 ; $p < 0,001$). Au regard des critères liés à l'audition, elle est significativement davantage perçue par les personnes manifestant beaucoup de gênes liées aux troubles de l'audition (32,9 % *vs* 20,4 % des autres ; OR = 2,0 ; $p < 0,001$).

PERCEPTION DES EFFETS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ

Gêne sonore dans l'exercice du travail

Sans distinction de genre, 41,8 % des actifs occupés du BSSM se déclarent gênés par le bruit dans l'exercice de leur travail.

La gêne sonore dans le travail est plus fréquente chez les ouvriers (OR = 3,2 au regard des professions intermédiaires ; $p < 0,001$) **[tableau XI]**. Les personnes fortement gênées par les troubles de l'audition sont plus touchées (OR = 2,0 ; $p < 0,001$). Si les personnes qui n'entendent pas et celles pratiquant la LSF sont moins nombreuses à se plaindre d'une gêne sonore dans leur travail (OR respectifs de 0,3 ; $p < 0,01$ et 0,4 ; $p < 0,001$), il est important de remarquer que respectivement 10,8 % et 21,3 % de ces populations restent concernées, le bruit

2. Le travail en établissement et service d'aide par le travail (ESAT ou ex-CAT) ou dans une entreprise adaptée ou un centre de distribution de travail à domicile (CDTD) concerne moins de 3 % des actifs occupés de l'échantillon du BSSM.

3. Professionnel facilitant la communication sans avoir le diplôme d'interprète.

TABLEAU X

Facteurs associés au fait d'avoir des aides pour communiquer dans son travail^a (n = 1182)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
AIDES AU TRAVAIL	1 182			
Sexe				
Homme (réf.)	484	27,7	1	
Femme	900	23,3	0,8	[0,6 ; 1,2]
Âge				

15-25 ans (réf.)	77	26,0	1	
26-34 ans	295	38,0	1,1	[0,5 ; 2,3]
35-44 ans	398	26,9	0,9	[0,4 ; 1,9]
45-54 ans	430	18,8	0,9	[0,4 ; 1,8]
55-64 ans	184	13,0	0,6	[0,3 ; 1,5]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	343	23,9	1	
Baccalauréat	221	28,1	1,1	[0,7 ; 1,8]
Supérieur au bac	670	23,9	1,2	[0,8 ; 1,9]
PCS (si actif ou retraité)				
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	19,4	1,0	[0,4 ; 3,0]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	23,0	1,0	[0,7 ; 1,5]
Professions intermédiaires (réf.)	442	27,6	1	
Employés	340	22,4	0,7	[0,5 ; 1,1]
Ouvriers	69	17,4	0,4**	[0,2 ; 0,8]
Acuité auditive perçue				

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	74	2,7	1	
Quelques difficultés à entendre	703	11,9	5,7	[0,8 ; 42,7]
Beaucoup de difficultés à entendre	394	34,8	12,3*	[1,6 ; 93,0]
N'entend pas du tout	213	56,8	14,8*	[1,9 ; 115,5]
Impact des troubles de l'audition				

Moyennement ou pas gênants (réf.)	971	28,5	1	
Très gênants	413	16,2	1,0	[0,7 ; 1,5]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	919	10,7	1	
Oui	465	52,9	4,3***	[2,9 ; 6,4]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

0-15 ans (réf.)	741	34,5	1	
16 ans et plus	495	9,9	0,6*	[0,4 ; 0,9]
Secteur				
		**		
Autre (association...)	174	35,1	1,3	[0,8 ; 2,2]
D'une entreprise privée (réf.)	419	23,4	1	
D'une entreprise publique	161	28,6	1,2	[0,7 ; 2,1]
De l'État ou d'une collectivité locale	403	21,8	1,0	[0,7 ; 1,6]
Employeur au courant de la situation auditive				

Non (réf.)	228	3,5	1	
Oui	988	31,4	3,1*	[1,1 ; 8,7]
RQTH				

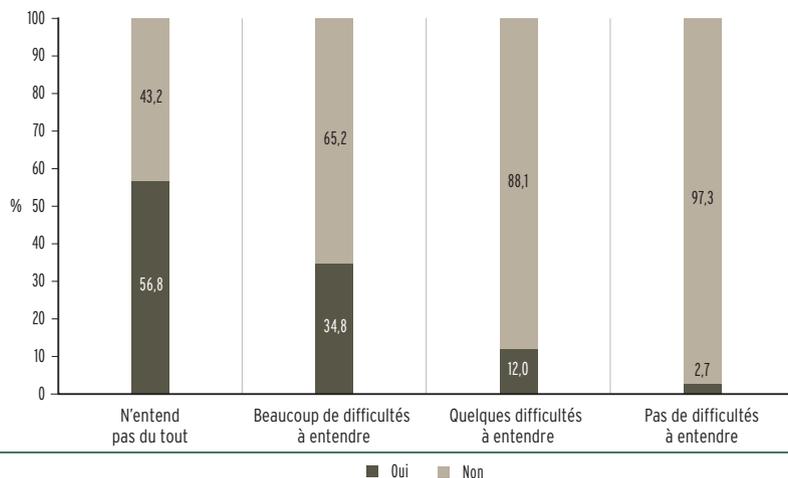
Oui	852	38,5	13,4***	[5,4 ; 33,1]
Non (réf.)	494	2,0	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les variables « secteurs », « connaissance par l'employeur de la situation des personnes du point de vue de l'audition » et « RQTH » sont ajustées dans un modèle distinct (sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition). Dans ce modèle, seuls les liens avec la LSF restent significatifs.

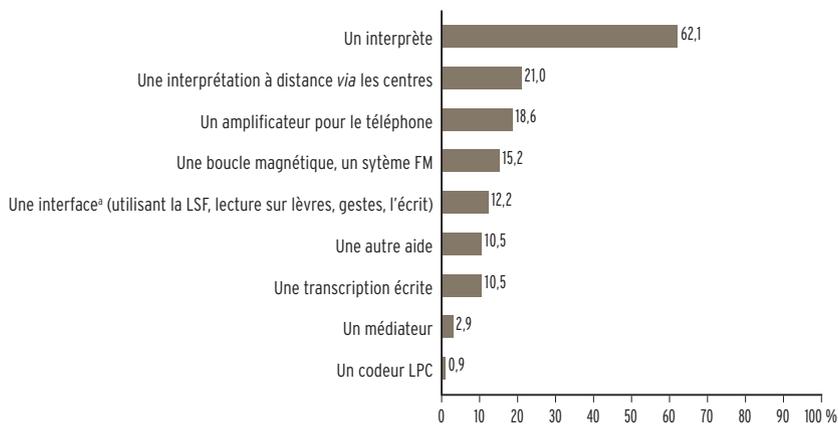
Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 4

**Fréquence des aides personnelles au travail (base actifs occupés, n = 1384)
(en pourcentage)**


Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 5

Types d'aides personnelles reçues (base actifs occupés bénéficiant d'une aide dans leur travail, n = 343) (en pourcentage)


a. Professionnel facilitant la communication sans avoir le diplôme d'interprète.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

pouvant être gênant dans le cas d'appareillage, mais aussi par les vibrations ressenties.

Lorsque l'on complète le modèle sur la gêne sonore avec les caractéristiques du

travail et la symptomatologie, les associations précédentes se maintiennent. L'expression d'une gêne liée au bruit est associée à un travail reconnu fatigant

TABLEAU XI

Facteurs associés au fait de se déclarer gêné par le bruit dans son travail (n = 1182)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
GÊNÉ PAR LE BRUIT	1 182			
Sexe				
Homme (réf.)	502	38,8	1	
Femme	921	43,4	1,2	[0,9 ; 1,5]
Âge				

15-25 ans (réf.)	81	43,2	1	
26-34 ans	305	31,8	0,7	[0,4 ; 1,4]
35-44 ans	411	40,1	0,8	[0,4 ; 1,4]
45-54 ans	437	48,7	1,0	[0,6 ; 1,9]
55-64 ans	189	45,0	0,7	[0,4 ; 1,4]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	343	45,2	1	
Baccalauréat	221	40,7	0,9	[0,6 ; 1,4]
Supérieur au bac	670	41,9	0,9	[0,6 ; 1,3]
PCS (si actif ou retraité)				
		*		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	32,3	0,5	[0,2 ; 1,1]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	42,3	0,9	[0,7 ; 1,3]
Professions intermédiaires (réf.)	442	41,9	1	
Employés	340	43,2	1,0	[0,7 ; 1,4]
Ouvriers	69	62,3	3,2***	[1,7 ; 6,1]
Acuité auditive perçue				

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	80	50,0	1	
Quelques difficultés à entendre	716	48,7	1,1	[0,6 ; 1,9]
Beaucoup de difficultés à entendre	405	44,9	1,1	[0,6 ; 2,0]
N'entend pas du tout	222	10,8	0,3**	[0,1 ; 0,6]
Impact des troubles de l'audition				

Moyennement ou pas gênants (réf.)	997	34,5	1	
Très gênants	426	58,9	2,0***	[1,5 ; 2,7]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	940	52,3	1	
Oui	483	21,3	0,4***	[0,3 ; 0,6]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

0-15 ans (réf.)	741	34,8	1	
16 ans et plus	495	54,5	1,1	[0,8 ; 1,5]
AUTRES VARIABLES				
Travail fatigant nerveusement				

Non (réf.)	552	26,3	1	
Oui	845	52,5	2,0***	[1,5 ; 2,7]
Travail fatigant physiquement				

Non (réf.)	993	36,1	1	
Oui	404	57,2	2,3***	[1,7 ; 3,1]
Travail empêchant de dormir				

Non (réf.)	1 060	38,5	1	
Oui	337	53,7	1,3	[0,9 ; 1,7]

TABLEAU XI (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Arrêts maladie		***		
Pas d'arrêt (réf.)	704	35,9	1	
Un arrêt	350	44,0	1,4*	[1,0; 2,0]
Deux arrêts	181	47,0	1,9**	[1,3; 2,9]
Trois arrêts ou plus	164	59,1	1,8**	[1,2; 2,9]
Au moins un trouble du sommeil		***		
Non (réf.)	277	31,0	1	
Oui	966	45,9	1,3	[0,9; 1,8]
Situation de détresse psychologique		***		
Non (réf.)	661	35,9	1	
Oui	595	49,7	1,0	[0,8; 1,3]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les « autres variables » ont été ajustées dans un modèle distinct (sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

physiquement ou fatigant nerveusement (OR respectifs de 2,3 et 2,0; p<0,001). La fréquence de la gêne déclarée est associée positivement au nombre d'arrêts maladie.

Fatigue physique

Dans le BSSM, un actif occupé sur trois considère son travail fatigant physiquement [tableau XII]. Cette fatigue physique imputée au travail est significativement

moins déclarée qu'en population générale (34,2 % vs 52,2 %; p<0,001).

L'expression d'un travail physiquement fatigant est associée à un niveau de diplôme moins élevé et à la qualification professionnelle (OR = 1,5 chez les employés; p<0,05 et OR = 8,9 chez les ouvriers au regard des professions intermédiaires; p<0,001). Elle est indépendante de l'acuité auditive perçue, de la langue utilisée par les salariés ou de l'âge de survenue de la surdité.

TABLEAU XII

Facteurs associés au fait de déclarer un travail fatigant physiquement (n = 1182)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	492	27,4	1	
Femme	907	29,8	1,5*	[1,1; 2,0]
Âge				
15-25 ans (réf.)	77	35,1	1	
26-34 ans	299	27,1	0,7	[0,4; 1,3]
35-44 ans	404	29,7	0,7	[0,4; 1,4]
45-54 ans	433	30,7	0,8	[0,4; 1,5]
55-64 ans	186	23,7	0,5	[0,3; 1,1]
Niveau de diplôme		***		
Inférieur au bac (réf.)	343	44,3	1	
Baccalauréat	221	32,6	0,8	[0,5; 1,2]
Supérieur au bac	670	19,1	0,5**	[0,4; 0,8]

TABLEAU XII (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
PCS (si actif ou retraité)				

Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	38,7	2,0	[0,9 ; 4,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	15,0	0,7	[0,5 ; 1,1]
Professions intermédiaires (réf.)	442	23,1	1	
Employés	340	36,8	1,5*	[1,0 ; 2,1]
Ouvriers	69	75,4	8,9***	[4,6 ; 16,9]
Acuité auditive perçue				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)				
	76	27,6	1	
Quelques difficultés à entendre	709	29,3	1,0	[0,5 ; 2,1]
Beaucoup de difficultés à entendre	396	30,1	0,9	[0,4 ; 1,8]
N'entend pas du tout	218	26,1	0,5	[0,2 ; 1,3]
Impact des troubles de l'audition				

Moyennement ou pas gênants (réf.)				
	980	25,4	1	
Très gênants	419	37,2	1,7***	[1,3 ; 2,3]
Pratique de la LSF				
Non (réf.)				
	928	28,9	1	
Oui	471	29,1	1,1	[0,8 ; 1,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
0-15 ans (réf.)				
	741	28,9	1	
16 ans et plus	495	28,1	0,9	[0,7 ; 1,3]
AUTRES VARIABLES				
Pénibilité du travail				

Non (réf.)				
	969	13,5	1	
Oui	428	63,8	10,1***	[7,2 ; 14,2]
Bruit gênant au travail				

Non (réf.)				
	808	21,4	1	
Oui	589	39,2	1,8***	[1,3 ; 2,6]
État de santé perçue				

Bonne (réf.)				
	1 044	26,0	1	
Mauvaise	215	41,4	1,8**	[1,2 ; 2,7]
Travail fatigant nerveusement				
*				
Non (réf.)				
	553	25,9	1	
Oui	846	31,0	1,0	[0,7 ; 1,4]
Travail empêchant de dormir				
*				
Non (réf.)				
	1 061	27,2	1	
Oui	338	34,3	0,9	[0,6 ; 1,3]
Arrêts maladie				

Pas d'arrêt (réf.)				
	704	22,3	1	
Un arrêt	348	31,0	1,4	[0,9 ; 2,0]
Deux arrêts	181	36,5	1,6	[1,0 ; 2,5]
Trois arrêts ou plus	163	44,2	1,9*	[1,1 ; 3,2]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les « autres variables » sont ajustées dans un modèle distinct sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

Elle concerne, par contre, davantage les personnes très gênées par des troubles de l'audition (OR = 1,7; p<0,001).

Plus largement, lorsque l'on complète le modèle avec des caractéristiques liées au

travail, on constate que l'expression d'un travail fatigant physiquement est étroitement associée au fait de déclarer une pénibilité physique, une gêne sonore dans le travail et une perception de sa santé plutôt

mauvaise. Sa fréquence augmente également avec le nombre d'arrêts maladie dans l'année.

Fatigue nerveuse

Six actifs occupés sur dix (60,5 %) du BSSM considèrent leur travail comme fatigant nerveusement; une proportion qui, redressée et comparée au Baromètre santé 2010, est moins importante que dans la population générale (58,0 vs 66,1 %; $p < 0,001$).

La perception d'un travail fatigant nerveusement dans le BSSM est plus importante chez les cadres (OR = 1,5 au regard des professions intermédiaires) et moins importantes chez les employés (OR = 0,7; $p < 0,05$) [tableau XIII]. Elle est plus fréquemment exprimée par les personnes souffrant de façon importante de troubles de l'audition (OR = 1,7; $p < 0,001$). En revanche, elle est moins ressentie par celles qui n'entendent pas (34,9 %; OR = 0,4; $p < 0,05$) et par les locuteurs de la LSF (41,8 % vs 69,9 % parmi les non-locuteurs; OR = 0,5; $p < 0,001$).

En élargissant le modèle à une exploration des différentes caractéristiques du travail, l'expression d'un travail fatigant nerveusement s'avère, à l'instar des modèles connus, plus fréquemment citée par les personnes soumises à des contraintes de rythme de travail difficiles à respecter (OR = 1,6; $p < 0,05$), amenées à prendre des décisions par elles-mêmes (OR = 2,4; $p < 0,001$), évoquant un manque de moyens pour faire un travail de qualité (OR = 3,1; $p < 0,001$), disposant d'un faible soutien dans les situations difficiles (OR = 2,4; $p < 0,001$) ou fréquemment exposées à des tensions avec le public (OR = 3,2; $p < 0,001$) ou à une gêne sonore (OR = 1,8; $p < 0,05$). L'association entre une fatigue nerveuse et la fréquence d'une fatigue liée à la communication dans le travail est positive; en revanche, les autres caractéristiques liées à l'audition disparaissent.

Sur le plan de la santé, les personnes déclarant leur travail fatigant nerveusement se plaignent davantage que les autres du fait que celui-ci les empêche de dormir (78,7 % vs 54,7 %; OR = 2,0; $p < 0,001$) et présentent un risque associé de détresse psychologique (OR = 1,8; $p < 0,001$). Le nombre d'arrêts maladie est significativement corrélé à l'évocation des plaintes [tableau XIII].

Souffrance psychique

Parmi les actifs de 15-64 ans, près de la moitié (sans différence significative entre chômeurs et actifs occupés) de l'échantillon du BSSM présente une détresse psychologique⁴ et, parmi eux, 69,2 % ont le sentiment que leurs symptômes sont en rapport avec leur travail, leur situation professionnelle ou de chômage; ce qui revient à dire qu'un tiers (33,5 %) des actifs du BSSM se trouve en situation de détresse psychologique attribuée au travail. Comparées aux résultats en population générale, les situations de détresse psychologique imputées au travail sont significativement bien plus élevées [tableau XIV].

Chez les actifs occupés en situation de détresse psychologique, l'expression d'une détresse en lien avec le travail augmente avec les difficultés à entendre (OR = 3,0 chez les personnes ayant beaucoup de difficultés à entendre en référence à celles qui n'ont que des troubles de l'audition; $p < 0,01$) mais est non différenciée en fonction de la pratique de la LSF ou de l'ancienneté des troubles de

4. La détresse psychologique est calculée à partir d'un indicateur, le MH-5, *Mental Health Index*. Il s'agit d'un score de santé mentale du MOS SF-36 (*Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey*) qui est une échelle de qualité de vie validée en français. Ce score est construit à partir des réponses à cinq questions : « Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti très nerveux/si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral/calme et détendu/triste et abattu/heureux ? » avec les modalités de réponses « tout le temps/souvent/quelquefois/rarement/jamais ». On considère que les individus dont le score est strictement inférieur à 56 sont en détresse psychologique (voir le chapitre « Santé mentale et qualité de vie »).

TABLEAU XIII

Facteurs associés au fait de déclarer un travail fatigant nerveusement (n = 1182)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	492	60,0	1	
Femme	907	60,7	1,0	[0,8 ; 1,4]
Âge				

15-25 ans (réf.)	77	51,9	1	
26-34 ans	299	49,2	0,9	[0,5 ; 1,6]
35-44 ans	404	62,9	1,5	[0,9 ; 2,7]
45-54 ans	433	66,5	1,6	[0,9 ; 2,9]
55-64 ans	186	62,9	1,0	[0,5 ; 2,0]
Niveau de diplôme				
**				
Inférieur au bac (réf.)	343	53,6	1	
Baccalauréat	221	59,3	1,3	[0,9 ; 2,0]
Supérieur au bac	670	64,5	1,2	[0,8 ; 1,7]
PCS (si actif ou retraité)				

Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	48,4	0,4*	[0,2 ; 0,9]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	73,0	1,5*	[1,1 ; 2,2]
Professions intermédiaires (réf.)	442	61,8	1	
Employés	340	53,2	0,7*	[0,5 ; 1,0]
Ouvriers	69	56,5	1,0	[0,5 ; 1,8]
Acuité auditive perçue				

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	76	72,4	1	
Quelques difficultés à entendre	709	66,4	0,7	[0,3 ; 1,3]
Beaucoup de difficultés à entendre	396	61,6	0,7	[0,3 ; 1,4]
N'entend pas du tout	218	34,9	0,4*	[0,2 ; 0,9]
Impact des troubles de l'audition				

Moyennement ou pas gênants (réf.)	980	55,2	1	
Très gênants	419	72,8	1,7***	[1,2 ; 2,2]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	928	69,9	1	
Oui	471	41,8	0,5***	[0,3 ; 0,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

0-15 ans (réf.)	741	53,0	1	
16 ans et plus	495	71,7	1,2	[0,9 ; 1,6]
VARIABLES RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL				
Nombre d'heures de travail par semaine				

Entre 35 et 48 heures (réf.)	983	63,9	1	
Moins de 35 heures	355	49,6	0,7	[0,4 ; 1,2]
Plus de 48 heures	59	69,5	2,3	[0,6 ; 9,1]
Pénibilité du travail (situation debout prolongée, port de charges lourdes, etc.)				
**				
Non (réf.)	969	58,1	1	
Oui	428	65,9	1,0	[0,6 ; 1,7]
Bruit gênant au travail				

Non (réf.)	808	49,6	1	
Oui	589	75,4	1,8*	[1,1 ; 2,8]

TABLEAU XIII (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Objectifs ou délais imposés difficiles à respecter		***		
Non (réf.)	645	50,5	1	
Oui	603	73,1	1,6*	[1,0; 2,4]
Travail permettant de prendre des décisions par soi-même		*		
Oui	1 038	63,7	2,4***	[1,4; 4,0]
Non (réf.)	278	55,4	1	
Soutien satisfaisant des collègues		***		
Oui (réf.)	647	51,3	1	
Non	581	75,6	2,4***	[1,5; 3,8]
Intérêt porté par les collègues		**		
Oui (réf.)	954	58,8	1	
Non	321	67,6	0,8	[0,5; 1,4]
Sécurité d'emploi menacée		***		
Non (réf.)	975	58,6	1	
Oui	313	71,2	1,2	[0,7; 2,0]
Vit souvent des situations de tension avec le public		***		
Non (réf.)	623	48,2	1	
Oui	580	76,7	3,2***	[2,1; 4,9]
A les moyens de faire un travail de qualité		***		
Oui (réf.)	980	54,5	1	
Non	349	79,4	3,1***	[1,7; 5,5]
Difficultés de compréhension des collègues de travail		**		
Non (réf.)	403	55,6	1	
Oui	929	63,5	0,9	[0,6; 1,4]
Aides au travail (en lien avec la situation auditive)		***		
Non (réf.)	1 036	65,8	1	
Oui	343	44,9	0,8	[0,5; 1,4]
Facilité à lire		***		
Oui, facile (réf.)	1 074	62,5	1	
Non, difficile ou impossible	161	47,8	1,8	[0,8; 4,1]
Facilité à s'exprimer à l'oral		***		
Oui, sans difficultés/non posé (réf.)	1 066	66,2	1	
Non, difficile ou impossible	217	39,2	0,8	[0,4; 1,9]
Capacité à converser au téléphone		***		
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	372	72,0	1	
Quelques difficultés	370	67,8	0,8	[0,5; 1,4]
Beaucoup de difficultés	140	65,7	1,0	[0,4; 2,3]
Ne peut pas le faire seul	379	38,5	0,3**	[0,1; 0,7]
Difficulté à suivre une conversation à plusieurs		***		
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	103	61,2	1	
Quelques difficultés	513	65,1	1,6	[0,7; 3,8]
Beaucoup de difficultés	396	67,9	1,8	[0,7; 4,5]
N'entend pas du tout	250	36,4	1,4	[0,4; 5,1]
Fatigue liée à la communication		***		
Jamais ou rarement (réf.)	177	52,0	1	
Rarement	254	50,8	1,2	[0,6; 2,3]
Quelquefois	475	62,1	1,9*	[1,0; 3,6]
Souvent	276	67,8	2,0	[1,0; 4,0]
Tout le temps	71	78,9	4,1*	[1,2; 14,2]

TABLEAU XIII (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
AUTRES VARIABLES				
Bruit gênant au travail				
Non (réf.)	808	49,6	1	
Oui	589	75,4	2,0***	[1,5 ; 2,6]
État de santé perçue				
Bonne (réf.)	1 044	57,5	1	
Mauvaise	215	75,3	1,2	[0,8 ; 1,9]
Travail fatigant physiquement				
Non (réf.)	994	58,8	1	
Oui	405	64,7	1,2	[0,9 ; 1,7]
Travail empêchant de dormir				
Non (réf.)	1 061	54,7	1	
Oui	338	78,7	2,0***	[1,4 ; 2,8]
Arrêts maladie				
Pas d'arrêt (réf.)	704	55,3	1	
Un arrêt	348	62,4	1,3	[0,9 ; 1,7]
Deux arrêts	181	63,0	1,5	[1,0 ; 2,3]
Trois arrêts ou plus	163	76,7	1,8*	[1,1 ; 3,0]
Au moins un trouble du sommeil				
Non (réf.)	277	45,1	1	
Oui	966	64,9	1,3	[1,0 ; 1,9]
Situation de détresse psychologique				
Non (réf.)	661	51,1	1	
Oui	594	71,0	1,8***	[1,4 ; 2,4]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les « variables relatives aux conditions de travail » et les « autres variables » sont ajustées dans deux modèles distincts sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU XIV

Les situations de détresse psychologique des actifs (en pourcentage), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010

	BSSM (Base : actifs) (données redressées)	Baromètre Santé 2010 (Base : actifs)
Détresse psychologique	50,8	16,5***
dont % pour motif professionnel	68,3	
soit % des actifs en détresse psychologique	34,0	5,4 ***
Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois	23,6	4,0
dont % en raison de leur situation ou vie professionnelle	43,6	
% des actifs qui ont eu des pensées suicidaires pour raisons professionnelles	10,3	1,4***
Tentatives de suicide au cours de la vie	15,3	5,9***
dont % pour raisons professionnelles	23,3	10,7
soit % de tentatives de suicide pour raisons professionnelles	3,5	0,6

*** : p<0,001.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

l'audition. Elle n'est guère associée à des difficultés à lire ou à s'exprimer à l'oral, à pouvoir converser ou maintenir une conversation au téléphone, à se faire comprendre de ses collègues de travail. Par contre, elle est plus fréquente chez les personnes qui manifestent des difficultés à comprendre leurs collègues à l'écrit ou à l'oral (OR = 2,4; $p < 0,05$).

Des liens avec les conditions de travail semblent perceptibles sur de nombreuses variables en analyse bivariée, mais s'effacent dans l'analyse multivariée lorsque l'on ajuste sur les variables sociodémographiques et les troubles de l'audition. La pression ressentie face aux exigences de production est, par contre, maintenue (OR = 2,3; $p < 0,01$).

La détresse professionnelle est également associée à un travail perçu comme fatigant nerveusement ou impactant la qualité du sommeil (OR = 3,6; $p < 0,001$ et OR = 1,9; $p < 0,01$) [tableau XV].

Pensées suicidaires et tentatives de suicide pour raison professionnelle

Si l'on observe les pensées suicidaires des 15-64 ans, 22,1 % des actifs occupés du BSSM (28,7 % des chômeurs; $p < 0,001$) déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois; parmi eux, près d'une personne sur deux (45,1 %, sans distinction entre chômeurs et actifs occupés) en attribue la cause à sa situation ou sa vie professionnelle; soit 9,9 % de la population active du BSSM.

Comparées à la population générale, les pensées suicidaires pour motifs professionnels sont significativement plus élevées parmi les personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition.

Parmi les actifs occupés, le profil des personnes ayant eu des idées suicidaires pour motif professionnel (123 personnes) n'est guère associé à une situation de

menace sur l'emploi. Les idées suicidaires augmentent sensiblement avec le niveau de surdité (OR = 3,8; $p < 0,05$ chez les personnes ayant beaucoup de difficultés à entendre, en référence à celles qui n'ont que des troubles de l'audition) et sont également plus importantes chez les personnes bénéficiant d'une RQTH (53,5 % vs 32,0 % des autres; OR = 3,3 $p < 0,05$). Elles se trouvent également plus fréquentes parmi les personnes se déclarant gênées par le bruit dans le travail (OR = 3,1; $p < 0,01$), évoquant que leur travail les empêche de dormir (OR = 2,3; $p < 0,05$) ou qu'il influence négativement leur santé (OR = 3,6; $p < 0,05$) [tableau XVI].

Au-delà des pensées suicidaires, c'est plus d'un actif sur dix (13,3 %) de 15 à 64 ans qui déclare avoir effectué une tentative de suicide dans la vie (21,3 % de chômeurs, 11,8 % d'actifs occupés; $p < 0,001$) et parmi eux, près d'une personne sur cinq (19,7 %) pour un motif professionnel; soit 2,6 % d'actifs du BSSM déclarant avoir effectué au cours de leur vie une tentative de suicide pour raison professionnelle. Les données (effectifs très petits et absence de questions rétrospectives sur la vie) ne permettent pas d'explorer les motifs professionnels ayant conduit à ces comportements suicidaires. Comparés aux résultats en population générale, ces résultats sont significativement plus élevés.

Effets négatifs du travail sur la vie privée

En dehors des aspects délétères du travail sur la santé évoqués précédemment, 38,6 % des actifs occupés évoquent des effets négatifs du travail sur leur vie de famille ou sentimentale (28,2 % sur leur vie de famille, 22,3 % sur leur vie amoureuse). Cet impact du travail sur la sphère privée est sensiblement plus élevé qu'en population générale ($p < 0,001$). Ce ressenti est davantage exprimé par les 35-44 ans et les personnes

TABLEAU XV

Facteurs associés au fait de se trouver en situation de détresse psychologique pour motif professionnel (n = 572)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	189	64,0	1	
Femme	424	69,8	1,2	[0,8 ; 1,9]
Âge				
15-25 ans (réf.)	31	71,0	1	
26-34 ans	109	71,6	0,8	[0,3 ; 1,9]
35-44 ans	177	70,1	0,8	[0,3 ; 2,0]
45-54 ans	202	65,8	0,7	[0,3 ; 1,8]
55-64 ans	94	63,8	0,6	[0,2 ; 1,6]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	193	62,7	1	
Baccalauréat	103	72,8	1,8*	[1,0 ; 3,1]
Supérieur au bac	305	70,5	1,5	[0,9 ; 2,6]
PCS (si actif ou retraité)				
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	17	76,5	2,3	[0,7 ; 7,8]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	134	70,1	1,2	[0,7 ; 1,9]
Professions intermédiaires (réf.)	201	67,2	1	
Employés	175	68,0	1,1	[0,7 ; 1,8]
Ouvriers	45	64,4	1,2	[0,5 ; 2,5]
Acuité auditive perçue				
*				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	46	52,2	1	
Quelques difficultés à entendre	304	66,8	1,9	[0,9 ; 3,9]
Beaucoup de difficultés à entendre	189	73,5	3,0**	[1,4 ; 6,7]
N'entend pas du tout	74	68,9	2,4	[0,9 ; 6,6]
Impact des troubles de l'audition				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	360	67,2	1	
Très gênants	253	69,2	1,1	[0,8 ; 1,7]
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	443	67,5	1	
Oui	170	69,4	1,0	[0,6 ; 1,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
0-15 ans (réf.)	333	70,3	1	
16 ans et plus	269	66,2	1,0	[0,6 ; 1,5]
VARIABLES RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL				
Bruit gênant au travail				
**				
Non (réf.)	299	62,5	1	
Oui	295	73,9	1,6	[0,9 ; 3,0]
Objectifs ou délais imposés difficiles à respecter				

Non (réf.)	228	58,3	1	
Oui	305	76,1	2,3**	[1,3 ; 4,0]
Travail permettant de prendre des décisions par soi-même				
Oui	417	67,6	1,7	[0,9 ; 3,3]
Non (réf.)	147	70,1	1	

TABLEAU XV (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Soutien satisfaisant des collègues				

Oui (réf.)	225	58,7	1	
Non	312	76,9	1,5	[0,8 ; 2,8]
Intérêt porté par les collègues				

Oui (réf.)	346	63,3	1	
Non	197	77,7	1,7	[0,9 ; 3,3]
Sécurité d'emploi menacée				
Non (réf.)	376	66,2	1	
Oui	167	72,5	0,9	[0,5 ; 1,7]
Vit souvent des situations de tension avec le public				
		**		
Non (réf.)	219	60,7	1	
Oui	291	72,5	1,6	[0,9 ; 2,9]
A les moyens de faire un travail de qualité				

Oui (réf.)	358	62,3	1	
Non	203	79,3	0,9	[0,4 ; 1,7]
Difficultés de compréhension des collègues de travail				

Non (réf.)	139	54,7	1	
Oui	434	72,6	2,4*	[1,2 ; 4,9]
Difficultés à se faire comprendre des collègues				
		**		
Non (réf.)	365	64,1	1	
Oui	230	74,3	1,5	[0,8 ; 2,8]
Employeur au courant de la situation auditive				
Non (réf.)	111	62,2	1	
Oui	417	68,8	0,8	[0,4 ; 1,8]
RQTH				
Oui	360	70,6	1,1	[0,5 ; 2,3]
Non (réf.)	216	64,4	1	
Fatigue liée à la communication				
Jamais ou rarement (réf.)	135	66,7	1	
Quelquefois	231	64,5	0,9	[0,4 ; 1,8]
Souvent	190	69,5	1,0	[0,4 ; 2,2]
Tout le temps	56	80,4	1,0	[0,3 ; 3,4]
VARIABLES SANTÉ				
Travail fatigant nerveusement				

Non (réf.)	171	50,3	1	
Oui	422	75,4	3,6***	[2,3 ; 5,6]
Travail fatigant physiquement				
Non (réf.)	393	67,4	1	
Oui	200	69,5	1,0	[0,6 ; 1,5]
Travail empêchant de dormir				

Non (réf.)	397	63	1	
Oui	196	78,6	1,9**	[1,2 ; 2,9]
Au moins un trouble du sommeil				
Non (réf.)	74	73	1	
Oui	532	67,7	0,7	[0,4 ; 1,3]
Arrêts maladie				
		*		
Pas d'arrêt (réf.)	262	64,5	1	
Un arrêt	162	63,6	0,9	[0,6 ; 1,5]
Deux arrêts	77	77,9	1,5	[0,8 ; 2,9]
Trois arrêts ou plus	94	77,7	1,4	[0,8 ; 2,6]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les « variables relatives aux conditions de travail » et les « variables santé » sont ajustées dans deux modèles distincts sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU XVI

Facteurs associés au fait d'évoquer des pensées suicidaires pour raison professionnelle (n = 250)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	102	45,1	1	
Femme	172	44,8	0,9	[0,5 ; 1,6]
Âge				
Par unité	250		1,0	[0,98 ; 1,04]
Niveau de diplôme				
		*		
Inférieur au bac (réf.)	81	37,0	1	
Baccalauréat	51	58,8	2,2*	[1,0 ; 4,8]
Supérieur au bac	130	44,6	1,3	[0,6 ; 2,7]
Catégorie socioprofessionnelle (si actif ou retraité)				
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	8	50,0	1,2	[0,3 ; 5,8]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	56	41,1	0,7	[0,3 ; 1,5]
Professions intermédiaires (réf.)	99	49,5	1	
Employés	74	45,9	0,8	[0,4 ; 1,7]
Ouvriers	13	30,8	0,6	[0,1 ; 2,2]
Acuité auditive perçue				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	24	25	1	
Quelques difficultés à entendre	137	45,3	3	[0,9 ; 9,4]
Beaucoup de difficultés à entendre	77	50,6	3,8*	[1,1 ; 13,1]
N'entend pas du tout	36	44,4	3,7	[0,8 ; 17,7]
Impact troubles audition				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	134	43,3	1	
Très gênant	140	46,4	1	[0,6 ; 1,8]
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	199	46,2	1	
Oui	75	41,3	0,5	[0,2 ; 1,2]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
0-15 ans (réf.)	141	46,8	1	
16 ans et plus	122	43,4	0,8	[0,4 ; 1,5]
AUTRES VARIABLES				
Sécurité d'emploi menacée				
Non (réf.)	192	44,8	1	
Oui	73	47,9	1,1	[0,5 ; 2,2]
Bruit gênant au travail				
		**		
Non (réf.)	122	36,1	1	
Oui	142	54,2	3,1**	[1,5 ; 6,4]
Employeur au courant de la situation auditive				
Non (réf.)	56	35,7	1	
Oui	183	48,1	1,1	[0,4 ; 2,8]
RQTH				

Oui	157	53,5	3,3*	[1,3 ; 8,3]
Non (réf.)	103	32,0	1	
Travail fatigant nerveusement				
		*		
Non (réf.)	74	33,8	1	
Oui	191	50,3	1,2	[0,5 ; 2,7]

TABLEAU XVI (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Travail fatigant physiquement				
Non (réf.)	169	43,2	1	
Oui	96	50,0	1,3	[0,6 ; 2,6]
Travail empêchant de dormir				

Non (réf.)	174	37,4	1	
Oui	91	61,5	2,3*	[1,1 ; 4,5]
Influence du travail sur la santé				

Le travail n'influence pas ma santé (réf.)	36	19,4	1	
Le travail influence ma santé	229	49,8	3,6*	[1,1 ; 11,4]
Au moins un trouble du sommeil				
Non (réf.)	25	52,0	1	
Oui	241	44,4	0,9	[0,3 ; 3,3]
Au moins un arrêt maladie dans l'année				
Non (réf.)	91	38,5	1	
Oui	174	49,4	1,5	[0,7 ; 3,1]
Situation de détresse psychologique				
Non (réf.)	33	36,4	1	
Oui	236	46,2	1,8	[0,7 ; 4,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les « autres variables » sont ajustées dans un autre modèle sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

fortement gênées par les troubles de l'audition (48,9 % vs 34,2 % ; OR = 1,6 ; p<0,001) **[tableau XVII]**. Il ressort que l'impact négatif du travail sur la vie privée est fortement associé à l'expression d'une gêne sonore au travail (OR = 1,4 ; p<0,05), à un travail éprouvant nerveusement (OR = 2,5 ; p<0,001) ou qui empêche de dormir (OR = 2,6 ; p<0,001), à des troubles du sommeil (OR = 1,5 ; p<0,05), à un état dépressif (OR = 3,0 ; p<0,001) et à un nombre croissant d'arrêts maladie **[tableau XVII]**.

Effet perçu du travail sur la santé

Si 82,0 % des actifs occupés du BSSM considèrent que leur travail a une influence plutôt négative sur leur santé, 18 % estiment au contraire que celui-ci est plutôt bon pour leur santé (28 % parmi les personnes utilisant la LSF ; p > 0,001) **[tableau XVIII]**. L'assertion d'un travail « *bon pour la santé* »

est significativement associée au fait d'être locuteur de la LSF (OR = 2,4 ; p<0,001) et à la PCS (OR = 1,6 pour les cadres, en référence aux professions intermédiaires ; p<0,05). Les conditions de travail telles que le fait de déclarer une moindre pénibilité dans le travail, d'avoir les moyens de faire un travail de qualité, un soutien social satisfaisant des collègues, une moindre exposition à des tensions avec le public, sont positivement associées au fait de déclarer un travail bon pour la santé. Le lien avec les aides au travail (constaté en bivarié) disparaît. Les personnes qui déclarent que leur travail est bon pour la santé se plaignent, par ailleurs, significativement et logiquement moins que les autres, de fatigue physique, de fatigue nerveuse ou d'un travail qui les empêche de dormir et sont plus nombreuses à ne pas avoir connu d'arrêt maladie dans les douze derniers mois **[tableau XVIII]**.

TABLEAU XVII

Facteurs associés au fait de déclarer un impact négatif du travail sur la vie privée (vie familiale et/ou vie amoureuse) (n = 1183)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	493	39,6	1	
Femme	909	38,1	1,0	[0,8 ; 1,3]
Âge				
*				
15-25 ans (réf.)	78	29,5	1	
26-34 ans	299	35,5	1,5	[0,8 ; 2,8]
35-44 ans	404	42,6	1,9*	[1,1 ; 3,6]
45-54 ans	435	40,9	1,7	[0,9 ; 3,1]
55-64 ans	186	33,3	1,1	[0,6 ; 2,2]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	344	38,7	1	
Baccalauréat	221	37,1	1,0	[0,7 ; 1,4]
Supérieur au bac	670	40,6	1,0	[0,7 ; 1,4]
PCS (si actif ou retraité)				
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	35,5	0,8	[0,4 ; 1,7]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	45,3	1,3	[0,9 ; 1,7]
Professions intermédiaires (réf.)	442	38,9	1	
Employés	341	36,7	0,9	[0,6 ; 1,2]
Ouvriers	69	43,5	1,2	[0,7 ; 2,1]
Acuité auditive perçue				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	77	40,3	1	
Quelques difficultés à entendre	709	39,8	1,3	[0,7 ; 2,3]
Beaucoup de difficultés à entendre	399	39,6	1,3	[0,7 ; 2,4]
N'entend pas du tout	217	32,3	1,3	[0,6 ; 2,8]
Impact des troubles de l'audition				

Peu ou pas gênants (réf.)	983	34,2	1	
Très gênants	419	48,9	1,6***	[1,3 ; 2,2]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	929	42,0	1	
Oui	473	31,9	0,7	[0,5 ; 1,0]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
**				
0-15 ans (réf.)	742	36,5	1	
16 ans et plus	495	43,8	1,1	[0,8 ; 1,5]
AUTRES VARIABLES				
Bruit gênant au travail				

Non (réf.)	811	30,8	1	
Oui	589	49,1	1,4*	[1,1 ; 1,9]
Travail fatigant nerveusement				

Non (réf.)	552	21,7	1	
Oui	845	49,6	2,5***	[1,8 ; 3,4]
Travail fatigant physiquement				

Non (réf.)	993	35,6	1	
Oui	404	45,8	1,1	[0,8 ; 1,6]

TABLEAU XVII (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Travail empêchant de dormir		***		
Non (réf.)	1 060	30,6	1	
Oui	337	63,8	2,6***	[1,9; 3,6]
Au moins un trouble du sommeil		***		
Non (réf.)	277	23,1	1	
Oui	967	44,1	1,5*	[1,0; 2,1]
Arrêts maladie		***		
Pas d'arrêt (réf.)	705	30,6	1	
Un arrêt	351	36,5	1,0	[0,7; 1,4]
Deux arrêts	181	52,5	2,2***	[1,4; 3,3]
Trois arrêts ou plus	164	62,2	2,7***	[1,7; 4,2]
Situation de détresse psychologique		***		
Non (réf.)	661	25,1	1	
Oui	596	55,0	3,0***	[2,3; 4,0]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les « autres variables » sont ajustées dans un modèle distinct sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU XVIII

Facteurs associés au fait de déclarer son travail bon pour sa santé (n = 1182)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	492	18,3	1	
Femme	907	17,9	1,0	[0,7; 1,4]
Âge				
15-25 ans (réf.)	77	20,8	1	
26-34 ans	299	17,7	0,7	[0,3; 1,5]
35-44 ans	404	17,8	0,8	[0,4; 1,7]
45-54 ans	433	16,9	0,8	[0,4; 1,7]
55-64 ans	186	20,4	1,5	[0,7; 3,3]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	343	19,2	1	
Baccalauréat	221	22,2	1,2	[0,8; 1,9]
Supérieur au bac	670	16,1	0,8	[0,5; 1,2]
PCS (si actif ou retraité)		*		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	31	25,8	2,5	[1,0; 6,0]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	300	18,0	1,6*	[1,0; 2,5]
Professions intermédiaires (réf.)	442	14,7	1	
Employés	340	21,5	1,5	[1,0; 2,3]
Ouvriers	69	10,1	0,5	[0,2; 1,2]
Acuité auditive perçue		***		
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	76	7,9	1	
Quelques difficultés à entendre	709	14,2	1,7	[0,6; 5,0]
Beaucoup de difficultés à entendre	396	18,4	2,0	[0,7; 6,1]
N'entend pas du tout	218	33,0	3,2	[1,0; 10,1]

TABLEAU XVIII (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Impact des troubles de l'audition ***				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	980	20,3	1	
Très gênants	419	12,6	0,7	[0,5 ; 1,1]
Pratique de la LSF ***				
Non (réf.)	928	12,9	1	
Oui	471	28,0	2,4***	[1,5 ; 3,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition **				
0-15 ans (réf.)	741	20,8	1	
16 ans et plus	495	13,9	1,1	[0,7 ; 1,7]
VARIABLES RELATIVES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL				
Nombre d'heures de travail par semaine **				
Entre 35 et 48 heures (réf.)	995	16,3	1	
Moins de 35 heures	362	24,3	1,5	[0,8 ; 2,7]
Plus de 48 heures	61	13,1	0,8	[0,1 ; 4,1]
Pénibilité du travail ***				
Non (réf.)	986	21,6	1	
Oui	432	10,4	0,4**	[0,2 ; 0,8]
Bruit gênant au travail ***				
Non (réf.)	821	23,9	1	
Oui	597	10,4	0,7	[0,4 ; 1,2]
Objectifs ou délais imposés difficiles à respecter ***				
Non (réf.)	656	22,3	1	
Oui	608	11,7	0,8	[0,5 ; 1,3]
Travail permettant de prendre des décisions par soi-même				
Oui (réf.)	1 049	17,5	1	
Non	284	16,9	1,4	[0,7 ; 2,6]
Soutien satisfaisant des collègues ***				
Oui (réf.)	655	23,8	1	
Non	591	9,8	0,3***	[0,2 ; 0,5]
Intérêt porté par les collègues ***				
Oui (réf.)	967	20,3	1	
Non	326	9,8	1,0	[0,5 ; 2,1]
Sécurité d'emploi menacée ***				
Non (réf.)	985	20,4	1	
Oui	319	10,7	1,0	[0,5 ; 2,0]
Vit souvent des situations de tension avec le public ***				
Non (réf.)	638	22,6	1	
Oui	583	9,9	0,4**	[0,2 ; 0,8]
A les moyens de faire un travail de qualité ***				
Oui (réf.)	996	21,6	1	
Non	353	9,3	0,3**	[0,1 ; 0,6]
Difficultés de compréhension des collègues de travail				
Non (réf.)	408	20,1	1	
Oui	945	16,6	1,1	[0,6 ; 1,9]
Aides au travail en lien avec la situation auditive ***				
Non (réf.)	1 051	14,8	1	
Oui	349	27,2	1,4	[0,7 ; 2,6]
Facilité à lire				
Oui, facile (réf.)	1 088	17,5	1	
Non, difficile ou impossible	164	23,2	1,4	[0,6 ; 3,2]

TABLEAU XVIII (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Facilité à s'exprimer à l'oral ***				
Oui, sans difficultés/non posé (réf.)	1 078	15,3	1	
Non, difficile ou impossible	220	30,0	0,9	[0,4 ; 2,3]
Capacité à converser au téléphone ***				
Sans difficultés (réf.)	374	12,8	1	
Quelques difficultés	375	15,7	0,8	[0,4 ; 1,6]
Beaucoup de difficultés	143	11,2	0,4	[0,1 ; 1,3]
Ne peut pas le faire seul	387	29,5	0,6	[0,2 ; 1,6]
Difficulté à suivre une conversation à plusieurs ***				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	104	15,4	1	
Quelques difficultés	518	15,4	0,7	[0,2 ; 2,2]
Beaucoup de difficultés	402	14,4	0,9	[0,3 ; 2,8]
N'entend pas du tout	256	32,4	1,2	[0,3 ; 5,5]
Fatigue liée à la communication				
Jamais (réf.)	181	22,1	1	
Rarement	257	17,9	0,8	[0,3 ; 1,7]
Quelquefois	480	19,2	1,0	[0,5 ; 2,2]
Souvent	279	14,7	0,9	[0,4 ; 2,3]
Tout le temps	73	12,3	0,8	[0,2 ; 3,7]
AUTRES VARIABLES				
État de santé perçue ***				
Bonne (réf.)	1 044	20,1	1	
Mauvaise	215	7,0	0,6	[0,3 ; 1,2]
Travail fatigant nerveusement ***				
Non (réf.)	553	36,5	1	
Oui	846	5,9	0,1***	[0,1 ; 0,2]
Travail fatigant physiquement ***				
Non (réf.)	994	21,9	1	
Oui	405	8,4	0,4***	[0,2 ; 0,6]
Travail empêchant de dormir ***				
Non (réf.)	1 061	21,8	1	
Oui	338	6,2	0,4***	[0,2 ; 0,6]
Arrêts maladie ***				
Pas d'arrêt (réf.)	704	23,0	1	
Un arrêt	348	14,1	0,6*	[0,4 ; 1,0]
Deux arrêts	181	16,0	0,8	[0,5 ; 1,5]
Trois arrêts ou plus	163	6,7	0,4	[0,2 ; 1,0]
Au moins un trouble du sommeil **				
Non (réf.)	277	23,8	1	
Oui	966	16,3	1,4	[0,9 ; 2,1]
Situation de détresse psychologique ***				
Non (réf.)	661	23,4	1	
Oui	594	11,6	0,8	[0,5 ; 1,1]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les « variables relatives aux conditions de travail » et les « variables santé » sont ajustées dans deux modèles distincts sur les variables sociodémographiques et liées à l'audition.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

DISCUSSION

RAPPORT À L'EMPLOI DES PERSONNES SOURDES, MALENTENDANTES ET/OU AYANT DES TROUBLES DE L'AUDITION

Sur le terrain circulent des chiffres fantaisistes, extrêmement élevés, sur le taux de chômage des personnes sourdes et malentendantes, associant niveau d'audition et difficulté à trouver du travail. Cette vision laisse peu de perspectives en terme de changement (la surdité étant incurable) et incite à des politiques de discrimination positive et d'aide au placement. Les données du BSSM permettent d'appréhender plus finement la complexité de la situation. Au regard des données du Baromètre santé 2010 sur l'ensemble de la population, la proportion des personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition en activité est néanmoins sensiblement inférieure à celle de la population générale (53,2 % vs 61,5 % ; $p < 0,001$), et le chômage plus élevé (13,2 % vs 9,3 %) ; des données qui sont en cohérence avec les autres enquêtes statistiques (HSM, Insee, HID) [10, 11]. Chez les plus de 55 ans, la proportion de retraités est sensiblement supérieure et les autres situations d'inactivité sont légèrement plus importantes dans toutes les classes d'âge avant 55 ans. L'importance de ces dernières situations ainsi que la méconnaissance des réalités et des causes que cette catégorie recouvre ont déjà été signalées dans d'autres recherches et restent d'actualité [11, 12].

Au regard des données de l'enquête Emploi 2011 disponibles sur un ensemble de populations en situation de handicap [13] et en cohérence avec d'autres analyses portant sur les sourds et malentendants au travail [14], le rapport de cette population au marché du travail n'est pas le plus défavorable. Il est cependant possible, comme l'indiquent d'autres données sur

les personnes en situation de handicap [13], qu'il existe de fortes disparités géographiques en termes de situation de chômage et d'offre de services d'accessibilité. L'enquête du BSSM, compte tenu de ses effectifs, ne permet pas d'effectuer d'analyses régionales.

Concernant les niveaux d'activité des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, les données du BSSM indiquent que l'accès à l'emploi est davantage déterminé par le niveau de diplôme et la qualification professionnelle que par les niveaux d'audition ou la langue pratiquée. Ces conclusions ne remettent pas en cause le constat observé dans les précédentes enquêtes citées, d'une association entre le fait de ne pas entendre et celui d'avoir plus souvent un niveau de diplôme inférieur au bac. Mais, comme le montre la proportion importante de diplômés au sein du BSSM et les récentes études sur l'évolution des métiers de cette population [1], rien n'est inéluctable en la matière.

Les données de ce Baromètre santé invitent à changer le regard sur l'accès à l'emploi des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, et, en termes de politiques publiques, à poursuivre les mesures préexistantes, notamment celles du Plan surdité 2010-2012, en soutenant tout particulièrement les parcours scolaires des jeunes sourds et malentendants, leur accès à l'enseignement supérieur et aux formations. L'enjeu est également d'adapter l'offre de formation à la demande du marché du travail et d'accompagner ces publics dans leur recherche d'emploi. Celle-ci reste en effet une étape difficile [15, 8]. Plus de la moitié des chômeurs (53,6 %) du BSSM expriment un besoin d'aide dans leur recherche d'emploi (tout particulièrement les hommes, les locuteurs de la LSF et les personnes ayant

le plus de difficultés à entendre). D'autres données font état d'injustices ou de refus de droits ressentis par les chômeurs [16]. Ces difficultés peuvent conduire à un découragement pour les personnes en recherche d'emploi. Comme l'ont montré les enquêtes du Royal National Institute for Deaf People (RNID) [17], outre certaines représentations négatives sur les capacités de ces populations à exercer une pluralité de métiers, le manque d'information sur leurs besoins et la méconnaissance des outils nécessaires pour communiquer demeurent un obstacle essentiel chez les conseillers emplois et les recruteurs. Des prestations spécifiques sont proposées par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (Fiphfp) pour un meilleur accès aux services des Cap Emploi. Le Plan surdité 2010-2012 [15] prévoyait de renforcer l'accessibilité des personnes sourdes et malentendantes aux services de Pôle Emploi. En parallèle, une mesure plus générale visait à développer les métiers nécessaires à l'intégration des personnes sourdes et malentendantes (interprètes, transcripteurs, codeurs LPC). Des outils à destination des employeurs et des actions de valorisation d'expériences d'intégration professionnelle réussies étaient également prévus.

SITUATION EN EMPLOI

Les personnes qui ont répondu au BSSM se caractérisent, par rapport au Baromètre santé 2010, par une proportion significativement plus élevée de professions intermédiaires et d'employés et une proportion plus faible d'ouvriers et de travailleurs indépendants. Cette surreprésentation des employés est une caractéristique commune aux personnes en situation de handicap [18]. Ce sont également des tendances évoquées par

les précédentes enquêtes sur la population sourde en France [10, 14]. L'essentiel des postes occupés, pour toutes les catégories de personnes, relève du salariat, dans des conditions plutôt favorables (postes à durée indéterminée...), tandis que la précarité des contrats est avant tout associée à l'âge (les plus jeunes) et au genre (les femmes). Si les femmes exercent, par ailleurs, à temps partiel dans des proportions similaires à la population générale, la particularité du BSSM est d'indiquer qu'un quart des situations à temps partiel est rapporté à une raison de santé ou de handicap.

RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ ET AIDES DANS LE CADRE DU TRAVAIL

Six actifs sur dix du BSSM bénéficient d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'enquête met en évidence les liens étroits entre la reconnaissance du statut de RQTH et les aides pour communiquer dans le travail. Toutefois, seulement 38,5 % des personnes bénéficiant d'un statut de RQTH disposent d'aides au travail, et 43,2 % des personnes qui n'entendent pas ainsi que 65,2 % des personnes qui entendent avec beaucoup de difficultés travaillent sans aucune aide. C'est également le cas de la plupart des personnes souffrant d'acouphènes et/ou d'hyperacousie sans perte auditive.

Les locuteurs de la LSF sont les plus importants bénéficiaires des aides accordées, notamment à travers la sollicitation d'interprètes. Il semble que ce soit l'aide la mieux professionnalisée et la plus repérée par les usagers. Les transcripteurs et plus encore les preneurs de notes restent moins connus. Les locuteurs de la LSF sont également les salariés dont les besoins sont les plus visibles et les plus explicitement évoqués.

Les études qualitatives permettent de prendre la mesure des difficultés de ce que signifie concrètement travailler sans LSF ou sans transcritteur pour une personne qui ne peut suivre une conversation à plusieurs : les réunions, les formations, les rencontres et tout espace d'échange d'informations et/ou de prise de décisions collectives lui sont inaccessibles [6, 12]. De fait, sur le terrain, l'exclusion des sourds et malentendants des espaces de décisions semble souvent banale. Le refus d'aménagement de postes est une discrimination fondée sur le handicap, mais ces aménagements ne sont pas toujours demandés, parfois par craintes ou méconnaissance des démarches. Celles-ci s'avèrent souvent complexes, notamment dans les grandes entreprises [19], principaux employeurs de ces populations. Il se peut également que le budget apporté par les opérateurs chargés du financement (Agefiph pour le secteur privé, FIPHPF pour le secteur public) dans le cadre d'aménagements de postes soit épuisé. Ces situations peuvent être vécues par les salariés comme un décalage entre droit et pratique, brider les échanges collectifs et parfois donner lieu à des formes de désengagement au travail [19].

Pour autant, si les difficultés de communication entament bien la relation de travail, elles ne conduisent pas systématiquement à des blocages. Les salariés ont des capacités pour reconstruire des réseaux de collaboration et des procédures d'accès aux informations. Ce « travail en plus » de réorganisations internes et opérationnelles sur les conditions de travail implique de manière décisive la collaboration des collègues [1]. D'autres démarches consistent à participer à des réunions où très peu de propos seront saisis et à compenser de manière peu visible le manque d'informations (en essayant de lire sur les lèvres, par l'interprétation de ce qui n'a pas été vu ou entendu, etc.). Ces efforts permanents d'adaptation au milieu

professionnel engendrent beaucoup de fatigue et de stress [17].

CONDITIONS DE TRAVAIL ET SANTÉ

Au regard de la population générale, les personnes interrogées dans le BSSM sont moins nombreuses à déclarer exercer un travail aux postures pénibles, fatigant physiquement ou nerveusement, mais font état de contraintes psychosociales plus importantes : plus grande difficulté à respecter les délais, manque de moyens pour effectuer un travail de qualité, moindre latitude décisionnelle et, fait le plus frappant, manque de soutien dans les situations difficiles (plus de la moitié des personnes interrogées), ainsi que, pour un tiers, manque d'intérêt de leurs collègues. Ces dernières conditions peuvent à elles seules s'accompagner de certaines formes de désengagement au travail.

Si nombre de situations s'expliquent au regard des qualifications et du métier – fatigue physique associée à des métiers ouvriers, marqués par une pénibilité physique et une gêne sonore, fatigue nerveuse plus marquée chez les cadres –, la particularité du BSSM est de révéler l'importance des gênes sonores et du risque psychosocial sur la santé de cette population.

GÊNE SONORE AU TRAVAIL

La gêne que constitue le bruit, notamment de forte intensité (> 85 dB), est régulièrement suivie par les enquêtes Sumer [20] et solidement encadrée par la législation du travail⁵. Les risques encourus peuvent engendrer des troubles du sommeil, un

5. Décret 2006-892 du 19 juillet 2006 relatif aux prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit et modifiant le Code du travail (deuxième partie : décrets en Conseil d'État). Arrêté du 19 juillet 2006 pris pour l'application des articles R. 231-126, R. 23. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Bruit-en-milieu-de-travail.html>

comportement agressif, de la fatigue ou encore un état de stress [21], quand l'exposition au bruit n'est pas elle-même à l'origine de surdités et/ou d'acouphènes.

Il est communément pensé qu'une personne qui n'entend pas ou mal est naturellement protégée des sons. Or, dans le BSSM, 44,9 % des personnes indiquant entendre avec beaucoup de difficultés déclarent une gêne sonore liée au travail. Des enquêtes qualitatives montrent également que les salariés malentendants, malgré la moindre perception des sons, n'échappent pas aux bruits qui, déformés ou amplifiés par les appareils auditifs, peuvent être particulièrement insupportables [8, 22]. Beaucoup souffrent également d'intolérance aux bruits, qui est une conséquence de la perte d'audition. La plupart des bruits, généralement parfaitement supportés par les « normo-entendants », ne sont plus tolérés par des personnes souffrant d'hyperacousie et gênent la concentration [8]. En cas d'acouphènes, les liens entre gêne sonore, travail et santé sont complexes : « [...] dans certains cas, les personnes se consacrent pleinement à un excès de travail permettant d'oublier leurs acouphènes et de favoriser l'habituatation ; dans d'autres, l'acouphène est un « distracteur » qui empêche de se consacrer à leur tâche, surtout si le travail demande des efforts attentionnels particuliers (notamment du point de vue auditif ou si les tâches sont nombreuses) » [23]. Enfin, si l'on relève moins de plaintes parmi les personnes qui n'entendent pas et les personnes pratiquant la LSF, il est important de remarquer que ces populations restent concernées en raison du port d'appareillage, mais aussi pour les ondes provoquées par les bruits d'intensité élevée, potentiellement dangereuses sur un plan physiologique. Le bruit provoque également des vibrations (par exemple sur les plans de travail) qui ont un effet distracteur et stressant pour ces travailleurs.

Sur le plan de la santé, les personnes déclarant une gêne sonore, une fatigue physique ou nerveuse liées à leur travail se plaignent davantage de perturbations de leur sommeil, et leurs plaintes sont associées positivement au nombre d'arrêts maladie. Or, ces conditions de travail sont justement susceptibles d'aggraver ces symptômes. En outre, la gêne sonore des personnes concernées par une surdité ou souffrant de troubles de l'audition est peu reconnue, souvent mal repérée par les médecins du travail, comme en témoigne le Congrès de médecine du travail de Lille de 2014⁶.

Une information sur ces pathologies et leurs répercussions dans le travail devrait être portée auprès des directeurs de ressources humaines et plus largement dans les entreprises. Une meilleure prise en charge et une action concertée avec les médecins du travail gagneraient à être engagées. Le Plan surdité 2010-2012 prévoyait d'ailleurs de renforcer la formation des médecins du travail, afin de lever les difficultés rencontrées par les personnes sourdes en matière d'aptitude/inaptitude au travail [15].

FATIGUE NERVEUSE ET RISQUE PSYCHOSOCIAL

Six actifs occupés sur dix déclarent un travail fatigant nerveusement. Au-delà des facteurs associés déjà mis en évidence (fatigue associée à des troubles de l'audition ou conditions de travail bruyantes), la fatigue nerveuse touche, comme dans le reste de la population, davantage les personnes occupant une position de cadres et celles présentant des situations de travail stressantes (dans lesquelles il est difficile de faire un travail de qualité sans bénéficier par ailleurs de ressources adéquates ou

6. 33^e Congrès national Santé Travail, Lille, juin 2014. En ligne : <http://santetravail-lille2014.fr/les-actes-du-congres>

d'un soutien social satisfaisant). Les difficultés de communication dans le travail, qui impliquent des efforts d'attention et de concentration, sont associées à cette fatigue.

Les personnes souffrant de façon importante de troubles de l'audition sont les plus touchées et sont les plus susceptibles de combiner ces difficultés. Moins reconnues et moins aidées que d'autres, elles ont à gérer les douleurs ou la gêne occasionnées par les acouphènes et/ou par l'intolérance aux bruits ambiants quand il s'agit d'hyperacousie. Par ailleurs, les personnes les moins soutenues par leurs collègues sont aussi celles dont les difficultés se voient le moins. La fatigue nerveuse distingue donc les personnes qui s'expriment oralement et dont la surdité ou les troubles ne se voient pas, et celles qui sont les plus sourdes ou qui s'expriment de manière visible et privilégiée dans une autre langue que le français. Les locuteurs de la LSF et les plus sourds semblent, en effet, comparativement aux autres, moins concernés par cette fatigue.

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE POUR MOTIF PROFESSIONNEL

La détresse psychologique est une situation fréquente chez les personnes sourdes, malentendantes et/ou souffrant de troubles de l'audition, beaucoup plus importante qu'en population générale (50,8 % vs 16,5 % chez les actifs de 15-64 ans ; $p < 0,001$). Il en est de même des idées suicidaires survenues dans les douze derniers mois (23,6 % des actifs vs 4,0 % en population générale) ou des tentatives de suicide effectuées au cours de la vie (15,3 % vs 5,9 %). Au-delà de ces chiffres qui traduisent une détresse importante, le poids du motif professionnel accordé à cette souffrance est remarquable : il représente deux tiers des motifs en ce qui concerne la détresse psychologique, quasiment la moitié des situations pour ce qui est des idéations suicidaires (dans l'année),

un quart des tentatives de suicide (au cours de la vie). L'ampleur des difficultés liées à l'audition et à la non-prise en compte des repères et pratiques alternatives (recours à l'écrit, à la langue des signes, perception visuelle des alertes), les exigences de travail perçues, les difficultés de communication dans le travail et les fatigues associées sont autant de facteurs « d'épuisement » sous-jacents à une détresse psychologique au travail. Des formes d'isolement, non investiguées ici, pourraient également entrer en jeu dans cette souffrance au travail.

Comme évoqué précédemment, les obstacles rencontrés par ces populations et les efforts engagés, en particulier pour communiquer et recevoir des informations des autres, ne se voient pas. Le manque de reconnaissance et de soutien social dans les situations difficiles, ainsi que l'absence d'aides sont susceptibles d'accroître les difficultés.

Le fait d'être au chômage, le fait d'entendre avec beaucoup de difficultés et le statut de RQTH sont associés à davantage de pensées suicidaires. L'enquête ne permet pas de connaître les parcours professionnels des personnes et leurs ruptures professionnelles, mais l'enquête Santé et itinéraires professionnel (SIP) indiquait qu'un quart des ayants droit à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés avaient connu un événement de santé qui les avait contraints à quitter le marché du travail temporairement ou définitivement, et un tiers estimaient que leur problème de santé avait eu un impact sur leur vie professionnelle [13].

La souffrance au travail n'est cependant pas une fatalité : près d'une personne sur cinq (18 %) du BSSM déclare un mieux-être lié à la vie professionnelle, 28,0 % parmi les locuteurs de la langue des signes. Ce sentiment est logiquement associé à des conditions plus favorables et à davantage d'aides en faveur de la communication dans les équipes.

CONCLUSION

L'ensemble de ces données invite à accorder une reconnaissance plus importante aux difficultés des personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition dans le monde du travail en valorisant tant les résultats statistiques que les données qualitatives permettant d'éclairer les liens entre travail et santé [12, 24, 25].

Les difficultés évoquées sont pour partie liées à des environnements professionnels peu ouverts aux situations de handicap et méconnaissant les besoins de ces populations [24, 25], mais elles relèvent également de douleurs ou gênes auditives. Il en résulte des situations d'isolement et/ou d'exclusion des espaces de formation, d'information et de prise de décisions, ou encore des moments de convivialité (déjeuners en groupe, soirées entre collègues, etc.) [26, 27]. Des douleurs ou gênes auditives peuvent s'ajouter au tableau. Les conditions de travail peuvent ainsi être vécues comme un facteur favorisant un état de détresse psychologique.

L'importance de ces enjeux invite à envisager une sensibilisation des personnels, au sein des entreprises, aux différentes facettes de la surdité et des troubles de l'audition au travail. L'amélioration des processus de travail passe par des moyens financiers et des aides humaines plus conséquents. Les responsables Mission handicap ou diversité, initialement orientés vers le recrutement, sont des personnes ressources. Ils gagneraient à améliorer leur visibilité au sein de l'entreprise pour pouvoir être sollicités [19]. Un travail en pluridisciplinarité avec les médecins du travail devrait se poursuivre pour faciliter le repérage, la prise en charge, l'adaptation éventuelle des postes et l'accompagnement de ces personnes [28, 29]. En termes de prospective, le travail mené invite à compléter les données par des études sur les trajectoires professionnelles, mais aussi par des analyses du quotidien du travail tenant compte de la diversité des profils d'audition [30, 31].

Relecteurs

Dominique Dufournet (Bucodes SurdiFrance)

Romain Guignard (Inpes)

Alexis Karacostas (hôpital Pitié-Salpêtrière)

Bibliographie

- [1] Dalle-Nazébi S., Kerbourc'h S. Du mouvement Sourd aux bureaux de travail. La mise à l'épreuve de la citoyenneté. In : Benvenuto A., Séguillon D. Surdités, langues, cultures, identités : recherches et pratiques [dossier]. *Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation*, 2013, n° 64 : p. 53-64.
- [2] Comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). *Rapport 2012 du CNCPH, mandature 2009-2012*. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2013 : 73 p. En ligne : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2012_CNCPH_pHANDica.pdf
- [3] ONFRIH. *Rapport triennal de l'Observatoire sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap*. Paris : La Documentation française, 2011 : 258 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000304/0000.pdf>
- [4] Bureau M-C., Rist B. Questions de santé et questions de travail : quelles conciliations dans les commissions d'attribution des droits aux personnes handicapées ? *Sociologies pratiques*, 2013, vol. 1, n° 26 : p. 85-99.
- [5] Sarfati F., Waser A-M. Les risques professionnels et la santé : une affaire d'expérience, d'occultation, de reconnaissance. *Sociologies pratiques*, 2013, vol. 1, n° 26 : p. 1-10.
- [6] Dalle-Nazébi S. Récits d'une violence ordinaire. Les sourds au travail. *Développement humain, handicap et changement social*, 2009, vol. 18, n° 2 : p. 43-58.
- [7] Dalle-Nazébi S., Kerbourc'h S. L'invisibilité du « travail en plus » de salariés sourds, *Terrains & Travaux*, vol. 2, n° 23 « Politique du handicap » : p. 159-177.

- [8] Sitbon A. *Le Rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 110 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/lstf/pdf/rapport-a-la-sante-surdite-resultats-etude-qualitative.pdf>
- [9] Roussel P., MSSH. *Enquête sur la détresse psychologique des personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes et/ou acouphéniques : la détresse psychologique des personnes ayant répondu à l'enquête menée par l'Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif (Unisda) de 2010*. Paris : Unisda, 2011 : 27 p.
- [10] Hauesler L., Mordier B. Vivre avec des difficultés d'audition. Répercussions sur les activités quotidiennes, l'insertion et la participation sociale. *Dossiers Solidarité et santé*, Drees, 2014, n° 52 : 18 p.
- [11] Lelièvre F., Sander M.-S., Tallec A. Observatoire régional de santé des Pays de la Loire. *Handicap auditif en France. Apports de l'enquête HID 1998-1999* [document de travail]. Paris : Drees, coll. Série études, 2007, n° 71 : 155 p.
- [12] Kerbourc'h S., Dalle-Nazébi S., Leclainche C., Nancy M., Volkoff S., Molinié A.-M. *L'Emploi et l'Expérience professionnelle de sourds en milieu ordinaire. Les Conditions de travail et le Rôle des « aménagements »*. Rapport Drees-CNSA, 2012 : 70 p.
- [13] Amrous N. Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap. *Dares Analyses*, 2011, n° 041 : 8 p. En ligne : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2011-041-2.pdf>
- [14] Le Clainche C., Kerbourc'h S., Dalle-Nazébi S., Nancy M. *Statut dans l'emploi et conditions de travail des sourds en milieu ordinaire : analyse qualitative et quantitative*. Colloque « Handicap et autonomie. La diversité des apports des enquêtes Handicap-Santé », Drees-IFRH, Paris, 6 juin 2013.
- [15] Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, secrétariat d'État chargé de la Famille et de la Solidarité. *Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes*. Paris, 2010 : 35 p.
- [16] Bouvier G., Niel X. Les discriminations liées au handicap et à la santé. *Insee Première*, 2010, n° 1308 : 4 p.
- [17] Kerbourc'h S. L'emploi des malentendants et des sourds : quels enjeux ? *CEE, Connaissance de l'emploi*, 2009, n° 66 : 4 p.
- [18] Amrous N., Barhoumi M., Biaisque V. L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011. *Dares Analyses*, 2013, n° 066 : 11 p. En ligne : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-066.pdf>
- [19] Dalle-Nazébi S., Kerbourc'h S. *Les Salariés sourds aux prises avec le travail d'organisation*. 14^{es} Journées internationales de sociologie du travail, Lille, 17-19 juin 2014.
- [20] Arnaudo B., Leonard M., Sandret N., Cavet M., Coutrot T., Rivalin R. L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer. *Dares Analyses*, 2012, n° 023 : 10 p. En ligne : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023-2.pdf>
- [21] Accart R., Boulat S.-J., Gucève L., Frimat P., Pelé A. Maladies professionnelles. Bruit. Tableau 42 : « Surdité provoquée par les bruits léSIONNELS ». *Fiche de sécurité H2 F 15 99, OPPBTP*, 1999 : 12 p.
- [22] Dalle-Nazébi S., Sitbon A. Comprendre le processus de production de la santé au travail. La situation des salariés sourds et malentendants. *Nouvelle Revue du Travail*, 2014, n° 4 : 26 p. En ligne : <http://nrt.revues.org/1464>
- [23] Loche V. *Acouphènes, autres vulnérabilités aux bruits & travail*. 33^e Congrès national Santé Travail, Lille, juin 2014. En ligne : <http://santetravail-lille2014.fr/les-actes-du-congres>
- [24] Simms L., Rusher M., Andrews J.F., Coryell J. Apartheid in deaf education: examining workforce diversity. *American Annals of the Deaf*, vol. 153, n° 4 : p. 384-395.
- [25] Kramer S.E., Kapteyn T.S., Houtgast T. Occupational performance: comparing normally-hearing and hearing-impaired employees using the Amsterdam Checklist of Hearing and Work. *International Journal of Audiology*, 2006, vol. 45 : p. 503-512.
- [26] Bowe F.G., McMahon B.T., Chang T., Louvi I. Workplace discrimination, deafness and hearing impairment: The national EEOC ADA research project. *Work*, 2005, vol. 25, n° 1 : p. 19-25.
- [27] Dalle-Nazébi S., Marceau P. *Discrimination, audisme et surdité. Les Droits fondamentaux au travail*. Discriminations : état de la recherche, 13 décembre. 2013, Université Paris-Est Marne-la-Vallée. En ligne : http://www.ardis-recherche.fr/files/speakers_file_26.pdf
- [28] Ménard C., Sitbon A., Dalle-Nazébi S., Dessaux J. *Qualité de vie au travail des personnes acouphéniques et hyperacousiques. Résultats issus du Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) de l'Inpes*. Communication affichée, 33^e Congrès national Santé Travail, Lille, juin 2014.
- [29] Cherot-Kornobis N. *Synthèse de la session « Audition et travail »*. 33^e Congrès national Santé Travail, Lille, juin 2014. En ligne : <http://santetravail-lille2014.fr/les-actes-du-congres>
- [30] Fougeyrollas P. *Le Processus de production culturelle du handicap*. Québec : COCIDIH-SCCIDIH, 1995 : 437 p.
- [31] Mottez B. À s'obstiner contre les déficiences, on augmente souvent le handicap : l'exemple des sourds. *Sociologie et sociétés*, 1977, vol. 9, n° 1 : p. 20-32.

RECOURS ET ACCÈS AUX SOINS

Depuis une dizaine d'années, le dispositif d'aide et de recours aux soins des personnes sourdes a considérablement évolué, notamment par la reconnaissance de la langue des signes, par la création de consultations adaptées ou encore par la formation des professionnels de santé. Pour autant, la communication avec les professionnels de santé demeure compliquée en présence d'une surdité et pourrait, en particulier pour ceux dont la situation économique est défavorable, peser sur l'accès aux soins et la qualité des prises en charge.

La population du Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) se caractérise par un recours plus fréquent au médecin généraliste, au psychologue ou au psychiatre, et à l'acupuncteur que la population générale du Baromètre santé 2010. Cela est à mettre en relation avec une fréquence plus importante de maladies chroniques et de situations de détresse psychologique.

En matière de suivi contraceptif ou gynécologique, les femmes du BSSM ont moins fréquemment consulté un gynécologue dans l'année.

Le recours à trois types de dépistage du cancer a été interrogé. Parmi les 50-74 ans, huit femmes sur dix ont effectué une mammographie au cours des deux dernières années, proportion que l'on retrouve à l'identique en population générale. Les femmes du BSSM sont, en revanche, un peu moins nombreuses à avoir

réalisé un frottis au cours des trois dernières années, écart qui n'existe plus lorsque l'on considère l'examen au cours de la vie. Chez les hommes, de la même manière, les 50-74 ans sont proportionnellement moins nombreux à avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal lors des deux dernières années, mais y ont davantage eu recours au cours de leur vie. Les consultations d'ORL diminuent régulièrement avec l'avancée en âge et sont plus fréquentes parmi les personnes se déclarant fortement gênées par les troubles de l'audition (66,6 % vs 45,4 % ; OR = 1,7 ; p<0,001).

Une attention particulière doit être accordée aux personnes qui, au cours des douze derniers mois, déclarent avoir rencontré des difficultés de recours aux soins. Deux profils se distinguent :

- les personnes concernées par les maladies chroniques et/ou des troubles de l'audition (acouphènes et/ou hyperacousie), fortement représentées parmi les personnes interrogées, qui déclarent avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières. Ces populations ne pourraient faire face à un besoin très important en matière de consultations spécialisées. Une forte consommation de soins pourrait aussi être le signe d'une absence de réponse satisfaisante, en particulier aux troubles de l'audition ;

- les locuteurs de la langue des signes française (LSF) et/ou ayant

des difficultés d'expression orale, qui se retrouvent plus fréquemment parmi ceux indiquant n'avoir jamais consulté de spécialiste dans l'année, ou parmi ceux évoquant des difficultés dans leur prise de rendez-vous avec un médecin généraliste (41,3 % de ceux qui ont consulté sont dans cette situation). Ces difficultés retardent, dans 30 % des cas, les visites et, pour 18,0 %, empêchent fréquemment de se soigner. Les sourds pratiquant la LSF font davantage partie de la minorité (5,7 %) qui a systématiquement recours à un tiers pour communiquer avec le médecin. Dans ce cas, six sur dix font appel à l'aide d'un proche, un quart à un interprète, 10 % ont recours à un technicien de l'écrit, 4 % à un interm diateur. L'aide d'une tierce personne peut s'avérer gênante pour la moitié des personnes concernées, au point où la moitié d'entre elles renoncent à des soins.

Au cours des douze derniers mois, 20,2 % des personnes interrogées ont consulté un service médical adapté pour personnes sourdes et malentendantes. Les sourds locuteurs de la LSF sont proportionnellement plus nombreux à fréquenter ces services (24,6 % vs 18,2 %).

Le BSSM met en évidence les spécificités des difficultés des personnes sourdes et malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition dans leur accès aux soins et ouvre des pistes de réflexion pour une prise en charge globale de leurs besoins.

Recours et accès aux soins

COLETTE MÉNARD
JEAN DAGRON
AUDREY SITBON

INTRODUCTION

Le recours et l'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes¹ possèdent-ils des spécificités notables ? Dans la réalité du monde médical, la plupart du temps, la question semble ne pas se poser. En toute bonne foi, les professionnels de santé sont généralement persuadés que le déroulement des soins et la communication avec ces patients sont satisfaisants [1]. Or, alors même que les médecins se voient attribuer le rôle de premier pourvoyeur d'informations sur la santé (*voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes »*), que les termes médicaux, l'annonce du diagnostic et les traitements ont besoin d'être compris dans leur intégralité, il subsiste avec ces professionnels des difficultés de communication [2]. En effet, d'après des données qualitatives, certains articulent trop ou pas assez, d'autres parlent trop vite, derrière un masque, des appareils médicaux ou depuis une autre pièce, ne font

pas l'effort de répéter si la personne n'a pas compris, refusent le recours à l'écrit, s'adressent à l'accompagnant et font peu appel à un interprète [2, 3]. Les sourds qui pensent et rêvent en langue des signes (LSF) sont contraints de consulter dans la langue des soignants. Leurs difficultés avec l'oral restent largement ignorées et l'utilisation de leur langue n'est pas identifiée. De leur côté, les patients saisissent-ils tout ce qui se dit ? Sont-ils consentants ? Cela relève de l'indiscutable.

Le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) sur l'accès aux soins des personnes handicapées et des professionnels de santé experts de la surdité pointait des insuffisances importantes en matière d'accès aux soins [4]. Il semblerait que les patients

1. On désigne par « sourds », dans ce chapitre, les locuteurs de la langue des signes (et/ou les personnes sourdes profondes) et par « personnes malentendantes » les autres cas de figure.

sourds soient habitués à ne pas comprendre le discours des soignants. Les personnes mal à l'aise à l'écrit ne peuvent compenser par ce biais, le vocabulaire des ordonnances étant technique et la syntaxe pas toujours compréhensible. Pour elles, souvent, le manque de connaissances sur les questions de santé, lié à un accès restreint à l'information sous toutes ses formes – y compris dans le cadre familial (voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes ») –, déséquilibre encore plus les échanges d'informations dans la relation de soins [5]. Sans les termes adéquats, difficile de décrire ses symptômes de la manière attendue, voire peut-être de les penser précisément ou de les percevoir [6]. L'autocensure sur les questions à poser est d'autant plus importante que la réponse du médecin risque de ne pas être comprise. En l'absence d'aménagement du temps de consultation et de moyens de communication adaptés pour les personnes sourdes ou malentendantes et faute de sensibilisation du personnel médical, les informations sur les soins et la prévention peuvent être à la fois insuffisamment délivrées et intégrées [7, 8], avec des conséquences parfois dramatiques en termes psychologiques et de prise en charge [2]. Il a ainsi été rappelé dans le rapport de l'audition publique de la HAS sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, que leurs droits étaient particulièrement bafoués (discrimination dans les soins, absence de libre choix du praticien, manque d'accès à l'information des usagers du système de santé, non-protection de la vie privée, possibilités réduites d'être éclairé et de décider) [4]. Le lieu de soins pourrait être dans ces conditions, et plus qu'ailleurs, producteur d'inégalités sociales de santé [9, 10]. Néanmoins, depuis une trentaine d'années, la question de la communication dans l'accès aux soins sort peu à peu du silence et gagne en visibilité dans les textes officiels et les pratiques.

Dans la situation hétérogène actuelle où l'accès aux soins pour ceux concernés par une surdité n'est pas partagé à tous les niveaux du système de santé, le BSSM est l'occasion de reposer globalement des questions. Le recours aux soins de la population sourde et malentendante (accès au médecin généraliste, aux spécialistes) est-il similaire à celui de la population générale? Quelles sont les modalités de communication utilisées avec ces populations en consultation? Existe-t-il des difficultés à la prise de rendez-vous avec le médecin généraliste? Des obstacles à l'accès aux soins leur sont-ils spécifiques? Sont-ils de nature financière, communicationnelle ou autre? Ces difficultés concernent-elles tout ou partie de la population étudiée? Qu'induit la présence de troubles de l'audition, c'est-à-dire des acouphènes ou de l'hyperacousie, du point de vue de la consommation de soins?

Les réponses à ces questions permettront d'identifier les obstacles en matière d'accès aux soins. Les analyses prennent en compte les critères sociodémographiques et socioéconomiques ainsi que le rapport à l'audition des personnes interrogées². Les critères retenus pour décrire la situation au regard de l'audition sont : la langue pratiquée (LSF ou non), l'acuité auditive perçue (ou capacité à entendre), l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition et la présence de troubles de l'audition très gênants dans la vie quotidienne (en dehors de la surdité). Les possibilités limitées d'expression orale et de lecture (capacité à lire un livre), qui concernent plus souvent des personnes sourdes profondes depuis la prime enfance, seront également considérées car elles pourraient être liées à des difficultés plus importantes d'accès et de recours aux soins.

2. Voir la description de l'échantillon du point de vue des variables liées à l'audition dans le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon ».

Les données du BSSM sont mises en regard avec celles du Baromètre santé 2010, dans une optique de comparaison avec la population générale. Dans ce cas, les résultats sont pondérés sur le sexe, l'âge et le diplôme. Dans les autres cas de figure, il s'agit de données brutes.

RAPPEL HISTORIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES

L'accès aux soins des sourds s'est posé dans les années 1980 à la faveur d'une approche internationale en santé mentale aux États-Unis, en Suède, au Royaume-Uni et au Québec, où la langue des signes commence à être utilisée par des psychiatres, psychologues et certains professionnels sourds. Dans ce mouvement soutenu par la Société européenne de la santé mentale et surdité (ESMHD) se créent en France des associations de professionnels : en 1988, le Groupe d'études spécialisées thérapies et surdités (Gestes), suivi en 1991 par le Réseau d'actions médico-psychologiques et sociales pour enfants sourds (Ramses) [11].

La seconde étape déterminante se situe au début des années 1990, dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de sida. Elle va aboutir à une réponse des pouvoirs publics. La conjonction improbable de plusieurs facteurs explique cette reconnaissance de la problématique de l'accès aux soins spécifique des sourds comme problème de santé publique [12]. Un des faits déclencheurs : consulter un médecin avec l'aide d'un proche devient très rapidement inadmissible pour la communauté sourde. Des sourds et quelques professionnels de la santé se mobilisent pour apporter rapidement une solution permettant de préserver l'anonymat des patients : la première consultation en langue des signes débute en janvier 1995 au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. Couplée à cette consultation, un groupe de recherche définit la philosophie d'un dispositif spécialisé où « l'exigence linguistique est du côté des soignants » ; ce qui fournit à une population minoritaire le choix d'espaces sans obstacle linguistique dans le service public.

Les autorités ministérielles, en évaluant cette consultation, ont conclu à la nécessité de fournir aux usagers un dispositif spécialisé leur permettant de disposer de

lieux de soins bilingues avec des professionnels rompus aux différents registres de la langue des signes et du français adapté. Depuis, une quinzaine d'unités se sont ouvertes, fréquentées par 13 000 sourds. Ce dispositif original est, à la fois, bien connu dans les milieux sourds, moins par les personnes malentendantes et encore largement méconnu par le système de soins.

Les textes législatifs qui suivront viendront renforcer cette nécessité. La loi du 11 février 2005 reconnaît la langue des signes française (LSF) et stipule, dans son article 78, que le service public doit offrir la LSF et/ou les moyens de communication adaptés à la demande des usagers¹. La circulaire de la direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins (DHOS) d'avril 2007 a formalisé le fonctionnement des unités hospitalières pour les personnes sourdes : un médecin signeur, un interprète français/LSF, un travailleur social bilingue et un professionnel sourd, dénommé « intermédiaireur »². Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 stipule que « des personnes ayant des difficultés de communication (personnes sourdes ou malentendantes, personnes non francophones) doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communication adaptés, organisation du recours aux services de traduction) ».

1. L'article 78 de la loi du 11 février 2005 prévoit, pour les services publics, une mise à disposition des moyens de communication adaptés pour les personnes sourdes ou malentendantes, sous forme « d'une traduction écrite simultanée ou visuelle de toute information orale ou sonore les concernant selon des modalités et un délai fixés par voie réglementaire. Le dispositif de communication adapté peut notamment prévoir la transcription écrite ou l'intervention d'un interprète en langue des signes française ou d'un codeur en langage parlé complété. »

2. 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. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_12378.pdf

RÉSULTATS

FRÉQUENCE DES MALADIES CHRONIQUES ET DES INCAPACITÉS

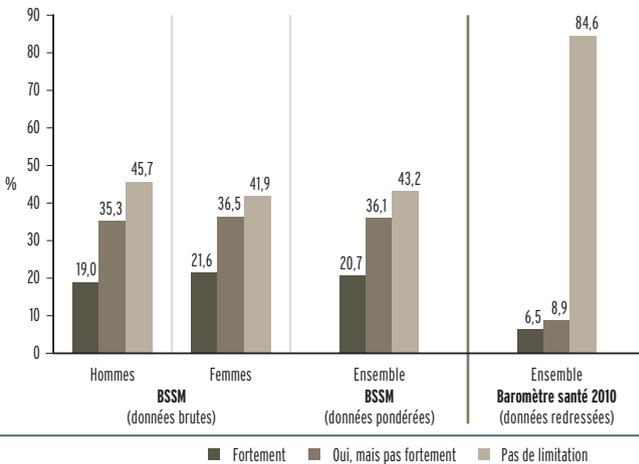
L'ensemble des répondants du BSSM déclare plus fréquemment une maladie chronique que la population générale (37,4 % vs 24,5 % dans le Baromètre santé 2010 ; $p < 0,001$). L'indication de pathologies liées à la surdité ou de troubles de l'audition parmi les maladies chroniques ne permet pas à elle seule de comprendre cette différence. En effet, ces symptômes ou maladies, qui n'avaient pas été identifiés en tant que tels dans le Baromètre santé 2010, sont rapportés par 4,5 % des personnes interrogées. Or, 31 % signalent par ailleurs des troubles de l'audition très gênants dans la vie quotidienne. Cela signifie que la plupart de ceux touchés par des troubles de l'audition ne les considèrent pas forcément *a priori* comme relevant d'une maladie chronique. Par ailleurs, quelques types de maladies sont légèrement plus souvent mentionnés dans le BSSM que dans

la population générale (entre 1 et 3 points de plus), telles que les pathologies cardio-vasculaires ou respiratoires. Une surdéclaration de maladies endocriniennes, métaboliques ou oculaires pourrait en partie être liée à la surdité. La prévalence déclarée de maladies mentales est deux fois plus importante que dans le Baromètre santé 2010 (1,9 % vs 0,9 % ; $p < 0,001$). Elle prend souvent la forme de dépressions d'après les personnes interrogées. Elle est à mettre en lien chez elles avec un niveau de détresse psychologique élevé qui, s'il persiste, peut induire ce type d'état.

Dans le BSSM, les personnes déclarant être limitées dans les actes de la vie quotidienne en raison d'un problème de santé ou d'un handicap sont majoritaires (56,8 %), alors qu'elles ne sont que 15,4 % dans le Baromètre santé 2010 [figure 1]. Cet écart peut se comprendre par la considération de la surdité ou des troubles de l'audition comme étant à l'origine de ces limitations, puisque cela concerne 47,9 % de l'échan-

FIGURE 1

Déclaration de limitation d'activités, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)



Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

tillon ($p < 0,05$) (44,4 % des hommes et 49,9 % des femmes).

CONSULTATION DE GÉNÉRALISTES ET DE SPÉCIALISTES

Au cours des douze derniers mois, 93,9 % des enquêtés déclarent avoir consulté «*au moins une fois*» un médecin généraliste, 60,6 % un dentiste, 52,2 % un ORL, 14,7 % un orthophoniste, 8,8 % un homéopathe, 8,0 % un acupuncteur; 41,2 % ont par ailleurs eu l'occasion de voir d'autres types de professionnels de santé (la plupart du temps sans rapport avec des problèmes d'audition) au cours de l'année.

Près d'une personne sur dix (9,4 %) n'a consulté aucun spécialiste (données brutes).

Comparé aux données du Baromètre santé 2010, le recours au médecin généraliste ainsi qu'au psychologue ou au psychiatre dans les douze derniers mois est plus important, respectivement de 7 et 10 points, dans l'échantillon du BSSM [tableau I].

Ceux concernés par une ou plusieurs maladies chroniques et qui vont consulter des généralistes six fois et plus dans l'année sont proportionnellement plus nombreux dans l'échantillon du BSSM [tableau II].

Il n'existe aucune différence significative entre les deux enquêtes concernant le fait

TABLEAU I

Consultation du généraliste et de spécialistes durant les douze derniers mois, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (15-85 ans) (Données redressées)			Baromètre santé 2010 (15-85 ans)			p
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	
Médecine généraliste	92,2	94,2	93,2	82,1	89,7	86,1	***
Psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute	14,8	18,7	16,9	5,3	8,6	7,0	***
Gynécologue		37,2			45,3		***
Dentiste	54,9	59,7	57,4	51,1	59,4	55,4	
Homéopathe	4,8	9,9	7,5	5,5	8,4	7,0	
Acupuncteur ou mésothérapeute	7,1	7,2	7,1	2,9	4,6	3,8	***

*** : $p < 0,001$.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU II

Fréquence de la consultation dans l'année du médecin généraliste pour les personnes déclarant une maladie chronique, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (15-85 ans) (Données redressées)			Baromètre santé 2010 (15-85 ans)			p
	Hommes	Femmes	Ensemble n = 1000	Hommes	Femmes	Ensemble n = 2292	
0	2,3	2,6	2,5	4,7	2,9	3,7	
1 à 2 fois	17,6	11,0	14,1	21,1	18,9	19,9	***
3 à 5 fois	37,4	37,2	37,3	41,8	43,1	42,5	**
6 à 10 fois	25,0	27,0	26,1	18,5	17,9	18,2	***
Plus de 10 fois	17,8	22,2	20,1	13,9	17,3	15,7	*

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

d'avoir consulté dans l'année un dentiste ou un homéopathe **[tableau I]**. En revanche, les personnes interrogées dans le BSSM se tournent proportionnellement plus vers l'acupuncteur ou le mésothérapeute.

Comme en population générale, les femmes interrogées dans le BSSM ont plus tendance que les hommes à consulter un dentiste, un « psy » ou un homéopathe. En outre, elles vont moins souvent consulter un gynécologue, pour leur suivi gynécologique ou contraceptif, que les femmes interrogées dans le cadre du Baromètre santé 2010 (37,2 % vs 45,3 % en population générale; $p < 0,001$) **[tableau I]**.

Facteurs associés au recours aux soins des différents professionnels de santé

Le recours au médecin généraliste au cours des douze derniers mois est plus important pour les femmes (OR = 1,4; $p < 0,05$) et positivement associé à l'avancée en âge **[tableau III]**. Il est, en revanche, moins fréquent chez les locuteurs de la LSF (89,8 % vs 95,6 %; OR = 0,5; $p < 0,01$) et les personnes exprimant des difficultés à lire ou à s'exprimer à l'oral (OR = 0,5; $p < 0,05$).

Le recours à un dentiste est, comme en population générale, plus fréquent chez les femmes (OR = 1,2; $p < 0,05$), et associé à l'âge et aux diplômes; sans différence selon les caractéristiques auditives des enquêtés ou les difficultés à lire ou à s'exprimer à l'oral.

Le fait d'avoir eu recours dans l'année à un psychiatre, psychologue, psychanalyste ou psychothérapeute est, comme en population générale, plus fréquent parmi les femmes (OR = 1,3; $p < 0,05$) et augmente sensiblement avec le niveau de diplôme. Comme en population générale, la fréquence des consultations de « psy » est plus importante chez les personnes qui déclarent avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières (sans précision sur

le type de soins). Les personnes déclarant être fortement gênées par des troubles de l'audition – par ailleurs plus affectées par une détresse psychologique que les autres (63,0 % vs 37,5 % des autres; $p < 0,001$) – ont davantage fait appel à ces professionnels (OR = 1,7; $p < 0,001$). C'est également le cas de ceux indiquant des difficultés pour lire. À l'inverse le recours aux « psys » est moins important quand des possibilités d'expression orale sont restreintes.

Les consultations d'ORL au cours de l'année diminuent régulièrement avec l'avancée en âge et diffèrent significativement en fonction du rapport à la surdité ou aux troubles de l'audition ($p < 0,001$). Elles sont plus fréquentes parmi les personnes se déclarant fortement gênées par les troubles de l'audition (66,6 % vs 45,4 %; OR = 1,8; $p < 0,001$). En revanche, un moindre recours à l'ORL est à constater chez les locuteurs de la LSF (31,2 % vs 60,5 %; $p < 0,001$), les personnes en difficulté avec la lecture (OR = 0,8; $p < 0,05$) ou l'expression orale (OR = 0,2; $p < 0,001$). Une personne sur cinq (20,8 %) qui a consulté un ORL dans l'année a également vu un orthophoniste.

Les consultations d'orthophoniste sont marquées par les mêmes tendances (à l'exception de l'association avec l'âge) : trois quarts (73,8 %) des personnes ayant vu ce spécialiste dans l'année ont rencontré un ORL.

Le recours à un homéopathe est plus important pour les femmes que pour les hommes (10,6 % vs 5,4 %; OR = 2,2; $p < 0,001$), comme en population générale, ainsi que pour ceux qui ne pratiquent pas la LSF.

La visite au cours des douze derniers mois d'un acupuncteur augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans. Elle concerne principalement les personnes ne présentant que des troubles de l'audition sans surdité associée (21,2 %) et celles présentant des troubles de l'audition très gênants (OR = 1,9; $p < 0,001$). Les personnes en difficulté pour s'exprimer oralement ont, en revanche, moins fait

appel à un acupuncteur au cours de l'année écoulée (OR = 0,2; $p < 0,001$).

Concernant la prévalence des visites annuelles chez le gynécologue, celles-ci sont associées à l'âge, avec une forte augmentation chez les 26-34 ans (en lien avec la sexualité) et une diminution après 54 ans [tableau IV]. Il convient également de noter que le médecin généraliste peut également être consulté pour motif gynécologique ou de contraception (par 4,2 % des femmes dans les douze derniers mois, en particulier par les 15-25 ans). La fréquentation du gynécologue est plus fréquente à mesure que le niveau de diplôme s'accroît (OR = 1,5; $p < 0,001$ pour les niveaux d'étude supérieurs au bac *versus* inférieurs au bac) et, toutes choses égales par ailleurs, significativement plus faible chez celles qui ont dû renoncer à des soins pour raison financière ou encore chez celles présentant des difficultés de lecture (OR = 0,6; $p < 0,05$).

Pour 9,9 % des personnes interrogées, aucun spécialiste (dentiste, psy, homéopathe, acupuncteur, ORL, orthophoniste) n'a été consulté au cours des douze derniers mois. Le profil de ces personnes [tableau V] est plutôt masculin (12,2 % *vs* 8,7 % des femmes; OR = 1,4; $p < 0,05$) et plus faiblement diplômé (13,1 % quand le niveau est inférieur au bac *versus* 6,9 % quand il est supérieur au bac; OR = 1,7; $p < 0,001$). Les locuteurs de la LSF sont davantage concernés (OR = 2,5; $p < 0,001$), ainsi que les personnes ayant des difficultés de communication orale (21,3 % chez les personnes ayant des difficultés à s'exprimer à l'oral *vs* 7,7 % des autres; OR = 2,5; $p < 0,001$). Cette situation est par ailleurs indépendante d'un renoncement à des soins pour raison financière.

Consultations pour acouphènes

Au cours des douze derniers mois, plus de la moitié des personnes acouphéniques indiquant être très gênées par les troubles de

l'audition (56,9 %) ont consulté au moins une fois un professionnel pour ce problème; parmi elles, un tiers une fois dans l'année (32,5 %), 19,6 % deux fois dans l'année, 11,6 % trois fois dans l'année, un tiers plus de trois fois (36,3 %). La quasi-totalité (93,6 %) d'entre elles a vu un ORL, 44,9 % ont eu recours à un médecin généraliste, 19,9 % à un ostéopathe, 12,6 % à un acupuncteur, 10,8 % à un psychologue ou psychothérapeute, 9,5 % à un psychiatre, 7,7 % à un homéopathe, 5,7 % à un sophrologue, 4,4 % à un audioprothésiste et 1 % à un orthophoniste.

Après ajustement sur les critères sociodémographiques, il ressort «*qu'avoir consulté au moins un professionnel dans l'année pour ses problèmes d'acouphènes*» décroît sensiblement avec l'âge (OR âge en continu = 0,98; $p < 0,01$).

Renoncement aux soins

Près d'un quart de l'échantillon du BSSM déclare avoir dû renoncer à des soins, une situation qui, comparée au Baromètre santé 2010, s'avère nettement plus élevée parmi toutes les classes d'âge [figure 2].

Au regard des variables d'audition, le renoncement aux soins est davantage déclaré par les personnes évoquant quelques ou beaucoup de difficultés à entendre, celles présentant des troubles de l'audition très gênants (OR = 1,7; $p < 0,001$) et celles dont la surdité ou les troubles de l'audition sont apparus après 15 ans [tableau VI].

Le faible niveau de diplôme est un marqueur du renoncement aux soins et, logiquement, se retrouve corrélé à l'importance des difficultés financières (OR = 8,7 dans les cas de situation financière défavorable *versus* une situation financière favorable; $p < 0,001$). Comme en population générale, les personnes se déclarant malades chroniques indiquent plus souvent avoir dû renoncer à des soins pour raison financière au cours des douze derniers mois (OR = 1,3; $p < 0,05$).

TABLEAU III

Facteurs associés au recours aux soins dans les douze derniers mois des différents professionnels de santé (tris croisés et modèles logistiques) (n = 2 577)^a

	Consultation médecin généraliste				Consultation dentiste			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe	*							
Homme (réf.)	942	92,6	1		942	57,6	1	
Femme	1 675	94,7	1,4*	[1,0; 2,0]	1 674	62,3	1,2*	[1,0; 1,4]
Âge	***							
15-25 ans (réf.)	259	91,1	1		258	51,9	1	
26-34 ans	397	95,2	2,2*	[1,1; 4,3]	396	56,3	1,1	[0,8; 1,6]
35-44 ans	489	92,2	1,2	[0,7; 2,1]	489	64,0	1,6**	[1,2; 2,2]
45-54 ans	520	91,3	1,0	[0,6; 1,8]	520	61,2	1,5*	[1,1; 2,1]
55-64 ans	548	96,7	2,9**	[1,4; 5,8]	549	63,6	1,7**	[1,2; 2,4]
65-74 ans	244	95,1	1,9	[0,9; 4,1]	244	68,4	2,1***	[1,4; 3,1]
75 ans et plus	160	97,5	3,8*	[1,2; 12,0]	160	51,2	1,1	[0,7; 1,7]
Niveau de diplôme	***							
Inférieur au bac	1 006	93,1	1		1 006	57,2	0,7***	[0,6; 0,8]
Baccalauréat	437	94,5	1,3	[0,8; 2,1]	437	53,1	0,6***	[0,5; 0,7]
Supérieur au bac (réf.)	1 136	94,7	1,2	[0,8; 1,7]	1 137	66,6	1	
Acuité auditive perçue	***							
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	118	97,5	1		118	61,9	1	
Quelques difficultés à entendre	1 295	94,4	0,4	[0,1; 1,3]	1 296	60,6	0,9	[0,6; 1,4]
Beaucoup de difficultés à entendre	810	95,6	0,6	[0,2; 2,0]	808	61,8	1,0	[0,6; 1,5]
N'entend pas du tout	394	87,8	0,3*	[0,1; 1,0]	394	58,1	0,9	[0,6; 1,5]
Impact des troubles de l'audition	**							
Moyennement ou pas (réf.)	1 776	93,1	1		1 775	60,1	1	
Beaucoup	841	95,7	1,4	[0,9; 2,2]	841	61,8	1,1	[0,9; 1,3]
Pratique de la LSF	***							
Non (réf.)	1 875	95,6	1		1 876	61,7	1	
Oui	742	89,8	0,5**	[0,3; 0,8]	740	58,0	0,9	[0,7; 1,2]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition	**							
Avant 2 ans (réf.)	806	91,7	1		806	60,3	1	
Entre 2 et 15 ans	573	95,6	1,2	[0,7; 2,0]	573	60,2	0,9	[0,7; 1,1]
16 ans et plus	1 208	94,7	0,6*	[0,3; 1,0]	1 209	61,0	0,8	[0,6; 1,0]
Situation financière	**							
Favorable (réf.)	1 411	93,8	1		1 411	63,0	1	
Défavorable	1 153	94,3	1,2	[0,8; 1,8]	1 154	57,6	0,9	[0,8; 1,1]
A dû renoncer à des soins	*							
Non (réf.)	1 969	94,0	1		1 970	61,8	1	
Oui	595	94,3	1,0	[0,6; 1,5]	595	56,6	0,9	[0,7; 1,1]
Facilité à lire	***							
Difficile/impossible	409	88,5	0,6**	[0,4; 0,9]	409	56,5	1,0	[0,7; 1,2]
Facile (réf.)	2 178	95,0	1		2 179	61,4	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral	***							
Difficile/impossible	423	87,9	0,5**	[0,3; 0,8]	423	57,9	1,1	[0,8; 1,4]
Sans difficulté (réf.)	2 108	95,1	1		2 109	61,0	1	

	Consultation « psy »				Consultation ORL			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
	**				***			
	942	15,5	1		942	51,8	1	
	1 674	20,0	1,3*	[1,0; 1,6]	1 674	52,4	0,9	[0,8; 1,1]
	***				***			
	258	22,1	1		258	60,9	1	
	396	19,4	0,8	[0,5; 1,2]	396	47,7	0,6*	[0,4; 0,9]
	489	22,5	0,9	[0,6; 1,4]	489	49,7	0,5***	[0,4; 0,8]
	520	19,4	0,7	[0,5; 1,1]	520	56,3	0,5***	[0,4; 0,8]
	549	17,9	0,7*	[0,4; 1,0]	549	52,3	0,4***	[0,3; 0,6]
	244	9,8	0,3***	[0,2; 0,6]	244	53,7	0,4***	[0,3; 0,6]
	160	8,8	0,3***	[0,2; 0,6]	160	41,3	0,2***	[0,2; 0,4]
	**				***			
	1 006	15,4	0,7**	[0,6; 0,9]	1 006	47,9	0,9	[0,7; 1,1]
	437	17,4	0,7*	[0,5; 1,0]	437	52,6	1,0	[0,7; 1,2]
	1 137	21,5	1		1 137	56,1	1	
	**				***			
	118	23,7	1		118	72,9	1	
	1 296	18,0	0,8	[0,5; 1,3]	1 296	56,9	0,7	[0,4; 1,1]
	808	21,2	1,0	[0,6; 1,6]	808	56,6	0,8	[0,5; 1,2]
	394	12,4	0,6	[0,3; 1,1]	394	21,8	0,3***	[0,2; 0,5]
	***				***			
	1 775	15,8	1		1 775	45,4	1	
	841	23,9	1,7***	[1,3; 2,1]	841	66,6	1,8***	[1,5; 2,2]
	***				***			
	1 876	18,8	1		1 876	60,5	1	
	740	17,4	1,1	[0,8; 1,5]	740	31,2	0,4***	[0,3; 0,6]
	***				***			
	806	17,6	1		806	38,2	1	
	573	18,8	1,0	[0,7; 1,4]	573	56,0	1,3*	[1,0; 1,7]
	1 209	18,8	1,1	[0,8; 1,5]	1 209	60,0	1,3*	[1,0; 1,7]
	**				***			
	1 411	16,4	1		1 411	53,4	1	
	1 154	20,9	1,2	[0,9; 1,5]	1 154	51,3	0,9	[0,8; 1,1]
	***				***			
	1 970	16,5	1		1 970	51,5	1	
	595	24,5	1,4*	[1,1; 1,8]	595	55,5	1,0	[0,8; 1,3]
	***				***			
	409	19,1	1,4*	[1,0; 1,9]	409	36,7	0,8*	[0,6; 1,0]
	2 179	18,3	1		2 179	55,2	1	
	***				***			
	423	15,4	0,7*	[0,5; 1,0]	423	25,3	0,2***	[0,2; 0,3]
	2 109	19,0	1		2 109	58,3	1	

TABLEAU III (SUITE)

	Consultation orthophoniste				Consultation acupuncteur			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe								
Homme (réf.)	942	13,0	1		942	7,9	1	
Femme	1 674	15,7	1,2	[0,9; 1,5]	1 674	8,1	1,2	[0,9; 1,6]
Âge								
15-25 ans (réf.)	258	20,2	1		258	4,3	1	
26-34 ans	396	9,3	0,4***	[0,2; 0,6]	396	5,6	1,5	[0,7; 3,2]
35-44 ans	489	9,6	0,4***	[0,2; 0,6]	489	8,0	2,0	[0,9; 4,1]
45-54 ans	520	13,1	0,4***	[0,3; 0,6]	520	10,0	2,3*	[1,1; 4,7]
55-64 ans	549	16,2	0,5**	[0,3; 0,8]	549	10,7	2,4*	[1,2; 5,0]
65-74 ans	244	21,7	0,7	[0,4; 1,1]	244	7,8	1,9	[0,8; 4,3]
75 ans et plus	160	24,4	0,7	[0,4; 1,3]	160	5,0	1,2	[0,5; 3,3]
Niveau de diplôme								
Inférieur au bac	1 006	15,3	1,0	[0,8; 1,3]	1 006	7,4	0,9	[0,6; 1,2]
Baccalauréat	437	15,6	1,2	[0,8; 1,6]	437	6,4	0,7	[0,4; 1,1]
Supérieur au bac (réf.)	1 137	14,1	1		1 137	9,2	1	
Acuité auditive perçue								

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	118	2,5	1		118	21,2	1	
Quelques difficultés à entendre	1 296	12,8	6,1**	[1,9; 19,5]	1 296	9,5	0,4***	[0,2; 0,7]
Beaucoup de difficultés à entendre	808	22,6	13,9***	[4,3; 44,8]	808	6,1	0,2***	[0,1; 0,4]
N'entend pas du tout	394	8,4	8,5***	[2,4; 29,8]	394	3,3	0,2***	[0,1; 0,5]
Impact des troubles de l'audition								

Peu ou pas (réf.)	1 775	12,4	1		1 775	6,1	1	
Beaucoup	841	19,6	1,3	[1,0; 1,6]	841	12,1	1,9***	[1,4; 2,6]
Pratique de la LSF								

Non (réf.)	1 876	17,4	1		1 876	9,6	1	
Oui	740	7,8	0,4***	[0,2; 0,5]	740	3,9	0,8	[0,5; 1,4]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition								
**								

Avant 2 ans (réf.)	806	11,3	1		806	4,0	1	
Entre 2 et 15 ans	573	15,4	1,0	[0,7; 1,4]	573	7,3	1,3	[0,8; 2,2]
16 ans et plus	1 209	16,9	1,0	[0,7; 1,4]	1 209	10,8	1,5	[0,9; 2,4]
Situation financière								
**								
Favorable (réf.)	1 411	16,7	1		1 411	8,5	1	
Défavorable	1 154	12,5	0,8*	[0,6; 1,0]	1 154	7,5	0,9	[0,6; 1,3]
A dû renoncer à des soins								
*								
Non (réf.)	1 970	15,6	1		1 970	7,8	1	
Oui	595	12,3	0,8	[0,6; 1,1]	595	8,9	1,1	[0,8; 1,6]
Facilité à lire								
Difficile/impossible	409	13,0	1,1	[0,8; 1,6]	409	6,1	1,3	[0,8; 2,1]
Facile (réf.)	2 179	15,1	1		2 179	8,4	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral								

Difficile/impossible	423	8,0	0,5**	[0,3; 0,8]	423	2,1	0,2***	[0,1; 0,5]
Sans difficulté (réf.)	2 109	16,0	1		2 109	9,2	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

a. Les variables relatives à la situation financière et au fait de renoncer à des soins ont été étudiées dans un modèle distinct (incluant les variables sociodémographiques et liées à l'audition). C'est également le cas des variables « facilité à lire » et « facilité à s'exprimer à l'oral ».

	Consultation homéopathe				Consultation autres spécialistes			
	Effectifs	%	OR	IC à 95 %	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
		***				***		
	942	5,4	1		942	34,8	1	
	1 674	10,6	2,2***	[1,6; 3,1]	1 674	44,7	1,6***	[1,3; 1,9]
		***				***		
	258	7,0	1		258	24,0	1	
	396	7,8	1,2	[0,6; 2,2]	396	34,8	1,7**	[1,2; 2,4]
	489	7,2	1,1	[0,6; 2,0]	489	36,8	1,8**	[1,3; 2,6]
	520	11,7	1,8	[1,0; 3,2]	520	43,8	2,3***	[1,6; 3,3]
	549	10,0	1,5	[0,8; 2,8]	549	49,4	2,9***	[2,0; 4,1]
	244	6,6	1,1	[0,5; 2,3]	244	45,5	2,6***	[1,7; 3,9]
	160	8,1	1,4	[0,6; 3,1]	160	54,4	3,6***	[2,3; 5,8]
		***				***		
	1 006	7,5	0,8	[0,6; 1,2]	1 006	36,0	0,6***	[0,5; 0,8]
	437	10,3	1,1	[0,8; 1,6]	437	39,8	0,8	[0,7; 1,1]
	1 137	9,2	1		1 137	46,6	1	
		***				***		
	118	12,7	1		118	43,2	1	
	1 296	9,1	0,6	[0,3; 1,0]	1 296	44,1	0,9	[0,6; 1,3]
	808	8,9	0,6	[0,3; 1,1]	808	40,6	0,8	[0,5; 1,2]
	394	6,1	0,6	[0,3; 1,3]	394	32,0	0,9	[0,5; 1,5]
		**				**		
	1 775	7,7	1		1 775	40,5	1	
	841	11,1	1,3	[1,0; 1,8]	841	42,6	0,9	[0,8; 1,1]
		***				***		
	1 876	9,9	1		1 876	45,6	1	
	740	5,8	0,6*	[0,4; 1,0]	740	29,9	0,7**	[0,5; 0,9]
		***				***		
	806	7,4	1		806	34,2	1	
	573	8,9	0,9	[0,6; 1,4]	573	37,5	0,9	[0,7; 1,1]
	1 209	9,4	0,8	[0,5; 1,2]	1 209	48,0	1	[0,8; 1,3]
		**				**		
	1 411	8,4	1		1 411	44,0	1	
	1 154	9,0	1,0	[0,7; 1,4]	1 154	37,8	0,9	[0,8; 1,1]
		*				*		
	1 970	8,3	1		1 970	42,5	1	
	595	10,1	1,2	[0,8; 1,7]	595	36,8	0,8	[0,7; 1,0]
		**				**		
	409	6,4	0,9	[0,5; 1,4]	409	34,5	1,1	[0,8; 1,4]
	2 179	9,1	1		2 179	42,6	1	
		*				***		
	423	5,4	0,7	[0,4; 1,2]	423	29,1	0,7**	[0,5; 0,9]
	2 109	9,3	1		2 109	44,2	1	

TABLEAU IV

**Facteurs associés à la consultation d'un gynécologue chez les femmes de 15 à 85 ans
(n = 1637)**

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	168	29,8	1	
26-34 ans	255	50,6	2,4***	[1,6 ; 3,7]
35-44 ans	333	48,6	2,2***	[1,5 ; 3,4]
45-54 ans	359	47,6	2,0***	[1,3 ; 3,1]
55-64 ans	339	36,0	1,2	[0,8 ; 1,9]
65-74 ans	128	28,9	0,9	[0,5 ; 1,6]
75 ans et plus	79	19,0	0,6	[0,3 ; 1,1]
Niveau de diplôme ***				
Inférieur au bac (réf.)	606	33,5	1	
Baccalauréat	297	42,4	1,3	[1,0 ; 1,8]
Supérieur au bac	734	47,7	1,5***	[1,2 ; 1,9]
Acuité auditive perçue *				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	47	55,3	1	
Quelques difficultés à entendre	847	43,0	0,7	[0,3 ; 1,2]
Beaucoup de difficultés à entendre	537	40,6	0,6	[0,3 ; 1,1]
N'entend pas du tout	230	33,9	0,4*	[0,2 ; 0,9]
Impact des troubles de l'audition				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	1 111	40,9	1	
Très gênants	550	42,2	1,0	[0,8 ; 1,3]
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	1 195	41,7	1	
Oui	466	40,3	1,0	[0,7 ; 1,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
Avant 2 ans (réf.)	528	42,4	1	
Entre 2 et 15 ans	376	37,2	0,7*	[0,5 ; 1,0]
16 ans et plus	740	42,8	1,0	[0,7 ; 1,3]
Situation financière				
Favorable (réf.)	867	42,6	1	
Défavorable	759	40,2	1,0	[0,8 ; 1,3]
A dû renoncer à des soins *				
Non (réf.)	1 215	43,0	1	
Oui	411	36,7	0,7**	[0,5 ; 0,9]
Facilité à lire ***				
Difficile/impossible	232	28,9	0,6*	[0,4 ; 0,9]
Facile (réf.)	1 410	43,5	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral *				
Difficile/impossible	235	35,3	0,8	[0,6 ; 1,1]
Sans difficulté (réf.)	1 368	42,2	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

TABLEAU V

Facteurs associés au fait de ne pas avoir consulté de spécialiste^a au cours des douze derniers mois (n = 2 577)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
**				
Homme	942	12,2	1,4*	[1,0 ; 1,8]
Femme (réf.)	1 674	8,7	1	
Âge				
15-25 ans (réf.)	258	11,2	1	
26-34 ans	396	12,6	1,1	[0,7 ; 1,8]
35-44 ans	489	10,2	0,9	[0,5 ; 1,5]
45-54 ans	520	9,4	1,0	[0,6 ; 1,6]
55-64 ans	549	7,7	0,8	[0,5 ; 1,4]
65-74 ans	244	8,6	0,9	[0,5 ; 1,8]
75 ans et plus	160	11,9	1,4	[0,7 ; 2,8]
Niveau de diplôme				

Inférieur au bac	1 006	13,1	1,7***	[1,3 ; 2,4]
Baccalauréat	437	9,6	1,3	[0,8 ; 1,9]
Supérieur au bac (réf.)	1 137	6,9	1	
Acuité auditive perçue				

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	118	3,4	1	
Quelques difficultés à entendre	1 296	8,5	2,3	[0,8 ; 6,3]
Beaucoup de difficultés à entendre	808	8,2	1,8	[0,6 ; 5,1]
N'entend pas du tout	394	20,3	2,8	[0,9 ; 8,5]
Impact des troubles de l'audition				

Moyennement ou pas gênants (réf.)	1 775	11,6	1	
Très gênants	841	6,4	0,7	[0,5 ; 1,0]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	1 876	6,8	1	
Oui	740	18,0	2,5***	[1,7 ; 3,8]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

Avant 2 ans (réf.)	806	14,0	1	
Entre 2 et 15 ans	573	9,4	1,1	[0,7 ; 1,6]
16 ans et plus	1 209	7,4	1,2	[0,8 ; 1,9]
Situation financière				
Favorable (réf.)	1 411	8,9	1	
Défavorable	1 154	11,0	1,1	[0,8 ; 1,4]
A dû renoncer à des soins				
Non (réf.)	1 970	9,6	1	
Oui	595	10,6	1,2	[0,8 ; 1,6]
Facilité à lire				

Difficile/impossible	409	16,9	1,1	[0,8 ; 1,6]
Facile (réf.)	2 179	8,6	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral				

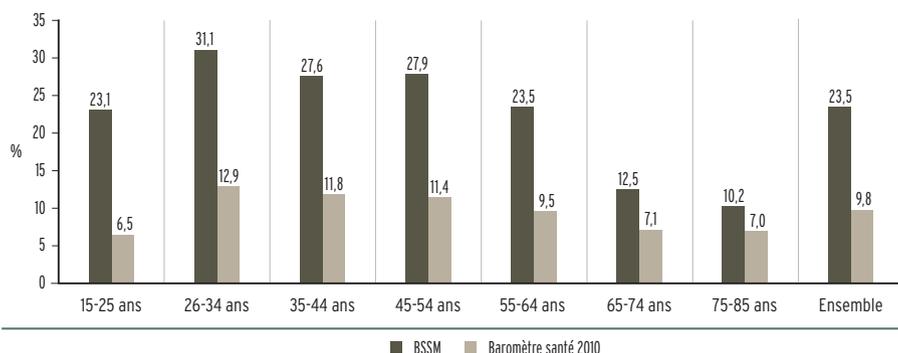
Difficile/impossible	423	21,3	2,5***	[1,8 ; 3,5]
Sans difficulté (réf.)	2 109	7,7	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Dentiste, psy, homéopathe, acupuncteur, ORL, orthophoniste.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 2

Renoncement aux soins par classe d'âge, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)


Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

Facteurs associés au fait d'avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois pour raisons financières (n = 2 561)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe **				
Homme (réf.)	927	19,7	1	
Femme	1 638	25,2	1,3*	[1,0 ; 1,6]
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	253	22,9	1	
26-34 ans	392	27,8	1,4	[1,0 ; 2,1]
35-44 ans	480	24,6	1,0	[0,7 ; 1,5]
45-54 ans	509	28,1	1,0	[0,7 ; 1,5]
55-64 ans	535	22,6	0,8	[0,5 ; 1,1]
65-74 ans	240	12,9	0,4***	[0,2 ; 0,6]
75 ans et plus	156	9,6	0,3***	[0,1 ; 0,5]
Niveau de diplôme *				
Inférieur au bac	998	26,0	1,6***	[1,3 ; 2,0]
Baccalauréat	433	23,6	1,2	[0,9 ; 1,6]
Supérieur au bac (réf.)	1 133	20,6	1	
Acuité auditive perçue *				
Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	113	15,0	1	
Quelques difficultés à entendre	1 275	24,8	2,4**	[1,4 ; 4,2]
Beaucoup de difficultés à entendre	795	23,8	2,1*	[1,2 ; 3,7]
N'entend pas du tout	382	19,1	1,8	[0,9 ; 3,4]
Impact des troubles de l'audition ***				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	1 736	19,7	1	
Très gênants	829	30,5	1,7***	[1,4 ; 2,1]

TABLEAU VI (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	1 840	23,6	1	
Oui	725	22,1	1,0	[0,7 ; 1,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
Avant 2 ans (réf.)	801	21,3	1	
Entre 2 et 15 ans	570	23,3	1,1	[0,8 ; 1,4]
16 ans et plus	1 191	24,3	1,4*	[1,0 ; 1,8]
Situation financière				

Favorable (réf.)	1 411	7,7	1	
Défavorable	1 154	42,2	8,7***	[6,8 ; 11,0]
Maladie chronique				

Oui	988	27,0	1,3*	[1,0 ; 1,6]
non (réf.)	1 576	20,8	1	
Facilité à lire				
*				
Difficile/impossible	406	27,1	1,3	[1,0 ; 1,8]
Facile (réf.)	2 159	22,5	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral				
Difficile/impossible	419	21,0	0,6***	[0,4 ; 0,8]
Sans difficulté (réf.)	2 073	23,8	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les variables relatives à la situation financière et au fait de déclarer au moins une maladie chronique ont été étudiées dans un modèle distinct (incluant les variables sociodémographiques et liées à l'audition). C'est également le cas des variables « facilité à lire » et « facilité à s'exprimer à l'oral ».

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

RELATIONS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Difficulté des prises de rendez-vous

Parmi les enquêtés qui ont consulté un médecin généraliste dans l'année, 58,7 % prennent leurs rendez-vous seuls et sans difficulté, 15,1 % le font eux-mêmes mais soulignent que cela leur est difficile, 12,6 % doivent se faire aider et 13,6 % se rendent directement, sans prise de rendez-vous, chez leur généraliste **[figure 3]**.

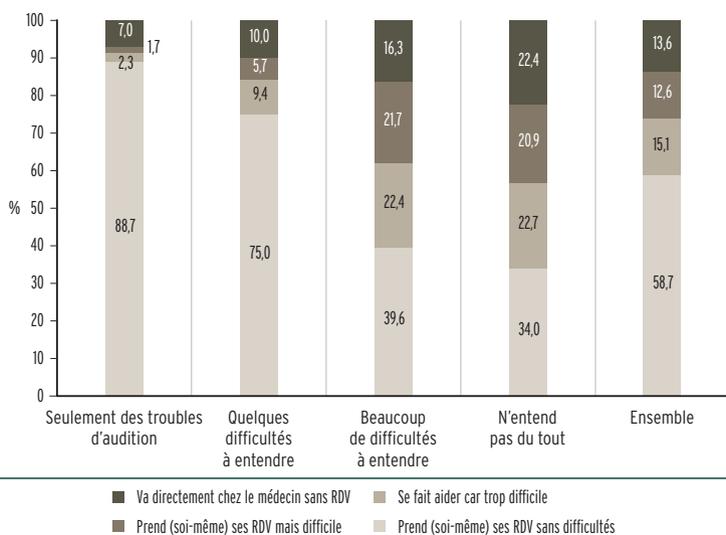
Les locuteurs de la LSF sont beaucoup moins nombreux (36 % vs 67 %) à pouvoir prendre eux-mêmes leurs rendez-vous sans difficulté et 20,5 % versus 11 % des non-locuteurs se rendent directement chez le médecin (p<0,001).

La facilité à prendre un rendez-vous soi-même diminue sensiblement en fonction de la capacité à entendre (p<0,001). Parmi les personnes qui n'entendent pas du tout, 20,9 % se font aider et 22,4 % se rendent directement chez leur médecin **[figure 3]**.

Lorsque l'on considère globalement l'ensemble des personnes qui rencontrent des difficultés à prendre un rendez-vous avec le médecin avec ou sans aide, ou qui se rendent directement chez leur médecin, soit 41,3 % des enquêtés, la proportion de personnes en difficulté est croissante à mesure des difficultés à entendre (p<0,001) **[tableau VII]**. Les locuteurs de la LSF sont davantage touchés (OR = 1,8; p<0,001), ainsi que les personnes se déclarant fortement gênées par les troubles de l'audition (OR = 1,4; p<0,01). Les difficultés sont plus

FIGURE 3

Capacité à prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste selon l'acuité auditive perçue (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

fréquentes parmi les personnes faiblement diplômées (OR = 1,6 chez celles de niveau inférieur au bac en référence à celles de niveau supérieur au bac; $p < 0,001$) et parmi les personnes ayant des difficultés à lire (OR = 1,5; $p < 0,01$) ou à s'exprimer à l'oral (OR = 2,6; $p < 0,001$).

Conséquences des difficultés à prendre rendez-vous

Dans 30 % des cas, les difficultés pour prendre un rendez-vous chez le médecin retardent la visite, pour 18,0 % elles empêchent de se soigner (11,3 % « parfois » et 6,6 % « souvent »). Elles sont sans conséquence sur la prise de rendez-vous pour 51,8 % (44,2 % des locuteurs de la LSF vs 57,4 % des non-locuteurs).

Le fait de disposer d'aides réduit significativement la proportion de personnes accusant des retards de consultation. Par

contre, qu'elles soient aidées ou pas, les prises de rendez-vous difficiles empêchent de se faire soigner dans les mêmes proportions (6 %) [figure 4].

Communication directe ou indirecte

Dans leurs relations avec le médecin généraliste, la grande majorité des personnes sourdes et malentendantes interrogées communique directement avec le médecin (94,3 % dont 74,2 % avec facilité); en revanche, pour 5,7 %, le médecin a systématiquement recours à une médiation.

Les incapacités de communication directe avec le généraliste augmentent avec le niveau de surdité et sont significativement plus importantes chez les locuteurs de la LSF (OR = 2,9; $p < 0,001$) [figures 5 et 6, tableau VIII]. Le profil des personnes ne pouvant communiquer direc-

TABLEAU VII

Facteurs associés au fait d'avoir des difficultés à prendre rendez-vous avec le médecin généraliste (n = 2 423)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	872	40,9	1	
Femme	1 580	41,5	1,0	[0,8 ; 1,2]
Âge				

15-25 ans (réf.)	234	56,4	1	
26-34 ans	377	48,8	0,5**	[0,4 ; 0,8]
35-44 ans	449	40,3	0,4***	[0,3 ; 0,6]
45-54 ans	475	36,4	0,4***	[0,3 ; 0,6]
55-64 ans	529	34,2	0,4***	[0,3 ; 0,6]
65-74 ans	232	41,4	0,5**	[0,3 ; 0,8]
75 ans et plus	156	41,7	0,6*	[0,3 ; 0,9]
Niveau de diplôme				

Inférieur au bac	937	48,0	1,6***	[1,3 ; 1,9]
Baccalauréat	413	48,2	1,7***	[1,3 ; 2,2]
Supérieur au bac (réf.)	1 076	32,8	1	
Acuité auditive perçue				

Troubles de l'audition sans difficultés à entendre (réf.)	115	11,3	1	
Quelques difficultés à entendre	1 222	25,0	2,8**	[1,5 ; 5,2]
Beaucoup de difficultés à entendre	771	60,4	11,2***	[5,9 ; 21,3]
N'entend pas du tout	344	66,0	9,0***	[4,5 ; 18,0]
Impact des troubles de l'audition				
*				
Moyennement ou pas gênants (réf.)	1 647	39,9	1	
Très gênants	805	44,1	1,4**	[1,1 ; 1,7]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	1 790	33,0	1	
Oui	662	63,6	1,8***	[1,4 ; 2,4]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

Avant 2 ans (réf.)	739	55,2	1	
Entre 2 et 15 ans	548	44,3	1,0	[0,8 ; 1,4]
16 ans et plus	1 144	30,9	0,8	[0,6 ; 1,0]
Facilité à lire				

Difficile/impossible	362	60,8	1,5**	[1,2 ; 2,0]
Facile (réf.)	2 070	37,9	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral				

Difficile/impossible	372	65,3	2,6***	[2,0 ; 3,3]
Sans difficulté (réf.)	2 004	35,5	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les variables « facilité à lire » et « à s'exprimer à l'oral » sont ajustées dans un modèle distinct sur les variables sociodémographiques.

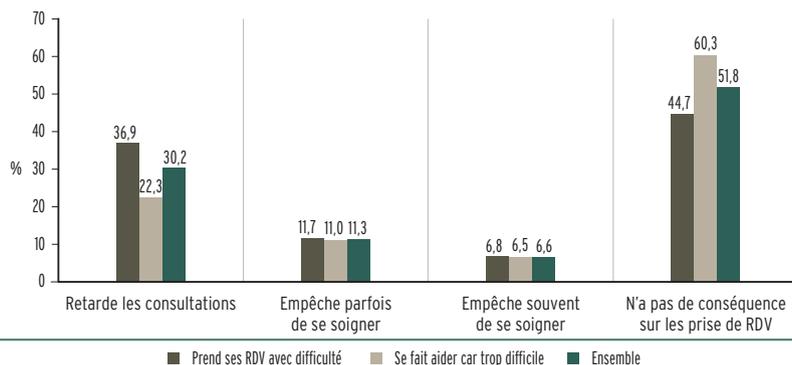
Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

tement avec le médecin est également associé au niveau des diplômes (OR = 3,5 chez les personnes de niveau inférieur au bac *versus* celles de niveau supérieur au bac ;

p<0,001) et significativement plus fréquent chez les personnes présentant des difficultés à lire (OR = 2,1; p<0,001) ou à s'exprimer à l'oral (OR = 4,6; p<0,001).

FIGURE 4

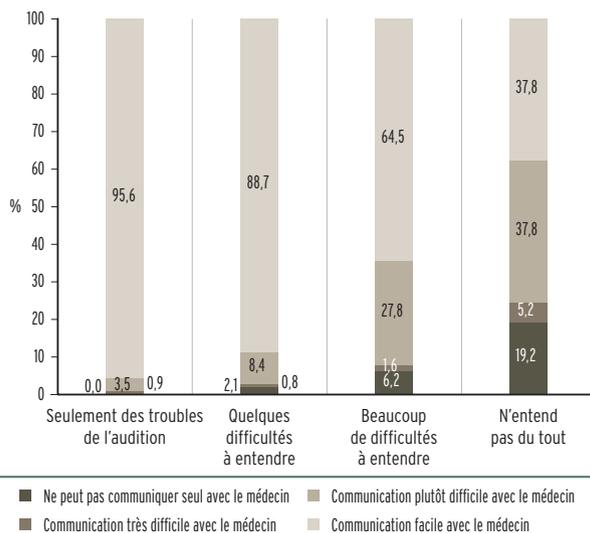
Conséquences des difficultés à prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste, suivant le fait d'être aidé ou pas (sur la base des personnes ayant des difficultés à prendre rendez-vous, n = 679)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 5

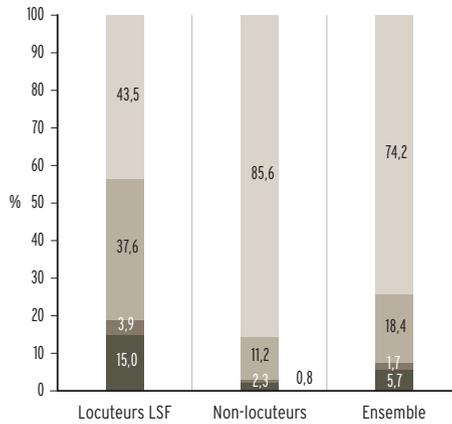
Acuité auditive perçue et difficultés de communication avec le médecin généraliste (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 6

Communication avec le médecin généraliste selon le statut (locuteurs de la LSF ou non-locuteurs) (en pourcentage)



■ Ne peut pas communiquer seul avec le médecin ■ Communication plutôt difficile avec le médecin
 ■ Communication très difficile avec le médecin ■ Communication facile avec le médecin

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU VIII

Facteurs associés au fait de ne pas communiquer directement avec le médecin généraliste (n = 2 311)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	872	6,7	1	
Femme	1 579	5,2	0,8	[0,6 ; 1,2]
Âge				
15-25 ans (réf.)	234	11,1	1	
26-34 ans	377	10,1	0,7	[0,4 ; 1,3]
35-44 ans	449	5,3	0,4**	[0,2 ; 0,7]
45-54 ans	474	3,8	0,4**	[0,2 ; 0,7]
55-64 ans	529	3,6	0,4**	[0,2 ; 0,7]
65-74 ans	232	3,9	0,4*	[0,2 ; 0,9]
75 ans et plus	156	3,8	0,5	[0,2 ; 1,4]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac	937	10,0	3,5***	[2,2 ; 5,7]
Baccalauréat	413	4,4	1,3	[0,7 ; 2,5]
Supérieur au bac (réf.)	1 076	2,4	1	
Acuité auditive perçue				
Quelques difficultés à entendre (réf.)	1 221	2,1	1	
Beaucoup de difficultés à entendre	771	6,2	2,1**	[1,2 ; 3,5]
N'entend pas du tout	344	19,2	3,9***	[2,2 ; 7,1]

TABLEAU VIII (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Impact des troubles de l'audition				
Moyennement ou pas (réf.)	1 646	6,2	1	
Beaucoup	805	4,7	1,4	[0,9; 2,2]
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	1 789	2,3	1	
Oui	662	15,0	2,9***	[1,6; 5,2]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

Avant 2 ans (réf.)	739	11,6	1	
Entre 2 et 15 ans	548	4,9	0,8	[0,5; 1,4]
16 ans et plus	1 144	2,3	0,9	[0,4; 1,7]
Facilité à lire				

Difficile/impossible	362	18,2	2,1**	[1,3; 3,2]
Facile (réf.)	2 070	3,5	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral				

Difficile/impossible	372	20,2	4,6***	[3,0; 7,0]
Sans difficulté (réf.)	2 003	2,8	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Les variables « facilité à lire » et « à s'exprimer à l'oral » sont ajustées dans un modèle distinct sur les variables sociodémographiques.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

Méthodes utilisées pour communiquer avec le médecin

Les moyens pour communiquer directement avec le généraliste diffèrent en fonction de la pratique de la LSF [figure 7].

Les locuteurs de la LSF ont principalement recours à la lecture labiale (66,2 %), à l'écrit (48,9 %) et à l'oral (44,3 %), et la langue des signes est présente en consultation pour 13,3 % d'entre eux. Les appareils auditifs ou implants constituent une aide dans un quart des situations.

Pour les populations qui n'utilisent pas la LSF, les consultations se font principalement à l'oral (trois quarts des cas), tandis que 30,3 % ont également recours à la lecture labiale. Les aides auditives ou implants sont utilisés par la moitié d'entre eux. Le recours à l'écrit est négligeable (3,4 %).

L'utilisation de l'oral diminue sensiblement quand le niveau de surdité augmente ($p < 0,001$) [figure 8]. La lecture labiale est utilisée par plus de la moitié des personnes

qui ont beaucoup de difficultés à entendre ou qui n'entendent pas du tout (56,1 %). Deux tiers (65 %) de ceux qui ont du mal à s'exprimer à l'oral utilisent l'écrit avec le médecin, tandis que cela concerne 34,1 % de ceux qui ont des difficultés pour lire un livre.

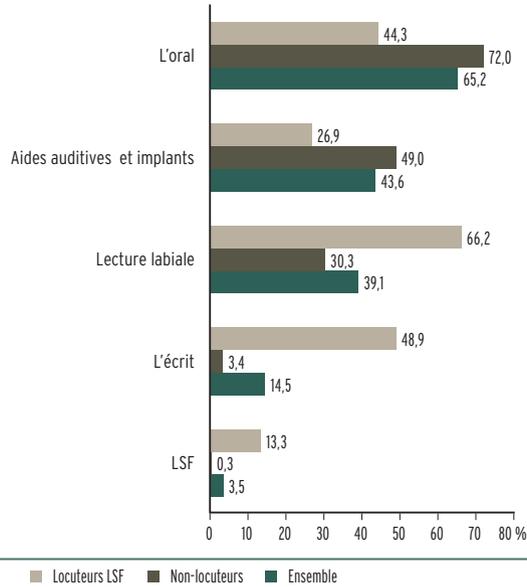
Moyens de communication utilisés en cas de communication indirecte avec le médecin

Lorsque la communication avec le médecin nécessite une médiation, l'aide d'un proche est la plus souvent utilisée, soit dans 61 % des cas (81 % des non-locuteurs de la LSF et 53 % des locuteurs; $p < 0,01$). Un quart a recours à un interprète (35 % des locuteurs de la LSF), 10 % utilisent un technicien de l'écrit (tous pratiquant la LSF), 4 % un intermédiaire; 20 % évoquent un autre type de communication.

L'aide d'une tierce personne peut s'avérer gênante pour la moitié des personnes concernées (pour 20 % « souvent » et pour

FIGURE 7

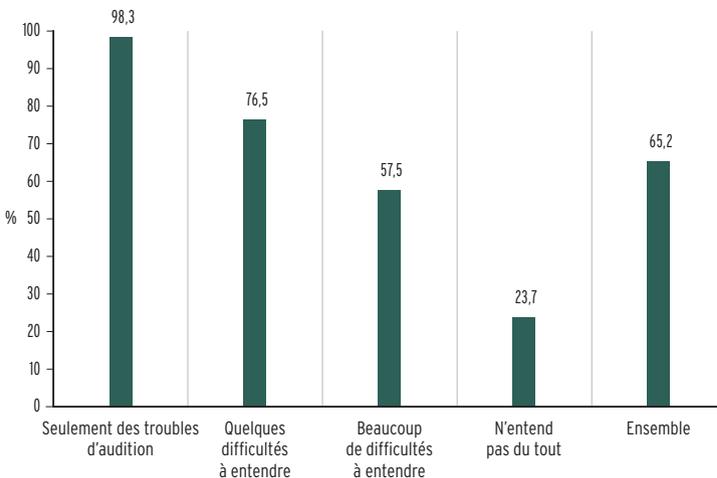
Moyens de communication directe avec le médecin selon le statut (locuteurs de la LSF ou non-locuteurs) (base des personnes communiquant directement avec le médecin, n = 2 307) (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 8

Utilisation de l'oral avec le médecin selon l'acuité auditive (base des personnes communiquant directement avec le médecin, n = 2 307) (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

36 % « *de temps en temps* »), au point de faire renoncer à des soins la moitié d'entre elles.

CONSULTATION ADAPTÉE

Au cours des douze derniers mois, 20,2 % des enquêtés ont consulté un service médical adapté pour personnes sourdes

et/ou malentendantes ; un recours croissant à mesure que le niveau de surdité augmente : 15,2 % chez celles qui présentent quelques difficultés à entendre, 23,1 % chez celles qui ont beaucoup de difficultés (OR = 1,5 ; $p < 0,01$), 29,8 % pour celles qui n'entendent pas du tout (OR = 2,1 ; $p < 0,001$) [tableau IX].

TABLEAU IX

Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à une consultation adaptée au cours des douze derniers mois (n = 2 402)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe		*		
Homme (réf.)	840	22,4	1	
Femme	1 577	19,0	0,9	[0,7 ; 1,1]
Âge		*		
15-25 ans (réf.)	229	18,8	1	
26-34 ans	357	17,4	0,9	[0,6 ; 1,4]
35-44 ans	454	16,5	0,9	[0,6 ; 1,4]
45-54 ans	478	19,2	1,2	[0,8 ; 1,9]
55-64 ans	510	22,5	1,5	[0,9 ; 2,3]
65-74 ans	233	25,3	1,6	[1,0 ; 2,7]
75 ans et plus	156	26,3	1,8*	[1,0 ; 3,1]
Niveau de diplôme		***		
Inférieur au bac (réf.)	944	25,1	1	
Baccalauréat	399	18,8	0,8	[0,6 ; 1,1]
Supérieur au bac	1 045	16,3	0,7*	[0,6 ; 1,0]
Acuité auditive perçue		***		
Quelques difficultés à entendre (réf.)	1 236	15,2	1	
Beaucoup de difficultés à entendre	788	23,1	1,5**	[1,2 ; 2,0]
N'entend pas du tout	393	29,8	2,1***	[1,4 ; 3,1]
Impact des troubles de l'audition				
Moyennement ou pas (réf.)	1 659	20,0	1	
Beaucoup	758	20,4	1,0	[0,8 ; 1,3]
Pratique de la LSF		***		
Non (réf.)	1 678	18,2	1	
Oui	739	24,6	1,2	[0,8 ; 1,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
Avant 2 ans (réf.)	786	22,1	1	
Entre 2 et 15 ans	546	18,7	1,0	[0,7 ; 1,4]
16 ans et plus	1 065	19,4	1,1	[0,7 ; 1,5]
Facilité à lire		***		
Difficile/impossible	392	29,1	1,3	[0,9 ; 1,7]
Facile (réf.)	2 004	18,4	1	
Facilité à s'exprimer à l'oral		***		
Difficile/impossible	423	28,1	1,0	[0,7 ; 1,5]
Sans difficulté (réf.)	1 931	18,2	1	

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

a. Les variables « facilité à lire » et « à s'exprimer à l'oral » sont ajustées dans un modèle distinct sur les variables sociodémographiques.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

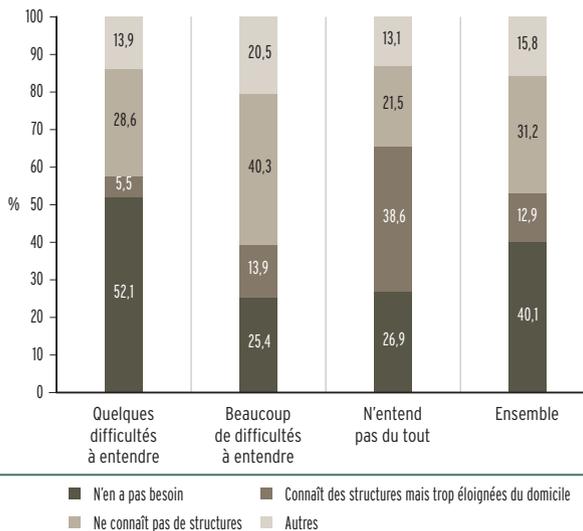
L'absence de recours à une consultation spécialisée est justifiée dans quatre cas sur dix (40,1 %) par une absence de besoin. Toutefois, 12,9 % des non-consultants indiquent qu'ils n'ont pas utilisé ce service car il était trop éloigné de leur domicile ; une situation rencontrée par 38,6 % des personnes qui n'entendent pas du tout [figure 9]. Près du tiers de ceux qui n'ont pas eu recours à un service adapté (31,2 %) ne connaissait pas ce type de consultation, ainsi que 40,3 % des personnes qui ont beaucoup de difficultés à entendre. Parmi les personnes susceptibles d'être les plus demandeuses, comme celles qui ne s'expriment pas oralement ou qui communiquent en LSF, un quart ne connaît pas ces consultations adaptées. De la même façon, 34,5 % de celles en difficultés avec la lecture ignorent l'existence de ce type de services.

DÉPISTAGE DU CANCER

Le recours aux tests visant à dépister les cancers du sein (recommandé tous les deux ans entre 50 et 74 ans), du col de l'utérus (recommandé tous les trois ans entre 25 et 65 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle) et colorectal (ciblant les 50-74 ans) a été questionné. Chez les femmes interrogées dans le BSSM, le dépistage du cancer du sein semble plus suivi que celui du cancer du col utérin. Si l'on compare les pratiques en la matière avec celles relevées dans le Baromètre santé 2010, il n'existe quasiment aucune différence entre les deux enquêtes concernant le recours à la mammographie au cours des deux dernières années pour les 50-74 ans (80,6 % vs 81,7 % en population générale). Les femmes du BSSM y ont eu, en revanche,

FIGURE 9

Motif de non-recours à une consultation adaptée, selon l'acuité auditive (base des personnes n'ayant pas consulté, n = 1915 personnes) (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

davantage recours si l'on considère le test au cours de la vie pour la même tranche d'âge (98,1 % vs 94,3 % ; $p < 0,01$) [figure 10].

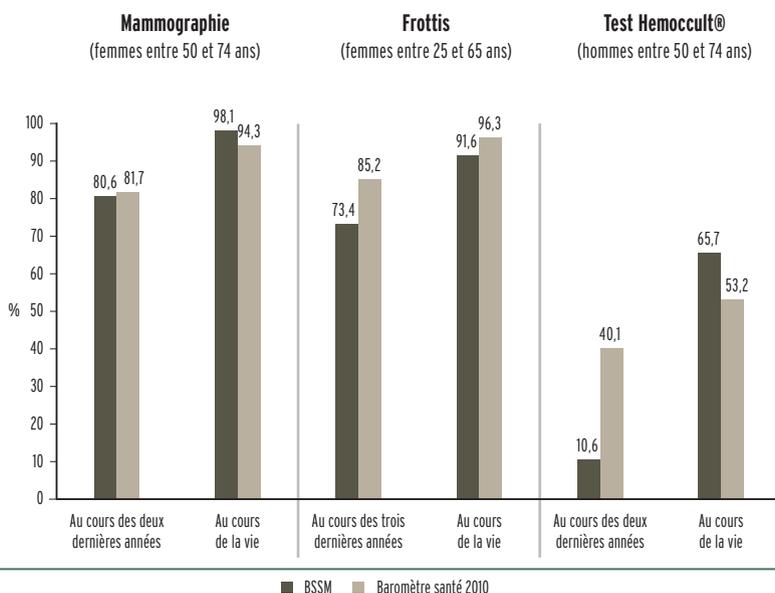
La réalisation d'un frottis au cours des trois dernières années pour les femmes, entre 25 et 65 ans, sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition interrogées, est significativement un peu moins fréquente que dans la population générale (73,4 % vs 85,2 % ; $p < 0,001$), cet écart se resserrant si l'on considère le recours à l'examen au cours de la vie (91,6 % vs 96,3 % ; $p < 0,001$).

La question du dépistage du cancer colorectal a été posée aux hommes unique-

ment, à partir de la réalisation du test Hémocult®, un autotest recherchant du sang dans les selles. Les 50-74 ans, tranche d'âge pour laquelle cet examen est préconisé, sont dans le BSSM proportionnellement beaucoup moins nombreux à l'avoir effectué au cours des deux dernières années en comparaison avec la population générale (10,6 % vs 40,1 %). À l'inverse, ils sont 65,7 % à l'avoir fait au cours de la vie contre 53,2 % dans le Baromètre santé 2010 ($p < 0,001$). Considérés ensemble, les facteurs sociodémographiques et relatifs à l'audition ne sont pas significativement liés aux pratiques en matière de dépistage.

FIGURE 10

Proportion de femmes ayant réalisé des dépistages du cancer du sein et du cancer du col utérin et d'hommes ayant effectué un dépistage du cancer colorectal, en fonction des âges au cours desquels ces tests sont recommandés, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)



DISCUSSION

RECOURS AUX SOINS : COMPARAISON AVEC LA POPULATION GÉNÉRALE

Des besoins plus importants en matière de soins se font jour dans la population du BSSM en comparaison avec la population générale. Un recours plus fréquent au médecin généraliste ainsi qu'au psychologue ou au psychiatre au cours des douze derniers mois est à mettre en relation avec le fait que les personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition interrogées déclarent plus souvent une maladie chronique, notamment une pathologie mentale, et se situent plus fréquemment en situation de détresse psychologique (*voir le chapitre « Santé mentale et qualité de vie »*). En même temps, ces besoins se trouvent moins bien pourvus qu'en population générale, le renoncement à des soins pour raison financière touchant un quart des individus dans le BSSM contre un individu sur dix dans le Baromètre santé 2010.

Les pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus et du côlon durant les dernières années varient plus ou moins sensiblement, à la défaveur des personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition. Il est plutôt question de la régularité dans le suivi car, au cours de la vie, les différences tendent à s'estomper, voire les hommes interrogés dans le BSSM à propos de la pratique du test Hemocult® sont proportionnellement plus nombreux à l'avoir réalisé. Ces données sur le dépistage ne varient pas en fonction de critères sociodémographiques ou liés à la surdité, elles laissent à penser que les modalités du suivi ne sont pas déficitaires pour ces populations.

ACOUPHÈNES ET HYPERACOUSIE : DES PRISES EN CHARGE INSUFFISANTES

Un problème est transversal à tout l'échantillon, celui des troubles de l'audition (même

s'il concerne un peu moins souvent ceux qui indiquent ne rien entendre). Ceux qui consultent pour cette raison vont plus souvent voir trois spécialistes ou plus dans l'année, indiquant un besoin de soins important. Si l'ORL et le médecin généraliste restent les référents, ces personnes peuvent souhaiter, dans le cadre d'une prise en charge globale, recourir à des spécialités telles que l'ostéopathie ou l'acupuncture, à des techniques telles que la sophrologie, ou encore à des psychothérapies spécifiques. Or, le cumul de ces recours semble difficile, comme en témoigne cette population déclarant plus fréquemment renoncer à des soins pour raison financière. Trouvent-ils pour autant des réponses satisfaisantes ? Il semblerait que non si l'on tient compte de données plus qualitatives [2] et des demandes en matière d'information formulées dans le BSSM (*voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes »*). Aussi, il serait nécessaire d'organiser l'offre en pôles de compétences pour répondre à cette demande et de promouvoir le développement de centres pluridisciplinaires tels que le Centre d'évaluation et de réadaptation des troubles de l'audition (Certa) à Angers, qui accompagne l'appareillage mais aussi les personnes touchées par des acouphènes invalidants. Le caractère pluridisciplinaire de ce type d'équipe peut éviter une dépense de moyens et d'énergie considérables pour trouver des professionnels tournés vers l'accueil de ces populations, qualifiés et à l'écoute. Sans concertation, des diagnostics divergents peuvent être posés et les personnes s'épuisent à tenter d'obtenir un diagnostic ou à essayer des traitements souvent sans grande efficacité. La négation des troubles de l'audition, leur relégation possible dans un registre psychologique (sous-entendu, le système auditif est intact), ou encore l'annonce de l'absence de traitement sont parfois vécues comme du

mépris de la part des professionnels de santé et amplifient le traumatisme occasionné par l'apparition des acouphènes et/ou de l'hyperacousie.

Ainsi, beaucoup reste à faire pour améliorer, voire faire exister une véritable prise en charge de ces troubles : mettre l'accent sur la recherche autour de ces pathologies, établir des recommandations sur les protocoles de soins en fonction de l'origine des troubles, développer l'éducation thérapeutique, orienter les patients vers les associations spécialisées...

QU'EN EST-IL DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SURDITÉ ACQUISE ?

Le BSSM n'a pas interrogé spécifiquement la prise en charge et l'accompagnement au moment de la survenue de la surdité mais, à l'instar des troubles de l'audition, ils pourraient faire l'objet de futures recherches sur leurs formes de reconnaissance administrative et médicale, ainsi que sur l'obtention du diagnostic et les traitements mis en œuvre. La compensation du handicap passe par un accès facilité à l'appareillage auditif. D'après l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) [13, 14], presque deux millions de personnes indiquent ne pas porter d'appareil mais en avoir besoin, tandis que les cadres supérieurs en sont mieux lotis. Le BSSM permet également d'illustrer les inégalités sociales à ce niveau ; 42,1 % des enquêtés indiquant ne pas porter d'appareil ou d'implant alors qu'ils en auraient besoin invoquent des raisons financières. Le reste à charge semble en effet élevé malgré les aides des mutuelles et la participation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) [2, 14].

UNE MINORITÉ EN DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS

Au-delà de ces inégalités, le BSSM met en évidence une minorité en grande difficulté

dans ses rapports avec le dispositif de santé, plutôt économiquement défavorisée et qui se recoupe partiellement avec les locuteurs de la LSF dans les pratiques de recours aux soins. Une frange de cette population (10 %) n'a consulté aucun spécialiste dans l'année, a des difficultés à prendre rendez-vous avec un médecin, avec parfois pour conséquence un ajournement des consultations. Ces résultats sont liés en partie à un phénomène peu mis en avant lorsque l'on étudie les inégalités face à la santé : la question de la communication entre professionnels et usagers. Les sourds locuteurs de la LSF, ceux ayant des difficultés pour s'exprimer à l'oral ou pour lire, ou encore ceux qui n'entendent pas du tout, sont particulièrement concernés, ces derniers n'étant que 37,8 % à communiquer facilement avec leur médecin. Pour les autres, les moyens de communication sont-ils adaptés ? 13,5 % des locuteurs de la LSF utilisent cette langue en consultation, alors que 48,9 % recourent au français écrit. S'agit-il d'un choix personnel ou d'une nécessité ? Alors qu'une partie d'entre eux rencontre des difficultés avec l'écrit, ils utilisent davantage ce moyen de communication en consultation. Une réflexion globale reste à mener sur l'accessibilité linguistique dans le cadre des soins et sur l'hétérogénéité des pratiques existant aujourd'hui.

En l'absence de possibilité d'une consultation en LSF ou quand la communication orale est trop difficile, une tierce personne, présente lors des consultations, est beaucoup plus souvent un proche qu'un interprète. Par ses qualités professionnelles et son positionnement (respect des paroles échangées, expérience, neutralité, etc.), l'interprète peut améliorer considérablement la relation de soin [15]. Mais les situations d'urgence rendent la question de l'accompagnement problématique dans la mesure où les interprètes sont rarement disponibles sur les lieux de soins et où il est difficile de les

solliciter dans ce type de circonstances. Les patients jugent illégitime de devoir assumer leur coût, en partie ou en totalité, en particulier lorsqu'il s'agit d'avoir accès à des services publics. Des personnes sourdes oralistes déplorent le manque de personnel susceptible d'assurer cette fonction [2]. Néanmoins, la moitié des personnes interrogées vit l'intervention d'un tiers, quel qu'il soit, comme une gêne (probablement pour des questions de manque de respect de la confidentialité, de perte d'autonomie, de manque d'aisance du praticien, etc.) [5, 16, 17]. On peut imaginer que c'est davantage le cas lorsque les proches et *a fortiori* les enfants jouent ce rôle.

À ces problèmes d'accès à l'information, à la communication et aux structures peut s'ajouter l'expérience de relations jugées stigmatisantes et discriminatoires, quand une patiente sourde se voit par exemple retirer la garde de son nouveau-né sans autre raison que sa surdité [2].

DES SOLUTIONS SPÉCIFIQUES DE PRISE EN CHARGE EN DÉVELOPPEMENT

Pour certains sourds, le défaut de soins a entraîné des sentiments de peur, de frustration, de manque de confiance dans les professionnels et, de fait, un évitement des structures [4]. L'articulation des besoins ou demandes avec l'offre de soins va encore moins de soi avec une population silencieuse. Quelques problèmes ont néanmoins pu être identifiés, tels que la souffrance psychologique repérée par les professionnels de santé mentale, les risques accrus d'exposition au VIH ou encore le manque d'accès aux urgences... Pour des raisons historiques, depuis 1995, un dispositif spécialisé s'est mis progressivement en place uniquement en milieu hospitalier. Il est ouvert à tous les sourds quels que soient leur langue et mode de communica-

tion privilégiés. En 2014, il existe seize unités régionales dont trois de santé mentale, et deux réseaux de médecine de ville. Certaines ont des antennes de consultation dans d'autres hôpitaux de leur région. Plus d'une centaine de professionnels, en France, ont désormais comme mission l'accès aux soins des sourds. L'idée a été de concentrer les moyens humains dans des lieux d'accueil spécifiques au sein des services publics pour que la langue des signes puisse être pratiquée sans obstacle. Au sein des unités hospitalières dédiées, la présence d'un professionnel sourd est une garantie essentielle de la qualité du dispositif. Pour ce métier en devenir, un mot a été donné : intermédiaire, soit la personne qui favorise le lien entre un patient et tout un système à travers des fonctions d'accueil, d'accompagnement, de réassurance et d'explicitation des propos du médecin. Les intermédiaires sont plus à même d'adapter l'information au niveau de connaissance, de maîtrise de la langue des signes, à la culture sourde et de reformuler les propos des patients à l'attention des médecins (toujours entendants) même lorsque ces derniers signent [18]. Les médecins apprennent en retour au contact de ces professionnels et améliorent leur pratique de la LSF mais aussi leurs attitudes vis-à-vis des patients [19]. L'accueil des sourds n'est pas qu'une question d'un français adapté, d'interprétation ou de langue des signes, c'est un accueil global de la surdité de chaque personne et de son vécu qui doit prévaloir. L'activité des unités est bien sûr, en raison de leur emplacement, une activité de médecine hospitalière, mais elle est surtout une activité de médecine générale.

Quelles sont les populations accueillies ?

Il s'agit majoritairement d'une population signeuse, elle-même diverse. Il existe une

fraction de sourds particulièrement vulnérables, avec des difficultés à l'écrit, pas d'expression orale ou de lecture labiale minimale et qui n'a jamais bénéficié de relations signées avec le système éducatif ou les services publics, et qui donc utilise une langue des signes basique. Une petite minorité (sourds-malvoyants, polyhandicapés) a des besoins très spécifiques de communication. Enfin, certains devenus sourds présentent un isolement social et des difficultés de relation avec les divers services publics.

Dans le BSSM, les sourds locuteurs de la LSF semblent également plus nombreux à fréquenter des services spécialisés. La proportion d'un quart est peut-être surévaluée par rapport à la réalité, l'enquête ayant été en partie relayée par des professionnels de ces structures. Beaucoup regrettent leur éloignement géographique, ce qui signifie que les seize unités réparties sur le territoire national ne permettent manifestement pas une couverture suffisante. Elles gagneraient également à être davantage médiatisées, un tiers de la population interrogée en ignorant l'existence. Souvent il a fallu une offre pour révéler des carences. Le Baromètre santé va dans le même sens : il existe une minorité de personnes qui ont des obstacles spécifiques pour un accès aux soins à l'égal de tous. En raison des centaines de milliers de personnes concernées en France par des problèmes d'audition, c'est une minorité de plusieurs dizaines de milliers de personnes.

L'activité des unités d'accueil a fait l'objet d'une évaluation annuelle détaillée par la DHOS : la circulaire de 2005 avait estimé les besoins du dispositif entre douze et quinze mille personnes. On peut estimer que ce chiffre est sous-estimé ; à ce jour, 13 000 sourds ont fréquenté ce dispositif. Des réseaux de professionnels bilingues se développent dans plusieurs régions, mais beaucoup reste à faire, notamment en ce qui concerne la création d'unités régionales et le

maillage de réseaux de soins avec les partenaires concernés [1]. Une réflexion globale pour analyser l'articulation des besoins et de l'offre en amont semble envisageable aujourd'hui.

Perspectives pour améliorer l'accès aux soins, au-delà de l'offre de structures

Nous sommes dans une phase intermédiaire. La problématique n'est pas comprise à tous les niveaux du système de santé et, en même temps, des pratiques innovantes et de nouvelles réglementations apparaissent. D'où viendront les prochains développements ? Une certitude : le préalable est le processus de prise en main de ses propres affaires (*empowerment*) par les populations concernées [20]. Le sentiment de prise de contrôle sur ses décisions, qui passe par l'acquisition et le renforcement de compétences psychosociales, peut aussi être facilité par une attitude du professionnel centrée sur le patient et reconnaissant ainsi son expérience, ses préférences et ses craintes [21]. On peut prévoir un double mouvement avec des synergies. D'une part, une extension à partir des dispositifs particuliers existants ; d'autre part, une clarification globale sur les enjeux autour de la population sourde. Cette dernière peut s'appuyer sur la Convention internationale relative à la personne handicapée – ratifiée par la France en 2010. L'étude des principes et des mesures de cette convention permet de voir les retards ou les avancées de la France. La communication, les langues sont clairement définies. L'article 9 sur l'accessibilité ne se cantonne pas à l'accessibilité technique des bâtiments mais introduit la notion d'aide humaine. La Convention ne s'est pas contentée d'affirmer des droits généraux mais énonce les conditions indispensables à l'exercice de ces droits dans certains domaines, en particulier dans l'éducation :

les États doivent faciliter « l'apprentissage de la langue des signes et la promotion de l'identité linguistique des personnes sourdes », « avec des enseignants handicapés, qui ont une qualification en langue des signes ». Dans le domaine de l'accès aux soins, la Convention n'évoque pas de mesures appropriées concernant des obstacles de communication, mais elle stipule le principe de non-discrimination, ce qui sous-tend le respect de la confidentialité dans les relations avec les soignants. Des réflexions et des recherches d'application systématique des principes stipulés par la Convention à tous les niveaux du système de santé peuvent constituer une base de travail.

Dans un avenir proche, le développement de la communication visuelle peut bouleverser l'accès aux soins de cette population. Un point est notable dans le BSSM : l'absence de moyens visuels à distance dans le recours aux soins. Pourtant, l'utilisation de smartphones pour prendre contact en LSF, photographier ses médicaments, ses problèmes dermatologiques, etc. se développe déjà dans certaines unités. Les dispositifs de visio-interprétations, dont l'utilisation n'est pas encore généralisée, permettent de plus en plus aux personnes

sourdes de prendre directement rendez-vous, de se renseigner après la consultation, évitant ainsi aux proches de jouer le rôle d'intermédiaire [22]. Ces services sont aussi susceptibles d'améliorer la communication dans le cabinet du médecin, à condition que celui-ci accepte d'échanger par ce biais. L'utilisation de systèmes d'alerte visuelle, notamment pour les examens médicaux, et de boucles magnétiques gagnerait à se généraliser [23]. Ces nouvelles technologies vont permettre une accessibilité à égalité avec la population générale. Au-delà existe la perspective de l'épanouissement de la *graphicacy* (capacité à s'exprimer et à raisonner par les images), par laquelle nous commençons à nous développer, bien avant la *litteracy* (capacité à s'exprimer et à raisonner par les mots). Cette *graphicacy* est bien souvent désapprise par la suite dans la population générale. Pour de nombreux sourds, la synthèse des données et des informations par l'image est efficace et économique, comme le montrent aujourd'hui les possibilités d'explication de concepts médicaux complexes (par exemple, le cycle de réplication du VIH, de sécrétion de l'insuline, etc.).

Relecteurs

Arnaud Gautier (Inpes)

Dominique Dufournet (Bucodes SurdiFrance)

Bibliographie

- [1] Dagrón J. Surdité, accessibilité, linguistique et accès aux soins. *Responsabilité*, 2011, vol. 11, n  41 : p. 14-16.
- [2] Sitbon A. *Le Rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 110 p.
- [3] Iezzoni L.I., O'Day B.L., Killeen M., Harker H. Communicating about health care: Observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine*, 2004, vol. 140, n  5 : p. 356-363.
- [4] Belorgey J.-M. (près., HAS). *Accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Audition publique du 22 au 23 octobre 2008 à Paris, organisée par la HAS. [Texte des experts, tome I, mercredi 22 octobre 2008.] Paris : HAS, 2009 : 129 p. En ligne : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf
- [5] Andrade Pereira P.C., Carvalho Fortes (de) P.A. Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. *American Annals of the Deaf*, Spring, 2010, vol. 155, n  1 : p. 31-37.
- [6] Boltansky L. Les usages sociaux du corps. *Annales ESC*, 1971, vol. 26, n  1 : p. 205-233.
- [7] Odette F., Yoshida K.K., Israel P., Li A., Ullman D., Colantonio A., et al. Barriers to wellness activities for canadian women with physical disabilities. *Health Care of Women International*, 2003, vol. 24, n  2 : p. 125-134.

- [8] Steinberg A.G., Wiggins E.A., Barmada C.H., Sullivan V.J. Deaf women: experiences and perceptions of healthcare system access. *Journal of Women's Health*, 2002, vol. 11, n° 8 : p. 729-741.
- [9] Rolland C., Mantovani J., Pascal J., Afrite A., Membrado M., Lang T. Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE). In : *Les Inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques*. Congrès national des observatoires régionaux de la santé 2008, Marseille, octobre 2008.
- [10] Willems S., De Maesschalck S., Deveugele M., Derese A., De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 2005, vol. 56, n° 2 : p. 139-146.
- [11] Dalle-Nazébi S., Lachance N. Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. Regards croisés France-Québec. *Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, 2008, n° 6 : p. 78-94.
- [12] Dagron J. *Les silencieux. Chronique de vingt ans de médecine avec les sourds*. Paris : Presse Pluriel, 2008 : 284 p.
- [13] Cuenot M., Roussel P. CTNERHI. *Difficultés auditives et communication. Exploitation des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 79 p.
- [14] Haeusler L., Mordier B. Vivre avec des difficultés d'audition. Répercussion sur les activités quotidiennes, l'insertion et la participation sociale. *Dossiers Solidarité et Santé*, Drees, 2014, n° 52 : 18 p.
- [15] Steinberg A.G., Barnett S., Meador H.E., Wiggins E.A., Zazove P. Health Care System Accessibility: Experiences and Perceptions of Deaf People. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, vol. 21, n° 3 : p. 260-266.
- [16] Bat-Chava Y., Martin D., Kosciw J. G. Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care*, 2005, vol. 17, n° 5 : p. 623-634.
- [17] Scheier D.B. Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 2009, vol. 40, n° 1 : p. 4-10.
- [18] Blanchard J., Sahli W. *Le Plaidoyer. Accès aux soins des sourds*. Journée de réflexions du 26 septembre 2013. Marseille : Éditions du Crilence, 2014.
- [19] Karacostas A. Services en santé mentale pour personnes sourdes et malentendantes en Europe. In : *Travaillons ensemble à un avenir commun*. 1^{re} Conférence canadienne sur la santé mentale et la surdité. Ottawa, septembre 2004. Reach Canada. En ligne : http://www.reach.ca/shared_future/fr/karacostas.htm
- [20] Wallerstein N. *What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health?* Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006 : 37 p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- [21] Aujoulat I., d'Hoore W., Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 2007, vol. 66, n° 1 : p. 13-20.
- [22] Dalle-Nazébi S. *L'Appropriation des services de centres relais par les sourds*. Rapport de WebSourd pour la Cnaf. Dossiers d'études de la Cnaf, 2010, n° 129 : 126 p. En ligne : https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_129_-_l_appropriation_des_services.pdf
- [23] Valios N., Vale D. Sensory impairment: Barriers to understanding. *Community Care*, 2004, n° 1512 : p. 30-31.

L'INFORMATION SUR LA SANTÉ : ACCESSIBILITÉ ET ATTENTES

L'essentiel

L'information sur la santé : accessibilité et attentes

Le sentiment d'information des publics concernés par le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) est globalement similaire à celui observé en population générale dans le Baromètre santé 2010. Une situation financière perçue comme moins favorable, le fait d'être plus jeune sont fortement associés au fait de se sentir moins informé. Parmi les populations interrogées, les situations diffèrent cependant selon le niveau d'accès à l'écrit, les possibilités d'expression orale et l'âge de survenue de la surdité. Le niveau de connaissance sur la contagion de la grippe, questionné en particulier, varie de la même manière. Par contre, les réponses à la question sur les modes de transmission de ce virus indiquent, en comparaison avec la population générale, une sous-estimation des risques avérés (par la toux, les postillons ; par les mains, la peau), mais aussi de meilleurs scores concernant les faux modes (par voie sexuelle ; par les aliments et les boissons).

Les craintes vis-à-vis de sujets tels que les accidents de la vie courante, le cancer ou la maladie d'Alzheimer ne sont pas plus élevées que dans le Baromètre santé 2010. Quand elles sont présentes, elles sont associées à des ressources plus faibles, qu'il s'agisse de la situation financière

déclarée, du niveau de diplôme ou d'une santé défavorable. Les femmes sont davantage concernées. Le taux de non-réponse à cette question augmente avec les difficultés de lecture, ce qui est sans doute le reflet d'un manque de connaissance sur les sujets en question.

Les professionnels de santé constituent le moyen préféré pour recevoir de l'information ou des conseils sur la santé pour 78,8 % des répondants, devant Internet (50,9 %) et l'écrit (presse, livres : 41,6 %). Pour ceux qui pratiquent la langue des signes française (LSF) ou pour qui l'accès à la lecture est restreint, l'information issue de l'entourage ainsi que les conférences en langue des signes occupent une place plus importante, au détriment des sources papier et des professionnels qui ne pratiquent pas la LSF. Au global, plus de 75 % des personnes interrogées indiquent utiliser Internet pour chercher de l'information sur la santé (contre un tiers de l'échantillon du Baromètre santé 2010). Logiquement, ce média est particulièrement investi par les populations de l'enquête dans la mesure où il remplace pour partie le téléphone, la radio et la télévision pour s'informer et échanger par des moyens visuels (écrit, LSF).

À la question de savoir si les personnes souhaitent de l'informa-

tion sur la santé, 35,8 % répondent positivement. Les locuteurs de la LSF sont intéressés par une grande variété de sujets et en particulier par les maladies graves. Ceux qui ne pratiquent pas la LSF demandent en priorité de l'information sur les troubles de l'audition et la surdité.

Souvent, les désavantages se cumulent et limitent l'appropriation des savoirs en matière de santé : un milieu économique moins favorisé et un niveau de diplôme moins important vont de pair avec des difficultés d'accès à l'écrit faute d'éducation adaptée, une communication limitée avec l'entourage et les professionnels de santé. À l'avenir, des études qualitatives et quantitatives devront analyser les modalités d'acquisition des connaissances sur un grand nombre de sujets de santé (y compris sur l'anatomie et le fonctionnement du corps) qui ne semblent pas toujours bien compris par ces publics. La mise à disposition de contenus adaptés, amenée à se développer, est à évaluer de façon à s'assurer que les messages délivrés seront compris et assimilés. Des programmes d'éducation pour la santé spécifiques nécessitent la formation de professionnels, en particulier de professionnels sourds et, en amont, des études qualitatives sur des sujets tels que la nutrition ou la sexualité.

L'information sur la santé : accessibilité et attentes

AUDREY SITBON
JEAN-BAPTISTE RICHARD
CÉCILE ALLAIRE
JEAN DAGRON
SOPHIE DALLE-NAZÉBI

INTRODUCTION

L'information sur la santé, qu'elle soit transmise par les médias ou par les échanges avec les professionnels de santé, constitue un enjeu particulier pour les personnes sourdes et malentendantes en raison d'une accessibilité souvent problématique. Les informations audio sont exclues pour ceux dont la surdité est la plus sévère, mais aussi la vidéo en l'absence de sous-titres. Les professionnels de santé n'adaptent pas toujours leur mode de communication aux besoins de leurs patients et la présence d'un interprète pour ceux qui pratiquent la langue des signes (LSF)¹ ou d'un codeur en langue française parlée complétée (LPC)² n'est pas toujours facile. De plus, pour les personnes sourdes depuis la petite enfance, la compréhension de l'écrit peut être restreinte faute d'éducation adaptée, et n'est pas toujours compensée par des informations en LSF. Cette langue est restée écartée pendant près d'un siècle de l'enseignement officiel en

France et des médias, avant de pouvoir être utilisée de nouveau à partir des années 1990. De ce fait, les signes dans le domaine de la santé sont créés au fur et à mesure que les sourds investissent les différents domaines de santé et se diffusent lentement. Les différences de vocabulaire au niveau régional s'estompent, la langue progresse, mais certains, particulièrement les plus âgés, peuvent rester à l'écart de ces évolutions.

1. Le nombre de personnes sourdes pratiquant la LSF n'est pas précisément connu mais se situe vraisemblablement autour de 100 000. D'après les enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), puis Handicap-Santé Ménages (HSM), elles seraient respectivement aux environs de 80 000 et 56 000 personnes, mais ces données sont certainement sous-évaluées dans la mesure où aucun dispositif spécifique d'enquête n'avait été prévu pour les interroger.

2. La LPC aide à comprendre le français à partir de codes réalisés par la main près du visage et permettant de compléter ce qui est dit. Elle vise à éviter les confusions de la lecture labiale. Le nombre d'utilisateurs n'a pas été estimé à ce jour mais semble relativement limité. Ceux qui y ont recours souvent ou de temps en temps sont 4 % dans l'échantillon du BSSM et ne présentent pas réellement de spécificités du point de vue du rapport à l'information. Aussi, ils ne seront pas distingués en tant que tels.

Les conséquences sont alors un manque de connaissances sur le fonctionnement du corps, les pathologies, ou sur la prévention, qui pourrait se répercuter sur les pratiques liées à la santé.

Pour autant et depuis une vingtaine d'années, des actions spécifiques portées par des associations, par des unités de soin en LSF³ et par les pouvoirs publics ont certainement commencé à œuvrer pour une réduction des inégalités en matière d'accès à l'information. Le milieu associatif a joué un rôle important dans ce sens, notamment avec la mobilisation de patients sourds au sein de l'association Aides. Le sida, révélateur en France du problème d'accès des sourds à la santé [1], a surtout mis en lumière la nécessité d'un accès aux soins spécifique. Celui-ci s'est opéré à travers un mouvement de soignants et de sourds qui ont proposé un nouveau modèle de soins [2, 3]. À la suite de quoi, des unités de soins spécialisées ont progressivement vu le jour à partir de 1996 en milieu hospitalier [3]. En plus d'assurer le suivi des patients sourds avec des modes de communication adaptés, elles enrichissent et mettent à disposition le vocabulaire sur la santé en LSF, proposent des formations, et mènent des actions de prévention et d'éducation pour la santé parfois à travers l'élaboration d'outils spécifiques comme des DVD en LSF. Le ministère de la Santé a également diffusé un DVD pour le public sourd, en même temps qu'une campagne grand public sur le dépistage du cancer du sein. Enfin, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène depuis 2008, en collaboration avec les professionnels et les personnes concernées, un travail visant à rendre accessible l'information sur différents thèmes de santé. Des sujets tels que la canicule, la grippe, l'alimentation ou la vaccination ont été traités par le biais de vidéos en LSF, de brochures et d'affiches⁴. Des informations sur la santé en LSF sont également délivrées

via l'émission *L'Œil et la Main*⁵ à la télévision et en rediffusion sur Internet, ainsi que sur Pisourd⁶, un site suisse spécialisé sur les questions de santé. Pour autant, l'offre d'informations en LSF sur la santé semble encore relativement restreinte et arrive décalée dans le temps.

Dans ces conditions, ce chapitre propose quelques éclairages sur le rapport à l'information, en particulier pour les personnes qui ont un accès difficile à l'écrit ou qui utilisent fréquemment la LSF. Le sentiment d'être bien informé ou les peurs vis-à-vis de quelques sujets de santé ou de certaines maladies ont été interrogés. Une question sur les connaissances vis-à-vis des modes de transmission de la grippe a également été posée, question qui fait un peu exception dans un Baromètre santé davantage axé sur les perceptions et les comportements liés à la santé. Cette interrogation revêt néanmoins une importance particulière dans la mesure où la grippe a fait l'objet d'actions de communication de l'Inpes et où la maladie a donné lieu à des débats et à une information controversée autour du vaccin contre la grippe A durant l'année précédant l'enquête.

Les sources d'information préférées, le recours à Internet et les sites éventuellement consultés pour obtenir de l'information sur la santé, ainsi que les sujets sur lesquels les personnes souhaitaient de l'information ont aussi été questionnés. Ces indicateurs fourniront des pistes de travail pour la mise à disposition d'informations accessibles.

Les analyses sont comparées, quand il est possible de le faire, avec les données en population générale du Baromètre santé 2010 (après redressement sur le sexe, l'âge et le niveau de diplôme). Des analyses multi-

3. <http://www.patients-sourds.sante.gouv.fr/>

4. Voir la rubrique accessible sur le site de l'Inpes (<http://www.inpes.sante.fr>)

5. Voir le site de l'émission : <http://www.france5.fr/emissions/l-oeil-et-la-main>

6. <http://www.pisourd.ch/>

variées présentent des données ajustées en termes de sexe, âge et niveau de diplôme. Dans les autres cas de figure, il s'agit de données brutes de l'échantillon du BSSM.

Plusieurs variables en lien avec l'audition aident à positionner les personnes dans leur rapport à l'information : l'acuité auditive perçue (capacité à entendre), l'âge de

survenue de la surdité, l'usage de la langue des signes, la présence de troubles de l'audition (acouphènes, hyperacousie) gênants dans la vie quotidienne, ainsi que les capacités à lire un livre ou à s'exprimer à l'oral⁷.

7. Voir la description de l'échantillon du point de vue de ces variables dans le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon ».

RÉSULTATS

SENTIMENT D'INFORMATION, DISPARITÉS EN FONCTION DES MODES D'ACCÈS À L'INFORMATION

Un module axé sur l'information a permis d'interroger le sentiment d'information sur une dizaine de thèmes de santé. De manière générale, les répondants se sentent majoritairement « bien » ou « très bien » informés sur les dix sujets proposés : à plus de 80 % sur le tabac, l'alcool, la contraception ou le sida, et entre 50 et 70 % sur les infections sexuellement transmissibles (IST) autres que le sida, le cancer, les vaccinations,

le cannabis, la dépression et la maladie d'Alzheimer. Ces proportions se retrouvent à l'identique dans le Baromètre santé 2010, les pourcentages variant très peu, à l'exception de celui pour le cancer, à l'égard duquel les personnes interrogées dans le BSSM se sentent moins bien informées que dans la population générale (8 points de moins) [tableau I].

Les facteurs associés au fait de se sentir moins informé⁸ ont ensuite été examinés, en considérant les variables sociodémo-

8. Ce score a été obtenu en additionnant les réponses aux dix questions sur le sentiment d'information.

TABLEAU I

Proportion de personnes se disant « très bien » ou « bien » informées, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (15-85 ans) (Données redressées)				Baromètre santé 2010 (15-85 ans)			
	Hommes	Femmes	Total	p	Hommes	Femmes	Total	p
Tabac	86,8	90,3	88,6	*	91,1	90,9	91,0	
Alcool	87,8	87,8	87,7		89,8	87,7	88,7	
Contraception	80,5	88,1	84,4	***	82,1	90,2	86,3	***
Sida	81,4	82,9	82,2		85,4	83,6	84,4	
IST (hors sida)	67,9	68,3	68,1		64,0	67,0	65,6	*
Cancer	65,9	68,5	67,3		74,0	77,6	75,9	**
Vaccinations	66,2	65,6	65,8		67,4	69,0	68,2	
Cannabis	67,8	62,7	65,1	*	64,4	60,8	62,5	*
Dépression	50,6	54,6	52,7		47,1	54,9	51,2	***
Maladie d'Alzheimer	51,3	54,1	52,8		52,1	58,9	55,6	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001 (différences significatives entre hommes et femmes).

graphiques et celles liées à la surdité [tableau II]. Toutes choses égales par ailleurs, la situation financière perçue est

fortement corrélée au fait de se déclarer mal informé, comme c'est le cas dans le Baromètre santé 2010 [4]. Dans le BSSM,

TABLEAU II

Facteurs associés au sentiment d'être mal informé (quartile le moins informé sur le cumul des différents thèmes évoqués) parmi les répondants déclarant ne pas bien entendre (tris croisés et modèle logistique)^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Âge		***		
15-25 ans (réf.)	309	26,5	1	
26-34 ans	456	33,6	1,7*	[1,1 ; 2,5]
35-44 ans	553	23,7	1,0	[0,7 ; 1,5]
45-54 ans	577	19,8	1,0	[0,7 ; 1,5]
55-64 ans	592	16,7	0,8	[0,5 ; 1,2]
65-74 ans	259	10,4	0,5*	[0,3 ; 1,0]
75 ans et plus	166	23,5	1,5	[0,8 ; 2,8]
Situation financière		***		
Être à l'aise (réf.)	383	14,4	1	
Ça va	973	17,1	1,1	[0,8 ; 1,6]
C'est juste	681	27,9	1,9***	[1,3 ; 2,8]
C'est difficile	374	29,1	1,9**	[1,2 ; 2,8]
Ne pas y arriver sans faire de dettes	97	15,5	0,9	[0,5 ; 1,9]
Ne pas savoir	54	37,0	1,9	[1,0 ; 3,9]
Acuité auditive perçue		***		
Ne pas entendre du tout (réf.)	464	36,0	1	
Avoir beaucoup de difficultés à entendre	893	22,3	1,1	[0,8 ; 1,6]
Avoir quelques difficultés à entendre	1 408	18,0	1,3	[0,8 ; 1,9]
Âge de survenue de la surdité		***		
Avant 2 ans (réf.)	770	31,2	1	
Entre 2 et 26 ans	790	21,6	1,0	[0,8 ; 1,3]
Entre 27 et 59 ans	684	13,3	0,7*	[0,5 ; 1,0]
60 ans et plus	152	18,4	1,1	[0,4 ; 1,5]
Pratique de la LSF		***		
Non (réf.)	2 050	17,0	1	
Oui	862	34,3	1,2	[0,9 ; 1,7]
Capacité à s'exprimer à l'oral		***		
Difficile ou impossible (réf.)	422	39,6	1	
Ne pas avoir de difficultés	1 971	18,4	0,6*	[0,4 ; 0,9]
Facilité à lire un livre		***		
Difficile/impossible (réf.)	407	42,0	1	
Facile	2 178	18,0	0,4***	[0,3 ; 0,6]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Résultats obtenus par le test du Khi-deux de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des co-variables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Les données ont également été ajustées sur le sexe et le diplôme qui ne présentent pas de différence significative.

La situation des personnes nées à l'étranger n'est pas incluse dans ce modèle ni dans les suivants, leur situation ne présentant pas de différence significative du point de vue des indicateurs liés à l'information.

Lecture du tableau : 42,0 % des personnes qui ont des difficultés à lire un livre font partie du quart des personnes qui ont le sentiment d'être moins bien informées sur les sujets de santé.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

le sentiment d'être bien informé augmente avec l'âge (jusqu'à 74 ans) et est plus faible pour les 26-34 ans, qui perçoivent plus souvent leur situation comme étant précaire⁹. Le sentiment d'être bien informé diminue en cas de survenue précoce de la surdité. Faute de moyens de communication adaptés pour les apprentissages durant l'enfance, la lecture peut être problématique. Ainsi, dans l'échantillon du BSSM, 46 % des personnes sourdes depuis la petite enfance (avant l'âge de 6 ans) et déclarant en même temps ne rien entendre, indiquent des difficultés ou une impossibilité à lire un livre. Ce sont les mêmes personnes qui signalent plus souvent des possibilités d'expression orale limitées (83 % d'entre elles). Les difficultés à lire sont liées au fait de se sentir moins bien informé, devant les difficultés à s'exprimer à l'oral et la survenue précoce de la surdité [tableau II]. Dans ces situations, les conditions financières semblent par ailleurs moins favorables et l'on assiste à un cumul d'inégalités.

En perspective avec ce sentiment d'information, deux questions ont été posées sur les connaissances sur la grippe. La première était de savoir à quel moment une personne devient contagieuse pour les autres lorsqu'elle est infectée. Cinq modalités de réponses étaient proposées : « une fois que la maladie est bien installée », « lorsque la personne a de la fièvre », « lorsqu'elle se met à tousser », « dès le début, même si elle n'a pas encore de symptômes », « à un autre moment ». La bonne réponse attendue était la modalité « dès le début ».

Le taux de « bonnes réponses » pour l'ensemble de l'échantillon, qui est de 55,4 %, diffère peu de celui du Baromètre santé 2010 (57,0 %). Il varie, en revanche, très sensiblement en fonction du profil des personnes interrogées dans le BSSM [tableau III]. Ainsi, les hommes semblent se sentir moins bien informés que les femmes. Le niveau de

diplôme entre fortement en ligne de compte ainsi que l'accès à l'écrit, les possibilités d'expression orale et l'âge de survenue de la surdité. Plus la surdité advient tôt, plus faible est le taux de bonnes réponses ; les personnes qui disent ne rien entendre sont 25,0 % à citer la bonne réponse (versus 71,8 % pour celles qui entendent avec quelques difficultés). Celles qui pratiquent la LSF ou ont des difficultés à lire un livre sont un tiers à citer le début de l'infection (versus les deux tiers pour les autres). Par contre, le sentiment d'information sur les dix sujets précédemment évoqués n'est pas significativement associé au fait de donner ou non une réponse correcte à cette question (même si ceux qui expriment un sentiment de manque d'information apportent moins souvent la bonne réponse).

Une autre question était posée sur les modes de transmission de la grippe. Sur les cinq modalités de réponses proposées, deux étaient mauvaises, à savoir « par voie sexuelle », « par les aliments, les boissons », et sont citées par une petite proportion de répondants (6,8 % et 11,2 %). Les deux réponses exactes étaient « par la toux, les postillons » ainsi que « par les mains, la peau », et s'avèrent être majoritairement reconnues comme des modes de transmission du virus (respectivement par 80,3 % et 55,0 % des personnes interrogées) [tableau IV].

Les comparaisons entre les réponses formulées dans le BSSM et dans le Baromètre santé 2010 mettent en évidence une moindre connaissance des modes de transmission avérés dans le premier

9. En outre, quand on étudie uniquement les données socio-démographiques et économiques, les disparités en fonction de la position sociale varient de façon assez similaire dans le BSSM et dans la population générale. Dans ce cas, au-delà des caractéristiques liées à l'âge et à la situation financière perçue, les moins diplômés et les hommes ont plus de risques de se sentir moins bien informés. La différence liée au genre n'est, en revanche, pas significative dans le Baromètre santé 2010 alors qu'elle l'est dans le BSSM. Dans les deux enquêtes, la situation professionnelle (être actif, au chômage, etc.) n'a pas de lien significatif avec le sentiment d'information.

TABLEAU III

Facteurs associés au fait de répondre correctement à la question du moment de contagion de la grippe parmi les répondants déclarant ne pas bien entendre^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe		***		
Homme (réf.)	971	55,5	1	
Femme	1 692	65,8	1,3**	[1,1 ; 1,6]
Niveau de diplôme		***		
Inférieur au bac (réf.)	957	49,9	1	
Baccalauréat	430	61,6	1,4*	[1,1 ; 1,9]
Supérieur au bac	1 112	74,3	2,0***	[1,6 ; 2,5]
Acuité auditive perçue		***		
Ne pas entendre (réf.)	416	25,0	1	
Beaucoup de difficultés à entendre	809	62,4	1,7**	[1,2 ; 2,4]
Quelques difficultés à entendre	1 308	71,8	1,4	[0,9 ; 2,1]
Pratique de la LSF		***		
Non (réf.)	1 875	74,5	1	
Oui	788	32,5	0,4***	[0,3 ; 0,5]
Facilité à lire		***		
Difficile/impossible (réf.)	391	32,0	1	
Facile	2 116	68,4	1,7***	[1,3 ; 2,3]
Facilité à s'exprimer à l'oral		***		
Difficile ou impossible (réf.)	442	23,5	1	
Sans difficulté	1 896	70,7	1,8**	[1,2 ; 2,5]
Âge de survenue de la surdité		***		
Avant 2 ans (réf.)	772	41,8	1	
Entre 2 et 5 ans	275	53,1	0,9	[0,7 ; 1,3]
Entre 6 et 15 ans	233	73,0	1,5	[1,0 ; 2,1]
Entre 16 et 26 ans	274	77,4	1,6*	[1,1 ; 2,3]
Entre 27 et 35 ans	220	78,2	1,7*	[1,1 ; 2,6]
Entre 36 et 59 ans	444	78,4	1,8**	[1,2 ; 2,6]
Entre 60 et 75 ans	98	67,3	1,2	[0,6 ; 2,1]
Sentiment d'information		***		
Trois quarts des personnes se sentant les mieux informées (réf.)	2 078	65,5	1	
Quart des personnes se sentant les moins bien informées	581	49,7	0,8	[0,7 ; 1,1]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Résultats obtenus par le test du Khi-deux de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des co-variables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Les données ont également été ajustées sur l'âge, la situation financière, la crainte à l'égard des sujets de santé, l'autoqualification de la surdité (se déclarer sourd, malentendant, ni l'un ni l'autre) et sur la présence d'une maladie chronique. Ces différentes variables ne présentent pas de différence significative.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

(de 17 points pour la toux et postillons et de 20 points pour les mains et la peau) **[tableau IV]**. Dans les deux enquêtes, les hommes se trompent davantage, en particulier sur la question des risques de transmission par voie sexuelle. Le taux d'erreurs

est le plus important pour les personnes qui pratiquent la LSF ou qui ont des difficultés à lire un livre **[tableau V]** : elles ont tendance à moins fréquemment mentionner la toux et les postillons (bonnes réponses) et à indiquer plus souvent le mode de trans-

TABLEAU IV

Les modes de transmission de la grippe déclarés, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

	BSSM (données redressées) (15-85 ans)				Baromètre santé 2010 (15-85 ans)			
	Hommes	Femmes	Total	p	Hommes	Femmes	Total	p
Par la toux, les postillons	80,1	80,5	80,3		97,6	97,7	97,7	
Par les mains, la peau	54,1	55,8	55,0		74,2	79,2	76,8	**
Par voie sexuelle	8,8	4,9	6,8	**	17,6	12,3	15,1	***
Par les aliments, les boissons	12,3	10,3	11,2		30,8	23,1	26,8	***

** : p<0,01; *** : p<0,001 (différences significatives entre hommes et femmes).

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU V

Connaissance des modes de transmission du virus de la grippe en fonction de la pratique de la LSF et de la capacité à lire un livre (en pourcentage, données pondérées)

	Pratique la LSF	Ne pratique pas la LSF	p	Difficulté à lire	Pas de difficulté à lire	p
	(n = 1739)	(n = 915)		(n = 546)	(n = 1952)	
Par la toux, les postillons	72,3	84,5	***	69,1	83,9	***
Par les mains, la peau	52,7	56,2		51,6	56,5	
Par voie sexuelle	10,2	5,0	***	8,8	5,9	
Par les aliments, les boissons	15,7	8,9	***	17,7	8,9	***

*** : p<0,001.

Différences significatives entre ceux qui pratiquent ou non la LSF (entre eux) et ceux qui ont ou non des difficultés pour lire (entre eux). Les personnes désignées « en difficulté avec la lecture » ont répondu ne pas pouvoir lire un livre ou être en difficulté pour le faire.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

mission sexuelle et les aliments (réponses fausses). Néanmoins, les « faux » modes de transmission sont moins choisis dans le BSSM que dans l'enquête en population générale [tableau IV] et ce, quel que soit le profil des répondants (pratique ou non de la LSF, difficulté ou non à lire un livre)¹⁰.

LES CRAINTES À L'ÉGARD DES SUJETS DE SANTÉ

Ensuite, on souhaitait savoir si le sentiment d'information était associé à des peurs à l'égard de sujets de santé. Le cancer a été

interrogé compte tenu de sa fréquence, de sa gravité et des représentations qu'il occasionne. On a demandé aux personnes enquêtées si elles craignaient pour elles-mêmes trois sujets présentant un intérêt particulier au regard de la surdité. La maladie d'Alzheimer a été sondée dans la mesure où des résultats d'études circulent selon lesquels la perte d'audition à l'âge adulte irait de pair avec une fréquence plus importante

10. Est-ce en partie un effet du mode de passation de l'enquête, qui, laissant plus de temps de réflexion qu'au téléphone, minimiserait ce type d'erreurs ?

de cette pathologie¹¹ (d'ailleurs, des interrogations sur cette association figurent dans les questions ouvertes). Les accidents de la circulation ont été questionnés en raison de risques potentiellement plus importants du fait du manque de perceptions sonores, en particulier pour ceux qui ont perdu une partie de l'audition au cours de la vie. La peur du handicap (qui n'était pas interrogée dans le Baromètre santé 2010) fait écho aux craintes de voir se surajouter d'autres types d'incapacités.

Les répondants sont 39,1 % à indiquer craindre (beaucoup ou pas mal) les accidents de la circulation et 43,0 % le cancer. Ces proportions sont sensiblement moins élevées que dans le Baromètre santé 2010 (de 10 points). Par contre, les craintes à l'égard de la maladie d'Alzheimer, de 37,0 % dans le BSSM, se rapprochent du sentiment

exprimé en population générale (39,1 %). La crainte du handicap concerne 44,3 % des personnes interrogées.

D'après les caractéristiques du quart de l'échantillon indiquant davantage craindre ces différents sujets pris dans leur ensemble¹² [tableau VI], complétées par des analyses multivariées sur chacun de ces thèmes, ces peurs sont davantage liées au fait d'être une femme et à des ressources plus

11. Les résultats des travaux de la Johns Hopkins School of Medicine de Baltimore [5] du Groupe de recherche Alzheimer presbycousie [6] mettant en lumière un lien entre la fréquence des démences et la perte d'audition ont, par exemple, été particulièrement relayés dans la presse et sur des sites Internet dédiés à la santé.

12. Ce score a été calculé par la somme des réponses à la question des craintes liées à la maladie d'Alzheimer, au cancer, aux accidents de la circulation et au handicap. De la même façon que pour le quartile le moins informé de l'échantillon, les caractéristiques des populations peuvent varier si l'on prend chaque thème séparément.

TABLEAU VI

Facteurs associés au sentiment de craindre des sujets de santé (quartile craignant le plus les sujets sur le cumul des différents thèmes évoqués) parmi l'ensemble des répondants^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Homme (réf.)	1 114	21,0	1	
Femme	1 869	30,2	1,6***	[1,3; 1,9]
Âge **				
15-25 ans (réf.)	326	22,7	1	
26-34 ans	471	26,8	1,2	[0,8; 1,9]
35-44 ans	560	26,1	1,0	[0,7; 1,5]
45-54 ans	588	27,0	1,1	[0,8; 1,6]
55-64 ans	604	30,8	1,4	[0,9; 2,0]
65-74 ans	264	30,3	1,4	[0,9; 2,3]
75 ans et plus	170	15,9	0,5*	[0,3; 1,0]
Niveau de diplôme				
Inférieur au bac (réf.)	1 004	29,6	1	
Baccalauréat	437	25,6	0,7*	[0,6; 1,0]
Supérieur au bac	1 137	26,2	0,8	[0,7; 1,0]
Situation financière ***				
Être à l'aise (réf.)	383	19,1	1	
Ça va	973	25,8	1,5*	[1,1; 2,0]
C'est juste	681	28,3	1,4*	[1,0; 2,0]
C'est difficile	375	36,8	2,0***	[1,4; 2,8]
Ne pas pouvoir pas y arriver sans faire de dettes	97	37,1	1,7*	[1,0; 2,9]

TABLEAU VI (SUITE)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Pratique de la LSF **				
Non (réf.)	2 095	28,4	1	
Oui	888	22,7	0,8	[0,6 ; 1,1]
Facilité à lire *				
Difficile/impossible (réf.)	407	22,9	1	
Facile	2 179	28,2	1,5**	[1,1 ; 2,1]
Niveau de gêne des troubles de l'audition ***				
Beaucoup (réf.)	932	35,3	1	
Peu ou pas	2 051	22,9	0,8*	[0,6 ; 1,0]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
Avant 2 ans (réf.)	804	25,7	1	
Entre 2 et 15 ans	573	28,8	0,9	[0,7 ; 1,2]
Entre 16 et 59 ans	1 075	28,4	0,7*	[0,6 ; 1,0]
60 ans et plus	134	23,1	0,9	[0,5 ; 1,6]
Activité limitée en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ***				
Non (réf.)	1 216	20,5	1	
Oui, fortement	578	37,5	1,6***	[1,2 ; 2,1]
Oui, mais pas fortement	1 014	28,2	1,2	[1,0 ; 1,5]
Situation de détresse psychologique ***				
Non (réf.)	1 431	20,8	1	
Oui	1 201	35,0	1,6***	[1,3 ; 2,0]
Maladie chronique ***				
Oui (réf.)	999	33,1	1	
Non	1 617	23,7	0,8**	[0,6 ; 0,9]
Sentiment d'information ***				
Trois quarts des personnes se sentant les mieux informées (réf.)	2 266	25,1	1	
Quart des personnes se sentant les moins bien informées	645	32,9	1,7***	[1,4 ; 2,2]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001

a. Résultats obtenus par le test du Khi-deux de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des co-variables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Les données ont également été ajustées sur l'acuité auditive, la capacité à s'exprimer à l'oral ainsi que la pratique de la LSF, mais ne sont pas significatives.

lecture du tableau : 32,9 % des personnes qui se disent moins bien informées font partie du quart des personnes craignant davantage les différents sujets de santé.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

faibles : situation financière déclarée, niveau de diplôme ou santé défavorable. Cette dernière est envisagée ici à partir du niveau de détresse psychologique¹³, de la limitation d'activités en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, de la présence d'une ou de plusieurs maladies chroniques ou encore de troubles de l'audition très gênants. La peur du handicap concerne moins ceux qui pratiquent la LSF, certainement en partie dans la mesure où ils sont en moyenne plus jeunes et moins touchés par des maladies

chroniques. Si les craintes ont tendance à augmenter légèrement avec l'âge (sans

13. La détresse psychologique est calculée à partir d'un indicateur, le MH-5, *Mental Health Index*. Il s'agit d'un score de santé mentale du MOS SF-36 (*Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey*), qui est une échelle de qualité de vie validée en français. Ce score est construit à partir des réponses à cinq questions : « Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti très nerveux/si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral/calme et détend/triste et abattu/heureux ? » avec les modalités de réponses « tout le temps/souvent/quelquefois/rarement/jamais ». On considère que les individus dont le score est strictement inférieur à 56 sont en détresse psychologique (voir le chapitre « Santé mentale et qualité de vie »).

pour autant que les résultats soient significatifs), les plus de 75 ans interrogés indiquent en revanche éprouver nettement moins de peurs à l'égard des différents sujets, à l'exception du handicap.

Le lien entre le sentiment d'être moins bien informé (sur les dix sujets questionnés dans l'enquête) **[tableau 1]** et le risque de déclarer des craintes particulières est plus ou moins marqué en fonction des sujets. Les personnes ayant peur du cancer se disent globalement moins bien informées sur cette pathologie. En outre, à l'instar des résultats du Baromètre santé 2010, quel que soit le sentiment d'information sur la maladie d'Alzheimer, la crainte déclarée à son égard reste constante. Ensuite, ceux qui indiquent avoir des difficultés à lire semblent avoir moins de craintes vis-à-vis du cancer et de la maladie d'Alzheimer, mais elles sont en même temps plus nombreuses, avec celles signalant ne rien entendre ou pratiquer la LSF, à ne pas avoir su répondre à cette question. C'est le cas pour 16,9 % de ceux qui disent ne rien entendre contre 7,5 % de ceux qui entendent avec quelques difficultés (données brutes). Ces chiffres sont, respectivement, de 14,8 % et 5,4 % concernant le cancer.

SOURCES D'INFORMATION PRIVILÉGIÉES

Les personnes ont été interrogées ensuite sur les moyens préférés pour recevoir de l'information ou des conseils sur la santé¹⁴. Le médecin et d'autres professionnels de santé arrivent en tête (78,8 %), largement devant Internet (50,9 %) et l'écrit (presse, livres : 41,6 %). Pour une minorité, les sources d'information privilégiées sont la télévision (35,3 %), les proches – famille, amis, collègues – (27,1 %), des brochures (26,1 %) et des conférences (22 %). Cette question était notamment posée dans l'optique de savoir si le recours aux différents médias différait lorsque la LSF était pratiquée **[figure 1]** ou

lorsque l'accès à l'écrit et les possibilités d'expression orale étaient limités. Dans ces trois situations, la hiérarchisation des modes d'information varie légèrement, à la défaveur des sources papier. L'information issue de l'entourage ainsi que les conférences occupent une place plus importante. Pour la moitié des locuteurs de la LSF, les professionnels de santé qui pratiquent cette langue constituent une source d'information appréciable, sachant que ces derniers sont en petit nombre et inégalement répartis sur le territoire.

Les sources d'information privilégiées varient aussi en fonction du niveau de diplôme. La préférence pour le recours aux professionnels de santé, à Internet et à la presse ou aux livres augmente avec le niveau d'éducation, tandis que celle pour la télévision diminue. Les autres moyens de s'informer (brochures, proches, conférences/séminaires) sont plus appréciés par les personnes ayant un niveau de diplôme intermédiaire (baccalauréat).

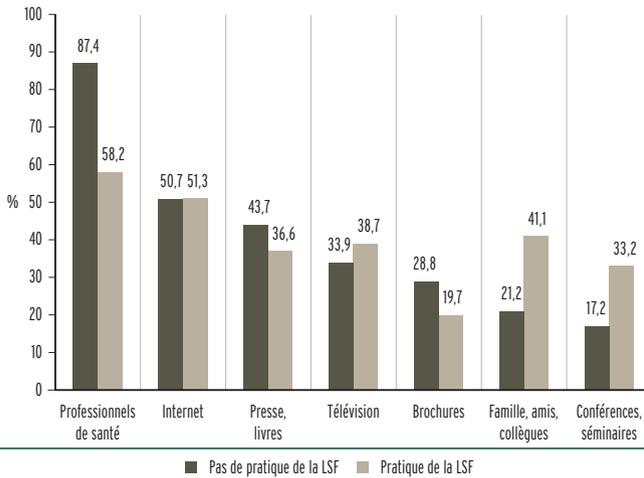
Aucune donnée précise sur le sujet n'est réellement disponible mais il est quasiment certain que l'usage d'Internet est plus important pour les populations concernées par une surdité ou des troubles de l'audition que pour la population générale, cette technologie palliant en partie les difficultés d'accès, voire l'impossible accès aux informations et échanges audio, et constituant de ce fait une révolution **[7]**¹⁵. Un

14. La question était posée ainsi : « En général, par quel(s) moyen(s) préférez-vous avoir des informations ou des conseils sur la santé ? », avec la possibilité d'indiquer plusieurs réponses parmi les neuf items proposés.

15. Les sites de partage de vidéos avec des spots sous-titrés semblent particulièrement recherchés. Les échanges et l'accès à des informations écrites et visuelles à distance, en particulier via la LSF, passent par des dispositifs (e-mailing de vidéos, e-learning, etc.) et des sites souvent développés par des sourds eux-mêmes. La communication à distance en direct entre sourds en LSF ou à l'écrit par le biais du chat, des webcams ou des visioconférences est également permise avec les entendants, des centres relais proposant un service d'interprétation français/LSF ou de retranscription du français oral à distance. La communication téléphonique devient ainsi possible. Ce type de service permet également à deux interlocuteurs sourds et entendants coprésents de bénéficier des services d'un interprète à distance.

FIGURE 1

Sources d'information préférées selon que les personnes pratiquent ou non la LSF (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

chiffre indique clairement que l'appropriation d'Internet par les sourds est avancée puisque même ceux indiquant avoir des difficultés à lire un livre sont 67 % à rechercher des informations sur la santé par ce biais. On peut aussi le comprendre dans la mesure où des contenus y sont parfois disponibles en LSF. La passation du questionnaire se faisant *via* Internet, une surreprésentation d'internautes est néanmoins possible, et une comparaison *stricto sensu* avec son usage pour chercher de l'information sur la santé avec la population générale n'est pas forcément pertinente. Ainsi, plus de 75 %¹⁶ des personnes interrogées dans le BSSM indiquent chercher de l'information sur la santé par le biais d'Internet, tandis que cela concerne un tiers de la population générale dans le Baromètre santé 2010 (pour les 15-85 ans) [8]. Cependant, la maîtrise d'Internet n'était pas une condition *sine qua non* pour répondre à l'enquête dans la mesure où il était possible de se faire aider pour cela, ce qui a été le cas pour 5,9 %

de l'échantillon. Parmi ces derniers, 41,7 % indiquent néanmoins rechercher de l'information sur la santé par Internet.

Ceux qui ont un niveau de diplôme égal ou supérieur au bac et ceux qui ont plus de facilité à lire ont plus de chance d'y avoir recours [tableau VII]. L'usage d'Internet pour chercher des informations sur la santé reste élevé quel que soit l'âge, même s'il est légèrement plus faible chez les plus âgés et les plus jeunes, certainement en lien pour ces derniers avec un intérêt moindre pour les questions relatives à la santé, comme le montrent les analyses du Baromètre santé 2010 [8]. Cela explique aussi vraisemblablement la plus petite représentation de cette classe d'âge dans l'enquête. Les locuteurs de la LSF plus âgés ont très certainement un accès plus restreint à Internet. Ces deux catégories d'âge sont également celles se sentant moins bien informées. Dans

16. Données redressées avec celles du Baromètre santé 2010 sur l'âge, le genre et le niveau de diplôme.

TABLEAU VII

Facteurs associés à l'utilisation d'Internet pour chercher de l'information sur la santé parmi les répondants déclarant ne pas bien entendre^a

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Âge ***				
15-25 ans (réf.)	301	74,1	1	
26-34 ans	438	85,4	1,9**	[1,2; 3,0]
35-44 ans	532	84,6	1,7*	[1,1; 2,6]
45-54 ans	566	84,6	1,6*	[1,0; 2,4]
55-64 ans	580	82,6	1,5	[1,0; 2,3]
65-74 ans	258	77,5	1,0	[0,6; 1,6]
75 ans et plus	162	51,2	0,3***	[0,2; 0,6]
Niveau de diplôme ***				
Inférieur au bac (réf.)	1 006	72,5	1	
Baccalauréat	437	86,5	2,1***	[1,5; 2,9]
Supérieur au bac	1 137	86,3	1,9***	[1,4; 2,4]
Acuité auditive perçue ***				
Ne pas entendre du tout (réf.)	449	73,7	1	
Avoir beaucoup de difficultés à entendre	868	79,8	1,3	[0,9; 1,9]
Avoir quelques difficultés à entendre	1 382	82,3	1,3	[0,8; 2,0]
Pratique de la LSF **				
Non (réf.)	2 004	82,2	1	
Oui	833	77,0	0,8	[0,6; 1,2]
Capacité à lire ***				
Difficile/impossible (réf.)	409	67,0	1	
Facile	2 179	83,4	1,9***	[1,4; 2,6]
Capacité à s'exprimer à l'oral *				
Difficile/impossible (réf.)	423	76,4	1	
Sans difficulté	1 973	81,1	0,7	[0,5; 1,1]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001

a. Résultats obtenus par le test du Khi-deux de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des co-variables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Les données ont également été ajustées sur le sexe, la situation financière et l'âge de survenue de la surdité, qui ne présentent pas de différence significative.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

l'échantillon, la situation financière n'a par ailleurs pas d'incidence sur cet usage.

QUI EST EN ATTENTE D'INFORMATION ET SUR QUELS SUJETS DE SANTÉ ?

À la question de savoir si elles souhaitent de l'information sur des sujets de santé, 35,8 % des personnes interrogées répondent positivement. Ces demandes concernent parti-

culièrement les personnes atteintes de troubles de l'audition sans surdité (44,9 %; OR = 2,1; [1,2; 3,5]), fréquemment sur des sujets liés aux pathologies de l'oreille telles que les acouphènes (bourdonnements ou sifflements) ou l'hyperacousie (intolérance aux bruits). C'est ce que met au jour une analyse multivariée incluant les critères sociodémographiques et les variables liées à l'audition. Cette demande est également associée au fait de se déclarer forte-

ment limité dans les actes de la vie quotidienne en raison d'un handicap ou d'un problème de santé (OR = 2,1 ; [1,6 ; 2,7]). Elle est associée au fait de se sentir moins bien informé sur les sujets de santé [tableau I], et dans une moindre mesure au fait d'avoir des difficultés avec la lecture et une survenue des troubles de l'audition ou de la surdité avant 16 ans. Ce besoin d'information est, en outre, significativement plus important au-delà de 45 ans et pour ceux qui estiment leur situation financière plus précaire.

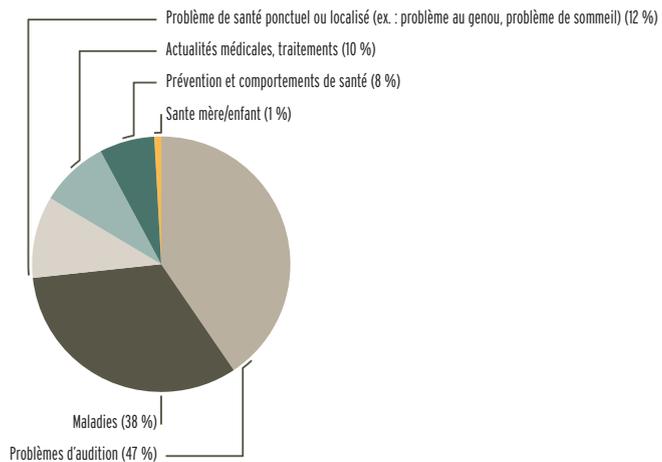
Les personnes interrogées pouvaient s'exprimer librement sur les sujets sur lesquels elles souhaitaient de l'information. La répartition des thèmes en six grandes catégories [figure 2] fait ressortir les problèmes d'audition et les maladies. L'examen des thèmes déclarés par les personnes interrogées, sans tenir compte des six classes [tableau VIII], montre que

pour les locuteurs de la LSF, les sujets de préoccupations principalement exprimés sont des maladies potentiellement létales (cancer, Alzheimer, IST, maladies cardiovasculaires et accidents vasculaires cérébraux). Les demandes portent également sur toute une variété de sujets de santé, tandis que le souhait d'en savoir plus sur tous les thèmes est fréquent. La prégnance des demandes sur l'alimentation et le poids est confirmée dans le cadre des consultations dans les unités de soins en LSF [9]. En revanche, les questions relatives à la surdité deviennent très secondaires, à l'exception de celles ayant trait à l'accessibilité.

Pour les personnes qui ne pratiquent pas la LSF, les demandes se concentrent sur les sujets relatifs à l'audition. Celles sur les acouphènes sont les plus importantes (21,6 %) [tableau VIII] et portent à la fois

FIGURE 2

Demandes d'information sur la santé (thèmes répartis en six classes) (en pourcentage)



Lecture : sur l'ensemble des sujets plébiscités, 47 % d'entre eux concernent des sujets ayant trait à la surdité ou aux troubles de l'audition. Deux rubriques n'ont pas été intégrées : les questions relatives à la vieillesse et les demandes portant sur tous les sujets de santé.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU VIII

Souhaits en matière d'information sur les sujets de santé pour les quinze thèmes les plus demandés, en fonction de la pratique de la LSF (en pourcentage)

%	Demandes de ceux pratiquant la LSF (n = 324)	Demandes de ceux ne pratiquant pas la LSF (n = 540)	%
17,6	Cancer	Acouphènes	21,6
12,8	Autres maladies ¹	Surdité/Malentendance	13,4
8,6	Alzheimer ou perte mémoire	Accessibilité, handicap, aides techniques	10,3
7,5	IST	Autres maladies ¹	8,9
7,2	Tous les sujets	Problèmes d'audition (sans précision)	6,2
5,9	Nutrition/Poids	Alzheimer ou perte de mémoire	6,2
5,6	Dépression	Hyperacousie	5,1
5,3	Autre information médicale ²	Autres problèmes de santé ponctuels ³	5,1
5,1	Accessibilité, handicap, aides techniques	Cancer	4,1
5,1	Autres problèmes de santé ponctuels ³	Dépression	3,5
4,8	Maladies cardio-vasculaires/Cœur/Accidents vasculaires cérébraux	Maladie de Ménière	3,5
4,5	Alcool/Tabac/Drogue	Autre information médicale ²	3,4
3,5	Diabète	Maladies cardio-vasculaires/Cœur/Accidents vasculaires cérébraux	3,3
3,2	Surdité/Malentendance	Autres problèmes ORL ⁴	2,9
3,2	Contraception/Sexualité	Problème de santé mentale autre que la dépression	2,9

1. Il s'agit des maladies autres que le cancer, les allergies, la maladie d'Alzheimer ou les pertes de mémoire, l'arthrose, la dépression, les problèmes dermatologiques, le diabète, la grippe, les maladies auto-immunes, les maladies cardio-vasculaires/accidents vasculaires cérébraux, les IST, les problèmes de santé mentale autres que la dépression.

2. La rubrique « Autre information médicale » porte sur d'autres sujets que l'environnement, les médecines alternatives, les médicaments ou encore la vaccination.

3. Les autres problèmes de santé ponctuels ou localisés excluent les problèmes de dos, de genou, des yeux ou des dents, de la prostate, de la thyroïde, les problèmes digestifs ou encore de sommeil.

4. Problèmes auditifs différents des acouphènes, de l'hyperacousie, de la surdité, des problèmes d'équilibre et de la maladie de Ménière.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

sur la compréhension de ses mécanismes et sur les avancées sur la recherche et les traitements. Les questions autour de la surdité sont aussi très présentes : les personnes souhaitent en savoir plus sur son origine (neurinome de l'acoustique, otospongieuse, maladie de Ménière, traumatismes sonores, etc.) même lorsque celle-ci est identifiée, ainsi que sur ses mécanismes et son évolution. Les recherches sur les traitements ou les moyens d'identifier les professionnels qualifiés sont également cités. L'hyperacousie (présente pour 26,6 % de l'échantillon) fait l'objet de requêtes du même ordre. Les conséquences de la surdité

(sur les comportements, l'état général, les déséquilibres) ou les risques pour la santé physique et mentale, notamment en lien avec le travail, sont mentionnées. Toujours pour celles qui ne pratiquent pas la LSF, les thématiques relatives à l'accessibilité au sens large sont assez prégnantes, et incluent la reconnaissance du handicap, les aides au travail, les appareils auditifs, les implants cochléaires ainsi que les aides financières pour s'équiper. Les personnes souhaitent également connaître les moyens éventuels de rééducation, pour prévenir l'aggravation de la surdité et bénéficier de conseils pour mieux vivre au quotidien.

DISCUSSION

GRANDIR ET VIVRE AVEC UN ACCÈS RÉDUIT À L'INFORMATION

Dans le BSSM, le sentiment d'information sur les différents sujets de santé ne varie pas globalement en comparaison avec celui de la population générale dans le Baromètre santé 2010. La plupart des personnes interrogées compensent dans une certaine mesure le manque d'accès aux informations audio par l'écrit ainsi que par des échanges avec les professionnels de santé. Il est cependant possible que le mode de passation du questionnaire sur Internet surreprésente les personnes mieux informées.

Des inégalités apparaissent cependant quand les possibilités d'expression orale ou d'accès à l'information écrite se réduisent. Cette situation concerne particulièrement des personnes sourdes depuis la prime enfance qui, pour beaucoup, n'ont pas eu accès à un enseignement leur permettant d'acquérir un bon niveau de lecture. En outre, le recours à la LSF, qui aurait pu constituer un moyen privilégié pour échanger et s'informer sur la santé, reste insuffisant, à la fois en termes de supports d'information et de professionnels la pratiquant. Il faut ajouter à cela une forme de désinformation par les pairs, ainsi qu'une difficulté pour les parents, dans 90 % des cas entendants, à délivrer une éducation sur la santé et, plus généralement, à transmettre des notions et habitudes de vie en lien avec la santé (pratiques culinaires, rapport au corps, etc.), surtout lorsque la scolarité a été effectuée en institution.

Dalle-Nazébi et Lachance [1] parlent aussi de discrimination dans l'accès à la prévention, à l'information et aux soins, faute d'accès à la prévention et de possibilité de communication avec le personnel médical et ce, au moins jusque dans les années 1990.

Des raisons qualifiées de culturelles interviennent par ailleurs. Une conception partitionnée du monde entre sourds et entendants [10] a pu participer de la classification de problèmes de santé comme relevant uniquement des entendants, faute d'information adaptée. Cela a pu être le cas pour le sida [11]. Pour certains sourds, la forte cohésion qui résulte de l'appartenance à une communauté se traduirait par des difficultés de compréhension mutuelle avec le monde extérieur et par un discrédit de ce dernier [12]. Ainsi, un travail serait nécessaire pour convaincre les sourds et malentendants de la crédibilité de certaines sources plus fiables [13]. Dans la même perspective, les instances publiques ne bénéficient pas toujours d'un grand crédit aux yeux de certains sourds soupçonnant des objectifs parfois éloignés de leurs préoccupations¹⁷.

Le déficit d'information est plus marqué lorsque l'on interroge les connaissances, en l'occurrence sur la grippe (sur ses modes de transmission et sur le moment où une personne devient contagieuse). Cette situation fait écho à la demande d'une information détaillée sur les symptômes, les conséquences et les populations les plus vulnérables [9]. Ces quelques indicateurs relatifs au sentiment d'information et à la connaissance ne sont pas suffisants pour mesurer le déficit d'information et gagneraient à être développés dans de prochaines enquêtes.

En Amérique du Nord, les études existantes laissent penser que des déficits existent en

17. On peut supposer que cette méfiance est à la fois liée à des incompréhensions, mais aussi à la mise en œuvre de dispositifs ou mesures autrefois et encore aujourd'hui qui, sous couvert de réparation de la surdité, risquent d'après les sourds de nuire à l'existence même de leur communauté. Ainsi, en 2010, la volonté de faire évoluer la législation sur le dépistage précoce de la surdité ou sur la désinstitutionnalisation de la scolarité a pu être considérée comme un danger pour la perpétuation de la langue des signes et de la culture sourde.

matière de savoirs sur un grand nombre de sujets. La situation des sourds y est pourtant réputée plus favorable en termes d'accès à un enseignement adapté et de possibilités de recours à un interprète. Mais il s'agit d'améliorations récentes et le manque d'information reste patent. Aussi, des notions fondamentales ou de base sur la physiologie humaine (place des organes, circulation sanguine, cycle menstruel, transpiration, etc.) ou encore relatives à la nutrition, au tabac, à la sexualité [14-16], aux conduites à risques, et, de fait, aux pathologies et aux pratiques préventives (ou promues comme étant favorables à la santé) ne sont pas acquises ou mal comprises. D'après Pollard et Barnett [17], des sourds locuteurs de la langue des signes américaine (American sign language, ASL) plus diplômés que la moyenne (80 % étant passés par l'université), ont un niveau de connaissance du vocabulaire sur la santé plus faible que celui de la population entendante à niveau d'éducation égal. Heuttel et Rothstein [13] ou Bisol *et al.* [18] établissent le même constat sur une population étudiante interrogée à propos des connaissances sur le VIH. Dans l'étude de Bat-Chava *et al.* [19] portant sur des groupes de personnes sourdes pratiquant la langue des signes ou non, le faible niveau de connaissances sur le sida des premières était cependant marqué par des différences liées à la taille de la communauté sourde, au niveau d'éducation et à la proximité de personnes vivant avec le VIH. Les sourds locuteurs de la langue des signes interrogés par Tamaskar *et al.* [20] font moins le lien que la population générale entre l'amélioration de la santé et le fait de moins fumer, de pratiquer de l'exercice physique ou de consulter régulièrement. Dans l'étude de Margellos-Anast *et al.* [21], 49 % des locuteurs de la langue des signes (dont tous ont accès au système de santé) sont en capacité de citer une oppression ou une douleur à la poitrine comme

un des symptômes de la crise cardiaque, contre 90 % dans la population générale. Les dysfonctionnements et pathologies, les examens et modalités de dépistage sont d'autant plus difficiles à comprendre que l'anatomie et le fonctionnement du corps ne sont pas bien intégrés. En France, Dagron [11] donne l'exemple d'une personne venant pour un test de dépistage réalisé à partir d'une prise de sang. Face au résultat, la personne demande : « *Oui, mais dans l'autre bras ?* ». Des idées fausses sur la santé sont nées d'incompréhensions de messages de prévention, à la fois au niveau des textes et des visuels. Par exemple, dans le slogan « *Fumer nuit gravement à la santé* », « *nuit* » étant pris pour le substantif, des sourds pensaient qu'il était dangereux de fumer la nuit. Il est légitime d'interroger les liens entre ce manque d'accès au savoir et, par exemple, des complications liées au diabète qu'un médecin de l'unité de soins spécialisée de Lille a rencontrées seulement chez des sourds [22]. Dans ces conditions, le vécu de la maladie peut être encore plus problématique, par exemple pour des personnes séropositives, dans l'incompréhension de ce qu'est un virus. Ces connaissances lacunaires ne peuvent permettre de comprendre à elles seules les pratiques (de soin, préventives, alimentaires, etc.) qui pourraient en découler, celles-ci se construisant aussi dans les interactions et en lien avec de multiples contraintes ou ressources (dont l'accès aux soins). En 1971, Boltanski [23] décrivait un rapport au corps différencié en fonction des catégories sociales, le milieu culturel jouant sur la perception des maux qui peut l'affecter et sur la capacité de nommer ces derniers. Il est à parier que cette influence, qui s'est certainement atténuée dans l'ensemble de la population sous l'effet d'une vulgarisation massive de l'information relative à la santé, est toujours d'actualité chez certains sourds, le vocabulaire participant aussi des possibilités de

penser la santé et la maladie. De manière prévisible, les inégalités se cumulent et les difficultés d'accès à la lecture se retrouvent plus souvent dans les milieux économiques moins favorisés. L'origine sociale est sans aucun doute en jeu ici, comme l'a documenté l'ensemble des études sociologiques sur le maintien des inégalités scolaires.

Une étude qualitative sur le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes [9] a mis en évidence des inquiétudes particulières pour ceux qui ont des difficultés à l'écrit, lors de problèmes sanitaires émergents ou de pathologies touchant plus directement les personnes. On s'est alors demandé si recevoir des données incomplètes et décalées dans le temps pouvait induire un rapport anxiogène à l'information sur d'autres sujets. Cette hypothèse allait dans le sens des résultats du Baromètre santé 2010, d'après lesquels la peur à l'égard de sujets de santé et le manque d'information sont corrélés (du moins chez les 15-30 ans) [4]. Or, dans le BSSM, les peurs exprimées à l'égard de différents sujets de santé (la maladie d'Alzheimer, le cancer, les accidents de la circulation ou la survenue d'un handicap) ne sont pas forcément associées au sentiment de manque d'information. Les liens entre craintes et information se révèlent donc complexes.

Par contre, les personnes qui ne répondent pas aux questions de savoir si elles ont des craintes sur les différents sujets se sentent plus souvent mal informées. Cela pourrait signifier que le manque d'information est tel qu'il induit une représentation très floue des sujets, voire que le nom des pathologies ou les risques sont méconnus et donc les questions mal comprises ou incomprises. De la même façon, concernant les demandes d'information sur la santé, la difficulté a pu résider dans l'impossibilité d'exprimer des souhaits sur des sujets dont les personnes ne connaissaient pas le nom ou lorsqu'elles rencontraient des difficultés pour l'écrire.

Une interrogation par le biais d'un questionnaire est donc limitative de ce point de vue. Dans le même sens, les demandes formulées peuvent ne pas refléter une absence totale d'information mais faire écho à des sujets sur lesquels les personnes ont déjà eu de l'information et souhaiteraient en savoir davantage. Néanmoins, la demande d'être informé sur tous les sujets et la diversité des requêtes exprimées constituent certainement des indicateurs d'un déficit non négligeable en matière d'information.

DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN PREMIÈRE LIGNE DANS L'ACCÈS À L'INFORMATION

Même si les professionnels de santé sont envisagés comme les premiers pourvoyeurs d'information sur la santé par l'ensemble de l'échantillon, c'est surtout le cas pour ceux ne pratiquant pas la LSF (87 % vs 58 %). Les réticences, pour les locuteurs de la LSF, se situent moins dans un contexte de remise en cause de la compétence médicale au sens large ou de relativisation du pouvoir médical par les usagers [24-26], que dans le rapport que les professionnels de santé entretiennent avec la surdité et les personnes concernées. Les relations et la communication avec le corps médical restent souvent difficiles (voir le chapitre « Recours et accès aux soins ») et une méfiance peut exister à son égard en raison de son manque de connaissance de la culture sourde [27]. Pendant longtemps, la surdité a été associée à la déficience intellectuelle et considérée sous l'angle de la déficience et de l'incapacité¹⁸ [1]. Il n'empêche que, pour ces personnes comme pour l'ensemble de l'échantillon, les professionnels de santé ont le premier rôle à jouer en matière d'information. Les

18. La proposition d'un implant pour pallier cette déficience qui s'en suit a pu, de plus, être vécue comme une volonté d'imposer les normes du monde entendant [3].

proches sont plus fréquemment cités par des sourds locuteurs de la LSF comme une source d'information sur la santé. D'après Tamaskar *et al.* [20] et Heuttel et Rothstein [13], les discussions avec des pairs constituent souvent la première source de savoir pour ces populations aux États-Unis. Cela semble être le cas en France également : quand un sourd locuteur de la LSF apprend une information sur la santé, il peut avoir plaisir à la partager et, de fait, celle-ci pourrait davantage se diffuser dans cette population que chez les entendants. Ces interactions combinées aux échanges au sein des réseaux associatifs pourraient dans une certaine mesure compenser un accès réduit aux informations, mais celles-ci tendent à circuler en vase clos, par bribes, avec du retard et parfois de manière déformée ou erronée. À propos d'éducation sexuelle, Job [14] va jusqu'à parler de désinformation par les pairs. De plus, pour certains, l'isolement relationnel ne permet même pas d'accéder aux informations par ce biais.

Pour l'ensemble de la population interrogée, le fait que d'autres médias (télévision, affichage, etc.) apparaissent moins souvent comme une source d'information favorite est peut-être lié en partie à leur manque d'accessibilité et ce, malgré les obligations légales depuis 2010¹⁹. Cela nécessiterait notamment une langue des signes plus fréquemment associée aux messages délivrés et une information plus visuelle.

La situation est différente pour ceux qui ne sont pas en difficulté avec la lecture ou ne pratiquent pas la LSF, mais l'accessibilité de l'information pose aussi question et est davantage axée sur la demande d'un sous-titrage de qualité et systématique. Les professionnels de santé ont aussi des efforts à faire pour faciliter la communication [9]. Mais à la différence des personnes sourdes depuis la prime enfance, celles qui sont devenues sourdes ou malentendantes ont pu bénéficier, au moins jusqu'à l'appa-

rition de la déficience, des savoirs transmis oralement à travers les différentes formes de socialisation et dans les rapports sociaux quotidiens. Ces interactions constituent une source majeure d'acquisition d'informations d'ordre général et ayant trait à la santé en particulier. Devenues malentendantes ou sourdes, elles peuvent conserver un niveau de connaissances quasi équivalent en accédant aux informations écrites, même si elles doivent davantage s'engager dans une démarche proactive pour le faire [19]. Aussi les demandes d'information reflètent-elles peut-être davantage la réalité de leurs préoccupations autour des troubles de l'audition et en particulier des acouphènes et de l'hyperacousie. L'absence de diagnostic précis et, le plus souvent, de moyens pour les soulager entretiennent cette demande face à des gênes et des douleurs parfois difficilement tolérables.

ŒUVRER POUR L'ACCESSIBILITÉ

Pour autant, ces différences dans le rapport à l'information entre les personnes en difficulté avec l'écrit et les autres pourraient être encore plus importantes. Un événement historique a été décisif. Les sourds n'agissent pas comme un parti politique, leurs associations servent essentiellement à des activités festives ou sportives. En revanche, une réaction collective particulièrement forte peut survenir lorsqu'ils sentent l'existence de leur communauté menacée. Ce fut le cas avec le sida au début des années 1990. Certains sourds ont osé parler médecine dans leur langue et interpeller les autorités publiques. Les actions de prévention et d'information menées par ces militants et

19. La Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit l'accessibilité généralisée à l'ensemble des lieux et services ouverts aux citoyens, dont les établissements de santé et l'éducation, avec des décrets d'application qui fixent des délais de mise en conformité variables selon le secteur (locaux professionnels, télévision, etc.).

quelques professionnels de santé semblent avoir été décisives pour freiner l'épidémie de sida dans la population sourde francilienne au milieu des années 1990 [3].

À la suite de cette action originale dans le système de santé français, les actions de communication mises en œuvre depuis plusieurs années par les associations auprès des sourds, le travail des unités de soin en LSF, les informations proposées par l'Inpes ont certainement commencé à œuvrer pour une réduction de ces inégalités. Pour faciliter le travail d'adaptation des messages de prévention, un guide a été édité visant à délivrer des conseils pour élaborer des outils [28]. L'information doit aussi être conçue dans le cadre de programmes d'éducation pour la santé spécifiques, tenant compte du rapport particulier à la santé des personnes (en termes de connaissances ou de pratiques ainsi que dans le rapport aux services de santé) et qui s'inscrit dans l'histoire des sourds et de la culture sourde. Par exemple et comme évoqué précédemment, la nutrition nécessite une explicitation de notions de base comme les types de nutriments, les vitamines, les catégories d'aliments, etc. Un dialogue avec un médecin pratiquant la LSF constitue un progrès considérable à condition que « *les professionnels signeurs ne se contentent pas de délivrer un message, mais s'enquêtent de ce que la personne connaît déjà, de ce qu'elle a compris et n'hésitent pas à compléter éventuellement, à reformuler le discours* » [3] (p. 159). Tous les patients sourds n'en bénéficient pas, même si des réseaux de santé et des médecins libéraux se spécialisent, et malgré l'existence de dix-sept unités d'accueil et de soins des patients sourds en LSF réparties sur le territoire au sein de structures hospitalières (dont quatre à Paris et trois spécialisées en santé mentale). Les intermédiaires sourds y guident les patients, facilitent l'expression de leurs demandes [3, 11], créent un climat de confiance, reformulent les propos

du médecin si besoin et, en sens inverse, aident les médecins et interprètes dans la compréhension des demandes des sourds locuteurs. Ils évitent ainsi l'intervention d'un proche, délicate dans la relation de soin. La question de l'*empowerment*²⁰ et une attitude du professionnel centrée sur le patient, reconnaissant ainsi son expérience, ses préférences et ses craintes (ce qui passe par une meilleure compréhension de la culture sourde) sont également cruciales pour cet accès à l'information [29]. Celui-ci pourrait également être amélioré en permettant aux sourds d'accéder aux professions de santé.

La littératie en matière de santé, définie comme la capacité à chercher des documents sur le sujet, à les comprendre et à les utiliser pour prendre des décisions relatives à sa santé et utiliser au mieux le système de soins [30], serait également à développer, en essayant aussi d'augmenter l'intérêt des plus jeunes pour la santé et un meilleur usage d'Internet²¹ [31].

Ce média représente un moyen non négligeable de diffusion de contenus et de vocabulaire sur la santé en LSF. Le passage par les réseaux sociaux (qui n'a pas été étudié spécifiquement) ou les e-mailings présente l'avantage d'éviter aux personnes sourdes ou malentendantes de devoir aller chercher l'information. Des sites éducatifs, des groupes de soutien, la mise en relation avec un psychologue en ligne (à l'instar de SOS Surdus) pourraient se développer. Des applications pour smartphones, incluant des vidéos éventuellement interactives, pourraient également voir le jour,

20. L'*empowerment* peut être défini comme le processus de prise en main de ses propres affaires par les populations concernées, qui passe par l'acquisition et le renforcement de compétences psychosociales.

21. Les interventions auprès de jeunes sourds telles que celles menées par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) des Pays de la Loire pour développer « *un usage réflexif et citoyen* » d'Internet, œuvrent dans ce sens. En ligne : <http://journées-prevention.inpes.fr/sites/default/download.php?file=sites/default/files/2%20-%20LEGEAY%20SAILLARD.pdf>

les sourds étant certainement bien équipés en la matière, notamment pour l'utilisation de la visiophonie. Jusqu'à présent, l'usage d'Internet ne semble pas avoir permis aux répondants sourds en difficulté avec l'écrit d'acquérir un bon niveau d'information sur la santé : le vocabulaire et le niveau de langage y sont difficilement accessibles [32]. Ces différents dispositifs techniques restent néanmoins complémentaires aux groupes de paroles et conférences, qui sont toujours plébiscités. Ces dernières sont en effet accessibles dès lors qu'elles sont organisées par des associations spécialisées. La langue des signes peut être pratiquée par un orateur sourd ou par le biais d'interprètes, le sous-titrage en direct est possible et le contenu est également adapté au niveau d'information de l'auditoire.

L'élaboration de contenus adaptés, notamment d'informations visuelles, reste

à développer. Elle doit s'appuyer sur des études spécifiques, en priorité sur des sujets insuffisamment investigués. C'est le cas de la nutrition alors qu'elle fait l'objet d'une forte demande, ou de la sexualité dans la mesure où des pratiques spécifiques ont été relevées dans le BSSM (voir le chapitre « Vie sexuelle, IST, contraception »). Les violences d'ordres psychologique et sexuel semblent beaucoup plus fréquemment subies par ces populations mais des éléments de compréhension font défaut pour concevoir une prévention adaptée. Sur la surdité et les troubles de l'audition, la question de l'existence et de l'identification de centres ressources se pose. Un nouveau dispositif public d'information sur la surdité, reposant sur un numéro de téléphone et le site www.surdi.info, a été créé afin d'apporter des informations validées. L'équivalent reste à développer pour les troubles de l'audition.

Relecteurs

Benoît Drion (hôpital Saint-Philibert, Lomme)
Claire Méheust (Inpes)

Bibliographie

- [1] Dalle-Nazébi S., Lachance N. Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. Regards croisés France-Québec. *¿ Interrogations ?*, 2008, n° 6 : « La santé au prisme des sciences humaines et sociales ». En ligne : <http://www.revue-interrogations.org/Sourds-et-medecine-impact-des>
- [2] Dagron J. Représentations sociales de la surdité. In : Virole B., éd. *Psychologie de la surdité*. Bruxelles : De Boeck, 2003 : p. 239-252.
- [3] Dagron J. *Les Silencieux. Chronique de vingt ans de médecine avec les sourds*. Paris : Presse Pluriel, 2008 : 284 p.
- [4] Beck F., Guignard R., Richard J.-B. Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé. In : Beck F., Richard J.-B., dir. *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : p. 55-65.
- [5] Lin F.R., Metter E.J., O'Brien R.J., Resnick S.M., Zonderman A.B., Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Archives of Neurology*, 2011, vol. 68, n° 2 : p. 214-220.
- [6] Pouchain D., Dupuy C., San Jullian M., Dumas S., Vogel M.-F., Hamdaoui J., et al. La presbycusie est-elle un facteur de risque de démence ? Étude AcouDem. *La Revue de Gériatrie*, 2007, vol. 32, n° 6 : p. 339-445.
- [7] Dalle-Nazébi S. Technologies visuelles et e-inclusion. Initiatives de sourds. *Innovation : The European Journal of Social Science Research*, 2008, vol. 21, n° 4 : p. 353-369.
- [8] Beck F., Nguyen-Thanh V., Richard J.-B., Heard D., Renahy E. Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans. In : Beck F., Richard J.-B., dir. *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : p. 158-170.
- [9] Sitbon A. *Le Rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 110 p.
- [10] Delaporte Y. *Les sourds, c'est comme ça. Ethnologie de la surdimutité*. Paris : Les Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Mission du patrimoine ethnologique, coll. Ethnologie de la France, 2002 : 398 p.
- [11] Dagron J. *Sourds et soignants, deux mondes, une médecine*. Paris : In Press éditions, coll. Réflexions du temps présent, 1999 : 174 p.

- [12] Samady W., Sadler G.R., Nakaji M., Malcarne V.L. Translation of the multidimensional health locus of control scales for users of American sign language. *Public Health Nursing*, 2008, vol. 25, n° 5 : p. 480-489.
- [13] Heutzel K.L., Rothstein W.G. HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *American Annals of the Deaf*, 2001, vol. 146, n° 3 : p. 280-286.
- [14] Job J. Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 2004, vol. 149, n° 3 : p. 264-273.
- [15] Odette F., Yoshida K.K., Israel P., Li A., Ullman D., Colantonio A., et al. Barriers to wellness activities for Canadian women with physical disabilities. *Health Care of Women International*, 2003, vol. 24, n° 2 : p. 125-134.
- [16] Steinberg A.G., Wiggins E.A., Barmada C.H., Sullivan V.J. Deaf women: experiences and perceptions of healthcare system access. *Journal of Women's Health*, 2002, vol. 11, n° 8 : p. 729-741.
- [17] Pollard R.Q. Jr., Barnett S. Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. *Rehabilitation Psychology*, 2009, vol. 54, n° 2 : p. 182-185.
- [18] Bisol C.A., Sperb T.M., Brewer T.H., Kato S.K., Shor-Posner G. HIV/AIDS knowledge and health-related attitudes and behaviors among deaf and hearing adolescents in southern Brazil. *American Annals of the Deaf*, 2008, vol. 153, n° 4 : p. 349-356.
- [19] Bat-Chava Y., Martin D., Kosciw J.G. Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care*, 2005, vol. 17, n° 5 : p. 623-634.
- [20] Tamaskar M., Malia T., Stern C., Gorenflo D., Meador H., Zazove P. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Archives of Family and Medicine*, 2000, vol. 9, n° 6 : p. 518-525.
- [21] Margellos-Anast H., Estarziou M., Kaufman G. Cardiovascular disease knowledge among culturally deaf patients in Chicago. *Preventive Medicine*, 2006, vol. 42, n° 3 : p. 235-239.
- [22] Drion B. *L'Accès des sourds aux soins de santé : l'expérience française des unités d'accueil et de soins en langue des signes et du réseau Sourds et Santé du Nord - Pas-de-Calais*. Colloque Santé Surdité, 12 et 13 novembre 2010. Lausanne : Les Mains pour le dire : p. 14-42.
- [23] Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Annales ESC*, 1971, vol. 26, n° 1 : p. 205-233.
- [24] Cresson G., Schweyer F.-X., dir. *Les Usagers du système de soins*. Rennes : ENSP, coll. Recherche santé sociale, 2000 : 352 p.
- [25] Hassenteufel P. Vers un déclin du « pouvoir médical » ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne. *Pouvoirs*, 1999, n° 89 : p. 51-64. En ligne : http://www.revue-pouvoirs.fr/IMG/pdf/89Pouvoirs_p51-64_declin_pouvoir_medical.pdf
- [26] Fainzang S. L'automédication, une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés*, 2010, vol. 34, n° 1 : p. 115-133.
- [27] Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 2002, vol. 77, n° 7 : p. 694-700.
- [28] Allaire C., dir. *Informer les personnes sourdes ou malentendantes. Partage d'expériences*. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels de communication en santé publique, 2012 : 58 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1414>
- [29] Sadler G.R., Huang J.T., Padden C.A., Elion L., Galey T.A., Gunsauls D.C., et al. Bringing health care information to the deaf community. *Journal of Cancer Education*, 2001, vol. 16, n° 2 : p. 105-108.
- [30] Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Viera A., Crotty K., et al. *Health literacy interventions and outcomes: An update of the literacy and health outcomes systematic review of the literature*. Evidence-based Practice Center Systematic Review Protocol. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality, 2011 : 941 p. En ligne : www.effectivehealthcare.ahrq.gov
- [31] Barak A., Sadovsky Y. Internet use and personal empowerment of hearing-impaired adolescents. *Computers in Human Behavior*, 2008, vol. 24, n° 5 : p. 1802-1815.
- [32] Smith C.E., Massey-Stokes M., Lieberth A. Health information needs of d/deaf adolescent females: a call to action. *American Annals of the Deaf*, 2012, vol. 157, n° 1 : p. 41-47.

**SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
ET CONDUITES ADDICTIVES**

L'essentiel

Substances psychoactives et conduites addictives

Les niveaux de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis de la population du Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) diffèrent de ceux de la population générale sur un certain nombre d'indicateurs mesurés dans le Baromètre santé 2010. Le tabagisme quotidien y est moins fréquent (-11 points), ainsi que les alcoolisations ponctuelles importantes (API) (consommation d'au moins six verres lors d'une même occasion) au cours de l'année (-7 points) ou tous les mois (-7 points). En revanche, aucune différence n'est constatée concernant la consommation d'alcool au cours de l'année, la consommation quotidienne ou celle à risque chronique ou de dépendance. À l'inverse, l'expérimentation de cannabis se révèle un peu plus fréquente

parmi les personnes ayant répondu au BSSM (+6 points), et les usages récents et réguliers sont du même ordre que ceux observés en population générale.

Dans les deux enquêtes, les pratiques concernant les substances psychoactives suivent les mêmes tendances en fonction de l'âge des répondants. La hiérarchie des boissons consommées à un rythme hebdomadaire fait cependant exception chez les plus jeunes, pour qui le vin est préféré à la bière dans le BSSM. Les facteurs socioéconomiques associés aux consommations de substances psychoactives s'avèrent, parmi la population concernée par une surdité ou des troubles de l'audition, le plus souvent identiques à ceux observés en population générale, mais présentent aussi quelques

différences. Ainsi, on n'observe pas de lien entre le sexe et la consommation de tabac, ni entre la consommation d'alcool et le niveau de diplôme. Les études internationales corroborent en partie ces résultats, le tabagisme déclaré se révélant souvent plus faible parmi les personnes sourdes ou malentendantes par rapport à la population générale. Cela concerne plus particulièrement ceux dont la surdité est apparue précocement. La situation est plus contrastée concernant l'alcool.

Ces résultats appuient la nécessité de mener des études supplémentaires et de proposer des programmes adaptés à ces publics, en termes de prévention et d'aide au sevrage.

Substances psychoactives et conduites addictives

JEAN-BAPTISTE RICHARD
AUDREY SITBON
FRANÇOIS BECK

INTRODUCTION

Peu de données sont disponibles en France comme à l'étranger sur les consommations de substances psychoactives (SPA) au sein des populations sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition. Au niveau international, les données, assez rares, reposent le plus souvent sur des populations restreintes, en raison des difficultés d'échantillonnage de populations difficiles d'accès. En France, l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM), non exploitée jusqu'ici sur ce sujet, ainsi que le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) apportent un éclairage inédit sur les niveaux et les types de consommation.

Les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis se différencient-elles de celles mesurées en population générale ? Varient-elles en fonction des situations vis-à-vis de l'audition ? Il est possible de s'intéresser à cette question dans la mesure où l'échantillon présente une grande diversité du point

de vue du niveau d'acuité auditive perçue et de l'âge de survenue de la surdité. Trois quarts de l'échantillon sont concernés par des troubles de l'audition, le plus souvent des acouphènes et/ou de l'hyperacousie, considérés comme très gênants par un tiers des personnes interrogées. La même proportion communique – tous les jours ou régulièrement – en langue des signes (LSF). Lorsque la surdité est sévère depuis la prime enfance, des difficultés pour s'exprimer à l'oral apparaissent plus fréquemment, ainsi que dans la maîtrise de la lecture, par manque d'accès à un mode d'enseignement adapté.

Dans la mesure où les informations et la communication avec les professionnels de santé sur un registre visuel, en particulier en langue des signes, font souvent défaut, le niveau de connaissance sur la santé semble plus faible qu'en population générale (voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibi-

lité et attentes») et les messages de prévention mal intégrés. Dans quelle mesure ces déficits d'information interagissent-ils avec les consommations de substances psychoactives ?

La santé mentale des personnes interrogées dans le BSSM doit également être prise en compte. Cette population est en effet beaucoup plus affectée que la population générale en termes de détresse psychologique. L'hypothèse de consommations plus importantes de tabac, d'alcool et de cannabis peut être posée dans cette perspective. Cependant, cette éventuelle tendance peut être contrebalancée par des précautions particulières du fait de la présence de troubles de l'audition. Vivre avec des acouphènes ou de l'hyperacousie pourrait en effet susciter des craintes vis-à-vis de produits susceptibles d'aggraver les sifflements ou d'amplifier la sensibilité auditive (plus ou moins directement).

Dans le prolongement de ce questionnaire, on peut également interroger les facteurs distinguant les niveaux de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis. Sont-ils les mêmes parmi les sourds et les malentendants¹, d'une part, et les entendants, d'autre part ? C'est ce que tendrait par exemple à montrer une enquête menée aux États-Unis auprès de 177 étudiants de 14 à 21 ans, qui met en évidence des facteurs associés bien connus comme les consommations des parents ou des pairs, le niveau de diplôme, ainsi que la participation sociale [1]. Qu'en est-il dans la population du BSSM ?

Après avoir comparé les niveaux d'usages issus de l'enquête du BSSM avec ceux du Baromètre santé 2010 [2], une atten-

tion sera portée aux facteurs associés aux consommations de substances psychoactives dans cette population particulière. Une mise en regard avec des analyses réalisées à partir de l'enquête HSM 2008 sera également présentée. L'enquête HSM, qui a notamment pour objet d'évaluer les déficiences, le handicap, ainsi que les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne par les personnes concernées, a permis d'interroger 29 954 personnes, parmi lesquelles 14 798 ont également complété un autoquestionnaire sur les déterminants de santé, incluant les consommations de tabac et d'alcool. Parmi elles, 3 181 présentaient une acuité auditive réduite ou des troubles de l'audition : 137 une surdité complète, 592 une difficulté d'audition importante mais pas aussi complète que la surdité, 502 une surdité d'une seule oreille, 1 254 une autre difficulté à entendre et 875 un autre problème auditif, tel que bourdonnements, sifflements, acouphènes, etc., sachant que les réponses pouvaient être multiples dans certains cas.

L'analyse portera également sur les polyconsommations régulières associant tabac, alcool et/ou cannabis. Une meilleure connaissance des spécificités des consommations de substances psychoactives et des catégories de population éventuellement davantage concernées sera essentielle pour proposer des actions de prévention adaptées, en particulier pour mettre à disposition des informations en langue des signes.

1. Les sourds et malentendants correspondent en anglais généralement à *deaf* et *hard of hearing*, les premiers se distinguant par la pratique de la langue des signes.

RÉSULTATS

NIVEAUX D'USAGES ET COMPARAISONS AVEC LA POPULATION GÉNÉRALE

Le tabagisme est relativement peu fréquent au sein de la population des personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition. La population ayant répondu au BSSM compte 20,5 % de fumeurs, 15,3 % étant des fumeurs quotidiens (9,9 % consomment au moins dix cigarettes par jour) et 5,2 % des fumeurs occasionnels [tableau I]. Environ un quart de l'échantillon est constitué d'anciens fumeurs, et plus de la moitié déclare n'avoir jamais fumé. En ce qui concerne les consom-

mations d'alcool, près de 90 % déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours des douze derniers mois, 13,1 % rapportant une consommation quotidienne. L'alcoolisation ponctuelle importante (API), définie par une consommation d'au moins six verres lors d'une même occasion, concerne un quart des répondants, parmi lesquels 8,2 % déclarent de tels épisodes d'alcoolisation à un rythme mensuel. Selon l'échelle de l'Audit-C [3], version courte en trois items du questionnaire de repérage des usages problématiques d'alcool Audit [4], 7,0 % ont une consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance. Enfin, concernant la consommation de cannabis,

TABLEAU I

Comparaison des principaux indicateurs de consommations de tabac, d'alcool et de cannabis du BSSM et du Baromètre santé 2010

	BSSM (% bruts) n = 2 712	BSSM (% redressés) ^a n = 2 712	Baromètre santé 2010 (% bruts) n = 27 590
Tabac			
Fumeur quotidien	15,3	15,7	27,3
Fumeur occasionnel	5,2	5,2	4,3
Ex-fumeur	23,4	23,2	30,0
Jamais fumé	56,1	55,9	38,4
Alcool			
Alcool au cours de la vie	93,9	92,1	94,3
Alcool au cours de l'année	88,7	86,5	85,8
Alcool quotidien	13,1	14,7	12,7
API ^b dans l'année	25,5	27,1	34,2
API mensuelle	8,2	9,8	17,0
Consommation à risque chronique ou de dépendance (Audit-C)	7,0	7,5	8,8
Cannabis (15-64 ans)			
Expérimentation	37,3	37,9	32,1
Usage dans l'année	8,5	10,5	8,4
Usage dans le mois	5,1	6,4	4,6
Usage régulier (dix fois ou plus dans le mois)	2,0	2,5	2,2

a. Données redressées sur la structure par sexe, âge et niveau de diplôme du Baromètre santé 2010.

b. Alcoolisation ponctuelle importante (API), définie par le fait d'avoir bu six verres ou plus lors d'une même occasion.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

l'usage au cours de la vie (expérimentation) concerne 37,3 % des répondants, 8,5 % en ayant consommé au cours des douze derniers mois, et 5,1 % au cours des trente derniers jours.

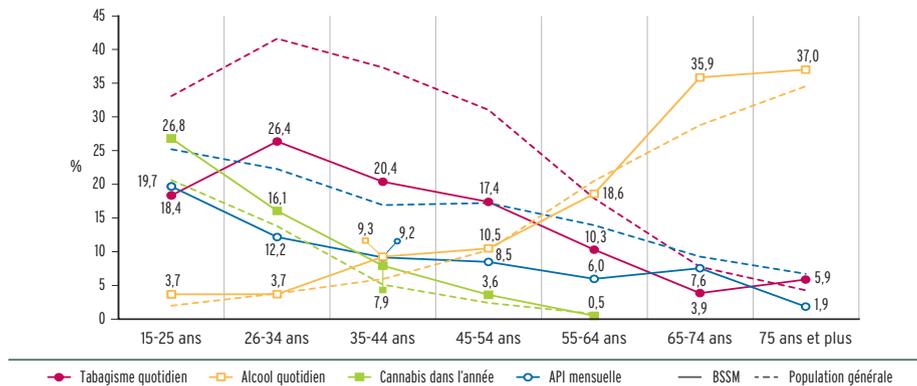
La mise en regard de ces niveaux par rapport à ceux mesurés en population générale dans le Baromètre santé 2010 montre des consommations assez différenciées selon les produits. Ainsi, parmi les personnes sourdes, malentendantes et/ou ayant des troubles de l'audition, le tabagisme quotidien apparaît bien moins fréquent (-11 points), de même que les API dans l'année (-7 points) ou dans le dernier mois (-7 points). La consommation d'alcool au cours de l'année, la consommation quotidienne ou celle à risque (chronique ou de dépendance), concernent une part similaire des deux populations. Enfin, l'expérimentation de cannabis se révèle plus fréquente parmi les personnes ayant répondu au BSSM (+6 points), les usages récents et réguliers

étant du même ordre que ceux observés en population générale [tableau 1].

Selon l'âge, les tendances de comportements apparaissent semblables en population générale et dans le BSSM. Comme en population générale, le tabagisme quotidien connaît un pic entre 26 et 34 ans (26,4 %), pour décroître ensuite progressivement : il ne concerne plus que 4,8 % de la population au-delà de 65 ans [figure 1]. Si l'on observe les comportements d'usage d'alcool, on relève que les API mensuelles concernent une personne sur cinq entre 15 et 25 ans, alors qu'elles ne touchent plus qu'une personne sur dix au-delà de 25 ans. La consommation quotidienne d'alcool suit, quant à elle, une courbe identique à celle observée en population générale : rare chez les plus jeunes (3,7 % des moins de 35 ans), puis de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge (plus d'un tiers des plus de 65 ans). Enfin, s'agissant du cannabis, l'usage au cours de l'année se situe, quel que soit l'âge, à un

FIGURE 1

Comparaison des principaux indicateurs de consommation de substances psychoactives entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 selon l'âge (données redressées)



Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

niveau légèrement supérieur à celui observé dans le reste de la population, l'écart le plus important s'observant parmi les 15-25 ans, âge auquel 26,8 % des personnes sourdes ou malentendantes sont concernées, contre 20,6 % dans l'ensemble de la population.

En termes de types d'alcools consommés, la population du BSSM présente, de manière générale, des fréquences de consommation identiques à la population générale. Parmi les 15 ans et plus, le vin est la boisson la plus souvent consommée à un rythme hebdomadaire (41,6 %), loin devant la bière et les alcools forts (15,9 % et 14,8 % respectivement) ou les autres types d'alcools² (9,5 %) [tableau II]. En population générale, ces consommations concernent respectivement 38,3 %, 17,9 %, 15,4 % et 8,9 % des 15 ans et plus.

Parmi les 15-25 ans, on observe toutefois une différence dans la hiérarchie des boissons consommées à un rythme hebdomadaire [tableau II]. Si la bière (20,0 %)

est en tête chez les 15-25 ans en population générale, devant les alcools forts (15,6 %) et le vin (14,1 %), c'est ce dernier qui est la boisson la plus fréquemment consommée parmi les plus jeunes répondants du BSSM (17,1 %), devant les alcools forts (16,5 %) et la bière (14,4 %).

Comme en population générale, on observe pour le cannabis qu'en plus d'un effet de génération (les niveaux d'expérimentation diminuant à partir de 35 ans), les usages se raréfient très vite avec l'âge [figure 2]. L'usage de cannabis dans l'année concerne ainsi 27 % des 15-25 ans et 7 % des 35-44 ans, et l'usage au cours du mois 13 % des 15-25 ans et 5 % des 35-44 ans. Ces proportions se révèlent conformes à celles observées en 2010 en population générale : 12 % d'utilisateurs au cours du mois parmi les 15-25 ans et 5 % parmi les 35-44 ans.

2. Les autres alcools sont le cidre, le champagne, les apéritifs tels que le porto...

TABLEAU II

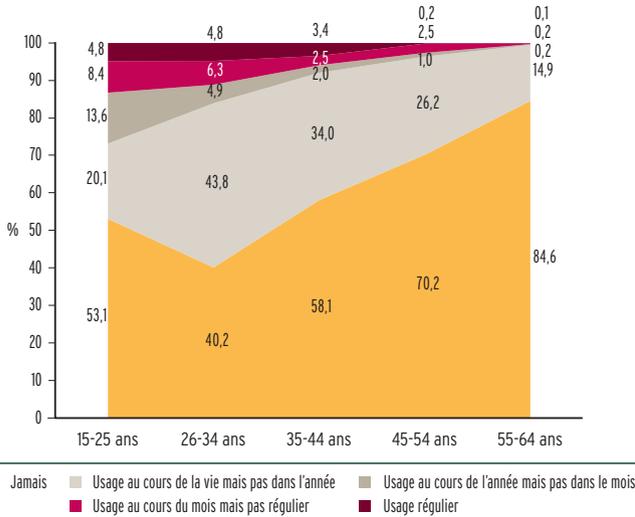
Les types d'alcools consommés chez les 15 ans et plus et chez les 15-25 ans (en pourcentage), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)

	15 ans et plus		15-25 ans	
	Baromètre santé 2010 n = 27 636	BSSM n = 2 707	Baromètre santé 2010 n = 3 853	BSSM n = 276
Vin				
Année	72,6	79,8	51,4	64,8
Au moins hebdomadaire	38,3	41,6	14,1	17,1
Bière				
Année	51,5	53,6	56,4	54,7
Au moins hebdomadaire	17,9	15,9	20,0	14,4
Alcools forts				
Année	54,4	57,6	59,6	59,6
Au moins hebdomadaire	15,4	14,8	15,6	16,5
Autres alcools				
Année	69,2	76,2	61,3	66,5
Au moins hebdomadaire	8,9	9,5	7,0	6,2

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 2

Les niveaux d'usage de cannabis selon l'âge (données redressées)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les facteurs socioéconomiques associés aux consommations de substances psychoactives s'avèrent, parmi la population concernée par une surdité ou des troubles de l'audition, le plus souvent identiques à ceux observés en population générale, même s'ils présentent quelques spécificités.

La consommation quotidienne de tabac présente des liens similaires avec l'âge, les 26-34 ans étant plus souvent fumeurs (OR = 1,4 ; $p < 0,05$) que les plus âgés [tableau III]. Les liens entre niveaux de diplôme, de revenus, le fait de vivre seul et la consommation quotidienne de tabac, bien que présentant des tendances globalement identiques à celles observées en population générale, ne se révèlent pas significatifs dans le BSSM. La principale particularité

de cette population réside dans l'absence d'association entre le sexe et la consommation de tabac, pourtant assez nette dans la population générale, où les hommes sont significativement sur représentés parmi les fumeurs quotidiens (OR = 1,3 ; $p < 0,001$).

Les facteurs liés à la consommation de cannabis se retrouvent, quant à eux, associés de la même manière qu'en population générale : les hommes (OR = 2,4 ; $p < 0,001$), les plus jeunes, les personnes vivant seules (OR = 1,7 ; $p < 0,01$) ont plus de chances d'avoir consommé du cannabis dans l'année.

La consommation d'alcool à risque, au sens de l'Audit-C, est significativement plus forte parmi les hommes (OR = 2,4 ; $p < 0,001$). Les associations avec l'âge ou le fait de vivre seul, observées en population générale, ne sont pas significatives parmi les répondants du BSSM, bien qu'elles suivent les mêmes tendances. En revanche, le lien

TABLEAU III

Facteurs socioéconomiques associés aux consommations de tabac et de cannabis, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)

	Effectifs	Tabagisme quotidien				Usage de cannabis dans l'année			
		BSSM		Baromètre santé 2010		BSSM		Baromètre santé 2010	
		OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %
Sexe									
Homme	927	1,0	[0,8 ; 1,3]	1,3***	[1,2 ; 1,4]	2,4***	[1,7 ; 3,3]	2,3***	[2,1 ; 2,6]
Femme (réf.)	1 646	1		1		1		1	
Âge									
15-25 ans	253	0,9	[0,6 ; 1,4]	0,9**	[0,8 ; 1,0]	4,3***	[2,8 ; 6,8]	4,8***	[4,1 ; 5,5]
26-34 ans	393	1,4*	[1,0 ; 2,0]	1,3***	[1,2 ; 1,4]	2,0**	[1,3 ; 3,1]	2,6***	[2,3 ; 3,1]
35-44 ans (réf.)	481	1		1		1		1	
45-54 ans	509	0,9	[0,6 ; 1,2]	0,8***	[0,7 ; 0,8]	0,4**	[0,2 ; 0,8]	0,5***	[0,4 ; 0,6]
55-64 ans	540	0,6**	[0,4 ; 0,9]	0,4***	[0,3 ; 0,4]	0,1***	[0,0 ; 0,3]	0,1***	[0,1 ; 0,2]
65-74 ans	239	0,2***	[0,1 ; 0,5]	0,1***	[0,1 ; 0,2]				
75 ans et plus	158	0,2***	[0,1 ; 0,5]	0,1***	[0,0 ; 0,1]				
Niveau de diplôme									
Inférieur au bac	1 002	1,3	[1,0 ; 1,7]	1,9***	[1,7 ; 2,0]	0,7	[0,5 ; 1,1]	1,1	[1,0 ; 1,2]
Baccalauréat	435	1,1	[0,8 ; 1,5]	1,5***	[1,4 ; 1,6]	1,0	[0,7 ; 1,6]	1,0	[0,9 ; 1,2]
Supérieur au bac (réf.)	1 136	1		1		1		1	
Revenu par unité de consommation									
Moins de 900 euros	856	1,2	[0,9 ; 1,6]	1,3***	[1,2 ; 1,4]	1,5	[0,9 ; 2,5]	1,0	[0,9 ; 1,2]
De 900 à 1700 euros	827	1,3	[0,9 ; 1,7]	1,0	[1,0 ; 1,1]	1,6*	[1,0 ; 2,6]	1,0	[0,9 ; 1,2]
Plus de 1700 euros (réf.)	890	1		1		1		1	
Vit seul									
Non (réf.)	1 946	1		1		1		1	
Oui	627	1,2	[0,9 ; 1,6]	1,6***	[1,5 ; 1,7]	1,7**	[1,2 ; 2,5]	1,9***	[1,7 ; 2,1]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

a. Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

observé avec un faible niveau de diplôme en population générale n'apparaît pas parmi ces mêmes répondants.

Les épisodes d'API apparaissent plus souvent le fait des hommes (OR = 3,3 ; p<0,001) et des plus jeunes (OR = 2,8 pour les 15-25 ans relativement aux 35-44 ans ; p<0,001). À nouveau, le lien existant avec les niveaux de diplôme les moins élevés n'est pas retrouvé [tableau IV].

Les consommations de substances psychoactives se révèlent, comme en population générale, plus souvent associées à une situation de détresse psychologique,

tandis que la perception d'une mauvaise santé est uniquement corrélée au tabagisme quotidien. L'analyse des liens entre les caractéristiques de la surdité ou les troubles de l'audition et les consommations ne met pas clairement en évidence de profils plus à risque de consommer au sein de la population du BSSM. Quelques associations méritent toutefois d'être relevées. Les personnes pratiquant la LSF apparaissent plus souvent concernées par les épisodes d'API, de même que par l'usage de cannabis dans l'année [tableau V]. Dans l'ensemble de l'échantillon, la consommation d'alcool

TABLEAU IV

Facteurs socioéconomiques associés aux consommations d'alcool, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010

	Alcool à risque chronique ou de dépendance				API mensuelle			
	BSSM		Baromètre santé 2010		BSSM		Baromètre santé 2010	
	OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %
Sexe								
Homme	2,4***	[1,8 ; 3,3]	4,8***	[4,3 ; 5,3]	3,3***	[2,5 ; 4,4]	4,8***	[4,4 ; 5,2]
Femme (réf.)	1		1		1		1	
Âge								
15-25 ans	1,2	[0,6 ; 2,3]	1,8***	[1,6 ; 2,2]	2,8***	[1,7 ; 4,5]	1,8***	[1,6 ; 2,1]
26-34 ans	0,9	[0,5 ; 1,7]	1,4***	[1,2 ; 1,7]	1,4	[0,9 ; 2,3]	1,5***	[1,3 ; 1,6]
35-44 ans (réf.)	1		1		1		1	
45-54 ans	1,3	[0,8 ; 2,3]	1,2*	[1,0 ; 1,4]	0,9	[0,6 ; 1,5]	0,9	[0,8 ; 1,0]
55-64 ans	1,4	[0,9 ; 2,4]	1,8***	[1,6 ; 2,1]	0,7	[0,4 ; 1,2]	0,7***	[0,6 ; 0,8]
65-74 ans	1,8	[1,0 ; 3,2]	1,4***	[1,2 ; 1,7]	0,7	[0,4 ; 1,3]	0,5***	[0,4 ; 0,5]
75 ans et plus	0,7	[0,3 ; 1,6]	1,1	[0,8 ; 1,4]	0,2**	[0,1 ; 0,6]	0,3***	[0,3 ; 0,4]
Niveau de diplôme								
Inférieur au bac	0,9	[0,6 ; 1,2]	1,2**	[1,0 ; 1,3]	1,1	[0,8 ; 1,5]	1,5***	[1,4 ; 1,6]
Baccalauréat	0,7	[0,4 ; 1,1]	1,1	[1,0 ; 1,3]	0,9	[0,6 ; 1,4]	1,3***	[1,1 ; 1,4]
Supérieur au bac (réf.)	1		1		1		1	
Revenu par unité de consommation								
Moins de 900 euros	0,9	[0,6 ; 1,3]	1,0	[0,9 ; 1,1]	0,9	[0,6 ; 1,4]	1,0	[0,9 ; 1,1]
De 900 à 1700 euros	0,9	[0,6 ; 1,3]	0,9	[0,8 ; 1,1]	1,1	[0,7 ; 1,6]	1,0	[0,9 ; 1,0]
Plus de 1700 euros (réf.)	1		1		1		1	
Vit seul								
Non (réf.)	1		1		1		1	
Oui	1,3	[0,9 ; 1,8]	1,5***	[1,4 ; 1,7]	1,3	[0,9 ; 1,8]	1,4***	[1,3 ; 1,5]

*p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

à risque chronique semble plus fréquente parmi les personnes déclarant ne pas du tout entendre, ou avoir des difficultés à lire. Par ailleurs, la consommation de tabac semble moins présente parmi les personnes sourdes ou ayant connu des troubles de l'audition avant l'âge de 2 ans ou s'exprimant difficilement à l'oral, et à l'inverse favorisée en présence d'un fort impact des troubles de l'audition sur la vie quotidienne.

POLYCONSOMMATIONS RÉGULIÈRES

La polyconsommation régulière est ici définie par l'usage régulier d'au moins deux substances parmi le tabac, le cannabis et l'alcool. L'usage régulier de tabac correspond à une consommation quotidienne de tabac; l'usage régulier d'alcool est défini par au moins quatre à six jours de consomma-

TABLEAU V

Associations entre les variables liées à la surdité, aux troubles de l'audition, à la santé et les consommations de substances psychoactives (modèles ajustés sur les variables socioéconomiques)

	Effectifs	Alcool à risque chronique ou de dépendance		API mensuelle		Tabagisme quotidien		Usage de cannabis au cours de l'année		
		OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %	OR ^a	IC à 95 %	
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition										
Avant 2 ans	543	1,2	[0,8 ; 1,8]	1,0	[0,7 ; 1,4]	0,6***	[0,4 ; 0,8]	0,9	[0,6 ; 1,3]	
2 à 15 ans	467	1,3	[0,9 ; 2,0]	1,1	[0,7 ; 1,6]	0,8	[0,6 ; 1,1]	0,8	[0,5 ; 1,3]	
16 ans et plus (réf.)	1 563	1		1		1		1		
Pratique de la LSF										
Non (réf.)	1 851	1		1		1		1		
Oui	725	1,4	[1,0 ; 2,1]	1,4*	[1,0 ; 1,9]	1,0	[0,7 ; 1,2]	1,5*	[1,1 ; 2,1]	
Impact des troubles de l'audition sur la vie quotidienne										
Beaucoup	834	0,9	[0,7 ; 1,3]	0,9	[0,6 ; 1,2]	1,6***	[1,3 ; 2,0]	1,1	[0,8 ; 1,6]	
Peu ou pas (réf.)	1 742	1		1		1		1		
Facilité à lire										
Difficile/impossible	407	1,6*	[1,1 ; 2,5]	1,1	[0,8 ; 1,7]	0,8	[0,6 ; 1,1]	0,9	[0,6 ; 1,4]	
Facile (réf.)	2 169	1		1		1		1		
Fatigue liée à la communication										
Tout le temps/souvent	736	1,2	[0,7 ; 2,1]	1,1	[0,7 ; 1,7]	1,2	[0,8 ; 1,7]	0,8	[0,4 ; 1,3]	
Quelquefois/rarement	1 437	1,3	[0,9 ; 2,1]	1,0	[0,7 ; 1,5]	1,1	[0,8 ; 1,6]	1,1	[0,7 ; 1,7]	
Jamais (réf.)	403	1		1		1		1		
Facilité à s'exprimer à l'oral										
Difficile/impossible	419	1,4	[0,9 ; 2,1]	1,1	[0,8 ; 1,6]	0,7*	[0,5 ; 1,0]	1,2	[0,8 ; 1,8]	
Sans difficulté (réf.)	2 084	1		1		1		1		
Acuité auditive perçue										
Ne pas entendre du tout	382	1,7*	[1,1 ; 2,6]	1,4	[0,9 ; 2,0]	0,8	[0,6 ; 1,2]	1,1	[0,7 ; 1,7]	
Beaucoup de difficultés à entendre	800	0,9	[0,6 ; 1,3]	0,9	[0,6 ; 1,3]	1,1	[0,8 ; 1,4]	1,1	[0,8 ; 1,7]	
Quelques difficultés à entendre (réf.)	1 280	1		1		1		1		
Seulement des Troubles de l'audition sans difficultés à entendre	114	0,6	[0,3 ; 1,5]	1,2	[0,7 ; 2,2]	0,8	[0,5 ; 1,4]	1,2	[0,6 ; 2,3]	
Détresse psychologique										
Non (réf.)	1 406	1		1		1		1		
Oui	1 169	1,4*	[1,0 ; 1,9]	1,4*	[1,0 ; 1,9]	1,3*	[1,0 ; 1,6]	0,9	[0,7 ; 1,3]	
Santé perçue										
Bonne (réf.)	1 917	1		1		1		1		
Mauvaise	518	1,0	[0,7 ; 1,5]	1,0	[1,0 ; 1,4]	1,4**	[1,1 ; 1,9]	1,0	[0,6 ; 1,5]	

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

a. chaque variable correspond à un modèle ajusté sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenu, le fait de vivre seul.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

tion d'alcool par semaine pour au moins un type d'alcool (vin, bière, alcools forts ou autres alcools), ou par deux à trois jours de consommation d'alcool par semaine pour au moins deux types d'alcool, au cours des douze derniers mois ; l'usage régulier de cannabis correspond à une consommation au moins dix « fois » au cours des trente derniers jours. Ces indicateurs sont ceux utilisés dans le cadre du Baromètre santé 2010.

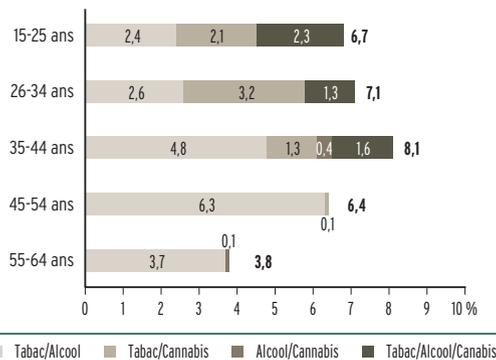
Parmi les 15-64 ans, la polyconsommation régulière concerne 6,4 % de la population du BSSM (8,3 % dans la population générale). La forme la plus répandue est l'association alcool-tabac (4,1 %), devant le cumul tabac-cannabis (1,2 %), caractéristique de la France où la forme majoritaire de consommation du cannabis est la résine (fumée), et le cumul alcool-tabac-cannabis (1,0 %). En population générale, ces proportions sont respectivement 6,3 %, 1,3 % et 0,7 %. L'association alcool-cannabis hors consommation quotidienne de tabac s'avère quasi inexistante, de même qu'en popula-

tion générale, l'usage de cannabis s'accompagne, de fait quasi systématiquement, d'un usage régulier de tabac³. Les variations selon l'âge du niveau de la polyconsommation régulière ainsi définie apparaissent relativement faibles : il est maximal parmi les 35-44 ans (8,1 %), puis décroît jusqu'à 64 ans (3,8 % parmi les 55-64 ans) [figure 3]. Néanmoins, la nature de la polyconsommation évolue beaucoup : elle est surtout due aux associations alcool-tabac et tabac-cannabis parmi les jeunes, tandis que la polyconsommation alcool-tabac domine largement à partir de 35 ans. Le cumul des trois consommations régulières concerne 2,3 % des moins de 25 ans et va en s'amenuisant rapidement par la suite, principalement en raison du fait que les plus âgés sont notablement moins concernés par la consommation de cannabis.

3. Le tabac intervient presque toujours dans la confection des joints de cannabis ; mais il n'est alors pas comptabilisé dans l'enquête comme une consommation de tabac en tant que telle.

FIGURE 3

Polyconsommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis selon l'âge (données redressées)



Les types de polyconsommations régulières sont exclusives les unes des autres dans ce graphique : ainsi, la polyconsommation tabac + cannabis n'inclut pas la polyconsommation tabac + alcool + cannabis.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

DISCUSSION

Cette enquête permet de disposer, pour la première fois en France, de données sur les consommations de substances psychoactives des personnes sourdes, malentendantes et/ou présentant des troubles de l'audition. Elle fournit une évaluation de leurs niveaux d'usages, identifie des modes de consommations, et permet de les confronter à ceux observés en population générale à une période comparable. Elle permet également d'étudier les facteurs associés à ces comportements, qu'ils reflètent les conditions de vie sociale, économique, le profil démographique ou des caractéristiques liées à l'audition : âge de survenue de la surdité, pratique de la LSF, présence de troubles de l'audition, etc.

Les consommations de substances psychoactives des répondants du BSSM apparaissent globalement à des niveaux égaux ou inférieurs à ceux de la population générale. La consommation régulière d'alcool, quotidienne ou hebdomadaire, semble concerner une part équivalente de la population, quel que soit l'âge. De même, les préférences de consommation des boissons alcoolisées apparaissent identiques, avec une large prédominance du vin, suivi de la bière et des alcools forts, puis des autres types d'alcools (données redressées). La seule différence concerne les moins de 25 ans, pour qui la hiérarchie des boissons diffère de celle des autres jeunes, la bière semblant en particulier moins présente. Cette observation peut être mise en regard d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante moins fréquents.

Les niveaux d'usage de cannabis apparaissent pour leur part légèrement supérieurs à ceux observés en population générale.

La principale particularité concernant les usages de la population étudiée est surtout la prévalence tabagique nettement plus

faible, avec 11 points de différence relative-ment à la population générale. Cette prévalence diminue avec l'âge mais n'apparaît pas significativement liée au genre, au niveau de revenu ou de diplôme, ni au fait de vivre seul, qui sont pourtant des facteurs de risque bien connus en population générale [5]. En revanche, les personnes dont la survenue de la surdité ou des troubles de l'audition est antérieure à l'âge de 2 ans ont moins de risques d'être des fumeurs, à l'inverse de ceux qui rapportent un fort impact des troubles de l'audition (acouphènes et hyperacousie principalement) sur la vie quotidienne.

Les consommations de substances psychoactives des personnes sourdes et malentendantes demeurent peu documentées en France comme dans la littérature internationale. Si l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008 interroge néanmoins les consommations de tabac et les API en fonction de la présence d'une surdité et/ou d'acouphènes, cette thématique n'a pas encore fait l'objet de publications. Pour l'ensemble de cette population de 16 ans et plus, les consommations de tabac quotidien et d'API sont plus faibles, et le sont encore davantage quand les personnes déclarent une surdité complète. Sur ces indicateurs, les données de Handicap-Santé Ménages et du BSSM vont donc dans le même sens [tableau VI].

À l'étranger, plusieurs travaux ont été conduits à partir d'enquêtes menées en population adolescente ou adulte. Le contexte de comparabilité s'avère en l'occurrence plutôt favorable, dans la mesure où les modes de passation des questionnaires sont similaires, à savoir une autoadministration sur Internet ou par le biais d'un ordinateur mis à disposition.

Parmi les plus jeunes, une enquête spécifique sur la consommation de tabac a été

TABLEAU VI

Consommation de tabac quotidien et alcoolisations ponctuelles importantes des personnes concernées par une surdité ou des acouphènes, enquête Handicap-Santé Ménages 2008 (données redressées)

	Effectifs	Tabac quotidien	API année	API mensuelle
Population générale (16 ans et plus)	14 798	22,0	26,2	9,2
Surdité et/ou acouphènes	3 181	16,5***	20,9***	6,6**
Dont surdité complète	137	7,2	8,3	6,3

** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : HSM 2008 - Insee, Drees.

menée en 2000 aux États-Unis auprès d'étudiants, montrant une consommation de tabac déclarée plus faible parmi les personnes sourdes et malentendantes [6]. Une seconde enquête menée en 2004 sur les consommations d'alcool et de drogues illicites auprès de lycéens indiquait des niveaux légèrement inférieurs, tant pour l'expérimentation que pour l'usage actuel, parmi les jeunes sourds [6]. Une étude auprès d'adolescents de 15-16 ans conduite en 2005, en Suède, sur un échantillon représentatif d'élèves (n = 3 084) avait, par contre, montré des consommations supérieures en cas de difficultés d'audition, mais uniquement lorsque celles-ci étaient associées à d'autres incapacités [7].

En population générale, dans une enquête transversale menée en 2000 au Canada, la population sourde et malentendante était apparue moins à risque d'être fumeuse (OR = 0,87 [0,78 ; 0,96]), ainsi que d'avoir eu des épisodes d'alcoolisation massive (OR = 0,82 [0,70 ; 0,97]) [8]. Une enquête de moindre ampleur menée aux États-Unis (87 personnes sourdes ou malentendantes, 88 personnes entendant) avait également montré, en 1993, une plus faible expérimentation du tabac et un plus faible usage d'alcool parmi cette population [9]. Plus récemment, d'après une enquête sur les déterminants de santé parmi des sourds menée en 2008, la prévalence tabagique

était apparue moitié moindre que dans la population générale [10], de même que dans une enquête menée auprès de 222 sourds dans le Michigan (19 % de fumeurs vs 28 % en population générale) [11].

Les analyses secondaires de l'enquête *National Health Interview Survey* (NHIS) aux États-Unis, dans les années 1990, indiquaient qu'une moindre prévalence tabagique était significativement associée à la surdité lorsque celle-ci était survenue avant l'âge de 3 ans (*prelingually deaf* OR = 0,48 [0,23 ; 0,99]). Pourtant, cette population se révélait par ailleurs moins diplômée et disposant de moins de revenus, alors même que de tels facteurs sont associés au tabagisme dans la population générale [12]. Cependant, l'analyse des données 2000-2006 de cette même enquête, dont le questionnaire était administré tous les ans, a montré des tendances inverses : les adultes ayant une acuité auditive très réduite avaient plus de chances d'être fumeurs et d'avoir connu des épisodes d'API (cinq verres ou plus) dans l'année, sans qu'aucun élément d'explication ne soit avancé par les auteurs [13].

La plus faible prévalence tabagique observée dans le BSSM apparaît ainsi cohérente avec la plupart des résultats observés dans les enquêtes auprès des mêmes populations. Une hypothèse avancée pourrait être que ces habitudes reflètent des différences dans les groupes socio-

culturels qui peuvent se former parmi ces sous-populations, avec des croyances, des connaissances, des normes sociales et des pratiques propres. L'absence de lien avec le sexe, le niveau de diplôme ou de revenu va également dans le sens de l'existence de facteurs associés au tabagisme parmi les personnes concernées par une surdité et/ou des troubles de l'audition. Le lien observé entre tabagisme et un âge tardif de survenue de la surdité pourrait s'expliquer ainsi par le fait que les personnes déclarant une surdité précoce seraient moins consommatrices. Une raison invoquée serait que ces dernières auraient moins intégré les normes sociales de la population générale [12]. L'association avec la pratique de la LSF confirmerait également cette hypothèse. En effet, le recours à cette langue qui, pour des sourds, participe de leur appartenance à une communauté porteuse d'une culture spécifique, est associé par ailleurs tant à l'usage de cannabis qu'aux épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante. Dans la communauté sourde, il peut par exemple être difficile de se soustraire à des consommations d'alcool ou d'autres substances lors de fêtes ou d'activités de loisir quand ces pratiques sont valorisées et dominantes. Faute de les suivre, des sourds pourraient craindre de se trouver isolés du seul groupe avec qui ils peuvent vraiment communiquer [14]. L'accès difficile à l'écrit et le manque d'information qui en découle pourraient également participer de comportements particuliers. Des données qualitatives ont montré, par exemple, une difficulté à reconnaître la dangerosité de certains alcools, voire à identifier tous les alcools comme tels [3]. La moindre prévalence tabagique pourrait également être expliquée en partie par la barrière de la communication et par une réceptivité moins grande aux stratégies marketing déployées par l'industrie du tabac.

Pourtant, des possibilités d'information restreintes et une communication

limitée avec les entendants pourraient favoriser l'entrée dans le tabagisme ou atténuer l'impact des messages de prévention. Tamaskar *et al.* [15] indiquent, par exemple, que les personnes sourdes interrogées font moins le lien que la population générale entre l'amélioration de la santé et le fait de moins fumer. Dans le BSSM, les personnes se déclarant mal informées sur le tabac sont plus souvent fumeuses que celles indiquant se sentir bien informées (21 % vs 15 %; $p < 0.05$), un lien qui n'est pas observé en population générale (respectivement 24 % vs 27 %; différence non significative). Ce résultat souligne toute l'importance d'élaborer une stratégie d'information adaptée à ce public malgré une moindre prévalence.

Parmi les plus jeunes, les enfants et adolescents sourds ou malentendants peuvent être confrontés à plusieurs difficultés : développement social différé, stigmatisation, problèmes d'estime de soi, de communication et de performance scolaire, soit des prédicteurs de consommation de tabac en population générale [15]. Dans le BSSM, le niveau de détresse psychologique est bien plus élevé qu'en population générale, et également associé à des consommations de tabac et d'alcool plus importantes.

Le BSSM permet d'étudier les modes de consommation des personnes sourdes ou malentendantes. La consommation à risques, quant à elle, ne peut être approchée dans cette enquête que par des fréquences de consommations pour le cannabis, et à travers l'Audit-C pour l'alcool [14]. La population interrogée ne semble pas particulièrement concernée par ce type de consommations, et la polyconsommation régulière mesurée suit des tendances identiques à celles observées en population générale, en termes de produits consommés ou d'évolution des pratiques avec l'âge, à des niveaux toutefois inférieurs. Ceux-ci ne doivent pas être surinterpr t s car ils traduisent surtout

les niveaux de consommations de tabac et d'alcool plus bas que ceux de l'ensemble de la population. Les échelles de repérage des consommations à risque, comme le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) pour le cannabis [16] ou l'Audit complet pour l'alcool [17], utilisées dans le Baromètre santé 2010, ne figurent pas dans le BSSM, pour ne pas rallonger le questionnaire et surtout parce qu'elles n'ont pas été validées pour certaines sous-populations et que les risques d'incompréhension de certaines questions sont importants [18].

Pourtant, la question du repérage des consommations à risque apparaît d'une importance réelle. Plusieurs études ont rapporté que les personnes sourdes prises en charge pour des difficultés liées à leur consommation se présentent en centre de soins à un stade plus sévère que les entendants [19, 20], l'hypothèse étant que le manque d'outils adaptés, associé aux difficultés de communication, retarde le repérage.

Aux États-Unis, M.E. Rendon [21] indique, d'après la littérature des années 1970 et 1980, un déni de l'alcoolisme dans la communauté sourde. Celui-ci serait en partie lié à l'idée, peut-être moins présente chez les entendants, selon laquelle la dépendance à l'alcool relèverait d'une faiblesse morale. De fait, certains sourds craindraient que leur communauté pâtisse du caractère déviant attaché à l'alcoolisme. En parler pourrait être également associé à la crainte d'une mise à l'écart (peur d'autant plus grande que la possibilité de créer des liens amicaux est souvent plus restreinte du fait du petit nombre de sourds à proximité). L'intégration à un programme de sevrage pose aussi, au sein d'une commu-

nauté resserrée, la question de la confidentialité [14].

Il semble ainsi essentiel, malgré des consommations d'alcool et de tabac un peu moins importantes que dans l'ensemble de la population, de réfléchir à mieux informer les personnes sourdes sur les comportements bénéfiques à la santé, et à leur rendre accessibles, au même titre que les sites d'information [22], des outils de repérage d'usages problématiques pour une prise en charge plus précoce, ainsi que des actions d'éducation thérapeutique. Les sourds locuteurs de la LSF demandent également des groupes de parole dans leur langue [3]. Les moyens de communication sont donc à adapter à la langue pratiquée, tout comme au niveau de lecture et de connaissances. Pour ce faire, la présence d'un interprète n'est pas toujours suffisante, l'explicitation du vocabulaire pouvant être un préalable indispensable à une bonne compréhension [14]. Les unités de soins en langue des signes situées en milieu hospitalier et, en leur sein, des intermédiaires sourds jouant entre autres précisément ce rôle, auraient donc intérêt à être renforcées et à se développer (voir les chapitres « L'information sur la santé : accessibilité et attentes » et « Recours et accès aux soins »), ainsi que la présence de psychologues sourds ou tout du moins maîtrisant la langue des signes et connaissant bien la culture sourde.

De manière plus générale, la conception de programmes spécifiques peut sans doute s'appuyer sur des interventions validées ou qui se sont révélées prometteuses en population générale [23]. Cela passe par une meilleure connaissance des croyances, expériences et modes de vie des personnes sourdes et malentendantes.

Relecteurs

Romain Guignard (Inpes)
Ivana Obradovic (OFDT)
Jean-Louis Wilquin (Inpes)

Bibliographie

- [1] Dickinson J.E. Alcohol and drug use by deaf and hard of hearing adolescents. *In* : conférence « Stepping Forward: Creative Approaches in Prevention, Treatment and Recovery for Deaf People », Minneapolis, 23-25 mars 2000 : p. 76-82.
- [2] Beck F., Guignard R., Richard J.-B. *Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes*. Paris : La Documentation française, 2014 : 256 p.
- [3] Sitbon A. *Le Rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 110 p.
- [4] Bush K., Kivlahan D.R., McDonnell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 1998, vol. 158, n° 16 : p. 1789-1795.
- [5] Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. *In* : Beck F., Guilbert P., Gautier A., dir. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2007 : p. 77-110.
- [6] Berman B.A., Streja L., Guthmann D.S. Alcohol and other substance use among deaf and hard of hearing youth. *Journal of Drug Education*, 2010, vol. 40, n° 2 : p. 99-124.
- [7] Brunnerberg E., Boström M., Berglund M. Self-rated mental health, school adjustment, and substance use in hard-of-hearing adolescents. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2008, vol. 13, n° 3 : p. 324-335.
- [8] Woodcock K., Pole J.D. Health profile of deaf Canadians : analysis of the Canada Community Health Survey. *Canadian Family Physician*, 2007, vol. 53, n° 12 : p. 2140-2141.
- [9] Zazove P., Niemann L.C., Gorenflo D.W., Carmack C., Mehr D., Coyne J.C., et al. The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. *Archives of Family Medicine*, 1993, vol. 2, n° 7 : p. 745-752.
- [10] Barnett S., Klein J.D., Pollard R.Q. Jr, Samar V., Schlehofer D., Starr M., et al. Community participatory research with deaf sign language users to identify health inequities. *American Journal of Public Health*, 2011, vol. 101, n° 12 : p. 2235-2238.
- [11] Zazove P., Meador H.E., Reed B.D., Sen A., Gorenflo D.W. Cancer prevention knowledge of people with profound hearing loss. *Journal of General Internal Medicine*, 2009, vol. 24, n° 3 : p. 320-326.
- [12] Barnett S., Franks P. Smoking and deaf adults: associations with age at onset of deafness. *American Annals of the Deaf*, 1999, vol. 144, n° 1 : p. 44-50.
- [13] Schoenborn C.A., Heyman K. *Health Disparities Among Adults With Hearing Loss: United States, 2000-2006*. NCHS Health E-Stats, mai 2008 : 14 p. En ligne : <http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/hearing00-06/hearing00-06.pdf>
- [14] Guthmann D., Graham V. Substance Abuse: A hidden problem within the d/deaf and hard of hearing communities. *Journal of Teaching in the Addictions*, 2004, vol. 3, n° 1 : p. 49-64.
- [15] Tamaskar P., Malia T., Stern C., Gorenflo D., Meador H., Zazove P. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Archives of Family Medicine*, 2000, vol. 9, n° 6 : p. 518-525, discussion 526.
- [16] Beck F., Legleye S. Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. *In* : Rödner Sznitman S., Olsson B., Room R., eds. *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Monographs, séries 8, vol. 2, 2008 : p. 31-57. En ligne : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>
- [17] Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 1993, vol. 88, n° 6 : p. 791-804.
- [18] Alexander T., DiNitto D., Tidblom I. Screening for alcohol and other drug use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2005, vol. 23, n° 1 : p. 63-78.
- [19] Moore D., McAweeney M. Demographic characteristics and rates of progress of deaf and hard of hearing persons receiving substance abuse treatment. *American Annals of the Deaf*, 2006, vol. 151, n° 5 : p. 508-512.
- [20] Titus J.C., Schiller J.A., Guthmann D. Characteristics of youths with hearing loss admitted to substance abuse treatment. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2008, vol. 13, n° 3 : p. 336-350.
- [21] Rendon M.E. Deaf culture and alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992, vol. 9, n° 2 : p. 103-110.
- [22] Jones E.G., Goldsmith M., Effken J., Button K. Creating and Testing a Deaf-Friendly, Stop-Smoking Web Site Intervention. *American Annals of the Deaf*, 2010, vol. 155, n° 1 : p. 96-102.
- [23] Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013, n° 1, suppl. : p. 65-74. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS-page-65.htm>

**VIE SEXUELLE, IST,
CONTRACEPTION**

L'essentiel

Vie sexuelle, IST, contraception

Les questions relatives à la sexualité des populations sourdes ou malentendantes sont peu investiguées, qu'il s'agisse des comportements, de l'orientation sexuelle ou des prises de risques. Ainsi, le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) a été l'occasion d'interroger sur ces sujets spécifiques 1900 personnes âgées de 15 à 54 ans.

L'entrée dans la sexualité

L'âge médian au premier rapport sexuel, calculé pour les 15-29 ans, s'établit à 18,2 ans pour les hommes et 18,4 ans pour les femmes, soit plus d'une année plus tard qu'en population générale. Parmi les personnes âgées de 15 à 29 ans sexuellement actives, 16,0 % déclarent ne pas avoir vraiment souhaité leur première expérience sexuelle et 2,5 % déclarent avoir été forcées. Un quart des femmes rapportent ne pas avoir souhaité ce premier rapport, soit deux fois plus que les femmes en population générale.

Expériences homosexuelles

La population interrogée dans le BSSM se distingue de la population générale par des expériences homosexuelles plus fréquentes. 9,5 % des hommes sourds et malentendants déclarent avoir eu au cours de la vie des rapports exclusivement homosexuels et 9,2 % disent avoir eu des relations avec des hommes et des femmes. Ces chiffres sont respecti-

vement de 3,4 % et 8,1 % chez les femmes.

Multipartenariat, nouveau partenaire et préservatif

Avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois est plus fréquemment cité par les personnes concernées par une surdité ou des troubles de l'audition (une sur cinq) qu'en population générale. Cela s'accompagne d'une proportion plus importante de personnes ayant déclaré un nouveau partenaire sexuel au cours des douze derniers mois (51,4 %). L'utilisation du préservatif avec le(s) nouveau(x) partenaire(s) est significativement moins fréquente qu'en population générale. Près d'un tiers déclare même ne l'avoir « *jamais utilisé* » quand seulement un autre tiers déclare l'avoir « *toujours* » utilisé.

Dépistage VIH et IST

Parmi les personnes interrogées sexuellement actives, deux tiers déclarent avoir déjà réalisé un dépistage du VIH au cours de leur vie. Chez les hommes, ce recours au dépistage apparaît nettement supérieur qu'en population générale.

Parmi les personnes sexuellement actives interrogées dans le BSSM, la déclaration d'une infection sexuellement transmissible (IST) au cours des cinq dernières années est, de la même manière que pour le recours au dépistage, plus importante qu'en

population générale pour les hommes mais pas pour les femmes.

Contraception et IVG

Plus des trois quarts des femmes âgées de 15 à 54 ans non m nopauss es, ayant eu un partenaire de sexe opposé au cours des douze derniers mois, déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Les femmes interrogées sont moins nombreuses qu'en population générale à déclarer utiliser la pilule pour principale méthode (43,3 %), mais utilisent plus le préservatif (18,2 %) ou une méthode locale ou naturelle (8,9 %). Aucune différence n'est observée quant à l'utilisation d'un dispositif intra-utérin, ce qui est le cas pour un quart d'entre elles, ou de nouveaux moyens de contraceptions tels que le patch, l'anneau, l'implant ou l'injection (2,9 %).

Plus d'un tiers des femmes ayant déjà été enceintes déclare avoir eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de la vie, soit 23,3 % de l'ensemble des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives, proportion supérieure à celle observée en population générale.

Ainsi, la plupart des indicateurs relatifs aux pratiques sexuelles, aux prises de risques liées aux IST et à la contraception étudiés se distinguent de ceux mesurés en population générale.

Vie sexuelle, IST, contraception

AUDREY SITBON
 ARNAUD GAUTIER
 JULIETTE DESSAUX
 JEAN DAGRON

INTRODUCTION

Les liens entre handicap et sexualité sont très peu investigués dans les études [1], à la fois en matière d'orientation sexuelle, de pratiques, mais aussi de risques qui y sont liés, qu'il s'agisse de rapports subis ou de risques infectieux, pour les populations vivant en institution ou non. De la même manière, les questions liées à la sexualité des personnes sourdes ou malentendantes ont peu été abordées dans les études françaises et étrangères, et l'ont été surtout par le biais des infections sexuellement transmissibles (IST). Dans les années 1990, les risques de transmission du VIH sont apparus comme plus importants pour les sourds locuteurs de la langue des signes (LSF) [2], révélant par là-même de graves lacunes en matière d'accès à l'information [3], à la prévention et aux soins [4-7] (voir les chapitres « L'information sur la santé : accessibilité et attentes » et « Recours et accès aux soins »).

L'acquisition de connaissances sur la prévention et la contraception, comme sur d'autres sujets, n'a rien d'évident quand les informations audiophoniques sont inaccessibles, la lecture pas toujours aisée faute d'avoir eu accès à un mode d'éducation approprié, et les moyens pour communiquer avec les entendants réduits. La très grande majorité des sourds depuis la prime enfance a grandi dans des familles entendantes. La transmission d'informations entre générations est souvent limitée, notamment en raison des difficultés pour accéder à l'apprentissage de la LSF et à l'oral. Les informations disponibles en LSF sont en outre restées très longtemps réduites, en raison de son interdiction en milieu scolaire jusqu'au début des années 1990¹. Les pairs peuvent alors se substituer aux autres sources de connaissance,

1. Loi 91-73 (titre III), article 33, du 18 janvier 1991.

avec des risques d'erreurs et de déformation [8, 9]. Parallèlement, pour des sourds, un isolement relationnel limite l'apport d'informations par ce biais. Toutefois, face à l'épidémie de sida, certains se sont organisés pour diffuser de l'information par divers moyens (brochures, interventions, vidéos, etc.), *via* Aides Sourds ou encore Sida Info Service. Les seize unités hospitalières dédiées à ces publics travaillent aussi sur ces sujets, tandis qu'une brochure sur la prévention du VIH/sida doit voir le jour en 2015 à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), en direction des publics en difficulté d'accès à la lecture et à l'information. Concernant les pratiques sexuelles (fréquence, orientation, recours à la contraception, protection contre les IST, etc.), des modes de socialisation et de sociabilité spécifiques pour des personnes sourdes profondes depuis la prime enfance pourraient en partie expliquer les décalages observés avec les données en population générale.

Les données issues des centres de dépistage du VIH dans les années 1990 [2] et l'expérience de professionnels de santé travaillant avec des sourds indiquent davantage d'IST, probablement en lien avec une plus grande fréquence du multipartenariat, de relations homosexuelles, et de violences sexuelles subies.

L'éventualité de pratiques spécifiques en matière de sexualité concernerait plutôt les personnes sourdes depuis la prime enfance, en particulier celles qui communiquent en LSF et moins celles devenues sourdes ou malentendantes ou encore les personnes uniquement touchées par des troubles de l'audition (comme les acouphènes ou l'hyperacousie). D'ailleurs ces deux dernières catégories de personnes ont pu marquer leur incompréhension quant au fait d'être questionnées sur ces sujets au titre de leur statut auditif. Néanmoins, on peut se demander si des difficultés relationnelles

et/ou des formes d'isolement associées à la surdité ou aux troubles de l'audition pourraient avoir une incidence sur la vie affective et sexuelle. Le BSSM tentera de répondre en partie à ces questionnements.

Ce chapitre s'appuie sur quelques indicateurs relatifs à l'activité sexuelle (au moment de l'entrée dans la sexualité et au cours des douze derniers mois) et au sexe du ou des partenaires. La survenue de grossesses non prévues, quand elle aboutit à une interruption volontaire, et le recours à la contraception sont également interrogés, ainsi que la déclaration des IST au cours des cinq dernières années, le recours au dépistage du VIH et l'usage du préservatif. Enfin, le sentiment d'être bien informé sur les IST et la contraception est questionné.

Les résultats du BSSM sont confrontés avec ceux du Baromètre santé 2010 quand ils sont disponibles. Pour cela, un redressement sur les critères de sexe, d'âge et de diplôme de la population générale a été appliqué aux données du BSSM. On regardera également comment évoluent les indicateurs en fonction de critères socio-démographiques et relatifs à la surdité². Parmi ces derniers, deux seront plus particulièrement mobilisés, à savoir la pratique de la LSF et l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition.

Comme dans le Baromètre santé 2010, les questions sur la sexualité ont été posées aux personnes âgées de 15 à 54 ans³, soit environ 1 900 personnes. Celles-ci sont 39 % à déclarer pratiquer la LSF tous les jours ou de temps en temps.

2. Pour une présentation des indicateurs, se référer à la description de l'échantillon dans le chapitre « Méthode d'enquête et échantillon ».

3. Notamment afin de limiter le temps de passation du questionnaire.

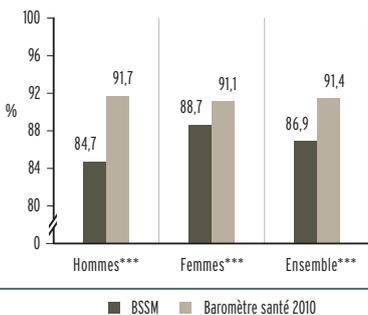
RÉSULTATS

Neuf personnes sur dix de 15 à 54 ans interrogées dans le cadre du BSSM ($n = 1\,551$) rapportent une expérience sexuelle et sont donc concernées par l'ensemble des questions relatives à la sexualité. À titre de comparaison, en tenant compte de la structure par sexe, âge et diplôme de la population générale, la population observée dans cette enquête rapporte moins souvent qu'en population générale avoir eu une expérience sexuelle au cours de la vie. Cette différence significative est plus particulièrement marquée chez les hommes [figure 1].

L'âge influence logiquement cette déclaration : moins d'un jeune de 15-19 ans sur deux dit avoir déjà eu un rapport sexuel ; ils sont quatre sur cinq entre 20 et 24 ans et 95 % après 30 ans ($p < 0,001$). Chez les moins de 30 ans, ceux qui ne communiquent pas en LSF sont 75,1 % à avoir eu des rapports sexuels au cours de la vie contre 83,2 % pour les locuteurs de la LSF ($p < 0,05$), différence qui demeure significative après ajustement sur le sexe, l'âge et le niveau de diplôme.

FIGURE 1

Déclarer un rapport sexuel au cours de la vie parmi les 15-54 ans selon le sexe (en pourcentage)



Les données du BSSM ont été redressées sur les critères de sexe, d'âge et de diplôme de la population générale afin d'être comparées aux données issues du Baromètre santé 2010.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ

Les modalités d'entrée dans la sexualité sont particulièrement importantes à étudier, révélant souvent la manière dont se construisent les parcours des individus du point de vue de la sexualité et des pratiques préventives.

Comme dans le Baromètre santé 2010, l'ensemble des questions relatives à l'entrée dans la sexualité a été posé aux jeunes âgés de 15 à 29 ans sexuellement actifs⁴.

Âge au premier rapport sexuel

L'âge médian au premier rapport sexuel calculé pour les 15-29 ans est, à la différence de ce qui est observé en population générale, identique chez les garçons et chez les filles ; il s'établit à 18,2 ans pour les hommes et 18,4 ans pour les femmes, soit un peu plus tard qu'en population générale (respectivement 17,4 et 18,0 ans d'après les données du Baromètre santé 2010).

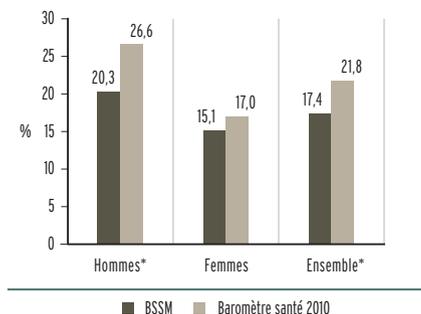
La proportion des 15-29 ans ayant eu leur premier rapport sexuel de manière précoce (soit avant 16 ans) est également plus faible que celle observée en population générale en 2010 ; cette différence étant significative chez les hommes uniquement [figure 2].

Concernant les femmes, les rapports précoces sont plus fréquents parmi celles pratiquant la LSF (19,2 % vs 7,3 % ; $p < 0,01$) et parmi celles déclarant avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie (22,5 % vs 9,3 % ; $p < 0,05$). Ces différences observées quels que soient l'âge et le niveau de diplôme [tableau 1], n'apparaissent pas significatives

4. Cette population déclare plus que les 30-54 ans pratiquer la langue des signes (48,2 % vs 35,3 % ; $p < 0,001$) ; l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition y est plus précoce (56,4 % avant l'âge de 2 ans vs 35,9 % des 30-54 ans ; $p < 0,001$) et le niveau de diplôme un peu plus élevé (74,2 % ont au moins un niveau bac vs 65,0 % des 30-54 ans ; $p < 0,01$).

FIGURE 2

Déclarer un rapport sexuel précoce^a au cours de la vie parmi les 15-29 ans selon le sexe (en pourcentage)



* : p<0,05.

a. Avant 16 ans.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

chez les hommes, sans doute en raison de la faiblesse des effectifs (notamment concernant l'existence de violences sexuelles).

Souhait du premier rapport

Parmi les personnes âgées de 15 à 29 ans, 16,0 % déclarent ne pas avoir vraiment souhaité leur première expérience sexuelle et 2,5 % indiquent avoir été forcées. Les jeunes filles, qu'elles communiquent en LSF ou non, rapportent proportionnellement plus que les hommes ne pas avoir souhaité ce premier rapport (24,8 % vs 9,1 % ; p<0,001). En proportion, cela concerne deux fois plus de femmes qu'en population générale [figure 3].

TABLEAU I

Facteurs associés au fait de déclarer un âge précoce au premier rapport sexuel (avant 16 ans) parmi l'ensemble des 15-29 ans (tris croisés et modèle logistique)

	Hommes (n = 142)			Femmes (n = 273)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Âge	ns			ns		
15-19 ans	26,7	1		14,6	1	
20-24 ans	20,0	0,9	[0,3 ; 3,3]	12,5	0,8	[0,2 ; 2,4]
25-29 ans	11,8	0,5	[0,1 ; 2,2]	12,3	0,9	[0,3 ; 2,8]
Niveau de diplôme	ns			*		
Inférieur au bac	22,7	1		20,2	1	
Baccalauréat	20,0	1,1	[0,3 ; 4,2]	7,5	0,3*	[0,1 ; 0,9]
Supérieur au bac	12,3	0,8	[0,2 ; 2,8]	9,4	0,4	[0,2 ; 1,1]
Pratique de la LSF	ns			**		
Non	12,2	1		7,3	1	
Oui	24,2	1,8	[0,5 ; 5,9]	19,2	3,3*	[1,3 ; 8,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition	ns			ns		
Avant 2 ans	18,8	1		12,6	1	
Entre 2 et 15 ans	17,2	1,0	[0,3 ; 3,7]	12,5	1,3	[0,5 ; 3,3]
16 ans et plus	11,8	0,9	[0,2 ; 4,3]	11,8	1,9	[0,5 ; 7,1]
Violences sexuelles subies au cours de la vie	*			**		
Non	14,7	1		9,3	1	
Oui	44,4	4,2	[0,9 ; 18,4]	22,5	2,9*	[1,3 ; 6,5]

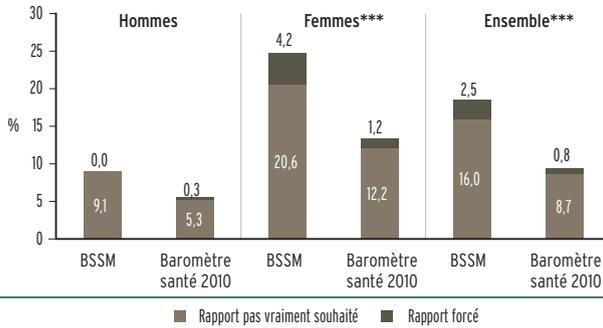
* : p<0,05; ** : p<0,01; ns : non significatif.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 3

Souhait du premier rapport sexuel parmi les 15-29 ans sexuellement actifs selon le sexe (en pourcentage)



*** : p<0,001.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

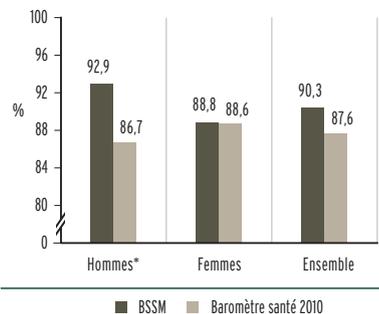
Moyens de contraception utilisés

Neuf jeunes sur dix déclarent avoir utilisé, eux ou leur partenaire, un moyen pour éviter une grossesse lors de leur premier rapport sexuel. Par rapport à la population générale, la proportion d'utilisation d'un moyen de contraception au premier rapport est, pour les hommes, significativement plus élevée parmi les personnes interrogées dans le cadre du BSSM [figure 4]. Aucune différence n'est observée chez les femmes.

Dans le BSSM, la proportion d'utilisation d'un moyen de contraception lors du premier rapport ne diffère pas selon le sexe, l'âge ou le niveau de diplôme de la personne interrogée. Son utilisation n'est par ailleurs ni plus ni moins importante parmi les personnes déclarant avoir eu leur premier rapport avec une personne elle-même sourde ou malentendante. Son utilisation est cependant moins fréquente parmi les personnes pour lesquelles la surdité ou les troubles auditifs sont arrivés après l'âge de 1 an ainsi que celles déclarant avoir été forcées lors de ce rapport [tableau II]. La répartition des types de protection déclarés par les 15-29 ans est

FIGURE 4

Utilisation d'un moyen pour prévenir une grossesse lors du premier rapport sexuel parmi les 15-29 ans sexuellement actifs selon le sexe (en pourcentage)



* : p<0,05.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

légèrement différente de celle de la population générale [tableau III] : les femmes du BSSM sont, en proportion, plus nombreuses qu'en population générale, à déclarer avoir utilisé la seule protection médicale (pilule, dispositif intra-utérin, patch, anneau, etc.) et moins nombreuses à déclarer avoir associé cette méthode au préservatif. Par ailleurs,

TABLEAU II

Facteurs associés à l'utilisation d'un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel parmi les 15-29 ans sexuellement actifs (n = 303)

	%	OR	IC à 95 %
Sexe	ns		
Hommes (réf.)	92,3	1	
Femmes	90,0	0,8	[0,3 ; 2,4]
Âge	ns		
15-19 ans (réf.)	90,3	1	
20-24 ans	92,0	0,8	[0,1 ; 4,4]
25-29 ans	89,8	0,6	[0,1 ; 3,1]
Niveau de diplôme	ns		
Inférieur au bac (réf.)	86,8	1	
Baccalauréat	91,3	2,0	[0,6 ; 6,7]
Supérieur au bac	93,0	2,3	[0,8 ; 6,1]
Pratique de la LSF	ns		
Non (réf.)	92,6	1	
Oui	88,4	0,4	[0,1 ; 1,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition	*		
Avant 2 ans (réf.)	94,7	1	
Entre 2 et 15 ans	87,1	0,2*	[0,1 ; 0,7]
16 ans et plus	86,0	0,2*	[0,0 ; 0,7]
Souhait du premier rapport	***		
Souhaité (réf.)	92,0	1	
Pas vraiment souhaité	90,4	1,3	[0,4 ; 4,2]
Forcé	50,0	0,2*	[0,0 ; 0,8]
Premier partenaire sourd ou malentendant			
Non (réf.)	91,3	1	
Oui	89,4	0,8	[0,2 ; 2,5]

* : p<0,05; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU III

Moyens de contraception utilisés lors du premier rapport sexuel parmi les moins de 30 ans ayant utilisé une méthode de contraception (en pourcentage)

	Méthode médicale uniquement ¹	Méthode médicale et préservatif	Préservatif uniquement	Méthode naturelle ²
Baromètre santé 2010				
Ensemble	3,8	40,5	55,6	0,1
Hommes	2,9	30,1	66,9	0,1
Femmes	4,8	51,2	44,0	0,0
BSSM				
Ensemble	6,3*	34,1*	54,6 ns	5,0***
Hommes	1,4 ns	22,7 ns	72,9 ns	3,0***
Femmes	9,4*	41,1**	43,2 ns	6,3***

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

1. Les méthodes médicales citées par les personnes interrogées sont : la pilule contraceptive, le dispositif intra-utérin, l'implant, le patch et l'anneau vaginal.

2. Les méthodes naturelles citées sont : la méthode Ogino et le retrait avant éjaculation.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

quel que soit le sexe, les personnes interrogées dans le cadre du BSSM indiquent plus souvent avoir utilisé, lors de leur premier rapport sexuel, une méthode naturelle⁵ telle que la méthode Ogino⁶ ou le retrait.

ORIENTATION DES PRATIQUES SEXUELLES : HOMOSEXUALITÉ ET BISEXUALITÉ

La mesure de l'orientation sexuelle dans le BSSM s'effectue à partir du sexe du/des partenaire(s) et non de l'autodéfinition ou de l'attirance sexuelle, afin de faciliter les comparaisons avec d'autres enquêtes [10].

La population interrogée dans le cadre du BSSM se distingue de la population générale par des expériences homosexuelles beaucoup plus fréquentes [figure 5]. Que ce soit au premier rapport, au cours des douze derniers

mois ou au cours de la vie, les proportions d'hommes et de femmes déclarant avoir eu une relation avec une personne de même sexe sont significativement plus élevées que celles observées en population générale ($p < 0,001$).

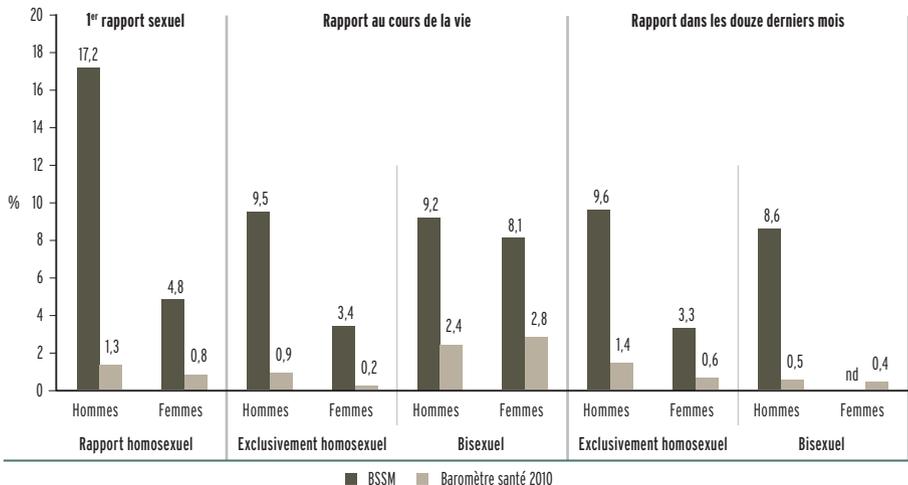
Ainsi, dans l'échantillon du BSSM, pour plus d'un homme de 15-29 ans sur six et pour près d'une femme sur vingt, la première expérience sexuelle a été partagée avec une personne du même sexe. Au cours de la vie, 9,5 % des hommes sourds et malentendants de 15-54 ans déclarent avoir eu des rapports exclusivement homosexuels et une proportion identique dit avoir eu des relations

5. Les méthodes « naturelles » sont celles qui visent à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là.

6. La méthode Ogino, du nom du chirurgien japonais qui la proposa, consiste, pour une femme dont le cycle est régulier, à éviter les rapports sexuels non protégés pendant les jours « fertiles » qui précèdent ou suivent l'ovulation.

FIGURE 5

Expérience avec une personne du même sexe au premier rapport, au cours de la vie et au cours des douze derniers mois (en pourcentage)



nd : non disponible

Bases : 15-29 ans sexuellement actifs dans la vie concernant le premier rapport ; 15-54 ans sexuellement actifs dans la vie concernant le rapport au cours de la vie ; et 15-54 ans sexuellement actifs dans l'année concernant le rapport dans les douze derniers mois.

Les femmes déclarant avoir eu au moins un rapport homosexuel au cours de la vie n'ont pas été interrogées sur le nombre de partenaires femmes au cours des douze derniers mois.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

autant avec des hommes qu'avec des femmes (9,2 %). Ces chiffres sont respectivement de 3,4 % et 8,1 % chez les femmes.

Pour l'activité sexuelle plus récente, soit au cours des douze derniers mois, on retrouve des proportions proches de celles observées sur la vie : pour les hommes, 9,6 % des 15-54 ans sexuellement actifs dans l'année déclarent avoir eu des rapports uniquement avec un/des hommes et 8,6 % avec des hommes et des femmes. Les femmes sont 3,3 % à avoir eu des relations exclusivement homosexuelles au cours des douze derniers mois, comme au cours de la vie.

Parmi les personnes interrogées, celles déclarant avoir subi des violences sexuelles

rapportent plus fréquemment au moins une expérience homosexuelle au cours de la vie et ce, de manière plus prononcée chez les hommes (42,9 % ; OR ajusté = 6,4) que chez les femmes (15,1 % ; OR ajusté = 2,2) [tableau IV].

La déclaration d'une relation sexuelle avec une personne de même sexe est, par ailleurs, plus fréquente pour les personnes dont la surdité est survenue avant l'âge de 2 ans chez les hommes, de même que chez les femmes mais uniquement pour celles pratiquant la LSF. Avoir eu une expérience homosexuelle au cours de la vie n'est significativement lié ni au niveau de diplôme, ni à la région de résidence, ni à l'âge.

TABLEAU IV

Facteurs associés au fait de déclarer un rapport homosexuel au cours de la vie

	Hommes (n = 481)			Femmes (n = 1014)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Âge	ns			ns		
15-24 ans (réf.)	22,0	1		15,9	1	
25-34 ans	20,4	0,8	[0,3 ; 1,9]	12,0	0,7	[0,3 ; 1,3]
35-44 ans	17,0	0,5	[0,2 ; 1,3]	8,9	0,6	[0,3 ; 1,2]
45-54 ans	13,4	0,5	[0,2 ; 1,2]	8,0	0,5	[0,3 ; 1,1]
Niveau de diplôme	ns			ns		
Inférieur au bac (réf.)	17,5	1		12,4	1	
Baccalauréat	18,0	0,9	[0,4 ; 1,9]	9,5	0,7	[0,4 ; 1,3]
Supérieur au bac	14,0	0,7	[0,4 ; 1,2]	8,6	0,8	[0,5 ; 1,2]
Région de résidence	ns			ns		
Province (réf.)	16,3	1		10,1	1	
Île-de-France	20,7	1,2	[0,7 ; 2,2]	10,2	1,0	[0,6 ; 1,6]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition et pratique de la LSF	***			***		
Trouble/surdité à l'âge de 2 ans ou après (réf.)	10,8	1		7,9	1	
Trouble avant l'âge de 2 ans et pratique de la LSF	25,2	2,4**	[1,3 ; 4,3]	17,2	2,3**	[1,4 ; 3,6]
Trouble avant l'âge de 2 ans sans pratique de la LSF	21,3	2,3*	[1,0 ; 5,5]	4,4	0,5	[0,2 ; 1,2]
Violence sexuelle au cours de la vie	***			***		
Non (réf.)	11,9	1		8,0	1	
Oui	42,9	6,4***	[3,5 ; 11,7]	15,1	2,2***	[1,4 ; 3,4]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

VIE SEXUELLE

Rapport sexuel au cours des douze derniers mois

Trois quarts des répondants du BSSM entre 15 et 54 ans déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois. Cette proportion est, après ajustement sur les critères de sexe, d'âge et de diplôme, moins importante qu'en population générale, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes [figure 6].

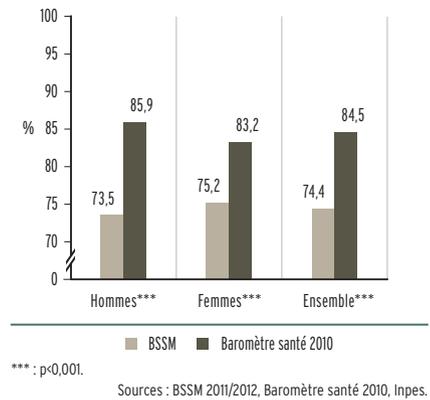
Les personnes ne pratiquant pas la LSF sont moins nombreuses à déclarer avoir eu au moins un rapport dans l'année (75,7 % vs 80,7 % pour celles qui la pratiquent ; $p < 0,001$). Cette proportion diminue encore pour les non-locuteurs de la LSF dont la surdité ou les troubles de l'audition sont survenus avant l'âge de 2 ans (69,0 % vs 78,0 % pour les autres ; $p < 0,01$).

Multipartenariat dans les douze derniers mois

Avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois (désigné par multi-

FIGURE 6

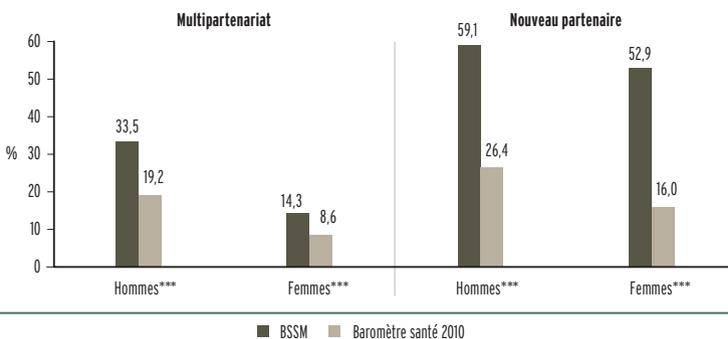
Avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois selon le sexe, parmi l'ensemble des 15-54 ans (en pourcentage)



partenariat par la suite) est plus fréquemment cité par les personnes concernées par une surdité ou des troubles de l'audition qu'en population générale, différence observée autant chez les femmes que chez les hommes [figure 7]. Au total, une personne sur cinq sexuellement active au

FIGURE 7

Avoir eu plusieurs partenaires et au moins un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois selon le sexe, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (en pourcentage)



cours des douze derniers mois déclare un multipartenariat dans l'année précédant l'enquête.

Au sein de l'échantillon du BSSM (données non redressées), les hommes (30,9 %) le déclarent plus que les femmes (13,9 %; $p < 0,001$), et les plus jeunes (39,1 % des 15-24 ans et 21,0 % des 25-34 ans) plus que leurs aînés (13,9 % des 45-54 ans; $p < 0,001$). Les personnes déclarant avoir eu une expérience homosexuelle au cours de l'année sont tout particulièrement concernées par ce multipartenariat : 83,6 % d'entre elles *versus* 15,8 % des personnes n'ayant eu que des rapports hétérosexuels ($p < 0,001$). Après ajustement sur les facteurs de sexe, d'âge, de diplôme et d'orientation sexuelle, aucune différence n'apparaît selon le fait de pratiquer la LSF ou selon l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition.

Nouveaux partenaires et utilisation du préservatif

Ce multipartenariat observé plus fréquemment qu'en population générale s'accompagne d'une proportion plus importante de personnes ayant déclaré un nouveau partenaire sexuel au cours des douze derniers mois [figure 7].

Plus de la moitié des personnes sexuellement actives indiquent avoir eu une relation sexuelle avec un nouveau partenaire dans l'année (51,4 %). Cette déclaration est, pour les hommes comme pour les femmes, significativement plus importante chez les plus jeunes (15-24 ans), les personnes pratiquant la LSF dont l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition est précoce et, de manière très prononcée, parmi celles déclarant avoir eu au moins un rapport homosexuel au cours de l'année [tableau V].

L'utilisation du préservatif⁷ avec le(s) nouveau(x) partenaire(s), en dehors du premier rapport, est significativement moins fréquente dans l'échantillon du BSSM

que dans la population générale [figure 8]. Aucune relation significative n'est retrouvée entre cette utilisation et la pratique de la LSF ou l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition. À l'inverse, être âgé de moins de 25 ans, avoir un diplôme élevé et avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année favorisent son utilisation systématique avec le(s) nouveau(x) partenaire(s) [tableau VI]. Le fait d'avoir eu des partenaires exclusivement sourds ou malentendants⁸ n'est pas, après ajustement, lié à une plus faible utilisation du préservatif (après le premier rapport).

LA CONTRACEPTION

Les données relatives à la contraception (niveau d'information, couverture et méthode contraceptive, etc.) concernent les femmes âgées de 15 à 54 ans.

Niveau d'information perçue

Parmi les femmes âgées de 15 à 54 ans concernées par une surdité ou des troubles de l'audition, près de neuf sur dix déclarent être bien informées sur la contraception : 46,2 % se disent « *très bien* » et 42,9 % « *plutôt bien* » informées. Ce sentiment d'information est moins élevé qu'en population générale seulement chez les 15-24 ans [figure 9]. La proportion des femmes bien informées augmente avec l'âge et avec le niveau de diplôme (86,4 % parmi celles ne disposant pas du baccalauréat *versus* 92,7 % parmi celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat; $p < 0,01$). Elle est, par contre,

7. La question exacte était : « Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce ou ces nouveaux partenaires après le premier rapport sexuel ? », avec les modalités de réponses : « jamais », « de temps en temps », « presque toujours » et « toujours ». Cette question exclut donc les personnes ayant eu un unique rapport avec le ou les partenaires. Par ailleurs, la question relative au port du préservatif au cours du premier rapport avec le nouveau partenaire n'a pas été posée.

8. Cette question a été posée dans la mesure où, dans la pratique médicale et dans la littérature, des sourds indiquaient se protéger différemment avec leurs pairs et avec des entendants.

TABLEAU V

Facteurs associés au fait de déclarer au moins un nouveau partenaire sexuel au cours des douze derniers mois, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (n = 1277)

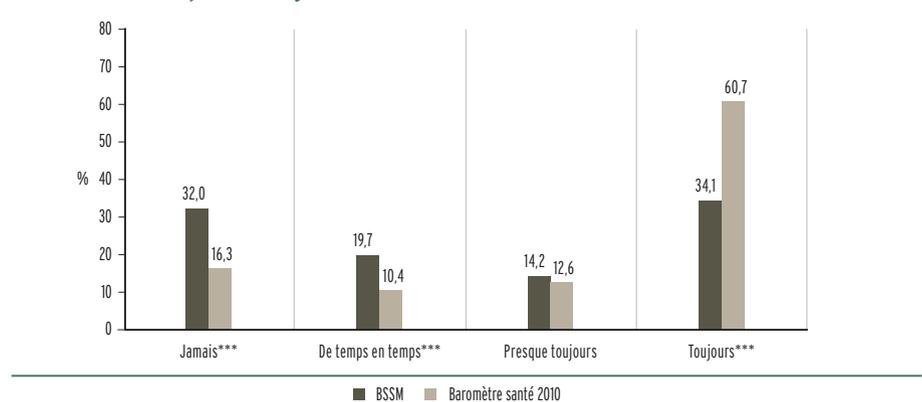
	%	OR	IC à 95 %
Sexe	*		
Hommes (réf.)	55,5	1	
Femmes	49,3	0,9	[0,7 ; 1,1]
Âge	***		
15-24 ans (réf.)	72,7	1	
25-34 ans	66,7	0,8	[0,5 ; 1,2]
35-44 ans	50,0	0,4***	[0,3 ; 0,7]
45-54 ans	31,4	0,3***	[0,2 ; 0,4]
Niveau de diplôme	**		
Inférieur au bac (réf.)	54,7	1	
Baccalauréat	56,7	0,9	[0,7 ; 1,4]
Supérieur au bac	46,4	0,8	[0,6 ; 1,0]
Pratique de la LSF	***		
Non (réf.)	38,4	1	
Oui	70,8	2,4***	[1,8 ; 3,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition	***		
Avant 2 ans (réf.)	64,9	1	
Entre 2 et 15 ans	55,8	1,2	[0,8 ; 1,6]
16 ans et plus	31,2	0,6**	[0,4 ; 0,9]
Rapport exclusivement homosexuel dans l'année	***		
Non (réf.)	49,5	1	
Oui	87,5	5,5***	[2,5 ; 12,3]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 8

Utilisation du préservatif avec le (ou les) nouveau(x) partenaire(s) au cours des douze derniers mois (en pourcentage)



*** : p<0,001.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

Facteurs associés au fait de déclarer avoir utilisé toujours ou presque un préservatif avec le(s) nouveau(x) partenaire(s) sexuel(s) au cours des douze derniers mois, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (n = 527)

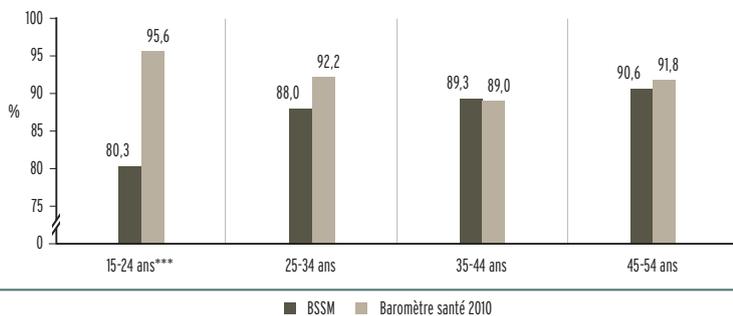
	%	OR	IC à 95 %
Sexe			
Hommes (réf.)	53,9	1	
Femmes	49,0	0,8	[0,5 ; 1,2]
Âge			
15-24 ans (réf.)	69,5	1	
25-34 ans	61,6	0,7	[0,4 ; 1,3]
35-44 ans	41,4	0,3***	[0,2 ; 0,6]
45-54 ans	30,2	0,2***	[0,1 ; 0,4]
Niveau de diplôme			
Inférieur au bac (réf.)	37,5	1	
Baccalauréat	55,5	1,7*	[1,0 ; 2,8]
Supérieur au bac	59,4	2,1**	[1,4 ; 3,2]
Pratique de la LSF			
Non (réf.)	51,5	1	
Oui	50,2	1,0	[0,6 ; 1,7]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition			
Avant 2 ans (réf.)	53,2	1	
Entre 2 et 15 ans	48,0	0,9	[0,6 ; 1,4]
16 ans et plus	49,5	1,1	[0,6 ; 2,1]
Partenaire(s) sexuel(s) au cours des douze derniers mois			
Autre (réf.)	53,9	1	
Exclusivement sourd ou malentendant	44,5	0,7	[0,4 ; 1,2]
Nombre de partenaires sexuels			
Un (réf.)	45,8	1	
Deux ou plus	61,0	1,6*	[1,0 ; 2,5]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

FIGURE 9

Proportion de femmes âgées de 15 à 54 ans déclarant être « plutôt bien » ou « très bien » informées sur la contraception selon l'âge



*** : p<0,001.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

plus faible parmi celles pratiquant la LSF (83,7 % vs 92,4 % parmi celles ne la pratiquant pas; $p < 0,001$).

Couverture et méthodes contraceptives

Plus des trois quarts des femmes âgées de 15 à 54 ans sexuellement actives au cours des douze derniers mois, non ménopausées et ayant eu un partenaire de sexe opposé dans l'année, déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse (76,6 %), sans différence significative avec la population générale (79,5 %). Aucune différence n'apparaît selon l'âge, le niveau de diplôme, le fait de pratiquer la LSF ou bien encore selon l'âge de survenue de la surdité.

Si aucune différence n'est observée quant à la prévalence contraceptive, la répartition des moyens utilisés pour éviter une grossesse est, elle, significativement différente de celle observée en population générale [figure 10]. Les femmes interrogées dans le BSSM déclarant faire quelque chose pour éviter une grossesse sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer utiliser la pilule

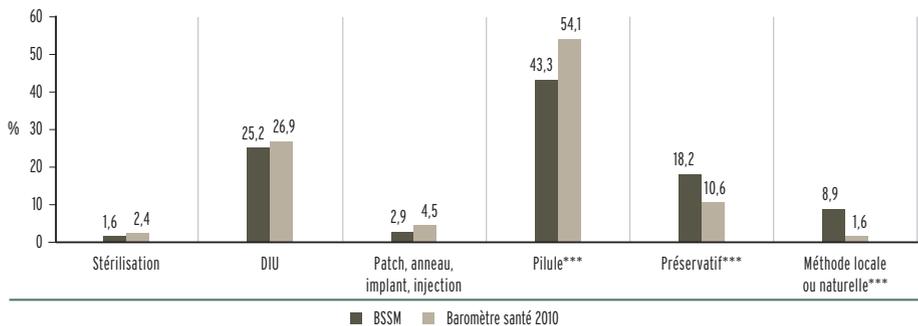
comme méthode principale⁹ (43,3 % vs 54,1 % en population générale; $p < 0,001$). À l'inverse, elles utilisent plus le préservatif (18,2 % vs 10,6 %; $p < 0,001$), et près d'une sur dix (8,9 %) déclare utiliser une méthode locale (spermicides, éponges) ou naturelle (méthode Ogino, méthode de Billings¹⁰, retrait) contre 1,6 % des femmes de 15-54 ans en population générale ($p < 0,001$). En revanche, aucune différence n'est observée avec la population générale quant à l'utilisation d'un dispositif intra-utérin (DIU, correspondant aux stérilets) ou des nouveaux moyens de contraception tels que le patch, l'anneau, l'implant ou l'injection.

Après ajustement sur l'âge, le niveau de diplôme, le fait d'avoir eu plusieurs partenaires au cours de l'année et le fait d'avoir au moins un enfant, les femmes pratiquant la LSF se distinguent par une utilisation plus prononcée des méthodes dites naturelles (OR ajusté = 4,7; $p < 0,001$) et par

9. La méthode la plus « sûre » selon l'indice de Pearl a été retenue comme principale méthode si plusieurs moyens étaient cités.
10. Il s'agit d'une méthode d'observation basée sur le repérage de la glaire secrétée par le col de l'utérus pour chercher à connaître le moment de l'ovulation.

FIGURE 10

Principal moyen de contraception utilisé parmi les femmes de 15-54 ans sexuellement actives au cours des douze derniers mois, non ménopausées et pas exclusivement homosexuelles, utilisant actuellement une contraception (en pourcentage)



*** : $p < 0,001$.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

un moindre usage de la pilule contraceptive (OR ajusté = 0,5; $p < 0,01$).

Interruption volontaire de grossesse

Un tiers des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives et ayant déjà été enceintes (34,4 %) déclare avoir eu une interruption volontaire de grossesse au cours de la vie, soit un quart de l'ensemble des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives. Cette proportion est significativement supérieure à celle observée en population générale (18,5 % toutes tranches d'âge confondues) et plus particulièrement chez les femmes âgées de 35 ans ou plus [figure 11]. Celles qui ont eu recours à l'IVG dans le BSSM disposent plus souvent d'un diplôme inférieur au baccalauréat (40,8 % vs 30,3 %; $p < 0,01$) et déclarent davantage de multipartenariat au cours des douze derniers mois (52,9 % vs 30,5 %; $p < 0,001$). Ces différences restent significatives après ajustement sur l'âge. Aucune différence n'est retrouvée selon la pratique de la LSF ou l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition.

VIH ET IST

Niveau d'information perçue

Les personnes âgées de 15 à 54 ans sexuellement actives au cours de l'année se déclarent mieux informées sur le sida (86,6 % se disent « *plutôt* » ou « *très bien* » informées) que sur les autres IST (67,4 %).

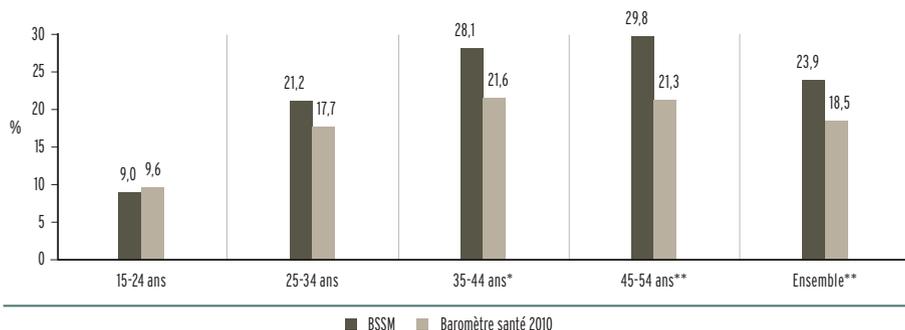
Des différences apparaissent selon le niveau de diplôme, notamment sur la question du sida, avec une perception d'une bonne information accrue pour les personnes les plus diplômées [tableau VII]. De même, les personnes s'exprimant en LSF se considèrent moins bien informées sur le sida que les non-locuteurs de la LSF (OR ajusté = 0,7; $p < 0,05$).

Concernant la question des IST, le principal facteur associé au sentiment d'être bien informé est l'âge : avant 35 ans, six personnes sur dix déclarent être bien informées contre sept sur dix pour les personnes âgées de 35 à 54 ans.

Aucune différence n'est observée selon le sexe, l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition. Par contre, les difficultés de lecture, d'expression orale, et la

FIGURE 11

Recours à l'IVG parmi les femmes de 15-54 ans sexuellement actives dans la vie selon l'âge (en pourcentage)



* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VII

Facteurs associés au fait de déclarer être bien informé sur le sida et les IST hors sida, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs (n = 1493)

	Bien informé sur le sida			Bien informé sur les IST hors sida		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe						
Hommes (réf.)	87,4	1		66,1	1	
Femmes	86,2	0,8	[0,6 ; 1,2]	68,0	1,0	[0,8 ; 1,3]
Âge						

15-24 ans (réf.)	84,7	1		59,9	1	
25-34 ans	86,2	1,0	[0,6 ; 1,8]	60,7	1,1	[0,8 ; 1,7]
35-44 ans	86,3	1,0	[0,6 ; 1,8]	71,5	1,8**	[1,2 ; 2,7]
45-54 ans	87,7	1,0	[0,6 ; 1,8]	71,3	1,8**	[1,2 ; 2,7]
Niveau de diplôme						

Inférieur au bac (réf.)	81,7	1		64,2	1	
Baccalauréat	87,2	1,5*	[1,0 ; 2,4]	72,8	1,6**	[1,2 ; 2,2]
Supérieur au bac	89,6	1,8**	[1,3 ; 2,5]	67,9	1,2	[0,9 ; 1,6]
Pratique de la LSF						

Non (réf.)	89,4	1		69,7	1	
Oui	82,0	0,7*	[0,5 ; 1,0]	63,7	0,9	[0,7 ; 1,2]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition						
**						
Avant 2 ans (réf.)	83,4	1		63,9	1	
Entre 2 et 15 ans	86,3	1,0	[0,7 ; 1,6]	68,5	1,1	[0,8 ; 1,5]
16 ans et plus	90,4	1,4	[0,9 ; 2,2]	70,9	1,1	[0,8 ; 1,5]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

précarité financière perçue sont significativement associées à un moins bon sentiment d'information (voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes »).

Parmi les plus jeunes (15-24 ans), les sourds et malentendants sexuellement actifs se déclarent moins bien informés que les 15-24 ans sexuellement actifs en population générale, que ce soit pour le sida (82,5 % vs 88,4 % ; p<0,05) ou pour les autres IST (60,9 % vs 66,8, % ; p<0,05).

Réalisation d'un test de dépistage du VIH

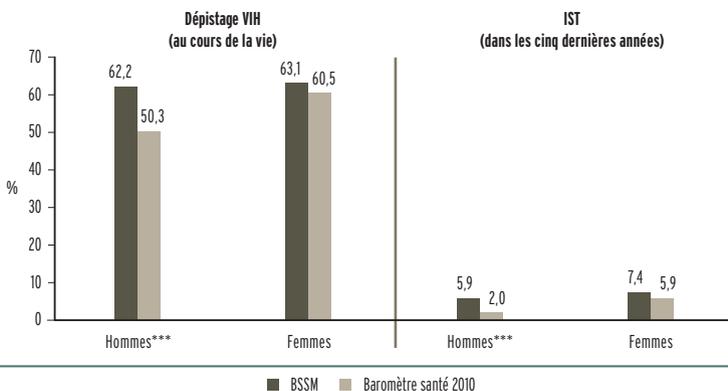
Parmi les personnes sexuellement actives du BSSM, deux tiers déclarent avoir déjà réalisé un dépistage du VIH au cours de leur vie. Après ajustement sur les critères d'âge

et de diplôme, la proportion des hommes de l'échantillon déclarant avoir déjà réalisé un test de dépistage au cours de la vie apparaît nettement supérieure à celle relevée en population générale [figure 12]. Aucune différence n'est retrouvée chez les femmes.

Dans l'échantillon du BSSM, les plus jeunes sont proportionnellement moins nombreux à déclarer avoir réalisé un test au cours de leur vie (47,1 % des 15-24 ans) en comparaison avec les personnes âgées de 25 à 44 ans qui sont près des trois quarts à l'avoir fait. Ce recours au dépistage n'est pas plus important chez les hommes que chez les femmes. Cependant, les variables associées au dépistage diffèrent selon le sexe [tableau VIII]. Chez les femmes, le recours à un test de dépistage du VIH est significativement supérieur chez celles ayant les diplômes les plus élevés

FIGURE 12

Réalisation d'un test de dépistage du VIH au cours de la vie et incidence cumulée des IST déclarées dans les cinq dernières années selon le sexe, parmi les personnes sexuellement actives (en pourcentage)



*** : p<0,001.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VIII

Facteurs associés à la réalisation d'un test de dépistage du VIH au cours de la vie selon le sexe, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs

	Hommes (n = 482)			Femmes (n = 991)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Âge	***			***		
15-24 ans (réf.)	38,8	1		50,9	1	
25-34 ans	72,9	5,1***	[2,4 ; 10,6]	73,6	2,8***	[1,7 ; 4,6]
35-44 ans	73,9	5,8***	[2,8 ; 12,0]	71,1	2,6***	[1,6 ; 4,2]
45-54 ans	56,4	2,4*	[1,2 ; 5,0]	66,1	1,8*	[1,1 ; 3,0]
Niveau de diplôme				***		
Inférieur au bac (réf.)	61,4	1		57,8	1	
Baccalauréat	58,4	0,8	[0,5 ; 1,5]	61,7	1,2	[0,8 ; 1,7]
Supérieur au bac	69,8	1,2	[0,8 ; 1,9]	77,0	2,2***	[1,6 ; 3,1]
Pratique de la LSF				**		
Non (réf.)	66,6	1		71,3	1	
Oui	62,0	0,7	[0,5 ; 1,1]	62,3	0,7*	[0,5 ; 1,0]
Orientation sexuelle au cours de la vie	*					
Hétérosexuel exclusivement (réf.)	62,3	1		68,4	1	
Bisexuel	69,2	1,9	[0,7 ; 4,6]	68,8	1,0	[0,6 ; 1,7]
Homosexuel exclusivement	82,2	2,7*	[1,1 ; 6,3]	51,9	0,9	[0,1 ; 6,1]
Multipartenariat dans les douze derniers mois				**		
Aucun ou un seul partenaire (réf.)	62,4	1		66,6	1	
Plusieurs partenaires	70,9	1,5	[0,9 ; 2,6]	81,5	2,7***	[1,6 ; 4,5]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

(77,0 % vs 57,8 % de celles ne disposant pas du baccalauréat; $p < 0,001$), parmi celles ne pratiquant pas la LSF (71,3 % vs 62,3 %; $p < 0,01$) et chez celles déclarant plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois (81,5 % vs 66,6 %; $p < 0,001$). Chez les hommes, par contre, seule l'orientation sexuelle est liée à la déclaration d'un dépistage au cours de la vie : ils sont 82,2 % à déclarer au moins un test au cours de leur vie lorsqu'ils n'ont eu des rapports qu'avec des hommes, contre 69,2 % lorsqu'ils déclarent avoir eu des rapports avec des partenaires des deux sexes et 62,3 % lorsqu'ils n'ont des rapports qu'avec des femmes ($p < 0,05$).

Fréquence des IST dans les cinq dernières années

Après ajustement sur les critères de sexe, d'âge et de diplôme, l'incidence cumulée

des IST dans les cinq dernières années est supérieure chez les hommes interrogés dans le BSSM en comparaison de la population du Baromètre santé 2010 (5,9 % vs 2,0 %; $p < 0,001$). Aucune différence significative n'est retrouvée chez les femmes [figure 12].

Dans le BSSM, l'incidence cumulée des IST augmente chez les personnes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois (15,0 % vs 6,5 % chez les personnes n'ayant pas eu de partenaires dans l'année ou n'en ayant qu'un seul; $p < 0,001$). Les hommes ayant déjà eu un rapport homosexuel au cours de la vie déclarent plus que les autres en avoir eu au cours des cinq dernières années (15,5 % vs 4,4 %; $p < 0,001$). Chez les femmes, un diplôme supérieur est lié à une incidence plus élevée (11,0 % vs 5,6 % chez celles ne disposant pas du baccalauréat; $p < 0,05$). L'ensemble de ces résultats restent significatifs après ajustement.

DISCUSSION

La plupart des indicateurs relatifs aux pratiques sexuelles ainsi qu'aux prises de risques liées aux IST et à la contraception étudiés dans le BSSM permettent de dégager des tendances qui se distinguent de celles mesurées dans la population générale, et ce quel que soit le statut du point de vue de l'audition. Dans un premier temps, les résultats concernant l'ensemble de l'échantillon, quels que soient la langue pratiquée et le moment de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition, seront discutés. La situation des sourds communiquant en LSF sera détaillée dans un deuxième temps.

RÉSULTATS CONTRASTÉS EN COMPARAISON AVEC LA POPULATION GÉNÉRALE

Les indicateurs relatifs à l'activité sexuelle interrogés dans le BSSM permettent de

faire état d'une population moins souvent sexuellement active en comparaison avec la population générale et entrant plus tardivement dans la sexualité (à plus de 18 ans, sans différence de genre). Ce nombre d'expériences sexuelles plus restreint avant 30 ans concerne davantage ceux indiquant ne pas communiquer en LSF. La sexualité pourrait être plus difficile à explorer pour les jeunes personnes malentendantes ou devenues sourdes. Dans une étude américaine, celles-ci avaient tendance à identifier leur orientation sexuelle plus tardivement que les entendants ou les sourds [11]. Pour ces populations, la vie affective pourrait, en effet, être parfois marquée par des obstacles relatifs à l'acceptation de la surdité. La vie sociale tout comme les possibilités de rencontre pourraient s'en trouver réduites. Cela pourrait être également le cas pour les personnes souffrant d'acouphènes

invalidants ou d'hyperacousie, entraînant un handicap lui aussi invisible, difficile à appréhender, à faire comprendre et à tolérer par l'entourage.

Par ailleurs, dans le BSSM, les personnes sexuellement actives ont plus souvent plusieurs et/ou de nouveaux partenaires dans l'année qu'en population générale. Ce constat tendait à être établi pour les sourds locuteurs de la LSF dans les années 1990 [12]. Dans une certaine mesure, ces changements de partenaires plus fréquents pourraient être, pour des personnes devenues sourdes ou malentendantes et pour celles souffrant de troubles de l'audition, le reflet de difficultés relationnelles liées au fait de devoir faire cohabiter vie affective et difficultés en termes de communication ou de gestion des bruits du quotidien (pour celles touchées par de l'hyperacousie).

Pour l'ensemble des répondants de l'enquête, le changement de partenaire et le multipartenariat sont corrélés au fait d'avoir eu un rapport homosexuel. En outre, la déclaration d'un partenaire de même sexe est beaucoup plus élevée dans le BSSM que dans la population générale, quel que soit le statut auditif. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour comprendre ce résultat. Il est probable que la passation du questionnaire sur Internet ait favorisé ces déclarations en comparaison avec une enquête téléphonique et que le mode de recrutement ait pu conduire à une surreprésentation de cette orientation sexuelle. D'autres pistes d'explication liées au contexte de socialisation des jeunes sourds seront évoquées plus loin dans la discussion.

Dans le BSSM, les femmes subissent plus souvent l'entrée dans la sexualité en comparaison avec les données du Baromètre santé 2010. Ce niveau élevé de rapports non souhaités lors de l'entrée dans la sexualité et plus généralement de violences sexuelles subies au cours de la vie (voir *tableau A.1 en*

Annexe 2, page 277), aussi bien chez les hommes que chez les femmes, est également retrouvé chez les personnes concernées par un handicap quel qu'il soit. Dans le BSSM, comme dans d'autres enquêtes, ce phénomène est aussi lié au fait d'appartenir à une minorité sexuelle [13], quel que soit le genre (voir *tableau A.V en Annexe 2, page 282*). Les femmes et les hommes interrogés cumulent donc les facteurs de risque en ce qui concerne les violences sexuelles. On aurait pu imaginer que ces relations avec les personnes de même sexe pouvaient être issues de rapports subis au moment de l'entrée dans la sexualité, notamment liée à la vie en internat, et de violences dont on peut s'interroger par ailleurs si elles sont le fait de pairs ou d'adultes. Cependant, dans le BSSM, une plus grande fréquence des rapports homosexuels est également retrouvée au cours des douze derniers mois.

Dans cette enquête, une plus forte prévalence d'IST est observée chez les hommes en comparaison avec la population générale, en particulier parmi ceux ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes. Comme en population générale, des relations sexuelles avec des partenaires de même sexe sont associées, d'une part, à un multipartenariat¹¹ plus fréquent dans l'année et, d'autre part, au fait de déclarer avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie. Par ailleurs, quels que soient le statut auditif, le genre ou l'orientation sexuelle, l'utilisation du préservatif dans les douze derniers mois avec le(s) nouveau(x) partenaire(s) est moins fréquente en comparaison avec la population générale. En revanche, ceux qui prennent potentiellement plus de risques, en ayant plusieurs partenaires dans l'année, vont utiliser plus fréquemment des préservatifs. Cela constitue une évolution positive

11. L'augmentation du nombre de partenaires multiplie les risques en cas de pénétration : le préservatif est plus difficile à faire accepter systématiquement, peut se rompre ou glisser [14].

par rapport aux années 1990 [12], traduisant possiblement l'efficacité de la prévention du sida dans la communauté sourde.

Globalement, le niveau de dépistage est plus important qu'en population générale chez les hommes, peut-être en lien avec un multipartenariat et des rapports homosexuels plus fréquents. Comme en population générale, les prises de risques sexuelles sont associées à des dépistages plus fréquents ainsi qu'à une plus forte prévalence d'IST. La proportion de tests déclarés chez les femmes est la même qu'en population générale, probablement du fait de la proposition du dépistage dans le cadre d'une surveillance de grossesse.

Sur ces questions, les pratiques préventives de la population du BSSM sont tout autant concernées par les inégalités sociales de santé qu'elles le sont dans la population générale. Les moins diplômés utilisent moins le préservatif, donnée que l'on retrouve dans le Baromètre santé 2005 pour les femmes [13], tandis que le dépistage du VIH est plus souvent déclaré par des femmes sourdes ou malentendantes plus diplômées. Ainsi, les prises de risques ne semblent pas homogènes et certaines catégories défavorisées sur un plan socio-économique rencontrent plus de difficultés dans le maintien de conduites préventives.

Malgré une couverture contraceptive importante, et ce quel que soit l'âge, le sexe ou le niveau de diplôme, la proportion d'IVG déclarées par les femmes sexuellement actives au cours de la vie est plus importante dans le BSSM que dans la population générale¹². Une moindre utilisation de modes de contraception jugés plus efficaces comme la pilule, au profit du préservatif ou de méthodes locales ou naturelles¹³, permet de comprendre en partie ces résultats. Les moyens de contraception utilisés lors du premier rapport suivent la même tendance, à savoir plus de méthodes locales ou naturelles et moins de moyens médicaux,

interrogeant par-là un accès peut-être différent à l'information sur la contraception.

Au vu de la proportion extrêmement élevée des violences sexuelles subies, il est par ailleurs légitime d'envisager un lien entre ces rapports subis et la plus forte proportion d'IST et d'IVG. Il est également possible, pour les populations sourdes depuis la prime enfance, que des interruptions de grossesse aient été imposées par les familles ou le corps médical [16]. Peuvent être évoqués une peur de l'hérédité de la surdité¹⁴ et/ou des représentations (erronées) de la capacité des sourds à devenir parents [17].

LES SOURDS DEPUIS LA PRIME ENFANCE OU LES LOCUTEURS DE LA LSF : DES PRATIQUES ET PERCEPTIONS SPÉCIFIQUES

Une hypothèse formulée dès la conception de l'enquête et de son module sur la sexualité était que le fait de vivre avec une surdité de manière précoce et/ou de communiquer en langue des signes pouvait aller de pair avec des modes d'éducation et de vie sociale susceptibles d'impliquer un rapport à la sexualité spécifique. De fait, en sus des caractéristiques précédemment décrites et qui concernent également ces populations, on note pour les femmes locutrices de la LSF davantage de rapports précoces et, pour les hommes comme pour les femmes, davan-

12. Dans les analyses bivariées, l'utilisation d'un moyen de contraception diffère en fonction du niveau de diplôme, mais ce dernier n'est plus significatif dans les analyses multivariées, à la différence de ce que l'on retrouve notamment parmi les jeunes femmes (15-29 ans) dans le Baromètre santé 2010 [15].

13. Rappelons que le terrain de l'enquête a eu lieu en 2011, soit avant la polémique relative à la pilule de troisième génération.

14. Voir le blog de Benoît Drion, médecin de l'unité d'accueil et de soins de Lille : <http://bdrion.over-blog.net/article-l-intrusion-genetique-deviendrait-elle-systematique-pour-les-femmes-sourdes-enceintes-56767001.html>

Plusieurs couples sourds ayant des difficultés à procréer ont témoigné avoir été convoqués d'office pour un dépistage génétique de la surdité, sans que cela soit leur demandé, et parfois sans explication avant le dépistage.

tage de nouveaux partenaires dans l'année. Il en est de même des rapports homosexuels sur la vie ou sur l'année.

Le nombre élevé de nouveaux partenaires au cours de l'année pourrait être imputé en partie à une plus grande facilité du passage à l'acte chez les jeunes¹⁵. Des données américaines et en particulier l'enquête de Gilbert G.L. *et al.* [18, 19] ont mis en évidence, chez les étudiants sourds locuteurs de la langue des signes, le fait que les femmes ne retardent pas la survenue des relations sexuelles, comme on le voit chez les entendants. Et les hommes n'imaginent pas que les femmes sont « censées » tenir ce rôle de tempérance. D'après des professionnels travaillant auprès des sourds signants, ces derniers peuvent se décrire comme très directs dans leur approche d'un partenaire potentiel. Ce phénomène pourrait entre autres s'expliquer par l'appartenance à une communauté minoritaire. Ils se fréquentent parfois depuis la petite enfance, appartiennent aux mêmes cercles sociaux. Cette proximité au sein des groupes pourrait favoriser une confiance qui faciliterait le passage à l'acte [16]. Par ailleurs, souvent isolés au quotidien, c'est-à-dire le seul sourd signant de la famille, du quartier, du village ou de l'entreprise, ils pourraient mettre plus directement à profit les occasions de rencontre lorsqu'elles se présentent.

Les différences observées avec la population générale (plus de partenaires et de rapports homosexuels) sont peut-être également liées à une moindre transmission voire à une opposition aux règles et représentations explicites et implicites de la société « entendant » autour de la sexualité.

Les rapports homosexuels et les violences sexuelles subies, souvent déclarées, pourraient en partie être expliqués par le passage fréquent en internat des jeunes sourds locuteurs de la LSF¹⁶.

Concernant les prises de risques, des croyances avaient été mises au jour dans les

années 1990, révélant le sentiment d'être protégé par l'appartenance à la communauté sourde : le VIH semblait venir du monde extérieur, des « autres », des entendants [3, 16]. La question a donc été posée de savoir si les pratiques préventives variaient selon que le partenaire était sourd ou malentendant. Dans les résultats de l'enquête, les différences ne sont pas significatives, mais il est possible que les effectifs n'aient pas été suffisamment importants pour les mettre en avant, ou que la situation ait évolué. Par contre, pourrait perdurer la difficulté exprimée par certains sourds signants à mettre une « barrière », c'est-à-dire le préservatif, à un des rares moments de la vie où ils n'en ont pas dans leur communication. Ensuite, les relations sexuelles avec les entendants seraient parfois valorisées avec, pour conséquence, davantage de renonciation à la nécessité de se protéger si le partenaire ne le souhaite pas (d'après une recherche de l'ANRS à la fin des années 1990 sur les nouveaux séropositifs [3]).

Pour une partie des sourds depuis la prime enfance ou pratiquant la langue des signes, l'accès aux informations est difficile, faute de mode d'éducation adapté. Aussi, un déficit d'information sur la sexualité peut être lié aux prises de risques éventuelles. Celles-ci sont mesurées dans le BSSM par une moindre utilisation du préservatif avec les nouveaux

15. Un professionnel a rapporté la situation d'un jeune homme qui, pour se trouver une petite amie, interpellait les jeunes femmes à la sortie d'un cinéma en leur demandant si elles avaient « un petit ami garçon » (traduction orale de la question en LSF), ce qui lui a valu quelques déconvenues et quelques réactions violentes. Il ne comprenait pas, et pour cause : la même question posée dans une rencontre entre sourds locuteurs de la LSF est socialement adaptée, et arrive souvent dès les premières minutes dans la conversation. Voir aussi sur ce point Delaporte [16] (page 119-120).

16. Delaporte Y. [16] rapporte une recherche de Markowicz M. et Markowicz A. de 1980 sur les motifs de renvoi d'élèves sourds en internat. On retrouve pour les garçons, au premier rang, les rapports homosexuels (22 %), puis les rapports hétérosexuels (14 %), au cinquième rang les violences ou agressions sexuelles cumulées (12 %). Pour les filles, au deuxième rang, les rapports hétérosexuels (37 %), et 3 % de renvoi pour exhibitionnisme. Dans le même ouvrage, voir aussi p. 244.

partenaires ou, en matière de contraception pour les femmes, par un recours plus fréquent aux méthodes naturelles. Il se trouve que même si le sentiment d'être bien informé est relativement élevé sur la contraception, le sida et les IST (sans différence avec la population générale), il reste moins important pour ceux qui pratiquent la LSF, ceux en difficulté avec la lecture et l'expression orale, pour les plus jeunes et pour ceux ayant un plus faible niveau d'éducation (*voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes »*). Ces résultats sont en cohérence avec des données américaines [20], qui montrent un plus faible niveau de connaissances sur le sida chez les personnes sourdes locutrices de la langue des signes. Ces analyses montraient, par ailleurs, que le niveau de connaissance était lié à la taille de la communauté sourde, à la proximité de personnes vivant avec le VIH ou au niveau d'éducation.

Questionnés sur leurs besoins en matière d'information, les sourds locuteurs de la LSF placent les IST en quatrième position, après diverses pathologies létales telles que le cancer et la maladie d'Alzheimer.

Des professionnels de santé en lien avec les sourds rapportent la circulation d'idées fausses sur la sexualité, par exemple que le fait d'arrêter la pilule n'aurait pas d'incidence sur les risques de grossesse, comme si une prise protégeait à long terme ; ou encore que le préservatif pouvait transmettre le virus du sida. Des messages de prévention ont fait l'objet d'incompréhension [17]. Ainsi, dans les années 1980, la figuration du virus du sida, jaune avec des pics, a pu être comprise comme une alerte contre le soleil qui pouvait transmettre la maladie. À l'inverse, en 2011, une brochure sur la canicule figurant un soleil, et pourtant adaptée au public sourd, a été interprétée comme étant relative au sida. De façon générale, la contraception, les prises de risques et les pathologies sont d'autant plus difficiles à comprendre que

l'anatomie et le fonctionnement du corps humain sont moins bien intégrés. Ces connaissances sont en effet des préalables à la bonne compréhension des messages de prévention autour de la santé sexuelle et reproductive.

Pour des sourds locuteurs de la LSF, l'éducation sexuelle a pu parfois être limitée et marquée par les interdits relatifs à la vie en internat. L'absence d'un modèle de sexualité positif à travers l'éducation et les médias, auquel se substitue un modèle de sexualité tel que la pornographie, pourrait expliquer en partie une plus grande violence et davantage de prises de risque dans les relations sexuelles.

L'enseignement officiel en langue des signes pour les enfants sourds ayant été interdit jusqu'au début des années 1990, son usage reste rare dans les écoles, en particulier dans les enseignements généraux (dont la biologie et l'éducation sexuelle). La diminution du nombre d'enfants passant par les écoles spécialisées au bénéfice de l'intégration contribue aussi à cet appauvrissement linguistique, sans que les contenus scolaires ou informels en langue orale soient rendus systématiquement accessibles. En conséquence, le vocabulaire courant en LSF (dans le cas présent, anatomie, santé, sexualité) reste cantonné à des registres de langues spécifiques, en particulier iconique très visuel ou, à l'inverse, argotique quand on ne souhaite pas être compris des entendants [21]. L'information sur la santé (*voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes »*) et la contraception passent encore beaucoup par les pairs avec, comme évoqué précédemment, le risque de malentendus, de contresens ou de compréhensions partielles [21]. Concernant les adultes, un vocabulaire plus systématisé en LSF se développe et se diffuse peu à peu, notamment *via* les intermédiaires et les médecins des unités d'accueil des sourds en milieu hospitalier et *via* certains sites Internet, mais

il reste nécessaire de l'expliciter, de le rendre accessible en le contextualisant pour une meilleure appropriation.

L'information sur ces thèmes¹⁷ gagnerait à être périodiquement répétée en classe, lors de conférences, ainsi que dans les lieux de soins. Les actions de prévention adaptées menées par les sourds locuteurs de la LSF et par les pouvoirs publics, plus ou moins ciblées notamment en fonction de l'orientation sexuelle, ont tout intérêt à se maintenir et se développer. Les groupes de parole sont particulièrement intéressants pour la verbalisation des affects et les échanges sur la vie relationnelle pour des personnes qui n'en bénéficient pas facilement¹⁸. L'animation par des pairs ou par des intermédiaires au sein des unités de soins spécialisées permet de dépasser la relation asymétrique au sein des consultations et facilite la prise de parole. La prévention passe aussi par la formation et l'information des professionnels entendants (médecins, sages-femmes, infirmiers,

éducateurs, psychologues, etc.) afin qu'ils ajustent leurs stratégies de prise en charge et d'accompagnement médico-socio-éducatives et, si besoin, pensent à appeler un interprète. Il existe également un intérêt à diffuser une information adaptée et accessible sur des supports multimédias en particulier. Des outils existent déjà comme les vidéos du site de l'Inpes associant texte et LSF, le projet Elix, ou encore des brochures très visuelles, comme celles produites par Aides sourds ou l'Inpes. Enfin, au-delà d'une information sur la vie affective et sexuelle incluant des notions d'anatomie, la question des violences sexuelles semble être un axe primordial de travail à investiguer pour les prévenir.

17. Voir le chapitre « L'information sur la santé : accessibilité et attentes » pour des recommandations plus détaillées sur les modalités d'une communication adaptée.

18. Voir, par exemple, les actions mises en place par le réseau Sourds et Santé dans le Nord.

Bibliographie

- [1] Centre ressources. *Handicaps et sexualités. Prospection et analyse documentaire autour de travaux de recherche*. Centre ressources Recherche appliquée Handicap. [rapport], 2013 : 112 p. En ligne : www.firah.org/centre-ressources/.../decembre2013/rapportcomplet.doc
- [2] Dagron J. Perception du risque du sida et accès aux soins de la communauté sourde. Bilan de la partie « état des lieux » épidémiologique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1996, n° 25 : p. 112-113. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/1996/9625/beh_25_1996.pdf
- [3] Dagron J., Apostolidis T. *Étude de l'évolution du recours au Centre de l'hôpital La Salpêtrière en 1998-2000 des personnes vulnérables en raison de leur proximité à l'épidémie et/ou d'appartenance à des groupes minoritaires (la population sourde, la population africaine)*. [Rapport], 2000 : 135 p.
- [4] Campbell D. AIDS and the deaf community. *Advance for Speech-Language Pathologists & Audiologists*, 1999, n° 26 : p. 10-11. En ligne : <http://caps.ucsf.edu/factsheets/deaf-persons/#sthash.U2l1ddRK.dpuf>
- [5] Gaskins S. Special population: HIV/AIDS among the deaf and hard of hearing. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 1999, n° 10 : p. 75-78.
- [6] Woodroffe T., Gorenflo D.W., Meador H.E., Zazove P. Knowledge and attitudes about AIDS among deaf and hard of hearing persons. *AIDS Care*, 1998, vol. 10, n° 3 : p. 377-386.
- [7] Peinkofer J.R. HIV education for the deaf, a vulnerable minority. *Public Health Reports* 1994, vol. 109, n° 3 : p. 390-396.
- [8] Job J. Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 2004, vol. 149, n° 3 : p. 264-273.
- [9] Heuttel K.L., Rothstein W.G. HIV/AIDS Knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *American Annals of the Deaf*, 2001, vol. 146, n° 3 : p. 280-286.
- [10] Jouvin E., Beaulieu-Prévost D., Julien D. Minorités sexuelles : des populations plus exposées que les autres ? In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre Santé 2005*. Paris : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 271-284.
- [11] Swartz D. Cultural implications of audiological deficits on the homosexual male. *Sexuality and Disability*, 1995, vol. 13, n° 2 : p. 159-181.
- [12] Dagron J. *Sourds et soignants, deux mondes, une médecine*. Paris : In Press éditions, coll. Réflexions du temps présent, 1999 : 174 p.

- [13] Moreau C., Lydié N., Warszawski J., Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005*. Paris : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 329-353.
- [14] Schiltz M.-A., Adam P. *Les Homosexuels face au sida : enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH*. Rapport à l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) et à l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS). Paris : ANRS, AFLS : 127 p.
- [15] Gautier A., Kersaudy-Rahib D., Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. In : Beck F., Richard J.-B., dir. *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : p. 144-154.
- [16] Delaporte Y. *Les sourds, c'est comme ça. Ethnologie de la surditimité*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Mission du patrimoine ethnologique, coll. Ethnologie de la France, 2002 : 398 p.
- [17] Sitbon A. *Le Rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 110 p.
- [18] Gilbert G.L., Clark M.D., Anderson M.L. Do deaf individuals' dating scripts follow the traditional sexual script ? *Sexuality & Culture*, 2012, vol. 16, n° 1 : p. 90-99.
- [19] Leigh I. Inclusive education and personal development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1999, vol. 3 : p. 236-245.
- [20] Bat-Chava Y., Martin D., Kosciw J. G. Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care*, 2005, vol. 17, n° 5 : p. 623-634.
- [21] Delaporte Y. Des noms silencieux. Le système anthroponymique des sourds français. *L'Homme*, 1998, tome 38, n° 146 : p. 7-45.
- 



ANNEXES

- 253 | Annexe 1 | Questionnaire
- 277 | Annexe 2 | Tableaux et figures complémentaires
- 283 | Annexe 3 | Index des sigles
- 287 | Annexe 4 | Liste des tableaux et des figures

ANNEXE 1

Questionnaire

Introduction

Q1 Pour commencer, pourriez-vous nous indiquer votre âge ?

(Saisie en clair, bornes : 1 à 99)
 /_/_/ ans

Êtes-vous ?

- 1 Sourd
- 2 Malentendant
- 3 Ni l'un, ni l'autre

Q2 À propos de votre audition... (avec vos appareils si vous en avez)
(Une seule réponse possible)

- 1 Je n'entends pas du tout
- 2 J'ai beaucoup de difficultés à entendre
- 3 J'ai quelques difficultés à entendre
- 4 Je n'ai pas de difficulté à entendre

Q3 Avez-vous des problèmes d'audition comme des bourdonnements, des sifflements ou une intolérance au bruit ? Il ne s'agit pas des sifflements liés aux appareils auditifs.
(Plusieurs réponses possibles/item 4 exclusif)

- 1 Oui, j'ai des bourdonnements, des sifflements... (acouphènes)

- 2 Oui, je ne supporte pas le bruit (hyperacousie)
- 3 Oui, j'ai d'autres problèmes d'audition (douleurs, écoulements...), précisez lesquels :
- 4 Non

◆ *Si a des troubles de l'audition*

Q4 Est-ce que ces problèmes d'audition vous gênent dans la vie quotidienne ?

- 1 Beaucoup
- 2 Moyennement
- 3 Pas du tout

◆ *Si a des acouphènes*

Q5 Avez-vous des bourdonnements ou des sifflements (acouphènes) ?

- 1 Tout le temps
- 2 Souvent
- 3 Parfois

◆ *Si a des difficultés à entendre*

Q6 Communiquez-vous en langue des signes ?

- 1 Oui, je communique tous les jours en langue des signes
- 2 Oui, je communique de temps en temps en langue des signes

- 3 Je comprends la langue des signes
mais je ne communique pas
- 4 Non

Signalétique

**Nous allons maintenant aborder
des questions générales sur votre situation.**

Q07 Quel est votre code postal ?

/ _ / _ / _ / _ / _ /

Q08 Êtes-vous ?

- 1 Un homme
- 2 Une femme

Q09 Combien d'enfants avez-vous ?

(Taper un chiffre)

/ _ / _ / enfant(s)

◆ *Si a des enfants*

Q10 Combien d'enfants vivent actuellement ?
(Taper un chiffre)

/ _ / _ / enfants

**Q11 Avez-vous un conjoint
(épouse ou mari)/petit(e) ami(e)/fiancé(e)/
concubin(e)/compagnon ou compagne ?**

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a conjoint ou petit ami*

Q12 Vivez-vous avec lui ou elle ?

- 1 Oui
- 2 Non

**Q13 Combien de personnes vivent actuellement
dans votre foyer, y compris vous-même ?**

/ _ / _ / personnes

◆ *Si plus d'une personne dans le foyer*

**Q14 Combien de personnes sourdes
ou malentendantes vivent avec vous ?**

- 1 Nombre de personnes sourdes : / _ / _ /
- 2 Nombre de personnes malentendantes : / _ / _ /

Q15 Vivez-vous ?

- 1 À domicile
- 2 Dans une institution, un internat

**Q16 Quelle est votre situation professionnelle
actuellement ?**

(Une seule réponse possible)

- 1 Je travaille
- 2 J'ai un travail mais je suis en congés (maladie,
maternité ou congés de formation)
- 3 Je suis apprenti(e) sous contrat
ou en stage rémunéré
- 4 Je suis retraité(e) ou préretraité(e)
- 5 Je suis chômeur (inscrit(e) ou non à Pôle emploi)
- 6 Je suis étudiant(e), élève, en formation
ou en stage non rémunéré
- 7 Je suis dans une autre situation (congé
longue durée, homme ou femme au foyer...)

◆ *Si actif travaillant ou en congés*

Q17 Quel type de contrat avez-vous ?

- 1 Un contrat à durée déterminée (CDD)
- 2 Un contrat à durée indéterminée (CDI)
- 3 Un contrat d'intérim
- 4 Un autre type de contrat (à mon compte,
intermittent, bénévolat, chèque-emploi
service...), précisez :

◆ *Si en CDI ou en CDD*

Q18 Travaillez-vous...

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel

◆ *Si travaille à temps partiel*

Q19 Est-ce un temps partiel...

(Plusieurs réponses possibles)

*Remarque : vous ne pouvez pas cocher
la 1^{re} proposition ET la 2^e proposition)*

- 1 Du fait de votre employeur
- 2 Du fait de votre propre initiative
- 3 Pour raison de santé ou handicap

◆ *Si actif travaillant ou en congés
ou en apprentissage*

**Q20 Avez-vous une réduction
ou un aménagement de votre temps
de travail en raison de la surdité
ou des problèmes d'audition ?**

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si la personne est étudiante ou en formation

Q21 Actuellement, où suivez-vous vos études ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1 Dans une classe ordinaire d'un collège, lycée, université, école professionnelle
- 2 Dans une classe spéciale d'un collège, un lycée ordinaire ou établissement secondaire ordinaire
- 3 Dans un établissement spécialisé
- 4 Vous suivez un enseignement à domicile, un enseignement par correspondance

◆ Si la personne est étudiante ou en formation

Q22 En classe ou en formation, avez-vous une aide humaine ou technique (comme un interprète, une transcription écrite...)?

- 1 Non, je n'en ai pas besoin
- 2 Non, mais j'en aurais besoin
- 3 Oui, j'en ai suffisamment
- 4 Oui, j'en ai mais pas suffisamment

◆ Si la personne étudiante ou en formation a une aide technique ou humaine

Q23 Quelle(s) aide(s) avez-vous en classe ou dans la salle ?

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Un auxiliaire de vie scolaire
- 2 Un enseignant spécialisé
- 3 Un tuteur
- 4 Un interprète LSF
- 5 Un interface
- 6 Un codeur LPC
- 7 Une transcription écrite (exemples : sténotypie, vélotypie, preneur de note...)
- 8 Une boucle magnétique, un système de micro FM
- 9 Une autre aide technique ou humaine, précisez laquelle :

◆ Si la personne étudiante ou en formation n'a pas d'aide technique ou humaine mais en aurait besoin

Q24 Quelle(s) aide(s) souhaiteriez-vous en classe ou dans la salle ?

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Un auxiliaire de vie scolaire
- 2 Un enseignant spécialisé
- 3 Un tuteur
- 4 Un interprète LSF
- 5 Un interface
- 6 Un codeur LPC

- 7 Une transcription écrite (exemples : sténotypie, vélotypie, preneur de note...)
- 8 Une boucle magnétique, un système de micro FM
- 9 Une autre aide technique ou humaine, précisez laquelle :

Perceptions de santé, sentiment d'information

Nous allons maintenant aborder les questions de santé.

Précisez si vous avez peur des différents problèmes de santé suivants.

Q25 Craignez-vous, pour vous-même, les accidents de la circulation ?

- 1 Pas du tout -
- 2 Peu +
- 3 Assez ++
- 4 Beaucoup +++
- 5 Je ne sais pas

Q26 Craignez-vous, pour vous-même, le cancer ?

- 1 Pas du tout -
- 2 Peu +
- 3 Assez ++
- 4 Beaucoup +++
- 5 Je ne sais pas

Q27 Craignez-vous, pour vous-même, la maladie d'Alzheimer ?

- 1 Pas du tout -
- 2 Peu +
- 3 Assez ++
- 4 Beaucoup +++
- 5 Je ne sais pas

Q28 Craignez-vous, pour vous-même, un handicap ?

- 1 Pas du tout -
- 2 Peu +
- 3 Assez ++
- 4 Beaucoup +++
- 5 Je ne sais pas

Maintenant, indiquez si vous avez le sentiment d'être bien informé sur les différents sujets suivants.

Q29 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur l'alcool ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q30 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur le tabac ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q31 Avez-vous, vous personnellement, le sentiment d'être informé sur le cannabis ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q32 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur les vaccinations ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q33 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur le cancer ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q34 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur la maladie d'Alzheimer ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q35 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur la dépression ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q36 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur la contraception ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q37 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur le sida ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Q38 Avez-vous, personnellement, le sentiment d'être informé sur les infections sexuellement transmissibles (en dehors du sida) ?

- | | | |
|---|---------------------|----|
| 1 | Très bien informé | ++ |
| 2 | Plutôt bien informé | + |
| 3 | Plutôt mal informé | - |
| 4 | Très mal informé | -- |

Santé et travail

◆ *Si non-retraité et si non-étudiant*

Nous allons maintenant aborder les questions de santé en lien avec le travail.

Q39 En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine ? (Il s'agit de la durée réelle et non de la durée officielle de travail)

- | | |
|---|---|
| 1 | Moins de 35 heures, précisez le nombre d'heures par semaine : |
| 2 | Entre 35 et 48 heures |
| 3 | Plus de 48 heures |

Q40 Dans votre travail, êtes-vous obligés de vous tenir dans des positions pénibles ou fatigantes à la longue (station debout prolongée, accroupi, bras en l'air, port de charges lourdes...) ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

Q41 Dans votre travail, êtes-vous gêné par le bruit ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

Q42 Dans votre travail, est-il souvent difficile de respecter les objectifs ou les délais imposés ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne suis pas concerné
-

Q43 Votre travail vous permet-il souvent de prendre des décisions par vous-même ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne suis pas concerné
-

Q44 Au travail, bénéficiez-vous d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne suis pas concerné
-

Q45 Les collègues avec qui vous travaillez s'intéressent-ils à vous ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne suis pas concerné
-

Q46 Votre sécurité d'emploi est-elle menacée ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne suis pas concerné
-

Q47 Dans votre travail, vivez-vous souvent des situations de tension avec le public, les clients, les usagers ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne suis pas concerné
-

Q48 Dans votre travail, avez-vous les moyens de faire un travail de qualité ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne suis pas concerné
-

Q49 Diriez-vous de votre travail :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Qu'il est fatigant nerveusement
 - 2 Qu'il est fatigant physiquement
 - 3 Qu'il vous empêche souvent de dormir
 - 4 Qu'il n'influence pas votre santé
 - 5 Qu'il est plutôt bon pour votre santé
-

Q50 Ces douze derniers mois, votre travail a-t-il eu des effets négatifs sur...

(Plusieurs réponses possibles/item 3 exclusif)

- 1 Votre vie familiale
- 2 Votre vie amoureuse ou vie de couple

- 3 Aucune des deux
-

Q51 Au cours des douze derniers mois, combien avez-vous eu d'arrêts maladie (sauf accident du travail ou maternité) ?

- a Pas d'arrêt
 - b Un arrêt
 - c Deux arrêts
 - d Trois arrêts ou plus
-

Q52 Quand vos collègues de travail vous parlent ou vous écrivent, est-il difficile de les comprendre ?

- 1 Non
 - 2 Oui, parfois
 - 3 Oui, souvent
 - 4 Je ne suis pas concerné
-

Q53 Est-il difficile de vous faire comprendre de vos collègues de travail quand vous parlez ou écrivez ?

- 1 Non
 - 2 Oui, parfois
 - 3 Oui, souvent
-

Q54 Votre employeur sait-il que vous êtes sourd, malentendant ou que vous avez des problèmes d'audition ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne sais pas
 - 4 Je ne suis pas concerné
-

Q55 Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) ?

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne sais pas
-

Q56 Est-ce que vous travaillez :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 En milieu ordinaire
 - 2 Dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT ou ex-CAT),
 - 3 Dans une entreprise adaptée (ex-atelier protégé) ou un centre de distribution de travail à domicile (CDTD)
-

Q57 Avez-vous des aides personnelles au travail (interprète, boucle magnétique...) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a des aides personnelles*

- Q58 Quelles sont ces aides ?**
(Plusieurs réponses possibles)
- 1 Un interprète LSF
 - 2 Un interface (qui utilise la LSF, la lecture sur les lèvres, les gestes, l'écrit...)
 - 3 Un médiateur
 - 4 Une interprétation à distance via les centres relais
 - 5 Un codeur LPC
 - 6 Une transcription écrite (exemples : sténotypie, vélotypie, preneur de notes...)
 - 7 Une boucle magnétique, un système FM
 - 8 Un amplificateur pour le téléphone
 - 9 Une autre aide, précisez laquelle :

◆ *Si ne travaille pas, n'est pas étudiant et si a moins de 60 ans*

- Q59 Êtes-vous en recherche d'emploi ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
-
- Q60 Bénéficiez-vous d'une aide humaine pour vous aider à communiquer dans votre recherche d'emploi ?**
- 1 Oui
 - 2 Oui, mais c'est insuffisant
 - 3 Non, mais j'en aurais besoin
 - 4 Non, je n'en ai pas besoin

- Q61 Pour quelle raison ne travaillez-vous pas ? (Une seule réponse possible)**
- 1 J'ai déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard
 - 2 Je ne souhaite pas ou plus travailler
 - 3 Je n'arrive pas à trouver de travail
 - 4 Je suis inapte au travail pour raisons de santé
 - 5 Autre raison, précisez laquelle :

Sources d'information et santé

Les questions suivantes portent sur l'information sur la santé.

- Q62 En général, par quel(s) moyen(s) préférez-vous avoir des informations ou des conseils sur la santé ?**
(Plusieurs réponses possibles / item 10 exclusif)
- 1 Par un médecin ou un professionnel de santé
 - 2 Par votre famille, des amis, des collègues
 - 3 Par des professionnels pratiquant la LSF
 - 4 Par la presse, des magazines, des livres
 - 5 Par Internet
 - 6 Par des brochures
 - 7 En regardant la télévision
 - 8 Par des conférences
 - 9 Par d'autres moyens, précisez lesquels :
 - 10 Par aucun de ces moyens

- Q63 Avez-vous besoin d'informations sur des questions de santé en particulier ?**
- 1 Oui, précisez les sujets :
 - 2 Non

- Q64 Utilisez-vous Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé ?**
- 1 Oui
 - 2 Non

◆ *Si utilise Internet pour chercher des informations sur la santé ou si utilise Internet comme moyen privilégié*

- Q65 Sur quels sites Internet allez-vous pour trouver de l'information sur la santé ?**
Notez ci-dessous les sites Internet :

Handicap

Les prochaines questions concernent le handicap.

- Q66 Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé ou d'un handicap dans les activités que les gens font habituellement ?**
- 1 Non

- 2 Oui, mais pas fortement
- 3 Oui, fortement

◆ *Si limité par un problème de santé ou handicap*

Q67 Depuis au moins six mois, vous êtes limité par :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 La surdité, la malentendance ou les troubles de l'audition (acouphènes...)
- 2 Un problème moteur (un problème qui limite vos mouvements)
- 3 Des problèmes cardiologiques ou respiratoires
- 4 Un problème visuel
- 5 Un problème psychologique
- 6 Un problème de mémoire
- 7 Un autre problème

Q68 Avez-vous des difficultés pour voir...

(Une seule réponse possible)

- 1 Uniquement le soir
- 2 Tout le temps
- 3 Dans d'autres situations

Q69 Avez-vous des difficultés pour :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Lire ou reconnaître un visage à quelques mètres avec vos lunettes ou lentilles si vous en portez
- 2 Voir les caractères ordinaires d'un article de journal avec vos lunettes ou lentilles si vous en portez
- 3 Je n'ai pas ces difficultés

◆ *Si limité par un problème de santé ou handicap*

Q70 Êtes-vous limité depuis au moins six mois...

(Plusieurs réponses possibles/item 6 exclusif)

- 1 Par des problèmes d'orientation dans le temps et l'espace
- 2 Par des difficultés d'apprentissage ou de compréhension
- 3 Par des douleurs
- 4 Par le fait de se fatiguer rapidement
- 5 Par un ou plusieurs autre(s) problème(s), précisez lequel ou lesquels
- 6 Par aucun de ces problèmes

◆ *Si limité par un problème de santé ou handicap et si plus de 55 ans.*

Q71 Est-ce que ces limitations sont principalement liées à l'avancée en âge ?

- 1 Oui

- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

◆ *Si limité par un problème de santé ou handicap*

Q72 Avez-vous des difficultés pour...

(Plusieurs réponses possibles/item 5 exclusif)

- 1 Sortir du domicile
- 2 Effectuer une démarche administrative simple
- 3 Vous habiller et vous déshabiller seul(e)
- 4 Vous concentrer plus de dix minutes
- 5 Vous ne rencontrez aucune de ces difficultés

Q73 Êtes-vous aidé pour les actes de la vie de tous les jours, en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ?

- 1 Oui
- 2 Non

Vaccinations

◆ *Si a moins de 80 ans*

Nous allons aborder des questions sur la vaccination et ensuite sur les maladies infectieuses.

Q74 Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

- 1 Oui, j'en suis sûr
- 2 Oui, probablement
- 3 Non, probablement pas
- 4 Non, certainement pas
- 5 Je ne sais pas

Q75 Votre dernière vaccination date :

- 1 De moins de cinq ans ?
- 2 De cinq à moins de dix ans ?
- 3 De dix à moins de quinze ans ?
- 4 De quinze ans ou plus ?
- 5 Je ne sais pas

Q76 Quelle était cette dernière vaccination ?

Notez ci-dessous le nom du vaccin ou de la maladie pour laquelle vous avez été vacciné :

Maladies infectieuses

◆ Si a moins de 80 ans

Q77 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite C ?

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

Q78 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite B ?

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

Virus de la grippe

◆ Si a moins de 80 ans

Q79 À votre avis, si une personne a la grippe, quand devient-elle contagieuse pour les autres :

(Une seule réponse possible)

- 1 Une fois que la maladie est bien installée
- 2 Lorsqu'elle a de la fièvre
- 3 Lorsqu'elle se met à tousser
- 4 Dès le début, même si elle n'a pas encore de symptômes
- 5 À un autre moment

Q80 À votre avis, le virus de la grippe se transmet :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Par la toux, les postillons
- 2 Par l'air
- 3 Par voie sexuelle
- 4 Par les mains, la peau
- 5 Par les aliments, les boissons

Conduites alimentaires

Voici maintenant quelques questions autour de l'alimentation.

Q81 En général, consommez-vous des fruits (y compris des jus de fruits 100 % pur jus) chaque jour ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si consomme des fruits chaque jour

Q82 D'habitude, combien de portions de fruits mangez-vous par jour ?
(1 portion de fruits = 2 clémentines ou 1 pomme ou 1 salade de fruit ou 1 grappe de raisin ou 1 compote de fruits)

- a 1 portion
- b 2 portions
- c 3 portions
- d 4 portions
- e 5 portions ou plus

◆ Si ne consomme pas des fruits chaque jour

Q83 D'habitude, combien de portions de fruits mangez-vous par semaine ?
(1 portion de fruits = 1 pomme ou 1 salade de fruits ou 1 grappe de raisin ou 1 compote de fruits)

- a 4 à 6 portions par semaine,
- b 2 à 3 portions par semaine
- c 1 portion par semaine ou moins
- d Jamais

Q84 En général, mangez-vous des légumes chaque jour ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ Si mange des légumes chaque jour

Q85 D'habitude, combien de portions de légumes mangez-vous par jour ?
(une portion = 1 « part » de haricots verts ou 1 salade de tomate en entrée ou 1 part de ratatouille ou 1 salade composée)

- a 1 portion
- b 2 portions
- c 3 portions
- d 4 portions
- e 5 portions ou plus

◆ *Si ne mange pas des légumes chaque jour*

- Q86 D'habitude, combien de portions de légumes mangez-vous par semaine ?**
(une portion = 1 « part » de haricots verts ou 1 salade de tomate en entrée ou 1 part de ratatouille ou 1 salade composée)
- 4 à 6 portions par semaine,
 - 2 à 3 portions par semaine
 - 1 portion par semaine ou moins
 - Jamais

- Q87 Quelle est votre taille ?**
Noter la taille en centimètres.
Par exemple : 1m50 = 150 centimètres
(à saisir; bornes: 100 à 250)
/ _ / _ / _ / _ cm

- Q89 Quel est votre poids ?**
(saisie quantité/bornes: 20 à 250)
/ _ / _ / _ / _ kg

Tabac

Nous allons maintenant aborder des questions sur la consommation de tabac et d'alcool.

- Q90 Est-ce que vous fumez, même de temps en temps ?**
- Oui
 - Non

◆ *Si non-fumeur*

- Q91 Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?**
- Oui
 - Non

◆ *Si fume*

- Q92 Fumez-vous tous les jours ?**
- Oui
 - Non

◆ *Si a déjà essayé de fumer*

- Q93 Avez-vous fumé...**
(Une seule réponse possible)
- Juste une ou deux fois pour essayer
 - Occasionnellement
 - Quotidiennement mais pendant moins de six mois
 - Quotidiennement pendant plus de six mois
 - Je ne me souviens pas

◆ *Si fume tous les jours*

- Q94 Combien de cigarette fumez-vous par jour (y compris les cigarettes à rouler) ?**
Si vous fumez uniquement la pipe, des cigares, indiquez « 0 »...
(Saisir la quantité)
Nombre de cigarettes fumées par jour : / _ / _ / _ / _

Alcool

- Q95 Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?**
- Oui
 - Non

◆ *Si n'a jamais bu de boissons alcoolisées comme la bière, etc.*

- Q96 Avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?**
- Oui
 - Non

- Q97.1 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous bu du vin (blanc, rosé, rouge) ?**
- Tous les jours
 - Quatre fois par semaine ou plus
 - Deux ou trois fois par semaine
 - Une fois par semaine
 - Deux à quatre fois par mois
 - Une fois par mois ou moins souvent
 - Jamais

- Q97.2 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous bu de la bière ?**
- Tous les jours
 - Quatre fois par semaine ou plus
 - Deux ou trois fois par semaine
 - Une fois par semaine
 - Deux à quatre fois par mois
 - Une fois par mois ou moins souvent
 - Jamais

- Q97.3 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous bu des alcools forts (vodka, pastis, whisky ou whisky coca, planteur, punch, etc.) ?**
- Tous les jours

- 2 Quatre fois par semaine ou plus
- 3 Deux ou trois fois par semaine
- 4 Une fois par semaine
- 5 Deux à quatre fois par mois
- 6 Une fois par mois ou moins souvent
- 7 Jamais

Q97.4 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous bu d'autres alcools comme du cidre, champagne, porto, etc. ?

- 1 Tous les jours
- 2 Quatre fois par semaine ou plus
- 3 Deux ou trois fois par semaine
- 4 Une fois par semaine
- 5 Deux à quatre fois par mois
- 6 Une fois par mois ou moins souvent
- 7 Jamais

◆ *Si a bu de l'alcool dans les douze derniers mois*

Q98 En moyenne, les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres buvez-vous dans la journée (bière, vin ou tout autre type d'alcool) ?

(Menu déroulant/bornes: 1 à 50)
Nombre de verres d'alcool sur une journée: /_/_/

◆ *Si a bu de l'alcool dans les douze derniers mois*

Q99 Au cours des douze derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque

◆ *Si boit plus de deux verres dans une journée et si boit plus d'une fois par mois pour au moins un type d'alcool ou si a déjà bu six verres ou plus en une même occasion*

Q100 Ces douze derniers mois, votre consommation d'alcool a-t-elle eu des effets négatifs sur...

- (Plusieurs réponses possibles/l'item 4 exclusif)*
- 1 Votre vie familiale
 - 2 Votre vie amoureuse ou vie de couple
 - 3 Votre travail, vos études ou des opportunités d'emploi
 - 4 Sur aucun de ces domaines

Médicaments psychotropes et psychothérapies

Nous allons maintenant aborder quelques questions sur votre moral.

Q101 Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir (comme des tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, etc.) ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q102 Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si n'a pas suivi de psychothérapie*

Q103 Vous n'avez pas suivi de psychothérapie parce que :
(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Vous n'en avez jamais ressenti le besoin
- 2 Il est difficile de communiquer avec les professionnels
- 3 Les professionnels qui peuvent communiquer facilement sont trop loin de chez moi
- 4 Pour d'autres raisons

Suicide

Nous allons maintenant aborder une question délicate, celle du suicide.

Q104 Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a pensé au suicide*

Q105 Était-ce plutôt en rapport avec :
(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Votre situation ou vie professionnelle
- 2 Votre scolarité
- 3 Votre vie personnelle
- 4 Autre chose, précisez :

Q106 **Avez-vous été jusqu'à imaginer comment faire ?**
 1 Oui
 2 Non

Q107 **En avez-vous parlé à quelqu'un ?**
 1 Oui
 2 Non

Q108 **Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?**
 1 Oui
 2 Non

◆ *Si a fait une tentative de suicide*

Q109 **Combien de fois cela vous est-il arrivé ?**
 /_/_/ fois

Q110 **Quel âge aviez-vous lors de la dernière tentative ?**
 /_/_/ ans

Q111 **Parmi ces trois propositions, diriez-vous plutôt que...**
 1 Vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par hasard que vous avez survécu
 2 Vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace
 3 Votre tentative de suicide était un appel à l'aide et vous n'aviez pas l'intention de mourir

Q112 **Avez-vous fait cette tentative de suicide... (Plusieurs réponses possibles)**
 1 Pour des raisons professionnelles (ou liées au chômage)
 2 Pour des raisons sentimentales
 3 Pour des raisons familiales
 4 Pour des raisons de santé
 5 Pour d'autres raisons, précisez lesquelles :

Sexualité, contraception

◆ *Si a entre 15 et 54 ans*
Nous allons maintenant aborder des questions sur la sexualité et la contraception.
Certaines questions pourront vous paraître intimes, aussi nous vous rappelons que cette enquête est totalement anonyme.

◆ *Si ne vit pas avec son conjoint*

Q113 **Y a-t-il une personne avec qui vous avez une relation amoureuse stable ?**
 1 Oui
 2 Non

◆ *Si a une relation stable*

Q114 **Est-ce un homme ou une femme ?**
 1 Un homme
 2 Une femme

Q115 **Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?**
 1 Oui
 2 Non

◆ *Si a déjà eu des rapports*

Q116 **Au cours de votre vie, vous avez eu des rapports sexuels...**
 1 Uniquement avec des hommes
 2 Uniquement avec des femmes
 3 Avec les deux

◆ *Si a déjà eu des rapports et si âgé de 15 à 29 ans*

Q117 **À quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?**
 /_/_/ ans

◆ *Si a déjà eu des rapports, si âgé de 15 à 29 ans et si a déjà eu des rapports avec les deux sexes*

Q118 **Lors du premier rapport sexuel, ce partenaire était...**
 1 Un homme
 2 Une femme

◆ *Si a déjà eu des rapports et si âgé de 15 à 29 ans*

Q119 Lors du premier rapport sexuel, le partenaire était-il :

- 1 Entendant
- 2 Sourd ou malentendant

◆ *Si a déjà eu des rapports et si âgé de 15 à 29 ans*

Q120 Ce premier rapport sexuel était quelque chose...

- 1 Que vous souhaitiez à ce moment-là
- 2 Que vous avez accepté mais que vous ne souhaitiez pas vraiment
- 3 Que vous avez été forcé de faire contre votre volonté

◆ *Si a déjà eu des rapports et si âgé de 15 à 29 ans, si femme a eu des rapports avec des hommes ou si homme a eu des rapports avec des femmes*

Q121 Avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé un moyen pour éviter une grossesse lors de ce premier rapport (préservatif, pilule, stérilet, retrait avant éjaculation...)?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a déjà eu des rapports et si âgé de 15 à 29 ans, si femme a eu des rapports avec des hommes ou si homme a eu des rapports avec des femmes et si a utilisé un moyen pour éviter la grossesse*

Q122 Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisé(es)?
(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Préservatif masculin
- 2 Pilule
- 3 Implant
- 4 Stérilet (ou DIU)
- 5 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
- 6 Autre(s) méthode(s) précisez lesquelles :
- 7 Je ne sais pas

◆ *Si a déjà eu des rapports*

Q123 Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si femme, et si a déjà eu des rapports avec des hommes au cours de la vie et si a eu des rapports au cours des douze derniers mois*

Q124 Au cours des douze derniers mois, avec combien d'hommes avez-vous eu des rapports sexuels ?

/_/_/_/ homme(s)

◆ *Si homme et si a déjà eu des rapports avec des femmes au cours de la vie et si a eu des rapports au cours des douze derniers mois*

Q125 Au cours des douze derniers mois, avec combien de femmes avez-vous eu des rapports sexuels ?

/_/_/_/ femme(s)

◆ *Si homme ayant eu des rapports avec des hommes au cours de la vie et si a eu des rapports au cours des douze derniers mois*

Q126 Au cours des douze derniers mois, avec combien d'hommes avez-vous eu des rapports sexuels ?

/_/_/_/ homme(s)

◆ *Si a eu un seul partenaire ces douze derniers mois*

Q127 Avez-vous connu ce partenaire au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois*

Q128 Au cours des douze derniers mois, avec combien de nouveaux partenaires avez-vous eu des rapports sexuels ?

/_/_/_/ partenaire(s)

◆ *Si a eu un ou plusieurs nouveaux partenaires au cours des douze derniers mois (sauf femmes ayant uniquement eu des rapports avec des femmes) et si n'a pas de difficulté à entendre*

Q129 Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s) après le premier rapport sexuel ?

- 1 Jamais
- 2 De temps en temps
- 3 Presque toujours

- 4 Toujours
- 5 Je n'ai eu qu'un seul rapport sexuel avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s)

◆ *Si a eu un ou plusieurs nouveaux partenaires au cours des douze derniers mois (sauf femmes ayant uniquement eu des rapports avec des femmes) et si difficultés à entendre*

Q130 Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec :
(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Une ou des personnes entendants
- 2 Une ou des personnes entendants proches du monde des sourds
- 3 Une ou des personnes sourdes ou malentendants

◆ *Si a eu un ou plusieurs nouveaux partenaires au cours des douze derniers mois (sauf femmes ayant uniquement eu des rapports avec des femmes) et si rapports avec entendants (exclusivement) ou si rapports avec malentendants ou sourds ou proches de la communauté sourde (exclusivement)*

Q131 Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s) après le premier rapport sexuel ?

- 1 Jamais
- 2 De temps en temps
- 3 Presque toujours
- 4 Toujours
- 5 Je n'ai eu qu'un seul rapport sexuel avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s)

◆ *Si a eu un ou plusieurs nouveaux partenaires au cours des douze derniers mois (sauf femmes ayant uniquement eu des rapports avec des femmes) et si a eu des rapports avec entendants et avec sourds/malentendants ou si a eu des rapports avec entendants et entendants proches de la communauté sourde et avec sourds/malentendants*

Q132 Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(x) entendants après le premier rapport sexuel ?

- 1 Jamais
- 2 De temps en temps
- 3 Presque toujours
- 4 Toujours
- 5 Je n'ai eu qu'un seul rapport sexuel avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s)

◆ *Si a eu un ou plusieurs nouveaux partenaires au cours des douze derniers mois (sauf femmes ayant uniquement eu des rapports avec des femmes) et si a eu des rapports avec entendants et avec sourds/malentendants ou si a eu des rapports avec entendants et entendants proches de la communauté sourde et avec sourds/malentendants*

Q133 Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s) sourds ou malentendants après le premier rapport sexuel ?

- 1 Jamais
- 2 De temps en temps
- 3 Presque toujours
- 4 Toujours
- 5 Je n'ai eu qu'un seul rapport sexuel avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s)

◆ *Si a eu un ou plusieurs nouveaux partenaires au cours des douze derniers mois (sauf femmes ayant uniquement eu des rapports avec des femmes) et si a eu des rapports avec entendants et avec entendants proches de la communauté sourde*

Q134 Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce ou ces nouveau(x) partenaire(s) entendants proches du monde des sourds après le premier rapport sexuel ?

- 1 Jamais
- 2 De temps en temps
- 3 Presque toujours
- 4 Toujours
- 5 Je n'ai eu qu'un seul rapport sexuel avec ce ou ces nouveaux partenaires

◆ *Si femme entre 15 et 54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie*

Nous allons maintenant parler de contraception et d'infections sexuellement transmissibles.

◆ *Si hommes entre 15 et 54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie*

Nous allons maintenant parler d'infections sexuellement transmissibles.

◆ *Si femme de 40-54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie*

Q135 Êtes-vous ménopausée ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si femme de 15-54 ans, non ménopausée, ayant un partenaire au cours des douze derniers mois, et pas exclusivement des rapports avec des femmes*

Q136 Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse (préservatif, pilule, stérilet, retrait avant éjaculation...)?

- 1 Oui
- 2 Ça dépend des fois
- 3 Non

◆ *Si femme de 15 à 54 ans, non ménopausée, pas enceinte, ayant un partenaire au cours des douze derniers mois et pas exclusivement homosexuelle ou si utilise un moyen pour éviter une grossesse*

Q137 Quelles sont les méthodes que vous ou votre partenaire utilisez actuellement (pour éviter une grossesse)?

(Plusieurs réponses possibles/item 7 exclusif)

- 1 Préservatif masculin
- 2 Pilule
- 3 Implant
- 4 Stérilet (ou DIU)
- 5 Retrait (du partenaire) avant éjaculation
- 6 Autres méthodes précisez lesquelles :
- 7 Je ne sais pas

◆ *Si femme de 15 à 54 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie*

Q138 Au cours de votre vie, avez-vous déjà été enceinte ?

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non

◆ *Si femme de 15 à 54 ans, ayant déjà été enceinte*

Q139 Au cours de votre vie, avez-vous eu une interruption volontaire de grossesse (IVG), que ce soit en prenant la RU (pilule abortive, c'est-à-dire qui provoque un avortement) ou en ayant une intervention médicale ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a entre 15 et 54 ans et a déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie*

Q140 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage du sida ? (hors don du sang)

- 1 Oui, dans les douze derniers mois

- 2 Oui, il y a plus de douze mois
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

◆ *Si entre 15 à 54 ans et si a déjà eu des rapports sexuels au cours de la vie*

Q141 Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu une maladie ou une infection qui se transmet sexuellement ?

- 1 Oui, une fois, précisez laquelle :
- 2 Oui, plusieurs fois, précisez lesquelles :
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

◆ *Si femme entre 15 et 85 ans ou si homme entre 40 et 85 ans*

Dépistage du cancer

Nous allons aborder des questions sur le dépistage du cancer.

◆ *Si femme entre 15 et 85 ans*

Q142 Avez-vous déjà eu un frottis vaginal ?

- 1 Oui, il y a moins de trois ans
- 2 Oui, entre trois et cinq ans
- 3 Oui, il y a plus de cinq ans
- 4 Non, jamais

◆ *Si homme entre 40 et 85 ans*

Q143 Avez-vous déjà fait un test recherchant du sang dans les selles tel que Hémoccult®, Hémoccheck, Hemo Fec®... ?

- 1 Oui, il y a moins de deux ans
- 2 Oui, il y a plus de deux ans
- 3 Non, jamais
- 4 Je ne sais pas

◆ *Si femme entre 40 et 85 ans*

Q144 Avez-vous déjà fait une mammographie (radiographie des seins) ?

- 1 Oui, il y a moins de deux ans
- 2 Oui, entre deux et trois ans
- 3 Oui, il y a plus de trois ans
- 4 Non, jamais
- 5 Je ne sais pas

Parentalité

- ◆ Si a entre 15 et 54 ans
et si a au moins un enfant

**Nous allons aborder des questions
sur les enfants.**

- Q145 Combien de vos enfants sont :**
(Pour chacune des trois propositions,
saisissez un nombre)
- 1 Sourds depuis la prime enfance : / ___ /
 - 2 Devenus sourds : / ___ /
 - 3 Malentendants : / ___ /
- ◆ Si a entre 15 et 54 ans et si a
au moins un enfant
- Q146 Avez-vous un ou plusieurs
enfant(s) de moins de 16 ans ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
- ◆ Si femme, si a un enfant de moins de 16 ans
et si a déjà été enceinte
- Q147 Avez-vous eu un ou plusieurs enfant(s) qui
a (ont) moins de 6 ans actuellement ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
- ◆ Si femme, si a un enfant de moins de
6 ans et si a déjà été enceinte
- Nous allons maintenant parler de la
grossesse de votre dernier enfant.**
- Q148 Sur le plan psychologique, comment vous
sentiez-vous lors de la grossesse
de votre dernier enfant ?**
- 1 Bien
 - 2 Assez bien
 - 3 Assez mal
 - 4 Mal
- Q149 Lors de la grossesse de votre dernier enfant,
après la déclaration de grossesse, avez-vous
consulté :**
(Plusieurs réponses possibles)
- 1 Un gynécologue ou obstétricien en ville
 - 2 Un gynécologue ou obstétricien
en maternité
 - 3 Un médecin généraliste
 - 4 Une sage-femme

- 5 Aucun de ces professionnels

- Q150 Pendant votre grossesse, avez-vous consulté
un service adapté aux personnes sourdes
ou malentendantes ?**
(Il s'agit par exemple d'un service qui utilise
des boucles magnétiques, qui peut être joint
autrement que par téléphone, qui utilise
la LSF...)
- 1 Oui
 - 2 Non
- Q151 Pendant votre grossesse, avez-vous suivi
des séances de préparation à la naissance ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
- Q152 Pendant votre grossesse, avez-vous eu le
sentiment d'avoir été bien informée
sur les examens médicaux à passer ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
- Q153 Pendant votre grossesse, avez-vous eu
le sentiment d'avoir été bien informée sur
la façon dont se déroule l'accouchement ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
- Q154 Pendant votre grossesse, avez-vous été
informée sur les risques d'être triste
ou déprimée juste après l'accouchement ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
- Q155 Après votre accouchement,
avez-vous eu le sentiment d'avoir été bien
informée sur la façon de prendre soin
de votre enfant ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
- ◆ Si a un enfant de 16 ans et moins
- Q156 Avez-vous fait vacciner votre plus jeune
enfant contre la rougeole,
les oreillons et la rubéole (ROR) ?**
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Je ne sais pas

◆ *Si a un enfant de 16 ans et moins et si n'a pas fait vacciner son dernier enfant*

Q157 Pourquoi ne l'avez-vous pas fait vacciner ?

- 1 Le médecin ne vous l'a pas proposé
- 2 Le médecin vous l'a contre-indiqué
- 3 Le médecin vous l'a proposé mais vous l'avez refusé
- 4 Autre raison

Drogues

◆ *Si a moins de 65 ans*

Nous allons maintenant aborder quelques questions sur le cannabis.

Q158 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si n'a jamais consommé de cannabis*

Q159 En avez-vous déjà goûté ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a déjà consommé ou goûté du cannabis au cours de la vie*

Q160 Avez-vous consommé du cannabis au cours des douze derniers mois ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a consommé ou goûté du cannabis au cours des douze derniers mois*

Q161 Combien de fois au cours des quatre dernières semaines avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?
 /_/_/ fois au cours des quatre dernières semaines

Qualité de vie

◆ *Si a moins de 76 ans*

Nous allons maintenant aborder quelques questions sur la qualité de vie.

Q162 Diriez-vous que, dans l'ensemble, votre santé est...

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Médiocre
- 5 Mauvaise

◆ *Si a moins de 18 ans*

Q163 Au cours des huit derniers jours, vous êtes-vous retrouvés avec des gens de votre famille qui n'habitent pas avec vous ou avec des copains en dehors de l'école ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si a plus de 17 ans*

Q164 Au cours des huit derniers jours, avez-vous été en contact avec des gens de votre famille ou des amis au cours de visites ou d'échanges à distance (par téléphone/SMS, par Internet...) ?

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si plus de 17 ans*

Q165 Au cours des huit derniers jours avez-vous eu des activités de groupe ou de loisir (réunions, activités religieuses, associations, cinéma, sport, soirées) ?

- 1 Oui
- 2 Non

Santé mentale

Q166 Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti très nerveux ?

- 1 Tout le temps
- 2 Souvent
- 3 Quelquefois

- 4 Rarement
5 Jamais
-
- Q167 Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?**
- 1 Tout le temps
2 Souvent
3 Quelquefois
4 Rarement
5 Jamais
-
- Q168 Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?**
- 1 Tout le temps
2 Souvent
3 Quelquefois
4 Rarement
5 Jamais
-
- Q169 Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?**
- 1 Tout le temps
2 Souvent
3 Quelquefois
4 Rarement
5 Jamais
-
- Q170 Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti heureux ?**
- 1 Tout le temps
2 Souvent
3 Quelquefois
4 Rarement
5 Jamais
-
- Q171 Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti angoissé ?**
- 1 Tout le temps
2 Souvent
3 Quelquefois
4 Rarement
5 Jamais
- ◆ *Si en situation de détresse psychologique (MH5 inférieur à 56)*
-
- Q172 Diriez-vous que ces différentes sensations étaient en rapport avec...**
(Plusieurs réponses possibles/item 6 exclusif)
- 1 Votre travail ou situation professionnelle

- 2 Votre scolarité
3 Le chômage
4 Votre vie personnelle
5 Avec autre chose, précisez :
6 Je ne sais pas
-

- Q173 Au cours de ces quatre dernières semaines, avez-vous ressenti une fatigue liée à la communication avec votre entourage ?**
- 1 Tout le temps
2 Souvent
3 Quelquefois
4 Rarement
5 Jamais

Événements de vie/ violence subie

◆ *Si a moins de 76 ans*

Nous allons maintenant parler d'événements qui ont pu vous arriver au cours de votre vie, puis au cours des douze derniers mois.

- Q174 Au cours de votre vie (enfance et adolescence incluses), une personne a-t-elle tenté de vous forcer à subir ou à faire des attouchements sexuels ?**
- 1 Oui
2 Non
-
- Q175 Au cours de votre vie (enfance et adolescence incluses), une personne a-t-elle tenté de vous forcer à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?**
- 1 Oui
2 Non
- ◆ *S'il y a eu attouchements ou rapports forcés au cours de la vie*
-
- Q176 Qui était la ou les personnes auteur(s) de ces actes/de ces attouchements la première fois ?**
- 1 Votre conjoint ou un ex-conjoint
2 Un membre de votre famille
3 Une personne avec qui vous travaillez ou vous avez travaillé
4 Quelqu'un que vous connaissez/connaissez, ne serait-ce que de vue
5 Un inconnu

◆ *Si entend bien ou si n'utilise pas la LSF*

- Q177 Au cours des douze derniers mois, avez-vous été...**
(Plusieurs réponses possibles/item 4 exclusif)
- 1 Victime d'un vol ou d'une tentative de vol
 - 2 Victime de menaces verbales
 - 3 Victime de regards ou de paroles méprisants ou humiliants
 - 4 Je n'ai pas été victime de ces situations

◆ *Si utilise tous les jours ou de temps en temps la LSF*

- Q178 Au cours des douze derniers mois, avez-vous été...**
(Plusieurs réponses possibles/item 4 exclusif)
- 1 Victime d'un vol ou d'une tentative de vol
 - 2 Victime de menaces gestuelles
 - 3 Victime de regards ou de gestes méprisants ou humiliants
 - 4 Je n'ai pas été victime de ces situations

- Q179 Au cours des douze derniers mois, avez-vous été frappé ou blessé physiquement par une ou plusieurs personnes, en dehors d'une agression sexuelle (y compris les coups reçus lors de bagarres ou dans un cadre familial)**

- 1 Oui
- 2 Non

- Q180 Ces douze derniers mois, avez-vous été victime d'autres types de gestes blessants ou d'agressions ?**

- 1 Oui, préciser lequel(le)s :
- 2 Non

Maladies chroniques

Abordons maintenant le sujet des maladies chroniques.

- Q181 Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps (au moins six mois) et qui peut nécessiter des soins réguliers (par exemple : diabète, asthme, etc.) ?**
- 1 Oui, laquelle ou lesquelles, préciser :
 - 2 Non

- Q182 Au cours des douze derniers mois, combien de fois êtes-vous allé voir pour**

vous-même un médecin généraliste (ou un pédiatre si vous êtes adolescent) ?
/_/_/ fois au cours des douze derniers mois

- Q183 Au cours des douze derniers mois, êtes-vous allé voir pour vous-même...**
(Plusieurs réponses possibles/item 4 exclusif)
- 1 Une infirmière
 - 2 Un kinésithérapeute (kiné) ou un masseur
 - 3 Une diététicienne
 - 4 Aucun de ces professionnels de santé

- Q184 Au cours des douze derniers mois, qui avez-vous consulté pour vous-même au moins une fois...**
(Plusieurs réponses possibles/item 8 exclusif)
- 1 Un psychologue, un psychiatre, un psychanalyste ou psychothérapeute
 - 2 Un dentiste
 - 3 Un homéopathe
 - 4 Un acupuncteur ou mésothérapeute
 - 5 Un ORL (oto-rhino)
 - 6 Un orthophoniste
 - 7 Un ou plusieurs autre(s) spécialiste(s), précisez lequel ou lesquels :
 - 8 Aucun de ces spécialistes

◆ *Si femme entre 15 et 85 ans*

- Q185 À quand remonte votre dernière consultation pour des raisons de contraception ou gynécologiques ?**
- 1 Il y a moins d'un an
 - 2 Entre un an et deux ans
 - 3 Entre plus de deux ans et trois ans
 - 4 Entre plus de trois ans et cinq ans
 - 5 Il y a plus de cinq ans
 - 6 Je n'ai jamais consulté pour ces raisons
 - 7 Je ne sais pas

◆ *Si femme entre 15 et 85 ans, qui a consulté pour des raisons de contraception ou gynécologiques*

- Q186 Était-ce avec...**
- 1 Un médecin généraliste
 - 2 Un gynécologue (obstétricien)
 - 3 Un autre médecin spécialiste
 - 4 Je ne sais pas

◆ *Si acouphènes très gênants dans la vie quotidienne*

- Q187 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous**

consulté des professionnels pour vos problèmes d'acouphènes ?

/ _ / fois au cours des douze derniers mois

- ◆ Si a consulté un professionnel au cours des douze derniers mois pour les problèmes d'acouphènes

Q188 Quel(s) professionnel(s) avez-vous consulté pour vos problèmes d'acouphènes ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1 Un médecin généraliste
- 2 Un ORL (oto-rhino)
- 3 Un acuponcteur
- 4 Un homéopathe
- 5 Un sophrologue
- 6 Un ostéopathe
- 7 Un psychiatre
- 8 Un psychologue, psychothérapeute...
- 9 Un ou plusieurs autre(s) professionnel(s), précisez lequel ou lesquels :

Q189 Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu recours à un service d'urgence à l'hôpital (public ou privé) :

- 1 Oui
- 2 Non

- ◆ Si a eu recours à un service d'urgence au moins une fois dans les douze derniers mois

Q190 Quel était le motif de ce recours en urgence ?

- 1 Un accident
- 2 Une autre raison, précisez :

- ◆ Si a des difficultés pour entendre

Q191 Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un service médical adapté pour les personnes sourdes ou malentendantes ?

(Il s'agit par exemple d'un service qui utilise des boucles magnétiques, qui peut être joint autrement que par téléphone, qui permet de communiquer en LSF...)

- 1 Oui
- 2 Non

- ◆ Si n'a pas consulté un service médical adapté pour les personnes sourdes et malentendantes

Q192 Vous n'avez pas consulté de service médical adapté pour les personnes sourdes ou malentendantes parce que :

- 1 Vous n'en avez pas besoin

- 2 Vous n'en connaissez pas
- 3 Vous en connaissez mais ils sont trop éloignés de votre domicile
- 4 Autres raisons, précisez :

- ◆ Si a consulté un généraliste au cours des douze derniers mois

Q193 Actuellement, pour prendre des rendez-vous avec le médecin généraliste...

(Une seule réponse possible)

- 1 Je les prends moi-même sans difficulté
- 2 Je les prends moi-même mais c'est difficile
- 3 Je me fais aider parce c'est trop difficile
- 4 Je vais directement chez le médecin sans prendre rendez-vous

- ◆ Si a des difficultés pour prendre les rendez-vous avec le médecin généraliste

Q194 Actuellement, vos difficultés pour prendre les rendez-vous...

- 1 Retardent les consultations
- 2 M'empêchent parfois de me faire soigner
- 3 M'empêchent souvent de me faire soigner
- 4 N'ont pas de conséquence sur la prise de rendez-vous

- ◆ Si a consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois

Q195 Généralement, le médecin généraliste communique-t-il directement avec vous ?

- 1 Oui
- 2 Non

- ◆ Si communication directe avec le médecin généraliste

Q196 Généralement, avec vous, le médecin généraliste communique :

- 1 Facilement
- 2 Plutôt difficilement
- 3 Très difficilement

◆ *Si communication directe avec le médecin généraliste*

Q197 Pour communiquer avec votre médecin généraliste, vous utilisez :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 La lecture labiale
- 2 L'écrit
- 3 La LSF
- 4 L'oral
- 5 Des aides auditives (appareils auditifs, micro FM...)
- 6 Un autre moyen, précisez lequel :

◆ *Si communication non directe avec le médecin généraliste*

Q198 Pour communiquer avec votre médecin généraliste, vous avez recours à :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Un interprète LSF
- 2 Un intermédiaire sourd
- 3 Un codeur LPC
- 4 Un technicien de l'écrit
- 5 Un membre de votre famille ou d'un ami
- 6 Une autre personne

◆ *Si communication non directe avec le médecin généraliste*

Q199 Est-ce que cette aide peut vous gêner dans vos relations avec votre médecin généraliste ?

- 1 Oui, souvent
- 2 Oui, de temps en temps
- 3 Non, jamais

◆ *Si l'aide d'une tierce personne constitue une gêne*

Q200 Avez-vous déjà renoncé à consulter à cause de cette gêne ?

- 1 Oui, souvent
- 2 Oui, parfois
- 3 Non

Sommeil

Nous allons maintenant parler de la question du sommeil.

Q201 Généralement, avez-vous des difficultés pour vous endormir ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q202 Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit avec des difficultés pour vous rendormir ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q203 Vous arrive-t-il de vous réveiller trop tôt le matin sans pouvoir vous rendormir ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q204 Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?

- 1 Très satisfait
- 2 Satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 4 Pas satisfait
- 5 Pas du tout satisfait

Accidents

Q205 Avez-vous, quand vous êtes debout, des troubles de l'équilibre ou de l'instabilité, des vertiges ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q206 Au cours des douze derniers mois, combien d'accidents avez-vous eus ayant entraîné une consultation chez un médecin dans un hôpital ?

Nombre d'accidents ayant entraîné une consultation à l'hôpital : /_/_/

◆ *Si a eu au moins un accident*

Q207 Cet accident ou ces accidents (survenus au cours des douze derniers mois) étai(ent) : *(Plusieurs réponses possibles)*

- 1 Un accident de travail
- 2 Un accident de la circulation
- 3 Un accident de sport
- 4 Un autre accident, précisez quel type d'accident :

Audition

Nous allons vous poser quelques questions sur les aides auditives, techniques et la surdité.

◆ *Si difficulté à entendre*

Q208 Depuis quel âge êtes-vous sourd ou malentendant ou n'entendez-vous pas bien ?

- 1 Avant 2 ans
- 2 Entre 2 et 5 ans
- 3 Entre 6 et 15 ans
- 4 Entre 16 et 26 ans
- 5 Entre 27 et 35 ans
- 6 Entre 36 et 59 ans
- 7 Entre 60 ans et 75 ans
- 8 Après 75 ans

◆ *Si troubles de l'audition*

Q209 Depuis quel âge avez-vous des problèmes d'audition comme des bourdonnements, sifflements, intolérance au bruit... ?

- 1 Avant 2 ans
- 2 Entre 2 et 5 ans
- 3 Entre 6 et 15 ans
- 4 Entre 16 et 26 ans
- 5 Entre 27 et 35 ans
- 6 Entre 36 et 59 ans
- 7 Entre 60 ans et 75 ans
- 8 Après 75 ans

◆ *Si difficultés à entendre survenues après 2 ans*

Q210 Votre surdité ou votre malentendance est-elle arrivée :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Peu à peu
- 2 Tout à coup

◆ *Si troubles de l'audition survenus après 2 ans*

Q211 Vos problèmes d'audition (comme les bourdonnements, sifflements, intolérance au bruit) sont-ils arrivés :

- 1 Peu à peu
- 2 Tout à coup

◆ *Si n'entend pas du tout ou avec beaucoup de difficultés et si sourd ou malentendant avant 6 ans*

Q212 Utilisez-vous l'oral pour vous exprimer ?

- 1 Oui, sans aucune difficulté
- 2 Oui, avec difficulté
- 3 Oui, avec difficulté et seulement avec les personnes qui me connaissent bien
- 4 Non, pas du tout

Q213 Portez-vous un implant cochléaire ?

- 1 Oui
- 2 Non, mais j'en aurais besoin
- 3 Non, je n'en ai pas besoin ou je ne suis pas concerné
- 4 Non, je n'en veux pas
- 5 Je ne sais pas ce que c'est

◆ *Si porte un implant cochléaire*

Q214 À quel âge avez-vous eu votre implant cochléaire ?

/ _ / _ / ans

Q215 Portez-vous un appareil auditif ?

- 1 Oui
- 2 J'en ai un mais je ne l'utilise pas
- 3 Non, mais j'en aurais besoin
- 4 Non, je n'en ai pas besoin ou je ne suis pas concerné
- 5 Non, je n'en veux pas

◆ *Si porte un appareil auditif*

Q216 À quel âge avez-vous eu un appareil auditif ?

/ _ / _ / ans

◆ *Si porte un appareil auditif*

Q217 Portez-vous votre appareil auditif :

- 1 Tout le temps ou presque
- 2 De temps en temps
- 3 Rarement

◆ *Si a un appareil mais ne l'utilise pas ou si porte l'appareil de temps en temps ou rarement*

Q218 Vous ne portez pas votre appareil auditif très souvent parce que :

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 L'appareil n'améliore pas beaucoup l'audition
- 2 Vous n'en avez pas besoin tout le temps
- 3 Pour des raisons esthétiques
- 4 Il occasionne des douleurs

- 5 Pour d'autre(s) raison(s), précisez lesquelles :
- ◆ *Si ne porte pas d'appareil auditif ou d'implant cochléaire alors qu'indique en avoir besoin*
-
- Q219 Vous avez dit ne pas porter d'appareil auditif ou d'implant cochléaire alors que vous en auriez besoin. Est-ce pour des raisons financières ?**
- 1 Oui
2 Non, pour d'autres raisons, précisez :
- ◆ *Si ne porte pas d'implant cochléaire ou d'appareil auditif (ne pas poser si indique ne rien entendre et si pratique souvent la LSF)*
-
- Q220 Dans une conversation avec plusieurs personnes, vous entendez :**
- 1 Sans difficulté
2 Avec quelques difficultés
3 Avec beaucoup de difficultés
4 Vous n'entendez pas du tout
- ◆ *Si porte un implant cochléaire ou un appareil auditif (ne pas poser si indique ne rien entendre et si pratique souvent la LSF)*
-
- Q221 Dans une conversation avec plusieurs personnes (avec votre appareil auditif ou votre implant cochléaire), vous entendez :**
- 1 Sans difficulté
2 Avec quelques difficultés
3 Avec beaucoup de difficultés
4 Vous n'entendez pas du tout
-
- Q222 Utilisez-vous la lecture sur les lèvres ?**
- 1 Oui, souvent
2 Oui, de temps en temps
3 Non, je n'en ai pas besoin ou je ne suis pas concerné
- ◆ *Si utilise la lecture labiale*
-
- Q223 Lisez-vous sur les lèvres :**
- 1 Facilement
2 Seulement avec les personnes que je connais bien
3 Avec quelques difficultés
4 Avec de grandes difficultés
-
- Q224 Avez-vous recours à la langue parlée complétée (LPC) ?**
- 1 Souvent
2 De temps en temps
3 Rarement
- 4 Jamais
-
- Q225 Pouvez-vous lire un livre (en français ou dans une autre langue) ?**
- 1 Oui, facilement
2 Oui, mais avec difficultés
3 Non
- ◆ *Ne pas poser si n'entend rien et si utilise la langue des signes tous les jours*
-
- Q226 Avez-vous des difficultés pour vous servir du téléphone seul(e) pour des conversations audio ?**
- 1 Aucune difficulté
2 Quelques difficultés
3 Beaucoup de difficultés
4 Je ne peux pas le faire seul(e)
- ◆ *Si des difficultés déclarées pour suivre une conversations audio par téléphone*
-
- Q227 Pour téléphoner, vous utilisez :**
(Plusieurs réponses possibles)
- 1 L'aide de votre entourage
2 L'aide d'un professionnel
3 Un téléphone adapté (avec amplificateur...)
4 Aucune aide
-
- Q228 Utilisez-vous un centre-relais pour téléphoner ?**
- 1 Oui
2 Non
3 Je ne sais pas ce que c'est
-
- Q229 Connaissez-vous des associations ou des foyers pour les sourds ou les malentendants ou les personnes ayant des troubles de l'audition ?**
(Une seule réponse possible)
- 1 Oui, j'en fréquente régulièrement
2 Oui, j'en fréquente de temps en temps
3 Oui, j'en connais mais je ne fais partie d'aucune association ou foyer
4 Non, je n'en connais pas
- ◆ *Si fréquente des associations ou foyers*
-
- Q230 Quels associations ou foyers pour les sourds ou les malentendants ou les personnes ayant des troubles de l'audition fréquentez-vous ?**
Notez ci-dessous :

Profession

Pour finir, quelques questions sur votre situation personnelle.

◆ *Si plus de 16 ans et si retraité/préretraité/chômeur/femme homme au foyer/inactif avec pension d'invalidité/étudiant/autre situation*

Q231 Avez-vous déjà travaillé, même s'il y a longtemps ?

Si vous êtes étudiant, ne prenez pas en compte les emplois saisonniers

- 1 Oui
- 2 Non

◆ *Si actif ou apprenti sous contrat ou si a déjà travaillé*

Q232 Quelle est votre profession ou quelle était votre dernière profession (si vous ne travaillez plus) ?

Notez ci-dessous, si possible en détaillant.

◆ *Si actif ou apprenti sous contrat ou si a déjà travaillé*

Q233 Êtes-vous (étiez-vous)...

- 1 À votre compte, PDG, patron, gérant de société
- 2 Salarié

◆ *Si actif ou apprenti sous contrat ou si a déjà travaillé ou a déjà travaillé (et si salarié)*

Q234 Êtes-vous ou étiez-vous salarié...

- 1 De l'État ou d'une collectivité locale
- 2 D'une entreprise publique
- 3 D'une entreprise privée
- 4 Autre (association...)

◆ *Si actif ou apprenti sous contrat ou si a déjà travaillé ou a déjà travaillé (et si salarié)*

Q235 Quelle est (était) votre qualification, votre statut ?

- 1 Cadre
- 2 Technicien, contremaître, agent de maîtrise
- 3 Employé, personnel de service
- 4 Ouvrier qualifié ou non qualifié
- 5 Catégorie A de la fonction publique
- 6 Catégorie B de la fonction publique
- 7 Catégorie C de la fonction publique
- 8 Autre qualification

Q236 Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- 1 Aucun diplôme
- 2 Brevet des collèges/BEPC
- 3 CAP/BEP
- 4 Baccalauréat
- 5 Bac + 2 (DUT, BTS, DEUG...)
- 6 Bac + 3 ou 4 et plus
- 7 Bac + 5 et plus
- 8 Autre, précisez :

Q237 Si vous additionnez tous les revenus nets du foyer, y compris les allocations, les revenus nets sont :

- 1 Inférieurs à 1500 euros par mois
- 2 Égaux ou supérieurs à 1500 euros par mois

◆ *Si revenus inférieurs à 1500 euros par mois*

Q238 Précisez le montant de tous les revenus nets du foyer, y compris les allocations

- 1 Moins de 380 euros par mois
- 2 De 380 à moins de 600 euros par mois
- 3 De 600 à moins de 1000 euros par mois
- 4 De 1000 à moins de 1500 euros par mois

◆ *Si revenus égaux ou supérieurs à 1500 euros par mois*

Q239 Précisez le montant de tous les revenus nets du foyer, y compris les allocations

- 1 De 1500 à moins de 2000 euros par mois
- 2 De 2000 à moins de 2400 euros par mois
- 3 De 2400 à moins de 3000 euros par mois
- 4 De 3000 à moins de 4500 euros par mois
- 5 4500 euros ou plus par mois

Q240 Avez-vous une allocation ou une aide financière en lien avec votre surdité ou vos problèmes d'audition ?

- 1 Oui
- 2 Non

Précarité

Q241 Actuellement, diriez-vous qu'au sein de votre foyer, financièrement...

- 1 Vous êtes à l'aise
- 2 Ça va
- 3 C'est juste

- 4 Vous y arrivez difficilement
- 5 Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation)
- 6 Je ne sais pas

Q242 Au cours des douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins de santé, pour des raisons financières ?

- 1 Oui
- 2 Non

Pays

Q243 Quel est votre pays de naissance ?

- 1 France métropolitaine
- 2 DOM-TOM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane...)
- 3 Pays étranger

Q244 Bénéficiez-vous ?

- 1 De la Sécurité sociale
- 2 De la CMU (Couverture maladie universelle)
- 3 D'aucun des deux
- 4 Je ne sais pas

Q245 Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire comme par exemple une mutuelle ?

- 1 Oui, par une mutuelle ou une assurance privée
- 2 Oui, par la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)
- 3 Oui, mais je ne sais pas laquelle
- 4 Non
- 5 Je ne sais pas

Q246 Dans quelle commune habitez-vous ?

Notez ci-dessous

Q247 Avez-vous répondu seul(e) à cette enquête ?

- 1 Oui
- 2 Non, j'ai répondu avec l'aide d'un proche
- 3 Non, j'ai répondu avec l'aide d'un professionnel
- 4 Non, un parent ou un professionnel a répondu à ma place

◆ Si a répondu seul

Q248 Étiez-vous en présence de quelqu'un qui pouvait voir vos réponses ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q249 Merci de nous indiquer comment vous avez connu l'enquête.

(Plusieurs réponses possibles)

- 1 Par un professionnel
- 2 Par une association
- 3 Par des amis ou parents
- 4 Par la presse
- 5 Par Internet
- 6 Par une affiche ou un prospectus
- 7 Autre

◆ Si a connu l'enquête via une association, la presse ou Internet

Q250 Précisez l'association, la revue ou le journal ou le site Internet qui vous a fait connaître l'enquête.

Notez ci-dessous

Nous arrivons à la fin des questions.

L'Inpes vous remercie pour le temps que vous avez accordé à cette enquête.

Votre participation à cette importante étude est très précieuse.

Si vous souhaitez avoir plus d'informations sur les activités de l'Inpes, ou si vous souhaitez des informations sur la santé ou la prévention, vous pouvez aller consulter le site Internet :
www.inpes.sante.fr

ANNEXE 2

Tableaux et figures complémentaires

TABLEAU A.I

Violences subies déclarées, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)

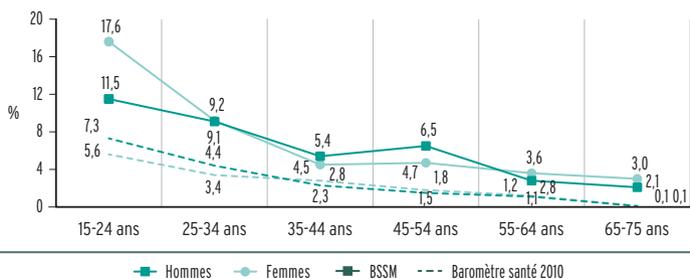
	Hommes			Femmes		
	BSSM	Baromètre santé 2010		BSSM	Baromètre santé 2010	
Au cours des douze derniers mois						
Vol	7,0	8,4	ns	5,3	6,2	ns
Violences physiques (hors atteintes sexuelles)	6,0	3,0	***	7,2	2,7	***
Menaces verbales (a)	9,0	9,7	ns	10,5	8,1	**
Regards ou paroles (ou gestes) méprisants ou humiliants (b)	25,2	14,2	***	27,4	15,6	***
Au moins une forme de violence verbale ou psychologique (a ou b)	28,4	17,8	***	32,3	18,2	***
Au cours de la vie						
Violences sexuelles	13,0	3,9	***	26,7	12,0	***
Premier rapport sexuel (15-29 ans)						
Non souhaité	9,1	5,3	***	20,6	12,2	***
Forcé	0,0	0,3	***	4,2	1,2	***

** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE A.1

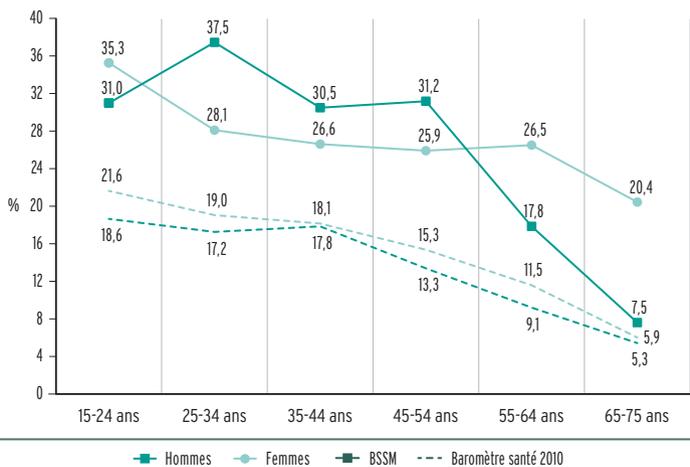
Violences physiques (excluant les violences sexuelles) subies au cours des douze derniers mois, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)



Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

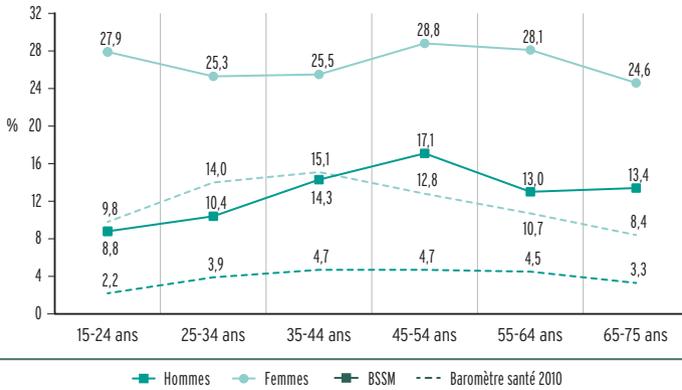
FIGURE A.2

Regards ou paroles méprisants subis au cours des douze derniers mois, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)



Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE A.3

Violences sexuelles subies au cours de la vie en fonction de l'âge, comparaisons entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)


Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU A.II

Facteurs associés au fait de se trouver en situation de détresse psychologique (MHI-5) (tris croisés et modèle logistique)

	Femmes (n = 1439)			Hommes (n = 794)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Violences physiques subies au cours des douze derniers mois						

Non (réf.)	47,9	1		40,8	1	
Oui	71,9	2,1**	[1,2 ; 3,7]	36,7	0,5	[0,2 ; 1,0]
Regards, paroles, gestes méprisants ou humiliants subis au cours des douze derniers mois						

Non (réf.)	42,4	1		34,3	1	
Oui	67,6	2,3***	[1,7 ; 2,9]	60,4	2,1***	[1,5 ; 3,1]
Violences sexuelles au cours de la vie						

Non (réf.)	46,5	1		40,4	1	
Oui	56,5	1,1	[0,8 ; 1,4]	41,8	0,8	[0,5 ; 1,3]

*** : p<0,001.

Le modèle a été ajusté sur les variables sociodémographiques (âge, sexe, diplôme, situation professionnelle, situation financière) ainsi que sur des variables liées à l'audition : pratique de la langue des signes, âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition, gêne liée aux troubles de l'audition et limitations d'activités depuis six mois liées à un problème de santé ou à un handicap.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU A.III

Facteurs associés à l'absence de contacts avec de la famille ou des amis au cours des huit derniers jours (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 436)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	894	7,0	1	
Femme	1 607	5,2	0,7	[0,5 ; 1,0]
Âge				
15-24 ans (réf.)	228	7,5	1	
25-34 ans	434	4,4	1,1	[0,4 ; 2,7]
35-44 ans	494	4,7	0,9	[0,3 ; 2,4]
45-54 ans	525	7,0	1,3	[0,5 ; 3,4]
55-64 ans	551	6,0	1,2	[0,5 ; 3,4]
65-75 ans	269	6,3	1,6	[0,5 ; 5,5]
Niveau de diplôme				

Inférieur au bac (réf.)	924	10,2	1	
Baccalauréat	422	3,6	0,3***	[0,2 ; 0,6]
Supérieur au bac	1 094	2,7	0,2***	[0,2 ; 0,4]
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	1 303	4,9	1	
Études	193	8,3	1,7	[0,7 ; 4,3]
Chômage	247	5,7	0,9	[0,5 ; 1,7]
Retraite	556	5,9	0,9	[0,4 ; 1,8]
Autres inactifs	201	9,5	1,6	[0,9 ; 2,8]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				
Avant 2 ans (réf.)	545	6,4	1	
Entre 2 et 15 ans	460	5,4	0,8	[0,5 ; 1,4]
Entre 16 et 59 ans	1 332	5,7	0,9	[0,5 ; 1,6]
60 ans et plus	111	1,8	0,2*	[0,0 ; 1,0]
Impact des troubles de l'audition				
Être très gêné	812	6,3	1,0	[0,6 ; 1,4]
Être moyennement ou pas gêné (réf.)	1 689	5,6	1	
Pratique de la LSF				
Non (réf.)	1 754	5,5	1	
Oui	747	6,7	0,9	[0,5 ; 1,4]

* : p<0,05; ***: p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU A.IV

Facteurs associés à la participation à des activités de groupe ou de loisirs au cours des huit derniers jours (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 400)

	Effectifs	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	876	68,2	1	
Femme	1 586	68,8	1,1	[0,9 ; 1,3]
Âge				
*				
15-24 ans (réf.)	190	77,4	1	
25-34 ans	433	72,3	0,8	[0,5 ; 1,3]
35-44 ans	494	67,2	0,7	[0,4 ; 1,2]
45-54 ans	525	65,9	0,8	[0,5 ; 1,4]
55-64 ans	551	66,6	0,9	[0,5 ; 1,6]
65-75 ans	269	68,0	1,0	[0,5 ; 1,9]
Niveau de diplôme				

Inférieur au bac (réf.)	890	58,9	1	
Baccalauréat	421	67,0	1,4*	[1,1 ; 1,8]
Supérieur au bac	1 093	77,4	2,4***	[2,0 ; 3,0]
Situation professionnelle				

Travail (réf.)	1 303	72,0	1	
Études	156	78,8	1,1	[0,7 ; 1,9]
Chômage	245	62,0	0,8	[0,6 ; 1,1]
Retraite	556	67,4	0,9	[0,6 ; 1,3]
Autres inactifs	201	49,3	0,5***	[0,3 ; 0,6]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition				

Avant 2 ans (réf.)	522	75,3	1	
Entre 2 et 15 ans	449	71,3	1,0	[0,7 ; 1,3]
Entre 16 et 59 ans	1 330	65,6	0,8	[0,6 ; 1,1]
60 ans et plus	111	65,8	0,7	[0,4 ; 1,2]
Impact des troubles de l'audition				

Être très gêné	806	59,3	0,7***	[0,5 ; 0,8]
Être moyennement ou pas gêné (réf.)	1 656	73,1	1	
Pratique de la LSF				

Non (réf.)	1 732	66,5	1	
Oui	730	73,4	1,4**	[1,1 ; 1,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Significativité obtenue par le Khi-deux de Pearson pour la colonne % (pourcentages bruts issus des tris bivariés entre chacune des co-variables et la variable à expliquer) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios ajustés issus de régressions logistiques).

Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

TABLEAU A.V

Facteurs associés au fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie, selon le sexe

	Femmes (n = 1557)			Hommes (n = 866)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Âge						
15-25 ans (réf.)	27,6	1		6,7	1	
26-34 ans	26,8	0,8	[0,5 ; 1,2]	9,9	1,2	[0,4 ; 3,4]
35-44 ans	26,3	0,8	[0,6 ; 1,3]	16,6	2,5	[1,0 ; 6,4]
45-54 ans	31,1	1,0	[0,7 ; 1,6]	17,4	3,0*	[1,1 ; 7,6]
55-64 ans	27,7	0,9	[0,6 ; 1,4]	13,3	2,4	[0,9 ; 6,1]
65-74 ans	27,3	0,9	[0,5 ; 1,6]	16,9	3,5*	[1,3 ; 9,6]
Niveau de diplôme						
Inférieur au bac (réf.) (n = 567)	25,6	1		13,2	1	
Baccalauréat	28,0	1,2	[0,9 ; 1,7]	11,8	0,9	[0,5 ; 1,8]
Supérieur au bac	29,8	1,4**	[1,1 ; 1,9]	15,3	1,6	[1,0 ; 2,5]
Situation financière						
	***			*		
Favorable (réf.)	21,6	1		11,7	1	
Défavorable	35,2	2,1***	[1,6 ; 2,6]	17,0	1,6*	[1,1 ; 2,4]
Pratique de la LSF						
Non (réf.)	28,6	1		12,6	1	
Oui	26,2	1,1	[0,8 ; 1,5]	16,4	1,9*	[1,0 ; 3,3]
Âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition^a						
Avant 2 ans (réf.)	24,7	1		14,1	1	
Entre 2 et 15 ans	28,3	1,3	[0,9 ; 1,8]	14,6	1,1	[0,6 ; 2,0]
16 ans et plus	30,5	1,3	[0,9 ; 1,8]	13,6	1,1	[0,6 ; 2,0]
Activité limitée par un problème de santé ou un handicap depuis au moins six mois						

Non (réf.)	22,3	1		12,6	1	
Oui, mais pas fortement	30,8	1,4**	[1,1 ; 1,8]	16,1	1,3	[0,9 ; 2,1]
Oui, fortement	34,2	1,6**	[1,2 ; 2,2]	12,1	0,9	[0,5 ; 1,7]
Avoir eu au moins un rapport homosexuel au cours de la vie (15-54 ans)						
	***			***		
Non (réf.)	27,8	1	1	9,8	1	
Oui	44,2	2,1**	[1,3 ; 3,2]	37,5	6,1***	[3,3 ; 11,3]

* p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

a. Pour les individus qui cumulent surdité et troubles de l'audition, on prend l'âge le plus ancien.

Résultats obtenus par le test du Khi-deux de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des co-variables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

Le fait d'avoir eu un rapport homosexuel au cours de la vie est considéré dans un modèle distinct ajusté sur les variables précédentes, cette question n'ayant pas été posée aux plus de 54 ans.

Source : BSSN 2011/2012, Inpes.

ANNEXE 3

Index des sigles

A

Acfos	Action connaissance formation pour la surdité
ADSM	Association des devenus sourds et malentendants
Agefiph	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
Anpeda	Association nationale des parents d'enfants déficients auditifs
API	alcoolisation ponctuelle importante
Ariada	Association régionale pour l'insertion et l'accessibilité des déficients auditifs
ARDDDS	Association de réadaptation et défense des devenus-sourds
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
AFLS	Agence française de lutte contre le sida
AST	Association des sourds de Tolosa

B

BSSM	Baromètre santé sourds et malentendants
-------------	---

C

Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAST	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CAT	centre d'aide par le travail (devenu Esat)
CCAS	centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CDTD	centre de distribution de travail à domicile
Certa	Centre d'évaluation et de réadaptation des troubles de l'audition
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
Cnamts	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés

Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNCPH	Comité national consultatif des personnes handicapées
CNRPA	Comité national des retraités et personnes âgées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPSAS	Centre de promotion sociale des adultes sourds
CTNERHI	Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations

D

Dares	direction des l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (ministère du Travail)
dB	décibel
DGCS	direction générale de la Cohésion sociale
DGOS	direction générale de l'Offre de soins (ex-DHOS)
DHOS	direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins (devenue DGOS en 2010)
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E

EHESP	École des hautes études en santé publique
Esat	établissement et service d'aide par le travail (ex-CAT)
ESMHD	Société européenne de la santé mentale et surdité

F

FFH	Fédération française handisport
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FNO	Fédération nationale des orthophonistes
FNSF	Fédération nationale des sourds de France

G

Gestes	Groupe d'études spécialisé thérapies et surdités
Grap	Groupe de recherche Alzheimer presbyacousie

H

HAS	Haute Autorité de santé
HID	Handicaps-Incapacités-Dépendance
HSM	Handicap-Santé Ménages

I

IFRH	Institut fédératif de recherche sur le handicap
ILCS	Institut de recherche et de promotion de la langue et culture sourde
INJS	Institut national des jeunes sourds
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Ireps	instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST	infection sexuellement transmissible
IVG	interruption volontaire de grossesse

L

LPC	langage ou langue français(e) parlé(e) complété(e)
LSF	langue des signes française

M

MDPH	maison départementale des personnes handicapées
MDSF	Mouvement des sourds de France
MSSH	Maison des sciences sociales du handicap

N

NHIS	<i>National Health Interview Survey</i>
-------------	---

O

OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
Onfrih	Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap

P

PCS	profession et catégorie socioprofessionnelle
------------	--

R

Ramses	Réseau d'actions médico-psychologiques et sociales pour enfants sourds
RNID	<i>Royal National Institute for Deaf People</i>
RQTH	reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

S

SIP	Santé et itinéraire professionnel
Sources-LS	Sourds coopération échanges santé-Langue des signes
SPA	substances psychoactives
Sumer	Surveillance médicale des expositions aux risques

U

Uass	unités d'accueil et de soins pour les patients sourds
UDA	Union des annonceurs
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
UNADMR	Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
Unaf	Union nationale des audioprothésistes français
Unapeda	Union nationale des associations de parents d'enfants déficients auditifs
Unccas	Union nationale des centres communaux d'action sociale
Unisda	Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif
URML	Union régionale des médecins libéraux

V

VIH	virus de l'immunodéficience humaine
------------	-------------------------------------

ANNEXE 4

Liste des tableaux et des figures

Méthode d'enquête et échantillon

- 37 **Tableau I** : Exemple de lecture d'un tableau : facteurs associés à la détresse psychologique
- 40 **Tableau II** : Données sociodémographiques des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 41 **Tableau III** : Situation financière des répondants des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 42 **Tableau IV** : Situation géographique des répondants des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010, en France métropolitaine (en pourcentage)
- 42 **Tableau V** : Pays de naissance des répondants des échantillons du BSSM et du Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 44 **Tableau VI** : Divers indicateurs liés à la surdité dans le BSSM (données brutes)
- 45 **Tableau VII** : Présence de maladies chroniques et déclaration de limitation d'activités dans le BSSM et dans le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)^a
- 45 **Tableau VIII** : Causes de limitation d'activités déclarées dans le BSSM chez les 15 ans et plus (n = 2812) (données brutes, en pourcentage)
- 46 **Tableau IX** : Capacités et possibilités pour entendre, communiquer et lire dans le BSSM (données brutes)
- 47 **Tableau X** : Les troubles de l'audition autres que la surdité dans le BSSM (données brutes)
- 48 **Tableau XI** : Usage et besoins en matière d'aides humaines et techniques dans le BSSM (données brutes)
- 64 **Tableau XII** : Facteurs associés au fait de ne pas lire facilement un livre (n=2 488)
- 65 **Tableau XIII** : Facteurs associés au fait de s'exprimer difficilement à l'oral (n=2 490)
- 71 **Tableau XIV** : Présence d'acouphènes et/ou d'hyperacousie et surdité
- 34 **Figure 1** : Date des actions de communication sur l'enquête et nombre de questionnaires remplis intégralement (effectifs cumulés)
- 35 **Figure 2** : Mode de connaissance de

- l'enquête selon la pratique de la LSF (en pourcentage)
- 35 **Figure 3** : Cumul du nombre de sites ayant référencé le BSSM
- 51 **Figure 4** : Acuité auditive perçue et capacité à avoir des conversations téléphoniques (en pourcentage)
- 52 **Figure 5** : Acuité auditive perçue et communication avec le médecin généraliste (en pourcentage)
- 53 **Figure 6** : Acuité auditive perçue et capacité à entendre une conversation à plusieurs (en pourcentage)
- 54 **Figure 7** : Acuité auditive perçue et appareillage (en pourcentage)
- 55 **Figure 8** : Acuité auditive perçue et implant cochléaire (en pourcentage)
- 55 **Figure 9** : Âge et acuité auditive perçue (en pourcentage)
- 56 **Figure 10** : Âge de survenue de la surdité et acuité auditive perçue (en pourcentage)
- 56 **Figure 11** : Acuité auditive perçue et rapidité d'apparition de la surdité (en pourcentage)
- 57 **Figure 12** : Acuité auditive perçue et sexe (en pourcentage)
- 57 **Figure 13** : Acuité auditive perçue et niveau de diplôme (en pourcentage)
- 57 **Figure 14** : Acuité auditive et situation financière perçues (en pourcentage)
- 58 **Figure 15** : Acuité auditive perçue et octroi d'une allocation en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition (en pourcentage)
- 58 **Figure 16** : Acuité auditive perçue et octroi de la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)^a (en pourcentage)
- 59 **Figure 17** : Locuteurs de la LSF par classe d'âge (en pourcentage)
- 60 **Figure 18** : Pratique de la LSF et niveau de diplôme (en pourcentage)
- 60 **Figure 19** : Pratique de la LSF et situation financière (en pourcentage)
- 60 **Figure 20** : Acuité auditive perçue et pratique de la LSF (en pourcentage)
- 61 **Figure 21** : Âge de survenue de la surdité et pratique de la LSF (en pourcentage)
- 61 **Figure 22** : Pratique de la LSF et appareillage (en pourcentage)
- 61 **Figure 23** : Pratique de la LSF et implant cochléaire (en pourcentage)
- 62 **Figure 24** : Pratique de la LSF et usage de la lecture labiale (en pourcentage)
- 62 **Figure 25** : Pratique de la LSF et usage d'un centre relais (en pourcentage)
- 62 **Figure 26** : Pratique de la LSF et limitation dans les actes de la vie quotidienne (en raison d'un problème de santé ou d'un handicap) (en pourcentage)
- 66 **Figure 27** : Autoqualification de sourd ou de malentendant et acuité auditive perçue (en pourcentage)
- 66 **Figure 28** : Pratique de la LSF et autoqualification (en pourcentage)
- 67 **Figure 29** : Autoqualification et âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 67 **Figure 30** : Autoqualification et limitations d'activités liées à un problème de santé ou à un handicap (en pourcentage)
- 68 **Figure 31** : Classe d'âge et autoqualification (en pourcentage)
- 68 **Figure 32** : Autoqualification et sexe (en pourcentage)
- 69 **Figure 33** : Autoqualification et niveau de diplôme (en pourcentage)
- 69 **Figure 34** : Autoqualification et situation financière perçue (en pourcentage)
- 69 **Figure 35** : Autoqualification et connaissance/fréquentation des foyers ou associations en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition (en pourcentage)
- 71 **Figure 36** : Acuité auditive perçue et présence d'acouphènes (en pourcentage)
- 72 **Figure 37** : Acuité auditive perçue et présence d'hyperacousie (en pourcentage)
- 72 **Figure 38** : Acuité auditive perçue et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 72 **Figure 39** : Pratique de la LSF et niveau

de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)

- 72 **Figure 40** : Pratique de la LSF et présence d'acouphènes (en pourcentage)
- 73 **Figure 41** : Pratique de la LSF et présence d'hyperacousie (en pourcentage)
- 73 **Figure 42** : Acuité auditive perçue et âge de survenue des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 74 **Figure 43** : Acuité auditive perçue et rapidité d'apparition des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 74 **Figure 44** : Sexe et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 74 **Figure 45** : Âge et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 75 **Figure 46** : Niveau de diplôme et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 75 **Figure 47** : Situation financière perçue et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)
- 75 **Figure 48** : Limitations d'activité et niveau de gêne des troubles de l'audition (en pourcentage)

Santé mentale et qualité de vie

- 83 **Tableau I** : Comparaison d'indicateurs relatifs à la qualité de vie, à la santé mentale et au suicide dans le BSSM et dans le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 84 **Tableau II** : Principaux indicateurs relatifs à la qualité de vie et à la santé mentale selon l'acuité auditive perçue, par sexe (en pourcentage)
- 86 **Tableau III** : Facteurs associés à la détresse psychologique (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 576)
- 87 **Tableau IV** : Autres facteurs associés^a à la détresse psychologique (tris croisés et modèles logistiques) (n = 2 576)
- 88 **Tableau V** : Facteurs associés à une perception médiocre ou mauvaise de sa santé (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 436)
- 89 **Tableau VI** : Facteurs associés aux pensées suicidaires dans les douze derniers mois (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 576)
- 90 **Tableau VII** : Facteurs associés à la prise de médicaments pour les nerfs ou pour dormir au cours de la vie (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 576)
- 91 **Tableau VIII** : Facteurs associés à la psychothérapie au cours de la vie (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 576)

Santé et travail

- 110 **Tableau I** : Facteurs associés au travail à temps partiel (tris croisés et modèle logistique) (n = 1 053)
- 112 **Tableau II** : Facteurs associés à la connaissance par l'employeur de la situation auditive des actifs occupés (n = 1 069)
- 113 **Tableau III** : Facteurs associés à l'obtention de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (n = 1 153)^a
- 114 **Tableau IV** : Facteurs associés à la situation de chômage sur la base de la population active (n = 1 409)
- 116 **Tableau V** : Conditions de travail chez les actifs occupés, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 118 **Tableau VI** : Facteurs associés au fait d'exprimer une pénibilité physique au travail et de rencontrer des situations fréquentes de tension avec le public (non concernés mis en manquant)
- 120 **Tableau VII** : Facteurs associés au fait d'exprimer des difficultés à respecter les délais, un manque de moyens pour faire un travail de qualité, une absence de latitude décisionnelle (non concernés mis en manquant)
- 122 **Tableau VIII** : Facteurs associés au fait d'exprimer une absence de soutien social (non concernés mis en manquants)
- 123 **Tableau IX** : Facteurs associés au fait d'exprimer des difficultés de communication avec les collègues de travail

- 125 **Tableau X** : Facteurs associés au fait d'avoir des aides pour communiquer dans son travail (n = 1 182)
- 127 **Tableau XI** : Facteurs associés au fait de se déclarer gêné par le bruit dans son travail (n = 1 182)
- 128 **Tableau XII** : Facteurs associés au fait de déclarer un travail fatigant physiquement (n = 1 182)
- 131 **Tableau XIII** : Facteurs associés au fait de déclarer un travail fatigant nerveusement (n = 1 182)
- 133 **Tableau XIV** : Les situations de détresse psychologique des actifs (en pourcentage), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010
- 135 **Tableau XV** : Facteurs associés au fait de se trouver en situation de détresse psychologique pour motif professionnel (n = 572)
- 137 **Tableau XVI** : Facteurs associés au fait d'évoquer des pensées suicidaires pour raison professionnelle (n = 250)
- 139 **Tableau XVII** : Facteurs associés au fait de déclarer un impact négatif du travail sur la vie privée (vie familiale et/ou vie amoureuse) (n = 1 183)
- 140 **Tableau XVIII** : Facteurs associés au fait de déclarer son travail bon pour sa santé (n = 1 182)
- 106 **Figure 1** : Situation professionnelle selon l'âge (en pourcentage), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010
- 107 **Figure 2** : Proportion d'actifs occupés par sexe et catégorie socioprofessionnelle (données brutes), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)
- 108 **Figure 3** : Motifs liés au travail à temps partiel chez les actifs occupés salariés, selon le sexe (en pourcentage, plusieurs réponses possibles)
- 126 **Figure 4** : Fréquence des aides personnelles au travail (base actifs occupés, n = 1 384) (en pourcentage)
- 126 **Figure 5** : Types d'aides personnelles reçues

(base actifs occupés bénéficiant d'une aide dans leur travail, n = 343) (en pourcentage)

Recours et accès aux soins

- 157 **Tableau I** : Consultation du généraliste et de spécialistes durant les douze derniers mois, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 157 **Tableau II** : Fréquence de la consultation dans l'année du médecin généraliste pour les personnes déclarant une maladie chronique, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 160 **Tableau III** : Facteurs associés au recours aux soins dans les douze derniers mois des différents professionnels de santé (tris croisés et modèles logistiques) (n = 2 577)
- 164 **Tableau IV** : Facteurs associés à la consultation d'un gynécologue chez les femmes de 15 à 85 ans (n = 1 637)
- 165 **Tableau V** : Facteurs associés au fait de ne pas avoir consulté de spécialiste au cours des douze derniers mois (n = 2 577)
- 166 **Tableau VI** : Facteurs associés au fait d'avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois pour raisons financières (n = 2 561)
- 169 **Tableau VII** : Facteurs associés au fait d'avoir des difficultés à prendre rendez-vous avec le médecin généraliste (n = 2 423)
- 171 **Tableau VIII** : Facteurs associés au fait de ne pas communiquer directement avec le médecin généraliste (n = 2 311)^a
- 174 **Tableau IX** : Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à une consultation adaptée au cours des douze derniers mois (n = 2 402)
- 156 **Figure 1** : Déclaration de limitation d'activités, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 166 **Figure 2** : Renoncement aux soins par classe d'âge, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)

- 168 **Figure 3** : Capacité à prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste selon l'acuité auditive perçue (en pourcentage)
- 170 **Figure 4** : Conséquences des difficultés à prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste, suivant le fait d'être aidé ou pas (sur la base des personnes ayant des difficultés à prendre rendez-vous, n = 679)
- 170 **Figure 5** : Acuité auditive perçue et difficultés de communication avec le médecin généraliste (en pourcentage)
- 171 **Figure 6** : Communication avec le médecin généraliste selon le statut (locuteurs de la LSF ou non-locuteurs) (en pourcentage)
- 173 **Figure 7** : Moyens de communication directe avec le médecin selon le statut (locuteurs de la LSF ou non-locuteurs) (base des personnes communiquant directement avec le médecin, n = 2 307) (en pourcentage)
- 173 **Figure 8** : Utilisation de l'oral avec le médecin selon l'acuité auditive (base des personnes communiquant directement avec le médecin, n = 2 307) (en pourcentage)
- 175 **Figure 9** : Motif de non-recours à une consultation adaptée, selon l'acuité auditive (base des personnes n'ayant pas consulté, n = 1 915 personnes) (en pourcentage)
- 176 **Figure 10** : Proportion de femmes ayant réalisé des dépistages du cancer du sein et du cancer du col utérin et d'hommes ayant effectué un dépistage du cancer colorectal, en fonction des âges au cours desquels ces tests sont recommandés, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)
- 190 **Tableau III** : Facteurs associés au fait de répondre correctement à la question du moment de contagion de la grippe parmi les répondants déclarant ne pas bien entendre (tris croisés et modèle logistique)
- 191 **Tableau IV** : Les modes de transmission de la grippe déclarés, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 191 **Tableau V** : Connaissance des modes de transmission du virus de la grippe en fonction de la pratique de la LSF et de la capacité à lire un livre (en pourcentage, données pondérées)
- 192 **Tableau VI** : Facteurs associés au sentiment de craindre des sujets de santé (quartile craignant le plus les sujets sur le cumul des différents thèmes évoqués) parmi l'ensemble des répondants
- 196 **Tableau VII** : Facteurs associés à l'utilisation d'Internet pour chercher de l'information sur la santé parmi les répondants déclarant ne pas bien entendre
- 198 **Tableau VIII** : Souhaits en matière d'information sur les sujets de santé pour les quinze thèmes les plus demandés, en fonction de la pratique de la LSF (en pourcentage)
- 195 **Figure 1** : Sources d'information préférées selon que les personnes pratiquent ou non la LSF (en pourcentage)
- 197 **Figure 2** : Demandes d'information sur la santé (thèmes répartis en six classes) (en pourcentage)

L'information sur la santé : accessibilité et attentes

- 187 **Tableau I** : Proportion de personnes se disant « *très bien* » ou « *bien* » informées, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)
- 188 **Tableau II** : Facteurs associés au senti-

Substances psychoactives et conduites addictives

- 211 **Tableau I** : Comparaison des principaux indicateurs de consommations de tabac, d'alcool et de cannabis du BSSM et du Baromètre santé 2010

- 213 **Tableau II** : Les types d'alcools consommés chez les 15 ans et plus et chez les 15-25 ans (en pourcentage), comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)
- 215 **Tableau III** : Facteurs socioéconomiques associés aux consommations de tabac et de cannabis, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (données redressées)
- 216 **Tableau IV** : Facteurs socioéconomiques associés aux consommations d'alcool, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010
- 217 **Tableau V** : Associations entre les variables liées à la surdité, aux troubles de l'audition, à la santé et les consommations de substances psychoactives (modèles ajustés sur les variables socioéconomiques)
- 220 **Tableau VI** : Consommation de tabac quotidien et alcoolisations ponctuelles importantes des personnes concernées par une surdité ou des acouphènes, enquête Handicap-Santé Ménages 2008 (données redressées)
- 212 **Figure 1** : Comparaison des principaux indicateurs de consommation de substances psychoactives entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 selon l'âge (données redressées)
- 214 **Figure 2** : Les niveaux d'usage de cannabis selon l'âge (données redressées)
- 218 **Figure 3** : Polyconsommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis selon l'âge (données redressées)
- Vie sexuelle, IST, contraception**
- 230 **Tableau I** : Facteurs associés au fait de déclarer un âge précoce au premier rapport sexuel (avant 16 ans) parmi l'ensemble des 15-29 ans (tris croisés et modèle logistique)
- 232 **Tableau II** : Facteurs associés à l'utilisation d'un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel parmi les 15-29 ans sexuellement actifs (n = 303)
- 232 **Tableau III** : Moyens de contraception utilisés lors du premier rapport sexuel parmi les moins de 30 ans ayant utilisé une méthode de contraception (en pourcentage)
- 234 **Tableau IV** : Facteurs associés au fait de déclarer un rapport homosexuel au cours de la vie
- 237 **Tableau V** : Facteurs associés au fait de déclarer au moins un nouveau partenaire sexuel au cours des douze derniers mois, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (n = 1 277)
- 238 **Tableau VI** : Facteurs associés au fait de déclarer avoir utilisé toujours ou presque un préservatif avec le(s) nouveau(x) partenaire(s) sexuel(s) au cours des douze derniers mois, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (n = 527)
- 241 **Tableau VII** : Facteurs associés au fait de déclarer être bien informé sur le sida et les IST hors sida, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs (n = 1 493)
- 242 **Tableau VIII** : Facteurs associés à la réalisation d'un test de dépistage du VIH au cours de la vie selon le sexe, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs
- 229 **Figure 1** : Déclarer un rapport sexuel au cours de la vie parmi les 15-54 ans selon le sexe (en pourcentage)
- 230 **Figure 2** : Déclarer un rapport sexuel précoce au cours de la vie parmi les 15-29 ans selon le sexe (en pourcentage)
- 231 **Figure 3** : Souhait du premier rapport sexuel parmi les 15-29 ans sexuellement actifs selon le sexe (en pourcentage)
- 231 **Figure 4** : Utilisation d'un moyen pour prévenir une grossesse lors du premier rapport sexuel parmi les 15-29 ans sexuellement actifs selon le sexe (en pourcentage)
- 233 **Figure 5** : Expérience avec une personne du

même sexe au premier rapport, au cours de la vie et au cours des douze derniers mois (en pourcentage)

- 235 **Figure 6** : Avoir eu au moins un rapport sexuel au cours des douze derniers mois selon le sexe, parmi l'ensemble des 15-54 ans (en pourcentage)
- 235 **Figure 7** : Avoir eu plusieurs partenaires et au moins un nouveau partenaire au cours des douze derniers mois selon le sexe, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (en pourcentage)
- 237 **Figure 8** : Utilisation du préservatif avec le (ou les) nouveau(x) partenaire(s) au cours des douze derniers mois (en pourcentage)
- 238 **Figure 9** : Proportion de femmes âgées de 15 à 54 ans déclarant être « *plutôt bien* » ou « *très bien* » informées sur la contraception selon l'âge
- 239 **Figure 10** : Principal moyen de contraception utilisé parmi les femmes de 15-54 ans sexuellement actives au cours des douze derniers mois, non ménopausées et pas exclusivement homosexuelles, utilisant actuellement une contraception (en pourcentage)
- 240 **Figure 11** : Recours à l'IVG parmi les femmes de 15-54 ans sexuellement actives dans la vie selon l'âge (en pourcentage)
- 242 **Figure 12** : Réalisation d'un test de dépistage du VIH au cours de la vie et incidence cumulée des IST déclarées dans les cinq dernières années selon le sexe, parmi les personnes sexuellement actives (en pourcentage)
- 278 **Figure A.2** : Regards ou paroles méprisants subis au cours des douze derniers mois, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)
- 279 **Figure A.3** : Violences sexuelles subies au cours de la vie en fonction de l'âge, comparaisons entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)
- 279 **Tableau A.II** : Facteurs associés au fait de se trouver en situation de détresse psychologique (MHI-5) (tris croisés et modèle logistique)
- 280 **Tableau A.III** : Facteurs associés à l'absence de contacts avec de la famille ou des amis au cours des huit derniers jours (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 436)
- 281 **Tableau A.IV** : Facteurs associés à la participation à des activités de groupe ou de loisirs au cours des huit derniers jours (tris croisés et modèle logistique) (n = 2 400)
- 282 **Tableau A.V** : Facteurs associés au fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie, selon le sexe

Annexe 2

- 277 **Tableau A.I** : Violences subies déclarées, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)
- 278 **Figure A.1** : Violences physiques (excluant les violences sexuelles) subies au cours des douze derniers mois, comparaison entre le BSSM et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage) (données redressées)

Études et enquêtes récemment parues aux éditions de l'Inpes

Questionnaire du Baromètre santé 2014.

2015, 44 p.

http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2014/pdf/Questionnaire2014_A4_BARO.pdf

Richard J.-B., Gautier A., Guignard R., Léon C., Beck F.

Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014.

2015, 20 p.

Léon C., Beck F. (dir.)

Les comportements de santé des 55-85 ans.

Analyses du Baromètre santé 2010.

2014, 192 p.

Beck F., Richard J.-B. (dir.)

Les Comportements de santé des jeunes.

Analyses du Baromètre santé 2010

2013, 344 p.

Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B.

Atlas des usages de substances psychoactives 2010.

Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes.

2013, 104 p.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1613.pdf>

Beck F., Gautier A. (dir.)

Baromètre cancer 2010

2012, 272 p.

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
75 rue de Lourmel - 75015 Paris - philippeferrero.tel
Photographie de couverture : spectrogramme de la prononciation
du mot « sourd » © **Philippe Ferrero**
Impression octobre 2015 **Fabrègue**
Bois Joly - BP 10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Dépôt légal novembre 2015

Le Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012 est la première enquête de l'Inpes réalisée auprès des populations concernées par une surdité ou des troubles de l'audition.

Menée en collaboration avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, cette étude a permis de recueillir des données inédites sur les perceptions et les comportements liés à la santé de ces populations.

Les thèmes principaux sont traités en sept chapitres. La description de la méthode d'enquête est suivie par une présentation détaillée de l'échantillon visant à expliciter les situations du point de vue de l'audition. La santé mentale, la qualité de vie et la santé au travail permettent d'aborder les conditions de vie avec une surdité. Le rapport au système de soins et à l'information sur la santé questionne leur accessibilité. La sexualité et les consommations de substances psychoactives sont interrogées sous l'angle des prises de risques.

Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires. Ne peut être vendu.



Avec le soutien de la



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France