

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2019

N° 2019-139

**THÈSE**

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Laura COURTEILLE

née le 30 novembre 1989 à Clamart (92)

---

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2019

---

PERCEPTION ET VÉCU DES PERSONNES SOURDES  
À L'ÉGARD DE SITUATIONS VIOLENTES  
ÉTUDE ANALYTIQUE COMPARATIVE ENTRE SOURDS ET ENTENDANTS EN FRANCE

---

Président : Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Directeur de thèse : Madame le Docteur RIDOUX Isabelle

Membres du jury : Monsieur le Docteur CLEMENT Renaud

Monsieur le Docteur BONNEFOND Hervé

*« That which has no name,  
That for which we have no words or concepts,  
Is rendered mute and invisible »*

B. Du Bois, 1983

## REMERCIEMENTS

---

À Monsieur le Professeur Rémy SENAND, de me faire l'honneur de présider et de participer à mon jury. Merci pour votre investissement dans notre formation et notre encadrement facultaire.

À Monsieur le Docteur CLEMENT, d'avoir accepté de participer à ce jury et de m'avoir permis d'explorer le monde de la Médecine Légale au cours de mon internat. Merci à toute votre équipe pour votre encadrement et votre confiance.

À Monsieur le Docteur BONNEFOND, d'avoir accepté de traverser la France pour participer à ce jury. Merci pour votre connaissance et votre expertise du monde Sourd.

À Madame le Docteur RIDOUX, d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Merci de m'avoir apportée vos connaissances et soutenue tout au long de ce projet.

À mes maîtres de stage, hospitaliers et libéraux, et à tous les professionnels rencontrés, pour leur enseignement et leur accompagnement. Un merci particulier aux médecins du Sillon qui m'ont redonné goût et confiance dans la Médecine Générale.

Aux UASS de France pour votre aide dans le recrutement. Merci Morgane pour ton aide dans la création du questionnaire et pour en avoir assuré toute la traduction en Langue des Signes afin de permettre au public sourd d'y participer. Merci Pascale, Joëlle et Stéphanie de m'avoir accueillie à l'UASS de Nantes et fait découvrir ce beau projet d'accueil et de soins.

À STEUM et ses formateurs en Langue des Signes, Véronique, Hervé, Stéphane, Soazick et Pauline. Merci pour vos cours, nos échanges et le partage de votre culture. Et merci à mes copains de formation qui m'ont aidé à progresser !

À Roxane de m'avoir éclairé sur les statistiques. Encore des zones obscures mais j'espère qu'on aura l'occasion de continuer ce travail.

À Valérie, pour ces relectures que je ne compte même plus, vos critiques et votre encouragement.

Aux personnes qui ont répondu au questionnaire de thèse.

Et enfin, merci à mes proches qui m'ont aidé chacun à leur manière à parcourir ces années d'études et à m'épanouir.

Merci à ma famille et les extras,

Mes parents grâce à qui, bien sûr, je suis là aujourd'hui. Merci de m'avoir partagée votre soif de labeur, de sciences et de cultures. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce parcours tout en me laissant voguer vers d'autres projets, toujours sous votre regard bienveillant.

Agathe, maintenant je te préviens c'est Docteur La Mioche, même si t'as été la première à obtenir ce grade !! Merci pour tout sœurlette.

Kathy, merci d'être toujours là pour nous tous, ta disponibilité, ta générosité, ton engagement.

Mémé Tony, difficile de croire que 60 ans nous séparent. Radieuse du haut de tes 90 ans, c'est un vrai plaisir de te savoir auprès de moi en cette journée si particulière.

Mémé et Pépé Flers, je sais que vous auriez aimé être auprès de moi ce jour. Vous l'êtes très fortement en pensée. Votre engagement auprès des autres, que je voyais avec des yeux d'enfant, a bien dû inspirer mon parcours.

Gege, tes bons plans cultures et nos sorties à Paris ou Pornic.

Les Croquet', ma 2<sup>ème</sup> maison quand vous étiez Tourangeaux, merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre simplicité.

Les Lecomte pour votre accueil dans cette déjà si grande et belle famille.

Merci les copains,

Loulou, Juju et Sarah, après tout, la grande section de maternelle c'était hier ! Louise grâce à qui tout à commencer, qui m'a permis de prendre conscience que je voulais devenir médecin. Justine et Sarah (et Aurel et Noah) de m'avoir accueillie et logée lors de mes escapades Rennaises pour ce travail de thèse.

Mes sirènes, Marion, Sara et Larasati. Des heures de natation (si, c'est vrai !), de potins, de découvertes de la vie et du monde. Et merci à vos hommes, petits et grands (et futurs) de vous rendre heureuses et de nous permettre de se retrouver comme avant.

Les Péguysards et la Seconde 3, nos aventures germaniques et les soirées Coco. Pensées plus particulières pour Clémie, coloc et baroudeuse de toujours, mon alibi, mon compagnon de BU, merci Maîtresse, pour tout. Elz, ma prune, merci de toujours nous faire voyager, pleins de bonheur dans ces nouveaux projets. Thildou, malgré ton nouveau statut rien n'effacera ces années près de toi, ton énergie, ton optimisme *Jeden Tag ein Lächeln* ☺

Les copains de la fac de Tours : J'ai décidé de suivre le cours de la Loire mais ces 6 ans resteront mémorables. Le Tut', La Corpouf, et plus particulièrement Alexia, Batou, Berru,

Candice, Clarisse, Dudul, Fush, Isma, Lak, Louis, Lulu, Marie, MB, Noé, Po, Poupou, Scrapy, Toadou, Torzi.

Adèle, tout commença plus tôt mais ces 6 ans nous ont bien rapprochées. Merci pour ta sensibilité, notre amour partagé des potins, et les vacances à Pouchergues tous ensemble. Heureuse de te voir t'épanouir avec ta petite famille.

Louise (s), vous avez embelli ma P1.

Patate, le meilleur assortiment avec une Carotte ! merci pour ce stage de fou à Washington D.C., pour ta joie de vivre et ta franchise.

Zizie (eh oui désolée tu es gravée dans ma thèse !), je ne sais combien de kilomètres nous séparent aujourd'hui mais je sais que je peux toujours compter sur toi. Faudrait que tu reviennes quand même, mon cerveau t'attend pour arrêter de divaguer, et on doit réfléchir au prochain voyage !

Les compagnons / coloc d'internat : FLC représente, les Momo, Marie, Marine et Sandrine + Clémence ; Les Sables : le semestre le plus mémorable, Chrystelle, Pierre, Dam, Haïssam, Marie Cam, Audrey, Céline, Amandine, Benj, Tati.

Aux anciens du SIMGO (Aline) et à mes contemporains : de belles rencontres lors de la journée d'accueil puis 2 ans de bureau qui ont abouti à de belles amitiés, Paul, Marine, Jo, Coco, Chloé, Mélanie, Ségo, Charles, Adrien, Chloé B

Bichon, pour ton aide et ta disponibilité lors de l'écriture de cette thèse, j'admire ta patience et ton intérêt à former et aider les autres. Mais il n'y a pas que le boulot, que nos escapades culturelles perdurent !!

Lapine, pour ces 2 ans de coloc, ton attrait pour tout et ta sérénité face à mon besoin que tout soit cadré. Pour tes Coutonnades aussi !

Marie Cam et Haïssam pour votre disponibilité et les repas à l'improviste.

Paul et Marine pour votre générosité et vos idées farfelues, la dernière en date qui nous rassemblent autour du brassage de la bière.

Coco, Paul et Jo pour ces heures plus ou moins brèves passées ensemble à la BU.

Ségo et Guitou, les meilleurs cultivateurs du Sud Loire !

À toi mon Jules, pour tes encouragements et ta réassurance face à mes doutes au cours de ce travail. Et pour toutes ces journées passées auprès de toi.

# TABLE DES MATIERES

---

<b>I. LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>8</b>
<b>II. PRÉAMBULE .....</b>	<b>9</b>
<b>III. INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
A. LE HANDICAP .....	10
1. Définitions.....	10
2. Le Handicap et la Société.....	11
B. VIOLENCE – MALTRAITANCE.....	11
1. Définition de la violence.....	11
2. Définition de la maltraitance.....	12
C. HANDICAP ET MALTRAITANCE.....	12
1. Facteurs de vulnérabilité.....	13
2. Maltraitements infantiles.....	13
3. Violences intrafamiliales.....	14
4. Violences par les pairs.....	15
5. Violences à l'âge adulte.....	15
D. LA SURDITE .....	16
1. Définition et épidémiologie.....	16
2. Entre handicap et culture .....	17
3. Modes de communication .....	18
E. FACTEURS SPECIFIQUES DE VULNERABILITE .....	21
1. Troubles de la sociabilisation.....	21
2. Isolement social .....	21
3. Accès à l'information.....	22
4. Éducation à la sexualité.....	22
5. Difficultés pour rapporter les faits .....	23
6. Structures d'aides en cas de violence.....	24
F. SITUATIONS FACE A LA VIOLENCE .....	25
1. Attitudes parentales .....	25
2. Abus sexuels.....	26
3. Maltraitements institutionnelles .....	26
4. Violences conjugales .....	26
G. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	27
<b>IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>29</b>
A. TYPE D'ETUDE.....	29
B. POPULATIONS ETUDIEES .....	29
1. Population sourde = groupe « cas » .....	29
2. Population entendante = groupe « témoin » .....	29
C. TAILLE DE L'ECHANTILLON ET CALCUL DU NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES.....	30
D. CRITERES DE JUGEMENT .....	32
E. LE QUESTIONNAIRE .....	32
1. Contenu.....	32
2. Création du questionnaire .....	36
F. RECRUTEMENT .....	36
1. Population sourde.....	36
2. Population entendante.....	37

G.	MESURE DES PRINCIPALES DONNEES .....	37
H.	TESTS STATISTIQUES .....	38
I.	COMITE D'ETHIQUE .....	38
<b>V.</b>	<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>39</b>
A.	PATIENTS INCLUS .....	39
B.	CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS.....	40
C.	NIVEAU D'ACCEPTABILITE DES SITUATIONS CLINIQUES.....	42
1.	<i>Groupe « sourd »</i> .....	42
2.	<i>Groupe « entendant »</i> .....	44
3.	<i>Comparaison du niveau d'acceptabilité entre les deux groupes</i> .....	44
4.	<i>Comparaison du niveau d'acceptabilité selon les caractéristiques sociodémographiques</i> .....	47
D.	LES ANTECEDENTS .....	47
1.	<i>Périodicité des faits</i> .....	48
2.	<i>Score des violences subies</i> .....	50
E.	L'ACCEPTABILITE DES SITUATIONS SELON LE VECU.....	51
1.	<i>Abus psychologiques</i> .....	51
2.	<i>Abus physiques</i> .....	54
3.	<i>Abus sexuels</i> .....	56
<b>VI.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>58</b>
A.	PRINCIPAUX RESULTATS .....	58
1.	<i>Hypothèse initiale</i> .....	58
2.	<i>Critère de jugement secondaire</i> .....	60
B.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE .....	61
1.	<i>Les forces</i> .....	61
2.	<i>Les faiblesses</i> .....	62
C.	COMPARAISON AVEC LA POPULATION GENERALE .....	64
D.	IMPLICATION PRATIQUE ET PERSPECTIVES .....	64
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>66</b>
<b>VIII.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>67</b>
<b>IX.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>72</b>
<b>X.</b>	<b>TABLES DES FIGURES ET DES TABLEAUX .....</b>	<b>89</b>

## I. LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé  
BEP : Brevet d'Études Professionnelles  
BSSM : Baromètre Santé Sourds et Malentendants  
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle  
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire  
CMV : Cyto-Mégalo Virus  
CPP : Comité de Protection des Personnes  
CTQ : Childhood Trauma Questionnaire  
DNB : Diplôme National du Brevet  
EH : Enfant en situation de Handicap  
FH : Femme en situation de Handicap  
HH : Homme en situation de Handicap  
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
LPC : Langage Parlé Complété  
LSF : Langue des Signes Française  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
OR : Odd Ratio  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
PH : Personne en situation de Handicap  
PNH : Personne Non Handicapée  
RR : Risque Relatif  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SMS : Short Message System  
UASS : Unité d'Accueil et des Soins pour Sourds  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## II. PRÉAMBULE

À la suite d'un stage de six mois dans l'unité médico-judiciaire du Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes, je me suis posée la question de l'accessibilité des personnes en situation de handicap dans le parcours judiciaire et de soins. Au sein de cette unité, les personnes qui ont subi une agression et pour laquelle ils portent plainte, sont vues en consultation à la demande de la justice. Le handicap touche 18 % de la population Française (INSEE 2015) et rend la personne vulnérable selon les termes de la loi (article 222-14 du Code Pénal). Paradoxalement lors de ce stage j'ai eu en consultation un très faible nombre de personnes en situation de handicap.

À cette même période, j'ai découvert la Langue des Signes Française. Mes formateurs m'ont sensibilisée aux difficultés d'accès à l'information, d'accès aux soins pour les sourds, et également d'accès aux services d'interprétariat pour leurs démarches administratives.

Leur famille entendante les aide beaucoup puisque 91,7 % des enfants sourds naissent de parents entendants (1).

Face à des violences subies, on sait que l'entourage proche est souvent l'auteur des faits (2). On peut se demander comment une victime sourde peut appeler à l'aide dans ce contexte-là.

Du fait de leurs difficultés communicationnelles, je me suis donc posée la question de la vulnérabilité des sourds face à la violence.

L'objectif de ce travail de thèse est de repérer des situations à risque de violence que les sourds ne considèrent pas comme telles, comparativement aux entendants. Ce repérage permettrait d'aider et de les sensibiliser afin de limiter leur vulnérabilité.

Pour cela j'ai d'abord analysé les différentes sources de vulnérabilité de la personne en situation de handicap puis plus spécifiquement de la personne sourde, à partir de la littérature française et étrangère.

Avec l'aide de l'Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds (UASS) de Rennes, nous avons mis en place un questionnaire bilingue informatisé adressé à des entendants et des sourds. Ce questionnaire présente, sous la forme de vignettes cliniques, des situations de violence ou non, pour lesquelles nous avons demandé leur degré d'acceptabilité à chacun des répondants.

Nous les avons également interrogés sur leurs antécédents personnels de violences, afin de mieux connaître la situation des Sourds français. Il y a en effet très peu d'études à ce sujet en France.

### III. INTRODUCTION

#### A. Le Handicap

##### 1. Définitions

L'étymologie du terme vient de l'anglais « hand in cap », soit « main dans le chapeau ». Il fait référence aux courses hippiques où certains chevaux étaient alourdis ou devaient parcourir une distance plus longue pour équilibrer les courses. Les paris équivalaient à tirer au sort dans un chapeau le numéro d'un cheval.

Pour l'homme, le handicap est initialement défini comme un élément qui doit être compensé pour égaliser les chances (François Bloch-Lainé, 1967) (3).

Plus tard, la définition prend une dimension plus scientifique avec le modèle créé par P. Wood en 1975 (3). Le handicap est un désavantage social en conséquence de maladies. Il définit ainsi :

- **la déficience** = toute perte de substance ou altération d'une structure, d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ;
- **l'incapacité**, qui résulte de la déficience = toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité, dans les limites considérées comme normales pour un être humain (selon âge, sexe, culture) ;
- **le handicap**, qui résulte de la déficience ou de l'incapacité, limitant ou interdisant l'accomplissement d'un rôle normal.

En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (4), définit le handicap comme l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale et des facteurs personnels et environnementaux.

À ce propos, on ne devrait plus parler de « personne handicapée » mais de « personne en situation de handicap ». Par exemple, une personne en fauteuil roulant n'est pas limitée dans ses déplacements à son domicile si celui-ci est adapté. En revanche, elle va se trouver en situation de handicap si dans la ville, des infrastructures ne sont pas mises en place.

La loi Française, en 2005 (5), reprend cette définition :

*« Le handicap correspond à 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. Le Handicap et la Société

La différence face à la norme a abouti à diverses théories et comportements de la société au fil du temps (6). Les croyances religieuses ont souvent vu la naissance d'un enfant handicapé comme un signe de la colère des Dieux ou une faute. Le seul moyen de s'en protéger était de l'exclure de la société.

Pendant le Moyen-Âge a été créé l'aumône, et les grands principes de la Révolution Française ont permis la création d'une aide de l'État pour les personnes ne pouvant subvenir par elles-mêmes à leurs besoins. Cependant elles restaient stigmatisées ou exclues de la société, notamment en matière de droit (6).

Le XX<sup>ème</sup> siècle voit apparaître le développement des méthodes de rééducation et la création d'appareillages afin d'améliorer l'environnement et l'intégration des personnes en situation de handicap (6).

Il faut attendre le début du XXI<sup>ème</sup> siècle pour que soit rédigée la loi sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » (5).

Malgré ces avancées, la personne en situation de handicap a besoin d'aides techniques et personnelles pour compenser sa déficience, qui font d'elle une cible privilégiée et vulnérable.

La société a commencé à prendre conscience de la vulnérabilité de certains individus dans les années 1960 avec les travaux sur la maltraitance infantile de F.N. Silverman et de ses collègues, qui ont par la suite défini le syndrome de Silverman, dit « de l'enfant battu » (7). L'évolution des mœurs au cours des années 1960 et 1970 a permis la libération de la parole à propos des violences conjugales (3). Enfin, les études établissant le lien entre handicap et maltraitance ont commencé à paraître en 1970 avec une expansion importante au début des années 1990 (3).

Avant cela, ces actes n'étaient pas concevables. La famille et les institutions ayant pour rôle de protéger, elles ne pouvaient être responsables d'actes malveillants (3).

Si certains actes d'abus étaient rapportés, ils étaient cachés pour garder la réputation de la structure, ou déniés sur le principe que l'individu n'était pas fiable, ou encore justifiés par le fait que la personne en situation de handicap devait en être responsable (8,9).

### **B. Violence – Maltraitance**

#### 1. Définition de la violence

Dans le Rapport Mondial sur la Violence et la Santé (10) de l'OMS en 2002, la violence est définie comme :

*« La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui, ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. »*

L'usage du terme « pouvoir » permet d'élargir cette définition aux actes résultant d'une relation de supériorité, comprenant les actes de menace, d'intimidation et les négligences.

L'OMS définit quatre principaux types de violence : physiques, sexuelles, psychologiques et les négligences/privations.

## 2. Définition de la maltraitance

Le terme de maltraitance se rapporte plutôt aux actes commis sur des personnes ayant besoin d'assistance, comme les enfants, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Ce terme est d'ailleurs apparu dans les années 1980-1990 au moment des publications scientifiques suscitées (2).

La maltraitance peut regrouper plusieurs types de violence.

Concernant les personnes vulnérables, le Conseil de l'Europe (11) a défini sept grands types d'exercice de la maltraitance :

- Les violences physiques, dont les violences sexuelles : coups, soins brusques,
- Les violences psychiques et morales : langage irrespectueux, chantage, non-respect de l'intimité,
- Les violences matérielles et financières : vols, escroqueries, locaux inadaptés,
- Les violences médicales ou médicamenteuses : défaut de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, non prise en compte de la douleur,
- Les négligences actives : toute forme de délaissement, manquements pratiqués avec la conscience de nuire,
- Les négligences passives : relevant de l'ignorance, de l'inattention, du manque de formation,
- Les privations ou violations de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques,

### **C. Handicap et maltraitance**

Les premiers travaux sur les populations maltraitées ont permis de mettre en évidence la proportion importante de personnes en situation de handicap (PH) en leur sein. Les études suivantes ont évalué la prévalence des abus parmi les populations handicapées.

La plupart des études sont nord-américaines et ont travaillé sur différents types de handicap à partir de registres hospitaliers, juridiques, scolaires ou des services sociaux (12,13).

Ces études observationnelles ont un niveau de preuve médiocre ne permettant pas d'extrapoler leurs résultats à la population générale. Elles ont cependant objectivé une corrélation entre le handicap et les violences (14).

## 1. Facteurs de vulnérabilité

Des chercheurs anglais, H. Westcott et ses collègues (15), ont repris la littérature internationale de 1970 à 1990 sur les abus vécus par les enfants déficients. Ils ont pu identifier trois spécificités de la personne en situation de handicap expliquant leur vulnérabilité :

- **La dépendance** pour les besoins basiques de la vie quotidienne et les interactions sociales. Par exemple : exposition de leurs parties intimes, manque de contrôle ou de choix concernant leur propre vie, compliance vis à vis des aidants, manque de connaissance sur le corps, sur la sexualité ou sur les comportements sociaux et sexuels acceptés ;
- **L'institutionnalisation** : longue période d'hospitalisation, soins psychiatriques ou écoles spécialisées sont le lieu d'abus ;
- **Les troubles de la communication** : troubles du langage, peu d'initiative au discours, capacité intellectuelle insuffisante pour rapporter ce qui est vécu ou ressenti, sentiment de honte, de culpabilité ou de peur. Ces troubles favorisent l'isolement et l'absence de repère pour une personne ressource.

De plus une personne qui n'exprime rien (corporellement et verbalement) peut susciter un agacement pour son entourage et ainsi générer de la maltraitance.

Les personnes en situation de handicap (dorénavant PH), surtout celles souffrant de forme congénitale ou préscolaire, vont connaître dès leur plus jeune âge des situations de maltraitance. Comparativement à des personnes non handicapées (dorénavant PNH), ils risquent d'être exposés à de plus nombreux épisodes, d'une durée plus longue et de différentes natures (16).

## 2. Maltraitances infantiles

Les études à ce sujet sont très hétéroclites : différentes définitions des violences et des handicaps, différents handicaps analysés, différentes origines des cas, populations « témoin » différentes (PH maltraitée VS PNH maltraitée ou PH maltraitée VS PH non maltraitée).

Malgré ces variabilités, une méta-analyse parue en 2012 (17) a regroupé 17 études observationnelles internationales parues entre 1990 et 2010.

D'après cette méta-analyse, la prévalence moyenne d'enfants en situation de handicap (EH) ayant subi des violences de tout type est de 26,7 % soit plus d'un EH sur 4, avec un risque relatif (RR) de 3,68 par rapport à des enfants sans handicap.

Concernant les violences physiques uniquement, la prévalence moyenne est de 20,4 % avec un RR de 5,56. Pour les violences sexuelles la prévalence est de 13,7 % avec un RR de 2,88.

La sévérité du handicap ne préjugerait pas de l'intensité des violences. Les enfants souffrant de troubles du comportement sont les plus à risque pour tout type de violence, d'après plusieurs études (12).

Par ordre de décroissance, ce sont ensuite les troubles du langage, la déficience intellectuelle, les troubles de l'audition, les troubles de l'apprentissage, le handicap physique, les troubles visuels puis l'autisme (12).

Toutes les études ne s'accordent pas sur le type d'abus le plus subi, mais il ressort que la négligence est l'acte le plus rapporté, que l'enfant soit en situation de handicap ou non (12).

Les autres types de violences par ordre de prévalences décroissantes sont les violences physiques, les violences émotionnelles puis les violences sexuelles.

Dans le cas des violences sexuelles, les garçons en situation de handicap sont proportionnellement plus représentés (15).

Les auteurs des actes sont des membres de la famille ou des connaissances dans la plupart des cas (14).

### 3. Violences intrafamiliales

Bien que l'institution soit définie comme un facteur de vulnérabilité, certaines études rapportent des actes de maltraitance par la famille.

En effet, notre société prône l'efficacité, la beauté et le plaisir alors que le handicap rappelle la condition et la finalité de l'homme : la maladie et la mort (9). Les parents d'EH vont connaître ainsi des sentiments ambivalents entre l'amour de l'autre et la haine, le rejet du handicap (18).

Cette situation crée un stress que chacun gère à sa manière allant de l'abandon à la surprotection de l'enfant.

La proportion de ces actes est discordante selon les études. La plupart mentionne un risque trois fois plus grand de subir des violences au domicile si l'enfant est en situation de handicap (16,17). D'autres n'ont pas mis en évidence de différence statistiquement significative (14).

Les troubles du comportement, les troubles mentaux et les troubles du langage sont les handicaps les plus touchés.

La négligence reste l'abus le plus fréquent (12).

Indépendantes du type de handicap, certaines situations familiales sont connues comme des facteurs à risque de maltraitance (19,20) :

- **Facteurs liés à la typologie de la famille** : famille monoparentale, stress familial, relation parent-enfant pauvre (souvent dû au handicap avec trouble de la communication), comportement plus punitif et coercitif des parents, difficultés conjugales, manque de soutien social ;
- **Facteurs liés aux parents** : jeune adulte, bas niveau socio-économique, faible niveau éducationnel, faible salaire ou emploi précaire, consommation de toxique, troubles psychologiques, antécédents personnels de violence ;

- **Facteurs liés à l'enfant** : prématurité, faible poids de naissance, type du handicap, dépendance accrue vis à vis d'autrui.

#### 4. Violences par les pairs

Les EH sont également à risque de maltraitance de la part de leurs pairs, principalement pour ce qui est des insultes, moqueries, menaces, vols et violences physiques (14).

Ceux atteints de troubles visibles et ceux présentant des troubles du comportement et des troubles mentaux sont plus à risque.

Ces situations favorisent le manque de confiance en soi, l'isolement social et les difficultés pour créer des liens d'amitié avec ses pairs (14,21).

#### 5. Violences à l'âge adulte

Les violences à l'âge adulte sont principalement des violences dans le cadre du couple pour les femmes en situation de handicap (FH), tandis que pour les hommes les principaux responsables font partie de leur entourage, hors couple.

La prévalence des violences conjugales envers des PH est variable. Le risque de subir des sévices pour une femme serait de 2 à 5 fois plus important que pour une femme non handicapée.

Le Dr. M. Mitra de la faculté de Médecine du Massachusetts (22) a comparé la prévalence des violences entre les FH, les femmes sans handicap, les hommes en situation de handicap (HH) et les hommes sans handicap. Son étude met en lumière que 25% des FH rapportent des actes de violences sexuelles au cours de leur vie, contre près de 15% pour les femmes sans handicap, contre 8,8 % pour les HH et contre 6 % pour les hommes sans handicap.

On constate ainsi que les PH, tant les hommes que les femmes, sont plus victimes de violence, comparés à leurs pairs non handicapés. Cela montre également le rapport de genre qui existe dans notre société : que la femme présente ou non un handicap elle reste plus à risque de violences, notamment sexuelles.

À l'âge adulte, comme dans l'enfance, on retrouve les mêmes facteurs favorisant la vulnérabilité liés au handicap. Certains ont besoin toute leur vie de l'assistance d'autrui. De même les troubles de la communication favorisent l'isolement social et les troubles psychologiques.

Des chercheurs de la faculté de Médecine de Houston (23) et de l'Université de Sciences Sociales de Winnipéd au Canada (24) ont décrit des spécificités propres aux violences conjugales subies par les PH :

- Le handicap moteur est un facteur de risque par la difficulté à s'échapper aisément d'une situation dangereuse ;
- Les violences matérielles, par exemple la destruction ou le retrait des aides techniques, le refus d'aider pour les besoins quotidiens ou de ne pas donner les traitements. Ces actes

peuvent également être subis par les personnes en institution ;

- L'âge : les études ont montré que plus une relation de couple est ancienne plus il y a un risque de maltraitance, expliqué par la fatigue et le stress de l'aidant ;
- Le faible niveau de scolarisation et le chômage, qui ne permettent pas d'avoir une relation d'égalité avec l'autre ;
- Les spécificités du partenaire : la personnalité possessive et jalouse, le besoin d'avoir un contrôle sur l'autre, la consommation de drogue.

## **D. La surdité**

Comparés à d'autres handicaps, les personnes souffrant de troubles de l'audition ne sont pas les plus à risque de maltraitance (12).

Les troubles de l'audition, comprenant la surdité à différents niveaux, l'hyperacousie ou les acouphènes touchent environ sept millions soit 11 % de la population Française d'après le Bulletin de Santé des Sourds et Malentendants (BSSM) publié 2011-2012 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (25).

Pour ce travail de thèse, nous nous intéressons particulièrement à ceux qui souffrent d'une surdité congénitale ou survenue avant l'usage de la parole. Cette population présente des difficultés pour communiquer avec les autres dès le plus jeune âge et certains ont vécu toute leur enfance en internat spécialisé. Ces deux éléments sont des facteurs de vulnérabilité décrits dans la littérature (15).

### 1. Définition et épidémiologie

La surdité correspond à une baisse partielle ou totale des capacités auditives, pouvant concerner une ou les deux oreilles.

Pour classer les déficiences auditives, nous nous basons sur les critères audiophoniques proposés par le Bureau International d'Audio-Phonologie (26). Cette classification permet de déterminer comment la voix est perçue par les deux oreilles, mais ne préjuge pas du handicap ressenti par la personne :

- Perte moyenne inférieure à 20dB = **audition normale** sans incidence ;
- Perte moyenne de 21 à 40 dB = **déficience auditive légère**, gêne à la voix basse ou lointaine ;
- Perte moyenne de 41 à 70 dB = **déficience moyenne**, la parole est perçue si on élève la voix ;
- Perte moyenne de 71 à 90 dB = **déficience sévère**, la parole est perçue à voix forte à proximité de l'oreille ;

- Perte moyenne de 91 à 119 dB = **déficience profonde**, la parole n'est jamais perçue, seuls des bruits puissants le sont ;
- Perte moyenne supérieure à 120 dB = **cophose**, aucun son n'est perçu.

La surdité néonatale permanente et bilatérale concerne une naissance pour 1000 en France. La prévalence à l'âge de 7-8 ans est de 0,58 pour 1000 enfants (27).

91,7 % des enfants sourds naissent dans une famille entendante (1).

Les étiologies sont nombreuses et dans plus de la moitié des cas, la cause n'est pas retrouvée (1,27) :

- **Surdité congénitale** : origine génétique (30 %), per-partum suite à une infection maternelle (CMV, toxoplasmose, rubéole) ou à la prise de toxiques/médicaments ou péri-natale dans le cadre d'une prématurité ou d'un faible poids de naissance ;
- **Malformations de l'oreille interne et externe** ;
- **Formes acquises** : infection (méningite, otite chronique), prise de médicaments ototoxiques, ou traumatisme.

La plupart des cas de surdité (85 %) ne s'accompagnent pas d'autre déficience. Mais il existe secondairement des troubles de l'apprentissage corrélés à l'âge de survenue et à la sévérité de la surdité, ainsi que des troubles psychologiques liés aux difficultés communicationnelles au quotidien (25).

Depuis 2012, la réalisation d'un dépistage néonatal est proposée aux parents, avant le 2<sup> me</sup> jour de vie, par analyse des oto-émissions acoustiques. L'objectif est de permettre une prise en charge précoce de la déficience.

## 2. Entre handicap et culture

La surdité est, aux yeux du monde médical, une déficience de l'oreille qu'il faut prévenir (vaccination contre la rubéole, surveillance mensuelle de la sérologie de la toxoplasmose pendant la grossesse), repérer avec le dépistage précoce pour tous les nouveau-nés, et enfin palier avec la pose d'appareils ou d'implants cochléaires et la prise en charge orthophonique (approche audio-phonatoire pour stimuler la fonction auditive résiduelle et/ou approche visuo-gestuelle avec l'apprentissage d'une langue signée) (1).

S'oppose à cette vision médicale, celle de certains sourds qui ne se définissent pas comme déficients mais comme appartenant à une communauté partageant une langue et une culture Sourde avec un grand « S » (28).

Thomas K. Holcomb, sourd nord-américain, dans son livre *Introduction à la culture sourde* (29) définit la communauté sourde comme :

« Une solution expérimentée dans la durée et qui fournit le soutien dont les Sourds ont besoin pour mener une vie de qualité [...] Ceux qui découvraient qu'ils avaient une même approche de la vie se traduisant par un recours fondamental à tout ce qui est visuel [...] pour communiquer, interagir et apprendre tout ce qui relève des compétences nécessaires pour une vie réussie. » (p. 19)

Cette communauté développe ainsi d'autres sens et moyens pour compenser l'absence d'audition. Elle tend à améliorer le quotidien des sourds, l'accès à l'information, et à sensibiliser la société à leurs difficultés d'accessibilité par l'intermédiaire de nombreuses associations, compagnies de théâtre, ...

Il apparaît que le sentiment d'appartenance à la communauté et la pratique de la LSF améliorent la perception de l'état de santé, notamment sur le plan psychologique (25). Les indicateurs de santé sont dégradés comparativement à la population générale (30) : plus de conduites addictives et de rapports sexuels à risque du fait des difficultés d'accès aux informations de santé publique (31), consultations tardives et retards au diagnostic du fait des difficultés d'accès aux soins (32). Cette situation s'explique principalement par les difficultés communicationnelles du quotidien, l'accès limité aux soins et à l'information, qui majorent également leur vulnérabilité (25). Comme l'indiquait le sociologue Bernard Mottez : « Être sourd c'est d'abord ne pas être entendu ». Les difficultés des sourds dans leur quotidien résultent plus des limites de communication avec leur entourage, que de la déficience en tant que telle.

### 3. Modes de communication

#### a) *La Langue des Signes Française (LSF)*

La pratique du langage signé existerait depuis l'Antiquité. Les premières traces de son enseignement remontent au XVIII<sup>ème</sup> siècle avec la création de la première école pour enfants sourds à Paris par l'Abbé de L'Épée. Jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle c'est l'Âge d'Or pour les sourds avec le développement de la culture et des associations et l'accès aux mêmes formations que les entendants. Mais à l'issue du Congrès International de Milan en 1880, la France décide d'interdire l'éducation de la LSF dans les écoles : les enfants sourds doivent oraliser, c'est-à-dire s'exprimer uniquement avec leur voix.

Elle revient dans le droit éducatif en 1991 et est officiellement reconnue langue à part entière en 2005 (5).

Elle est la langue naturelle des sourds congénitaux et pré-linguaux (surdité survenue avant l'âge de 2-3 ans) (25). Ils seraient entre 80 000 à 100 000 usagers en France, alors que la prévalence des surdités profondes et totales est estimée à 303 000 personnes (33).

Pour s'exprimer, les sourds utilisent la gestuelle des mains et du haut du corps et les mimiques du visage. Leurs mains et leurs yeux leur permettent d'accéder au monde et à la vie sociale (34).

### b) *Spécificités communicationnelles*

Yves Delaporte, ethnographe français, s'est longuement intéressé aux sourds et à leur culture. Il définit leur façon de regarder comme « *une manière spécifiquement sourde de s'imprégner en permanence de tout ce que le monde peut apporter d'informations visuelles. Le regard n'est jamais passif ni au repos.* » (34)

Par leurs yeux, ils captent le discours et marquent leur attention. Ils regardent fixement l'interlocuteur, surtout au niveau de la bouche et clignent peu les yeux. À l'inverse ils montrent leur désintérêt en abaissant le regard.

Par le toucher, ils entrent en communication avec autrui. Mais on ne peut pas toucher n'importe où. Il existe des codes sociaux bien définis au sein de la communauté pour interagir avec et entre sourds et s'adapter au sein de la société entendante (29).

Ainsi pour interpeller une personne, on peut (34–36) :

- faire des grands gestes avec les bras,
- taper doucement sur l'épaule si la personne nous tourne le dos,
- interpeller une personne à côté d'elle afin qu'elle l'alerte pour nous (par ricochet),
- émettre des vibrations sur le sol ou une table,
- éteindre / allumer la lumière de façon répétée,
- souffler de l'air dans son cou.

### c) *Autres modes de communication*

Bien que la LSF soit de nouveau autorisée, 95 % des familles d'enfant sourds ne la pratiquent pas. L'entourage d'un sourd peut communiquer avec lui à l'aide d'autres langues ou outils (37) :

- *Le français oral* : l'émission de sons est possible selon l'importance de la surdité, grâce aux appareillages et à l'orthophonie, mais nécessite des efforts importants. Cette langue est plus accessible aux personnes qui sont devenues sourdes après l'apprentissage du français ;

- *Le français écrit* : sa compréhension est difficile pour une personne qui ne maîtrise pas bien l'oral. Il va préférentiellement être utilisé par ceux qui sont devenus sourds tardivement.

Les personnes qui s'expriment principalement en LSF apprennent une syntaxe et une grammaire propre à cette langue. La lecture du français, même si les mots sont reconnus, peut être donc source de malentendus dans la compréhension globale de la phrase. 80 % des sourds profonds seraient illettrés (27), mais on ne connaît pas la proportion de ceux qui ont pu apprendre la LSF à l'école et ceux de plus de 40 ans, qui l'ont apprise par d'autres moyens.

- *La lecture labiale* : elle demande également des efforts importants et un cadre de discussion adapté (un seul interlocuteur, zone lumineuse, visage dégagé, rythme de la parole ralenti). Un

mot sur 3 serait perçu. Le reste du discours est compris grâce à la suppléance mentale, une interprétation de la discussion selon le contexte ;

- *Le langage parlé complété* (LPC) : ce n'est pas un langage à proprement parler mais un élément de soutien à la compréhension de la lecture labiale. Chaque syllabe est associée à une image visuelle, par des configurations de la main près du visage ;
- *Le français signé* : il utilise le langage visuo-gestuel avec la syntaxe du français. Il est principalement utilisé par les entendants qui ont quelques notions en LSF ;
- *Les moyens non linguistiques* comme le dessin ou les mimes.

Il est primordial que les familles développent des moyens pour communiquer avec un sourd pour son intégration.

Mais c'est aussi le rôle de la société de s'adapter et de proposer de plus en plus d'informations culturelles ou d'accueil dans les administrations en LSF (aide juridique, travailleur social ...)

Concernant le soin, des unités d'accueil spécifiques en langue des signes se sont développées à la fin du XX<sup>ème</sup> et au début du XXI<sup>ème</sup> siècle à travers le territoire français.

#### d) *Les Unités d'Accueil et de Soins des Sourds (UASS)*

Suite à l'épidémie du VIH, les pouvoirs publics constatent que la population sourde n'est pas sensibilisée par leurs campagnes de prévention et ne consulte pas (25). Afin de les soigner, l'hôpital doit s'ouvrir à la pratique de la LSF.

Ainsi en 1995, une première unité expérimentale voit le jour à l'Hôpital de la Salpêtrière à Paris pour assurer les soins des sourds séropositifs en Langue des signes (27).

La fréquentation de cette structure et le rapport de la députée Dominique Gillot en 1998 confortent cette expérience. Mme Gillot propose la création d'autres unités réparties sur le territoire à partir de 2001.

À ce jour, il existe 19 unités et 5 exclusivement destinées aux soins de santé mentale (2 à Paris, Poitiers, Marseille, Lyon) (*Annexe 1 p 73*). La plupart sont rattachées à des centres hospitalo-universitaires (CHU).

Une thèse de médecine générale (38) soutenue en avril 2018 a analysé l'ensemble des consultations menées sur l'année 2017 au sein des unités somatiques : 11966 consultations ont eu lieu auprès de 3713 patients.

Le fonctionnement de ces structures est encadré par la circulaire N\_DHOS/E1/2007 du 20 avril 2007 (39) et se base sur deux notions fondamentales : le bilinguisme et le transfert de l'exigence linguistique.

Ainsi, au sein de chaque unité, des équipes mixtes travaillent ensemble : des médecins et des secrétaires bilingues, des soignants sourds (aides-soignants, psychologues, infirmiers selon les centres), et des interprètes diplômés soumis au secret professionnel.

Ces équipes assurent des consultations de médecine générale dans la langue choisie par le patient. Ce dernier est autonome pour la prise de ses rendez-vous à l'unité (mail, SMS, visiophonie ou fax). Les secrétaires gèrent la prise de rendez-vous auprès d'autres spécialistes. Des interprètes et/ou des intermédiaires sont mobiles et peuvent intervenir pour assurer la bonne compréhension du patient. Les unités ont également des missions de sensibilisation auprès des professionnels de santé, et de prévention auprès du public sourd.

Grâce à ces structures, les droits des malades sourds sont respectés : choix du médecin traitant, accès à des soins de qualité, autonomie lors de la consultation et respect de la confidentialité, expression du consentement après avoir reçu une information claire loyale et adaptée.

Malgré ces avancées, l'accès aux soins reste peu homogène du fait d'initiatives centralisées près des CHU et de l'absence de structures dans le centre de la France.

## **E. Facteurs spécifiques de vulnérabilité**

La barrière de la langue est le principal facteur de vulnérabilité, duquel découlent des difficultés propres à la personne sourde, dès sa prime enfance.

### **1. Troubles de la sociabilisation**

On observe un retard d'apprentissage de la sociabilisation chez les enfants sourds. Normalement à l'âge de 5 ans, un enfant a compris que tout le monde ne pense pas et ne ressent pas les choses de la même manière. 70 % des enfants sourds à l'âge de 7 ans n'auraient pas acquis cette notion (40), ce qui favorise une expression moindre de leurs sentiments, une difficulté à les contrôler et à comprendre ceux des autres.

Les modèles sociaux, appris par l'observation et l'écoute de l'entourage ou des médias ne sont pas aussi bien compris ou acquis. Par exemple concernant la sexualité, un chercheur américain a analysé le comportement de couples sourds au début d'une relation le comparant à des couples entendants. Il a constaté que les premières interactions s'intègrent plus au sein d'un groupe que lors de rendez-vous à deux. Du fait de cette proximité avec le groupe, il y aurait plus de confiance envers l'autre. Cette situation pourrait expliquer le fait que les femmes sourdes retarderaient moins le premier rapport sexuel que les femmes entendantes (41).

On retrouve dans la littérature (42), des descriptions de comportements de la personne sourde, du fait de son mode d'expression visuo-gestuelle, qui peuvent être sources de mauvaises interprétations ou vues comme une agression. Ces attitudes rendent les sourds plus exposés à des personnes malveillantes.

### **2. Isolement social**

La personne sourde est souvent la seule à l'être au sein de sa famille (1).

Les sourds privés de l'accès à la culture et aux autres sourds vont n'avoir comme seul repère que le monde entendant. Ils grandissent avec l'impression d'être « défectueux » par rapport aux autres et le sentiment d'être jugés et moqués (43). Cette faible estime de soi favorise l'isolement. Ils interagissent également plus avec les adultes qu'avec des personnes de même âge et donc ne savent pas toujours bien comment interagir avec leurs pairs.

Les sourds déclarent se sentir stigmatisés (31). Ils se plaignent que les médias renvoient d'eux une vision réductrice, les qualifient de personnes déficientes mentalement, avec une susceptibilité exacerbée, de personnes directes manquant de délicatesse. Cet isolement se manifeste aussi par le défaut d'accessibilité à l'information et aux services publics.

### 3. Accès à l'information

Dans le BSSM, les interrogés disent se sentir aussi bien informés que la population générale, mais plus la surdité est précoce, plus ce sentiment est faible, du fait des difficultés de compréhension de l'écrit. Au quotidien l'information passe toujours majoritairement par la radio, les journaux ou la télévision.

Cependant, on observe un développement dans la diffusion de l'information à destination du public sourd et malentendant. Depuis 2010, les chaînes de télévision publiques et les chaînes privées ayant plus de 2,5 % d'audience annuelle sont obligées de proposer leurs programmes sous-titrés. Les chaînes publiques proposent également des journaux télévisés traduits. Il existe aussi maintenant des médias en LSF, par exemple, l'émission « L'Œil et la Main » sur France 5, un site internet d'informations générales (44) et un site internet suisse francophone sur la santé (45).

Sur la santé, l'INPES présente des campagnes de sensibilisation adaptées au public sourd (film et affiches pour la prévention de la grippe ou de la canicule). Mais sur des domaines plus sensibles tels que la sexualité et les violences, les sourds subissent une vraie carence informationnelle (31).

### 4. Éducation à la sexualité

Jusque dans les années 1990, la LSF était interdite et l'enfant n'avait pas le choix de la langue à apprendre. Il restait isolé dans sa famille ou était envoyé en internat. D'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de 2007 (33), seulement 56 % des 6-25 ans atteints d'une déficience profonde ou totale suivraient des études contre 76 % de la population générale. 59 % d'entre eux seraient scolarisés dans une classe ordinaire et seulement 9% recevraient un enseignement adapté dans une classe spéciale ou dans un établissement spécialisé. L'accès à un enseignement adapté diminuerait avec l'âge. Dans les établissements ordinaires, bien que certains enfants bénéficient d'une aide (6 %), les supports d'apprentissage passent toujours par l'oral ou l'écrit.

Plus spécifiquement, concernant l'éducation de l'anatomie et de la sexualité, certains expliquent cette carence par le fait que le sourd, et de manière générale la personne en situation de handicap, est un être asexué ou à l'inverse présente une sexualité débridée, déviante, qu'il faut réprimer et non enseigner (46). La crainte de donner naissance à un enfant anormal est également citée (42). De plus, les parents ayant des difficultés à communiquer avec leur enfant se reposent sur l'école pour l'apprentissage de la sexualité.

À l'époque des internats, même si le sujet était abordé en classe, les relations avec le sexe opposé étaient limitées et il y avait peu d'espace pour développer sa vie privée. L'entrée dans ces structures aboutissait à une rupture du lien familial et donc l'apprentissage d'une vie de famille, d'une vie de couple et sa gestion du quotidien ne pouvaient être acquis (47).

Aujourd'hui, même dans les établissements adaptés, le sujet est difficilement enseigné et la compréhension par les élèves n'est pas évaluée. Les signes relatifs à la sexualité et au corps ne sont pas toujours connus par les enfants ni par les interprètes.

L'apprentissage de la sexualité passe par la lecture, l'écoute et l'observation de l'entourage ou la télévision pour les entendants. Les sourds eux s'informent plutôt au près d'autres sourds (48) en partageant leurs expériences. Ce qui est à risque de désinformations.

Concernant la prévention, une étude chinoise a évalué l'état des connaissances et les attitudes d'enfants sourds de 10 à 16 ans face à des situations d'abus sexuels (49). Il apparaît qu'un enfant sur 3 ne s'éloignerait pas de lui-même d'une situation abusive et 33 % ne rapporteraient pas la situation à une personne de confiance.

Cela est également constaté à l'âge adulte : plus de 50 % des femmes sourdes ne définissent pas les actes comme des abus (50).

Ces carences sont à l'origine d'une immaturité et d'une naïveté face à la maltraitance : si l'abus n'est pas source de douleurs, l'agresseur peut être perçu comme quelqu'un voulant prendre soin de lui (51). De plus, du fait de leur handicap, les enfants interagissent souvent plus avec les adultes qu'avec leurs pairs et sont plus compliants face à l'autorité. Ainsi des actes commis par un adulte en qui l'enfant a confiance, peuvent ne pas être vu comme anormaux (52).

La violence physique est étiquetée comme telle après plusieurs actes importants et douloureux ayant entraîné un retentissement sur le quotidien.

Concernant le viol, certaines femmes sourdes ne le définissent pas comme une agression car l'acte sexuel est considéré comme obligatoire au sein du couple (50).

Même si certains actes sont reconnus comme abusifs par la personne, ils sont rarement rapportés aux autorités.

## 5. Difficultés pour rapporter les faits

Tout d'abord, l'agresseur est souvent connu et les menaces, la culpabilité ou la peur limitent les actions de la victime (51).

Ensuite, il est difficile de trouver un interlocuteur avec qui communiquer au sein des commissariats de police ou de gendarmerie, ou même auprès d'un médecin.

Le sujet est tabou, il est toujours gênant d'en parler à un proche qui pourrait l'accompagner dans les démarches. De plus le niveau de connaissance de la LSF peut limiter l'expression de la victime et la compréhension de l'aidant.

L'usage d'un interprète est rarement envisagé : d'une part pour des raisons financières, le montant horaire est de 60€ minimum, alors qu'une personne sourde touche moins de 400€/mois dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap pour financer l'interprétariat pour tous les besoins du quotidien. Et d'autre part, il existe une peur du « non-respect de la confidentialité » induit par le fait que les interprètes en LSF sont peu nombreux et bien connus au sein de la communauté (25).

Un autre obstacle au fait de porter plainte est l'appartenance à la communauté sourde. Celle-ci, bien que soutien social, peut aussi être source de pressions. Il est mal vu de porter plainte, surtout si l'agresseur est sourd. D'après la littérature (53,54), les sourds considèrent que les problèmes doivent se résoudre au sein de leur communauté, et que rapporter des faits à des personnes extérieures aggraverait le fossé existant avec le monde des entendants et les stigmatisations.

## 6. Structures d'aides en cas de violence

La plupart des structures d'aides en cas de violence sont joignables par téléphone, donc non accessibles aux sourds : le 3919 pour les femmes ou le 119 pour les enfants en danger. Il n'est pas non plus facile pour une victime de se déplacer dans une association si personne ne peut communiquer avec elle.

Un numéro a été créé en 2011 pour permettre aux personnes malentendantes ou sourdes de communiquer avec les services d'urgence (sapeurs-pompiers, police, SAMU) : le 114. La personne contacte le centre relai par visiophonie, SMS ou fax, et ce dernier adresse l'information au service concerné. Il existe un fax type mis à disposition sur internet pour aider à préciser l'urgence à l'aide de dessins, par exemple « Douleurs ? » « Tombé ? » « Violence ? » (*Annexe 2 p 74*).

Des associations proposent aussi des créneaux d'écoutes anonymes et confidentielles pour tous, grâce à l'association SOS Surdus (55) ou des permanences juridiques et sociales sur rendez-vous à Paris ou par visiophonie, uniquement pour les femmes avec l'association Femme Sourde Citoyenne et Solidaire (56).

Certains médecins proposent, également maintenant, la prise de rendez-vous pour une consultation par internet.

Depuis la réintroduction de la LSF dans les écoles et la société française, l'intégration et l'égalité d'accès des sourds se développent. Cependant des études, même récentes, rapportent une prévalence de violences subies plus importante que dans la population générale (57).

## F. Situations face à la violence

En France, la seule étude comparant les déficients auditifs à la population générale sur des sujets tels que la santé, la sexualité et les abus, date de 2011 (25). Cette étude épidémiologique de grande ampleur a révélé qu'au cours de l'année passée, aussi bien les hommes que les femmes avaient subi 2 fois plus de violences physiques et 1,5 fois plus de violences psychologiques.

Au cours de leur vie, les femmes souffrant de troubles de l'audition subissent plus de 2 fois plus de violences sexuelles, les hommes plus de 3 fois plus. Les premières expériences sexuelles ont été non souhaitées chez 9,1 % des hommes (contre 5,3 % de la population générale) et chez 1 femme sur 5 (contre 12 % de la population générale). Les femmes rapportent également 3 fois plus de rapports forcés.

Ces résultats sont similaires à d'autres études menées à l'étranger. Par exemple aux États-Unis, d'après une étude menée en 2014 sur le vécu des étudiants sourds pendant leur enfance (58), 76% rapportent avoir subi des négligences ou abus. Comparativement à des étudiants entendants, ils ont subi plusieurs types de violence. Tous les types de violences sont 1,5 à 2,5 fois plus souvent rapportés, sans différence significative entre les sexes.

Il apparaît que plus la surdité est importante, plus le risque d'être maltraité est élevé (58). Ce qui diffère d'autres types de handicap (59).

### 1. Attitudes parentales

Comme pour tout handicap, l'annonce du diagnostic et la gestion au quotidien sont sources de stress et de troubles de la relation parents-enfant. Ces troubles sont majorés par l'expression d'une langue maternelle différente.

L'apprentissage du français est difficile quand la surdité survient avant l'acquisition de la parole. Certains parents vont désirer avoir un enfant « comme les autres » en le faisant appareiller et oraliser, ou encore en l'empêchant d'apprendre la LSF et d'entrer en contact avec d'autres sourds, ce qui entraîne une souffrance de l'enfant et une majoration de son isolement (42).

L'enfant, ne pouvant pas exprimer verbalement ses besoins et sentiments, peut émettre des sons incompréhensibles ou s'énerver en tapant partout avec ses mains. Ces attitudes inhabituelles pour un entendant, peuvent être mal supportées par les parents.

De plus, il a été observé que les familles entendantes d'enfant sourd ont des attitudes plus punitives, intrusives et coercitives en réaction à des situations moins graves que les parents d'enfant entendant. Ils ont moins de contacts physiques positifs avec leur enfant, sont moins sensibles et moins flexibles (60,61).

Des familles bénéficiant d'un soutien social et associatif sont moins à risque d'abus.

Appartenir à la communauté sourde ou avoir un membre de la famille également sourd n'est pas déterminant dans la survenue de la maltraitance, mais cela diminue le risque de survenue d'un syndrome de stress post-traumatique. En revanche il a été observé une réduction du risque de maltraitance lorsqu'il y a plusieurs sourds au sein de la fratrie (58).

À leur domicile, les enfants sont plus exposés aux négligences et aux violences physiques. Tandis qu'à l'internat, ils sont plus sujets aux violences physiques et sexuelles par les encadrants ou des élèves plus âgés (62). Les agresseurs sont en même proportion des sourds ou des entendants.

## 2. Abus sexuels

La proportion importante de garçons et d'hommes victimes d'abus sexuels dans la population sourde a été mise en évidence en 1987 par P. Sullivan (51) : 54 % des garçons sourds contre 10 % d'entendants et 50 % des filles sourdes contre 25 % d'entendantes.

L'analyse de P. Sullivan se base principalement sur des enfants ayant vécu en internat, mais elle a également constaté l'existence d'abus par des membres de la famille : plus de la moitié des abus sexuels (51%) auraient lieu dans le cadre de l'école (transports scolaires, toilettes) contre 15 % à leur domicile, 15% au domicile de l'agresseur et le reste dans des lieux publics (63).

Il existe différents types d'abus sexuels. Une étude norvégienne (63) a étudié l'exposition des sourds dans leur enfance à ces différents types : sans contact (voyeurisme, pornographie), contact sans attouchement des organes sexuels, contact des organes sexuels et rapport forcé.

La majorité des abus sexuels ont lieu avant l'âge de 16 ans. La différence de prévalence par rapport à la population générale augmente avec la gravité de l'abus. Les jeunes filles sourdes ont plus subi d'abus avec contact et de rapports forcés. Les jeunes hommes ont été plus exposés à la pornographie et aux attouchements.

Pour permettre aux encadrants et aux familles d'identifier les enfants sourds victimes de violence, des médecins américains ORL et spécialistes des abus envers les enfants (64) ont listé des comportements, symptômes ou signes cliniques évocateurs d'abus sexuel.

## 3. Maltraitances institutionnelles

L'institutionnalisation est un facteur favorisant la vulnérabilité. Les sourds ont rapporté différents types d'abus auxquels ils ont pu être exposés au sein des structures (64).

La maltraitance institutionnelle correspond également à tout acte mettant en avant l'intérêt de l'institution avant celui de l'individu : contention physique ou chimique, moins d'encadrement dans les dortoirs, personnel inadapté ou insuffisamment formé, refus d'entendre les plaintes d'un résident par peur des conséquences pour la structure, limitation d'accès au contact avec l'extérieur,...

## 4. Violences conjugales

La majorité des études sur ce sujet ont interrogé des étudiants sourds américains sur leur vécu, en les comparant aux entendants et/ou aux malentendants. L'existence aux États-Unis d'universités pour sourds permet ce type d'études mais les effectifs ne sont pas très élevés ni représentatifs du reste de la communauté sourde. En effet l'université américaine n'est en général accessible qu'aux sourds soutenus par leur famille et avec un haut niveau socio-économique.

M. L. Anderson de l'Université Gallaudet, université sourde à Washington DC, a publié une revue de la littérature sur les violences conjugales (65). Elle montre que les sourds souffrent principalement de violences psychologiques, 3 fois plus que la population générale. Dans l'année, les autres types de violence sont rapportés 2 fois plus fréquemment.

Les femmes expriment plus d'abus psychologiques et les hommes plus d'abus physiques (57,59). Les abus sexuels sont proportionnellement plus rapportés par les hommes, mais les rapports sexuels forcés sont légèrement plus subis par les femmes au cours de leur vie (66).

Selon l'importance de la surdité, il apparaît que les étudiants malentendants rapportent plus d'abus psychologiques et physiques que les sourds (67). Cette différence peut s'expliquer par la position intermédiaire des malentendants qui ne s'identifient ni au sein de la communauté entendante ni au sein de la communauté sourde.

Les femmes au sein des couples « homogènes » sourd-sourd expérimentent plus d'abus sexuels que si leur conjoint est malentendant. Cependant les actes rapportés sont moins violents qu'au sein d'un couple « mixte » (entendant-sourd ou malentendant-sourd). L'auteur explique cette différence par leur connaissance limitée de la sexualité, de la vie de couple et des moyens pour résoudre des conflits. De plus, l'acceptation de ce type d'actes au sein du couple est plus fréquente chez les sourds (68).

Comme dans la population générale, le faible niveau d'étude et bas niveau socio-économique favorisent les violences conjugales. Mais ces facteurs sont majorés par le fait que les sourds font moins d'études et sont plus exposés au chômage.

De plus, il apparaît que le statut auditif est déterminant : un couple avec le même niveau d'audition et de communication arrivera mieux à résoudre les conflits (68). À l'inverse, dans un couple « mixte », il peut exister un rapport de supériorité qui empêche l'autre de s'exprimer (moquerie, maintien des mains, limitation des contacts avec l'extérieur, prendre la parole à sa place, ...) (65).

D'autres types de violences rencontrées par les sourds, non détaillés pour ce travail de thèse, sont répertoriés dans le BSSM, notamment la violence au travail : les inégalités d'accès à l'emploi ou d'accès à une promotion ou une formation, etc.

## **G. Justification de l'étude**

L'idée de travailler sur la situation des sourds en France s'est justifiée suite à la lecture de ces travaux quasi-exclusivement étrangers.

Le BSSM, paru en 2015, a été le premier écrit français à rapporter les chiffres des violences subies par les personnes souffrant de troubles de l'audition de tout type. Le questionnaire adressé à cette population a un objectif plus descriptif qu'explicatif.

Aux vues des différentes constatations françaises et étrangères, l'exposition aux abus de tout type et dès le plus jeune âge est indéniable au sein de la population sourde. Ceci est principalement lié aux difficultés communicationnelles.

Les sourds congénitaux ou devenus sourds avant l'acquisition de la parole sont rarement enquêtés du fait de la barrière de la langue et il apparaît qu'ils sont moins informés et éduqués sur des problèmes de santé publique, tels que la violence.

Pour communiquer et entrer en relation avec autrui, les sourds présentent des spécificités communicationnelles différentes : le toucher et le regard.

En nous appuyant sur les différences dans la manière d'interagir et de s'exprimer, nous nous sommes posés la question du rôle du regard et du toucher dans la difficulté à interpréter des situations à risque de violence chez les sourds, majorant leur vulnérabilité.

Pour cela l'objectif principal est de confirmer l'hypothèse suivante :

L'intentionnalité de l'auteur peut être mal évaluée par un individu, entraînant une moins bonne reconnaissance des situations à risque de violence ou de négligence, et cela, selon le mode d'interaction.

Nous proposons d'étudier si l'intentionnalité (malveillante ou non) de l'auteur peut être perçue différemment selon que la personne soit sourde ou entendante :

- d'une part, face à des situations impliquant le toucher ;
- d'autre part, face à des situations impliquant le regard.

Si ces hypothèses se confirment, nous pourrions identifier des situations à risque et ainsi sensibiliser le public sourd pour mieux le protéger.

L'objectif secondaire de ce travail est de faire un état des lieux des antécédents de violences subies par les sourds français, et le comparer à celui de la population entendante.

## **IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **A. Type d'étude**

Nous avons mené une étude cas-témoin qui compare la population entendante et la population sourde en France.

### **B. Populations étudiées**

#### **1. Population sourde = groupe « cas »**

Critères d'inclusion :

- Personne de plus de 18 ans,
- Atteinte d'une surdité congénitale ou pré-linguale (avant 2 ans),
- Sachant utiliser internet pour répondre au questionnaire,
- Parlant aisément la LSF et / ou comprenant le français écrit pour pouvoir répondre seule au questionnaire.

Critères d'exclusion :

- Surdité de survenue tardive

Les personnes devenues sourdes plus tardivement ont moins de difficultés communicationnelles (apprentissage du Français oral et écrit comme langue maternelle). Ils s'approprient également plus facilement les codes sociaux des entendants, et sont moins isolés socialement (54).

- Personne malentendante

Les personnes malentendantes présentent moins de difficultés au quotidien et sont moins exposées aux violences (59).

#### **2. Population entendante = groupe « témoin »**

Critères d'inclusion :

- Personne de plus de 18 ans,
- N'étant pas en situation de handicap dans leur quotidien,
- Sachant utiliser internet pour répondre au questionnaire,
- Comprehant bien le français écrit pour pouvoir répondre seule au questionnaire.

Critère d'exclusion :

- Existence d'un handicap au quotidien qui serait source de vulnérabilité.

### C. Taille de l'échantillon et calcul du nombre de sujets nécessaires

Pour calculer le nombre de sujet nécessaire pour cette étude, nous avons utilisé l'outil d'aide statistique BiostaTGV (69).

Les éléments nécessaires au calcul pour une étude de type cas-témoin sont les suivants :

- l'**Odd Ratio** minimum détectable, correspondant à la différence à laquelle on s'attend entre les deux groupes.

Nous avons repris les données parues dans le BSSM (25), seule publication française questionnant cette population sur les violences vécues.

Cette étude rapporte, selon le sexe, les pourcentages de violences psychologiques et physiques au cours des 12 derniers mois et de violences sexuelles subies au cours de la vie. Elle les compare avec les données de la population générale à partir des données du Baromètre Santé 2010.

Ainsi les femmes avec des troubles de l'audition rapportent 1,8 fois plus de violences psychologiques, 2,7 fois plus de violences physiques et 2,2 fois plus de violences sexuelles. Pour les hommes : 1,6 fois plus de violences psychologiques, 2,0 fois plus de violences physiques et 3,3 fois plus de violences sexuelles.

Nous savons que ces données sont délicates à extrapoler à la population sourde française car les répondants du BSSM présentent différents types de troubles auditifs (baisse auditive d'intensité et de survenue variables, acouphènes, hyperacousie) et parce que ces données sont déclaratives et souvent sous-estimées.

Notre étude abordant ces mêmes types de violence chez les deux sexes, nous avons décidé de faire la moyenne de ces odd-ratios (OR) pour simplifier notre calcul du nombre de sujet nécessaire, soit un OR minimum détectable de 2,3.

D'après la littérature internationale, l'OR pour tout type de violence au sein des populations sourdes est également entre 2 et 3 (65).

- La **proportion attendue des témoins exposés**, correspond à la prévalence de faits de violence au sein du groupe témoin « entendant ».

L'évaluation de l'exposition aux violences au sein de ce groupe est également difficile. Des enquêtes et études épidémiologiques menées en France depuis 2000 évaluent le nombre de faits rapportés de violences physiques et/ou sexuelles et de violences psychologiques, au sein du

ménage ou non, sur l'année passée ou au cours de la vie. Les valeurs de pourcentage sont donc assez disparates. De plus, tous les faits vécus ne sont pas toujours rapportés.

En 2017, l'INSEE a fait paraître sa dernière enquête dite de « victimisation » dans laquelle sont comptabilisées et décrites différentes infractions ou violences dont sont victimes les Français de plus de 14 ans au cours des dernières années en dehors et au sein du ménage (70). Les résultats de 2016 sont comparés aux études précédentes menées en 2008, 2010, 2012 et 2014. Concernant les violences hors ménage de type psychologiques, physiques et sexuelles et celles au sein du ménage (sexuelle et physique confondue), les proportions d'exposition sont stables.

Constatant cette stabilité, nous avons repris les données du Baromètre Santé 2010 utilisées dans le BSSM puisqu'elle reprend les mêmes types de violence qui nous intéressent. Ainsi au cours des 12 derniers mois, 3 % des hommes rapportent des violences physiques et 17,8 % des violences psychologiques. 2,7 % des femmes rapportent des violences physiques et 18,2 % des violences psychologiques. Au cours de leur vie, 3,9% des hommes rapportent des violences sexuelles et 12 % des femmes.

La proportion des témoins exposés issue de la moyenne de ces valeurs, et utilisée ici est de 9,6 %.

- Le **nombre de cas par témoin** entre 0 et 10 : 4 est indiqué comme un bon compromis par BiostaTGV.
- Le **risque de première espèce alpha** = risque de trouver une différence entre les deux groupes alors qu'il n'y en a pas. Un risque alpha à 0,05 est habituellement choisi.
- La **puissance du test** correspond à  $1-\beta$  ( $\beta$  = risque de seconde espèce, risque de ne pas trouver de différence alors qu'elle existe). La puissance habituellement choisie est 0,80.
- Le **test est unilatéral** car l'hypothèse est celle d'une surexposition du groupe « sourd » par rapport au groupe « entendant ».

Ainsi le nombre de sujets nécessaires pour le groupe cas « sourd » est de 101 personnes et pour le groupe témoin « entendant » de 404 personnes, soit un total de 505 individus.

Même si la valeur scientifique de ces calculs peut être critiquable du fait des données utilisées très variables selon les études, le type de violence ou le sexe analysés, nous l'avons calculé pour avoir une idée du nombre de sujets à recruter. Pour des raisons liées au calendrier, la durée du recrutement est limitée.

## D. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le niveau d'acceptabilité des sourds et des entendants face à des situations cliniques.

Le critère de jugement secondaire est le niveau d'acceptabilité des sourds et des entendants face à ces situations, analysé en fonction des antécédents personnels de violences subies.

## E. Le questionnaire

Après analyse de la littérature, il n'a pas été trouvé de questionnaire préexistant pour répondre à notre critère de jugement principal. Nous avons donc choisi d'en créer un reposant sur les données de la littérature concernant l'exposition aux violences des personnes sourdes, avec l'aide d'outils méthodologiques (71).

### 1. Contenu

Le questionnaire est composé de trois parties distinctes.

**La première partie** a pour objectif d'identifier les caractéristiques des populations répondantes et de s'assurer qu'elles soient comparables. Elle permet aussi de repérer et d'écarter les données des personnes présentant des critères d'exclusion.

Cette partie s'intéresse aux données démographiques des participants : âge, sexe, niveau d'études, activité professionnelle, composition du foyer.

Pour la population « cas » se définissant comme « sourde » des questions spécifiques ont été développées pour évaluer les capacités communicationnelles avec leur entourage et autrui, ainsi que leur appartenance à la communauté sourde.

L'importance de la surdité n'a pas été demandée (perte auditive évaluée en décibels) car elle ne préjuge pas du handicap ressenti par le sujet.

**La deuxième partie** présente douze situations cliniques. Les choix des lieux, des auteurs, des victimes et du type de violences s'appuient sur la littérature française et surtout étrangère précédemment citées.

Les situations exposent des faits faisant intervenir le regard (5 cas) ou le toucher (7 cas) qui illustrent les caractéristiques communicationnelles des sourds.

Pour ne pas orienter les réponses, les faits ne sont pas explicitement violents, mais pourraient l'être selon l'intentionnalité de l'auteur.

Les violences décrites dans la littérature sont le plus souvent vécues avant l'âge adulte (58) surtout pour les enfants en situation de handicap (12). 8 des 12 situations présentent des faits avec des enfants ou adolescents.

Les auteurs sont le plus souvent connus des victimes (62). Onze situations mettent donc en scène des personnages qui se connaissent (membre de la famille, camarades de classe, personnels enseignants).

Au sein d'une famille, un enfant sourd est exposé à tout type de violences mais principalement à des actes de négligence et de violences physiques (60,61). Pour le questionnaire, nous avons proposé deux situations de négligence, une situation physique, une psychologique et une de nature sexuelle.

En dehors du cadre familial, les violences les plus fréquentes sont d'ordre physiques et sexuelles (62,63). Cinq situations proposées sont extrafamiliales : deux de nature physique, deux de nature psychologique et une de nature sexuelle.

Au sein du couple, les abus sont principalement psychologiques. Les rapports sexuels forcés sont également rapportés (65,66). Une situation de chaque a été créée pour le questionnaire.

Pour chacune des situations, l'enquêté doit donner son avis : *acceptable* / *plutôt acceptable* / *peu acceptable* / *pas du tout acceptable*. Pour faciliter les réponses des sourds, nous avons associé chacune des réponses à des smiley de couleurs et d'expressions variables. Par exemple, le smiley souriant de couleur verte correspond à la réponse *acceptable*, alors que pour la réponse *pas du tout acceptable* le smiley est rouge et présente un regard affolé (*Annexe 3 p 75*).

Les situations proposées sont les suivantes :

- Faisant intervenir le toucher :

2 – Quand ils sont en soirée et que sa femme parle avec d'autres personnes, il vient se serrer contre elle et lui prend sa main. (*Couple / Physique*)

4 – Dans un bus, un homme s'assoit à côté d'une passagère. Il veut lui poser une question et lui touche l'avant-bras. (*Extrafamiliale / Physique*)

5 – En cours, un professeur interpelle un étudiant en touchant son épaule. (*Extrafamiliale / Physique*)

7 – Dans la rue Tom et Romain se bagarrent. La petite sœur de Tom vient alerter sa mère. Mais elle est au téléphone avec son patron et malgré de nombreux gestes et tapes sur le bras, elle ne raccroche pas. (*Famille / Négligence*)

9 – Suite à une fracture du coude, un adolescent de 11 ans a des difficultés pour se déshabiller seul. Aux toilettes, un professeur lui propose de l'aider. (*Extrafamiliale / Sexuelle*)

10 – En rentrant du lycée, Fanny est en colère contre tout le monde. Ses parents n'arrivent pas à la calmer. Ils la laissent taper sur les murs en attendant que cela passe. (*Famille / Physique*)

11 – Un soir devant la télé, sa femme s'endort. Son mari en profite pour prendre sa main et la maintient sur son sexe. (*Couple / Sexuelle*)

- Faisant intervenir le regard :

1 – Un enfant de 7 ans vient de casser son jouet préféré et pleure. Ses parents sont occupés sur l'ordinateur et ne se retournent pas pour le consoler. (*Famille / Négligence*)

3 – Au collège, les élèves ne veulent plus parler avec Rose parce qu'elle les regarde toujours bizarrement. (*Extrafamiliale / Psychologique*)

6 – Quand Magalie invite son copain à la maison, elle en a marre que sa petite sœur les observe. Un jour agacée, elle l'enferme dans sa chambre. (*Familiale / Psychologique*)

8 – À la récréation, Julien est triste. Tout le monde parle et rigole et il ne sait pas pourquoi. (*Extrafamiliale / Psychologique*)

12 – Un père regarde un film pornographique. Voyant son adolescent de 15 ans intéressé, il lui propose de s'asseoir et de regarder avec lui. C'est l'occasion de lui parler de sexualité. (*Famille / Sexuelle*)

**La troisième partie** a pour objectif de connaître les antécédents de violences subies dans l'enfance (à la maison et à l'école) et au sein du couple. Les réponses pour cette partie ne sont pas obligatoires.

Il leur est d'abord demandé s'ils ont déjà alerté les secours ou consulté pour des violences subies, ou encore si le premier rapport sexuel était consenti.

Ensuite nous avons présenté 30 items inspirés du *Child Trauma Questionnaire* (CTQ) (72). Nous en avons repris des idées de formulation mais ce questionnaire n'aborde que les violences subies dans l'enfance et quasi exclusivement dans le cadre familial. Les personnes répondent aux 25 items (version courte) en fonction de la périodicité des faits sur une échelle de 1 « jamais vrai » à 5 « très souvent vrai ». Il permet ainsi de classer les interrogés selon l'intensité des abus pour chaque type de violence : « aucun abus à abus léger », « abus léger à modéré », « abus modéré à sévère », « abus sévère à extrême ». Nous avons repris cette idée du classement et l'avons adapté au nombre de propositions que nous faisons.

Pour exemple, le CTQ considère qu'un enfant est victime de violences physiques modérées à sévères si son score, sur l'ensemble des 5 questions se rapportant à ces faits, est entre 10 et 12. Nous présentons 10 situations de violence physique, soit le double. Ainsi, les personnes ayant un score de 20 à 25 feront partie du groupe « violence physique modérée à sévère ».

Bien que cette adaptation ne soit pas validée scientifiquement, cela nous permet de calculer un score pour chaque répondant et de comparer les réponses des sourds et des entendants afin d'en faire un premier état des lieux.

Nous avons donc repris et modifié quelques items du CTQ afin de parler des abus psychologiques, physiques et sexuels dans l'enfance à la maison (14 items), au cours de la scolarisation (9 items), et dans le couple à l'âge adulte (7 items). Sont présentées des situations d'abus (23 cas) et des situations bienveillantes (7 cas).

Les trente items se répartissent ainsi : 12 impliquant le psychologique, 10 le physique et 8 la sexualité.

Les répondants indiquent la fréquence à laquelle ces 30 événements ont pu avoir lieu dans leur vie : 1 *jamais*, 2 *rarement*, 3 *souvent*, 4 *très souvent*, 5 *tous les jours*.

Les items proposés sont les suivants :

- À la maison :

- 1 - Vos parents se disputaient (*Psychologique*)
- 2 - On vous privait de nourriture (*Physique*)
- 3 - On vous punissait sans raison (*Physique*)
- 4 - Vous vous sentiez aimé (*Psychologique*)
- 5 - On vous insultait (*Psychologique*)
- 6 - Vous avez eu un rapport sexuel forcé (*Sexualité*)
- 7 - On se moquait de vous (*Psychologique*)
- 8 - On vous forçait à montrer votre sexe (*Sexualité*)
- 9 - Vous alliez chez le médecin quand vous étiez malade (*Physique*)
- 10 - On vous frappait (*Physique*)
- 11 - Vous pouviez vous exprimer librement (*Psychologique*)
- 12 - On vous a forcé à toucher le sexe de quelqu'un d'autre (*Sexualité*)
- 13 - On vous a fait voir de la pornographie (film, magazine) (*Sexualité*)
- 14 - Vous vous sentiez écouté(e) (*Psychologique*)

- À l'école :

- 15 - Vous vous sentiez intégré(e) dans la classe (*Physique*)
- 16 - Les autres élèves vous insultaient (*Psychologique*)
- 17 - Un adulte vous a forcé à avoir un rapport sexuel (*Sexualité*)
- 18 - Les autres élèves volaient vos affaires (*Psychologique*)
- 19 - Le professeur vous punissait sans raison (*Physique*)
- 20 - Les autres élèves vous frappaient (*Physique*)
- 21 - Vous pouviez compter sur quelqu'un pour vous aider (*Psychologique*)
- 22 - Vous avez regardé de la pornographie (film, magazine) (*Sexualité*)
- 23 - Un élève vous a forcé à avoir un rapport sexuel (*Sexualité*)

- Dans votre couple (actuel ou ancien) :

- 24 - On vous a insulté (*Psychologique*)
- 25 - Vous vous sentez aimé(e) (*Psychologique*)
- 26 - On vous a volé vos affaires / votre argent (*Psychologique*)
- 27 - On a menacé ou essayé de vous tuer (*Physique*)
- 28 - On vous a frappé (*Physique*)
- 29 - On vous a empêché de sortir / voir vos amis ou votre famille (*Physique*)
- 30 - On vous a forcé à avoir des rapports sexuels (*Sexualité*)

## 2. Création du questionnaire

Nous avons choisi de développer un questionnaire informatique afin de le rendre accessible à un plus grand nombre. En effet, internet est un média privilégié par les sourds. De plus il permet d'intégrer des vidéos ou des images pour améliorer la compréhension et il garantit l'anonymat des répondants.

Le questionnaire a été créé grâce à l'outil de génération de formulaire GoogleForm®.

Toutes les explications, questions et réponses ont été traduites en vidéos du français à la LSF. La traduction a été en grande partie assurée par Madame Morgane ROBERT, aide-soignante sourde de l'UASS de Rennes, avec l'aide de deux traductrices.

Les vidéos de traduction ont été publiées sur une chaîne Youtube® créée pour les besoins de ce travail. Leur visibilité n'est possible que pour les personnes disposant du lien du questionnaire.

Une phase de pré-test a été menée pour évaluer la durée, la faisabilité et la compréhension du questionnaire auprès de 3 personnes sourdes et de 6 personnes entendant, afin d'apporter des modifications de mise en page et des reformulations.

Le questionnaire a été mis en ligne sur le site [www.theseLC.ovh](http://www.theseLC.ovh) à partir du 16 janvier 2019. Il est consultable en annexe (*Annexe 3 p 75*).

## F. Recrutement

Les deux populations ont été recrutées sur la période du 16 janvier au 31 mars 2019.

### 1. Population sourde

Cette population a été sollicitée par différents moyens :

- Les UASS : les médecins des 18 unités françaises ont été informés de ce travail par courriel le 22 janvier 2019 (*Annexe 4 p 80*). Il leur a été demandé de le présenter à leurs patients éligibles afin de leur proposer d'y participer. Ils ont également reçu par voie postale 20 exemplaires d'un document d'information (*Annexe 5 p 81*) indiquant le projet et le lien internet du questionnaire, afin de le remettre aux intéressés. Les unités pouvaient également informer leurs patients par courriel dans lequel le lien du questionnaire était indiqué.

Une relance par mail a été faite le 8 mars 2019.

Nous avons eu des retours de la part des unités de Grenoble, Lyon, Montpellier, Nancy, Rennes et Toulouse.

- Afin d'informer les sourds originaires de régions n'ayant pas d'UASS, ou encore ceux n'y consultant jamais, nous avons utilisé le réseau social Facebook® notamment les groupes SOURDScope national et régionaux.

Pour des raisons de calendrier, le questionnaire a été en ligne jusqu'au 1er avril 2019 soit pour une durée de plus de 10 semaines. L'objectif du nombre de sujet nécessaire initialement prévu n'a pas été atteint.

## 2. Population entendants

Lors de consultations de médecine générale dans différents cabinets libéraux (Loire-Atlantique, Charente-Maritime, Loiret, Indre-et-Loire, Nord) la participation au questionnaire a été proposée aux patients éligibles, indépendamment du motif de consultation et de leurs situations familiale et professionnelle. Les personnes intéressées ont reçu un document d'information (*Annexe 5 p 81*) indiquant le projet et le lien internet du questionnaire. Ils ont également été invités à en parler à leur entourage.

### **G. Mesure des principales données**

Pour faciliter la mesure des données, les réponses sont exportées sur un tableur Excel®.

Chacune des données sociodémographiques est appareillée à un code numérique, par exemple pour la question sur le sexe *Femme = 1* et *Homme = 2*.

Les âges sont rangés selon les classes d'âge utilisées par l'INSEE (moins de 20 ans, 20-39 ans, 40-59 ans, 60-74 ans et plus de 75 ans).

Concernant le critère de jugement principal, pour chacune des situations cliniques, les sourds et les entendants ont donné leur niveau d'acceptabilité sur une échelle de 1 « acceptable » à 4 « pas du tout acceptable ». Pour chaque situation, nous avons calculé la répartition, exprimée en pourcentages, des réponses au sein des deux populations, et les avons comparées.

Concernant les antécédents de violence, les sourds et les entendants ont répondu selon la périodicité de 30 faits. Pour chaque item nous avons calculé la répartition, en pourcentages, des réponses au sein des deux populations, et les avons comparées.

Ensuite nous avons calculé le score de violences subies de chaque répondant. Nous avons additionné leurs réponses par type d'actes afin d'évaluer l'importance des violences subies de type psychologique, physique et sexuelle au cours de la vie. Pour faciliter les mesures, nous avons associé les réponses à des chiffres. Ainsi pour les faits bienveillants, la réponse « tous les jours » a été associée au chiffre 1 et « jamais » au chiffre 5. A l'inverse, pour les faits malveillants, la réponse « jamais » est liée au chiffre 1 et la réponse « tous les jours » au chiffre 5. Les répondants sont par la suite classés en 4 groupes, comme pour le CTQ : groupe 1 « aucun abus ou abus léger », groupe 2 « abus léger à modéré », groupe 3 « abus modéré à sévère » et groupe 4 « abus sévère à extrême » :

- Pour les actes psychologiques, groupe 1 : score de 12 à 20 ; groupe 2 : 21 à 30 ; groupe 3 : 31 à 38 ; groupe 4 :  $\geq 39$  ;
- Pour les actes physiques, groupe 1 : score de 10 à 15 ; groupe 2 : 16 à 19 ; groupe 3 : 20 à 25 ; groupe 4 :  $\geq 26$  ;
- Pour les actes sexuels, groupe 1 : score de 8 à 9 ; groupe 2 : 10 à 13 ; groupe 3 : 14 à 20 ; groupe 4 :  $\geq 21$ .

Nous avons enfin comparé l'acceptabilité des situations cliniques selon l'importance des faits subis.

## H. Tests statistiques

Une analyse descriptive a été réalisée dans un premier temps.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectif (n) et de pourcentage (%), et les variables quantitatives sous forme de moyenne (M) et d'écart-type ( $\sigma$ ).

Des analyses bi-variées ont ensuite été réalisées pour comparer les deux populations sur les données démographiques, le critère de jugement principal et les réponses aux antécédents de violence.

Pour les variables qualitatives, des tests de Chi2 ont été menés si les effectifs le permettaient (effectifs tous supérieur à 5), dans le cas inverse nous avons réalisé des tests exacts de Fisher.

Pour les variables quantitatives, les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test de Mann-Whitney.

Le niveau de significativité des tests retenu est de 5 % soit un petit  $p < 0,05$ .

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce à l'outil informatique BiostaTGV.

## I. Comité d'éthique

Bien que ce travail implique des personnes humaines – comme cela est formulé dans la loi JARDÉ (73) fixant les procédures d'encadrement éthique des travaux de recherche – son approche par questionnaire mobilise plutôt les méthodes des sciences humaines et sociales. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir l'avis préalable du Comité de Protection des Personnes (CPP).

## V. RÉSULTATS

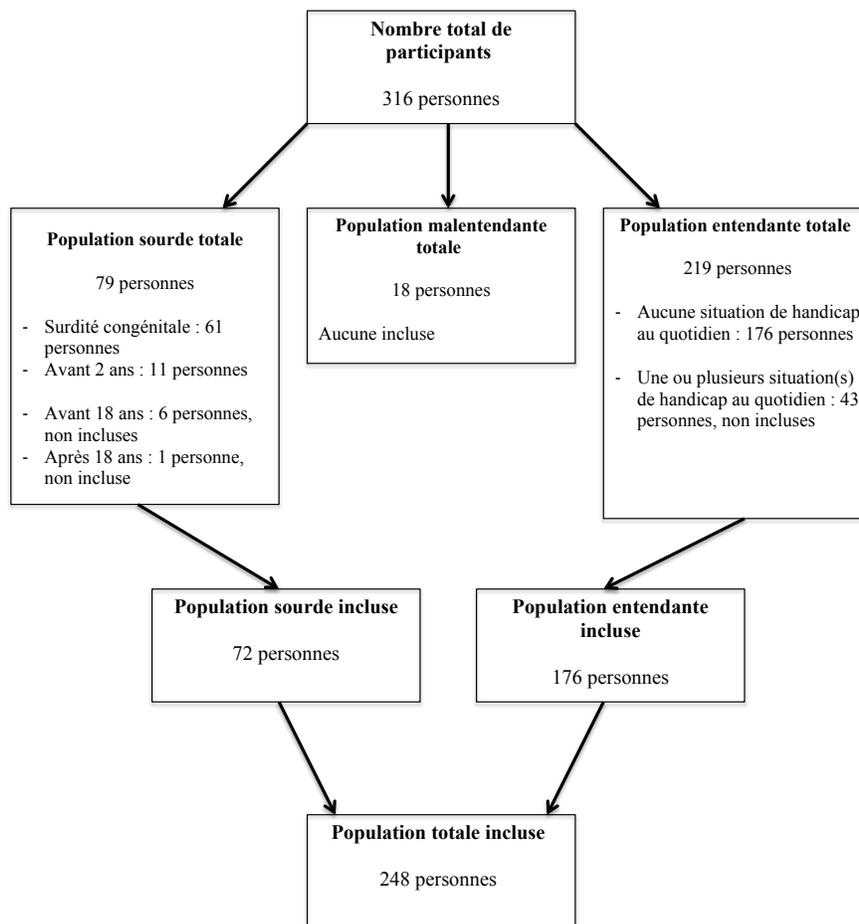
### A. Patients inclus

Nous avons recueilli un total de 316 participations au questionnaire sur la période du 16 janvier au 1<sup>er</sup> avril 2019 : 79 réponses de personnes sourdes, 219 réponses de personnes entendantes. Les 18 réponses de personnes malentendantes ont été exclues.

Concernant la population sourde, après avoir effectué un tri sur l'âge de survenue de la surdité, nous avons écarté les personnes dont la surdité est apparue après l'âge de 2 ans.

Concernant la population entendant, après avoir effectué un tri sur l'existence d'une situation de handicap, nous avons retiré les réponses de ceux qui indiquent rencontrer une telle situation dans leur quotidien.

Nous avons finalement analysé 248 réponses (cf. Figure 1).



**Figure 1 :** Patients inclus dans l'étude

## **B. Caractéristiques démographiques des patients**

Le tableau 1 ci-dessous présente les caractéristiques démographiques des patients inclus et compare les deux groupes.

Les deux populations sont comparables sur la répartition des sexes, la situation familiale et la parentalité ( $p \geq 0,05$ ).

Les répondants sourds ont entre 18 et 69 ans, avec une moyenne d'âge de 38,9 ans (écart type  $\sigma=11,9$ ). Les entendants ont entre 18 et 76 ans, avec une moyenne d'âge de 38 ans ( $\sigma=14$ ). Cependant il existe une différence dans la représentation des tranches d'âge entre nos deux populations avec une grande représentativité des 20-39 ans chez les entendants ( $p < 0,01$ ).

Concernant le niveau de diplôme, la situation professionnelle et les catégories socio-professionnelles des actifs, il existe une différence significative ( $p < 0,001$ ) qui rend les deux populations non comparables. Ceci était attendu aux vues des données retrouvées dans la littérature française (33).

Le taux de réponse est de 100 %. Les réponses étaient rendues obligatoires par l'outil de génération du questionnaire GoogleForm®. 9 sourds et 1 entendant rapportent avoir eu besoin d'aide pour répondre au formulaire.

**Tableau 1** : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des sourds et des entendants

		Total		Sourd		Entendant		p
		N <sup>1</sup> / M <sup>2</sup>	% / $\sigma^3$	N <sup>1</sup> / M <sup>2</sup>	% / $\sigma^3$	N <sup>1</sup> / M <sup>2</sup>	% / $\sigma^3$	
Nb répondants		248		72		176		
Sexe	Femme	180	72,6 %	54	75 %	126	71,6 %	0,58
	Homme	68	27,4 %	18	25 %	50	28,4 %	
Âge (années)		38,2 <sup>2</sup>	13,4 <sup>3</sup>	38,9 <sup>2</sup>	11,90 <sup>3</sup>	38 <sup>2</sup>	14 <sup>3</sup>	0,15
Âge	< 19 ans	6	2,4 %	2	2,8 %	4	2,3 %	<0,01*
	20 - 39 ans	157	63,3 %	37	51,4 %	120	68,2 %	
	40 - 59 ans	60	24,2 %	29	40,3 %	31	17,6 %	
	60 - 74 ans	23	9,3 %	4	5,5 %	19	10,8 %	
	> 75 ans	2	0,8 %	0	0 %	2	1,1 %	
Diplômes	Aucun	3	1,2 %	2	2,8 %	1	0,6 %	<0,001*
	DNB	8	3,2 %	5	7 %	3	1,7 %	
	CAP / BEP	16	6,5 %	13	18,1 %	3	1,7 %	
	Baccalauréat	33	13,3 %	16	22,2 %	17	9,7 %	
	Bac + 2	32	12,9 %	11	15,2 %	21	11,9 %	
	Bac + 3 / + 4	43	17,3 %	17	23,6 %	26	14,7 %	
	Bac + 5	113	45,6 %	8	11,1 %	105	59,7 %	
Situation professionnelle	Etudiant	25	10,1 %	8	11,1 %	17	9,7 %	<0,001*
	Actif	164	66,1 %	39	54,2 %	125	71 %	
	Chômage	18	7,3 %	8	11,1 %	10	5,7 %	
	AAH	9	3,6 %	9	12,5 %	0	0 %	
	Retraite	20	8,1 %	5	7 %	15	8,5 %	
	Autre	12	4,8 %	3	4,1 %	9	5,1 %	
Catégories Socio-professionnelles des actifs	Agriculteur exploitant	0	0 %	0	0 %	0	0 %	<0,001*
	Artisan commerçant	10	6,1 %	2	5,1 %	8	6,4 %	
	Cadre, PI <sup>4</sup> supérieure	72	43,9 %	5	12,8 %	67	53,6 %	
	PI <sup>4</sup> intermédiaire	37	22,6 %	15	38,5 %	22	17,6 %	
	Employé	41	25 %	14	35,9 %	27	21,6 %	
	Ouvrier	4	2,4 %	3	7,7 %	1	0,8 %	
Situation familiale	Seul	57	23 %	19	26,4 %	38	21,6 %	0,78
	Couple	170	68,6 %	48	66,6 %	122	69,3 %	
	Colocation	11	4,4 %	2	2,8 %	9	5,1 %	
	Parents	10	4 %	3	4,2 %	7	4 %	
Enfant	Oui	128	51,6 %	40	55,6 %	88	50 %	0,42
	Non	120	48,4 %	32	44,4 %	88	50 %	

<sup>1</sup> : effectif (N) ; <sup>2</sup> : moyenne d'âge (M) ; <sup>3</sup> : écart type ( $\sigma$ ) ; 4 : profession intellectuelle (PI) ;

\* : p<0,05 différence statistiquement significative

## C. Niveau d'acceptabilité des situations cliniques

Pour chacune des 12 situations, pour lesquelles le regard ou le toucher jouent un rôle, nous avons comparé les réponses des sourds et des entendants.

Les répartitions des réponses sont présentées en annexe (pour les sourds, *Annexe 6 p 82* et pour les entendants *Annexe 7 p 82*).

### 1. Groupe « sourd »

Toutes les situations acceptées par les sourds font intervenir le toucher (plus de 50 % de réponses « acceptable » et « plutôt acceptable ») :

- La situation 2 : *Quand ils sont en soirée et que sa femme parle avec d'autres personnes, il vient se serrer contre elle et lui prend sa main* = 51,4% « acceptable » et « plutôt acceptable »
- La situation 4 : *Dans un bus, un homme s'assoit à côté d'une passagère. Il veut lui poser une question et lui touche l'avant-bras* = 55,5 %
- La situation 5 : *En cours, un professeur interpelle un étudiant en touchant son épaule* = 75 %

Les autres situations où le toucher intervient, ne sont pas acceptées (plus de 50 de réponses « peu acceptable » et « pas du tout acceptable »)

- La situation 7 : *Dans la rue Tom et Romain se bagarrent. La petite sœur de Tom vient alerter sa mère. Mais elle est au téléphone avec son patron et malgré de nombreux gestes et tapes sur le bras, elle ne raccroche pas* = 100% « peu acceptable » et « pas du tout acceptable »
- La situation 9 : *Suite à une fracture du coude, un adolescent de 11 ans a des difficultés pour se déshabiller seul. Aux toilettes, un professeur lui propose de l'aider* = 70,8 %
- La situation 10 : *En rentrant du lycée, Fanny est en colère contre tout le monde. Ses parents n'arrivent pas à la calmer. Ils la laissent taper sur les murs en attendant que cela passe* = 93 %
- La situation 11 : *Un soir devant la télé, sa femme s'endort. Son mari en profite pour prendre sa main et la maintient sur son sexe* = 98,6 %

Ils n'acceptent également pas non plus toutes les situations qui mettent en jeu le regard (plus de 50 % de réponses « peu acceptable » et « pas du tout acceptable ») :

- La situation 1 : *Un enfant de 7 ans vient de casser son jouet préféré et pleure. Ses parents sont occupés sur l'ordinateur et ne se retournent pas pour le consoler* = 95,8% « peu acceptable » et « pas du tout acceptable »
- La situation 3 : *Au collège, les élèves ne veulent plus parler avec Rose parce qu'elle les regarde toujours bizarrement* = 100 %
- La situation 6 : *Quand Magalie invite son copain à la maison, elle en a marre que sa petite sœur les observe. Un jour agacée, elle l'enferme dans sa chambre* = 84,7 %
- La situation 8 : *À la récréation, Julien est triste. Tout le monde parle et rigole et il ne sait pas pourquoi* = 100 %
- La situation 12 : *Un père regarde un film pornographique. Voyant son adolescent de 15 ans intéressé, il lui propose de s'asseoir et de regarder avec lui. C'est l'occasion de lui parler de sexualité* = 94,4 %

Les situations présentant des actes psychologiques sont les situations 1, 3, 6 et 8 (rôle du regard), et la situation 7 (rôle du toucher). Elles sont toutes mal acceptées.

Celles qui décrivent des actes physiques sont les situations 2, 4, 5 et 10. Elles mettent toutes en jeu le toucher. Lors des situations 2, 4 et 5, le toucher est utilisé pour entrer en interaction avec un proche ou autrui. Elles sont donc bien acceptées, contrairement à la situation 10 où l'attitude parentale est moins acceptable.

Pour les situations qui abordent la sexualité, par le biais du regard (N° 12) ou par le toucher (N° 9 et 11), l'intentionnalité de l'auteur des faits est jugée non acceptable.

Nous avons regardé si les caractéristiques propres aux sourds pouvaient interférer dans leur niveau d'acceptabilité. Le tableau descriptif des caractéristiques propres à la population sourde est en annexe (*Annexe 8 p 83*).

Il n'y a pas de différence significative des niveaux d'acceptabilité selon le type de scolarisation, le port d'appareil auditif, la capacité à comprendre le français écrit ou le fait d'avoir un conjoint sourd.

Les sourds de naissance acceptent moins la situation 12 (exposition à la pornographie,  $p=0,02$ ).

Les usagers de la LSF acceptent moins la situation 7 (négligence parentale malgré une interaction physique,  $p=0,02$ ) que ceux qui pratiquent le français.

Ceux qui ont des sourds dans leur famille ou entourage acceptent mieux la situation 2 (contact physique dans le couple,  $p=0,04$ ).

Avoir un proche communiquant en LSF rend la situation 6 moins acceptable (mise à l'écart par la sœur,  $p<0,01$ ).

## 2. Groupe « entendant »

Les situations acceptées font intervenir le toucher (plus 50 % de réponses « acceptable » et « plutôt acceptable ») :

- La situation 2, contact physique dans le couple = 56,8 %
- La situation 5, contact physique entre le professeur et l'étudiant = 70,4 %
- La situation 9, interaction entre un professeur et un élève en situation de handicap = 58%

Les autres situations où le toucher intervient, ne sont pas acceptées (plus de 50 % réponses « peu acceptable » et « pas du tout acceptable ») :

- La situation 4, contact physique dans un bus entre deux inconnus = 56,2 %
- La situation 7, négligence parentale malgré une interaction physique = 89,7 %
- La situation 10, atteinte physique par non-action parentale = 75 %
- La situation 11, contact sexuel dans le couple = 93,1 %

Ils n'acceptent pas non plus toutes les situations où le regard joue un rôle (plus de 50 % réponses « peu acceptable » et « pas du tout acceptable ») :

- La situation 1, négligence parentale = 84,7 %
- La situation 3, acte psychologique à l'école = 93,2 %
- La situation 6, mise à l'écart par la sœur = 90,3 %
- La situation 8, isolement à l'école = 79,6 %
- La situation 12, exposition à la pornographie = 91,5 %

Nous constatons que pour la plupart des situations, l'acceptabilité des entendants va dans le même sens que celui des sourds.

Il existe en revanche une différence pour les situations 4 et 9 : pour les entendants, il est acceptable qu'un professeur aide un élève en difficultés pour ses besoins de la vie quotidienne (N° 9), mais c'est moins accepté qu'un inconnu touche quelqu'un dans le bus (N°4).

Les autres situations qui décrivent une interaction physique par le toucher (N° 2 et 5) sont acceptées par les entendants, bien que ce mode de communication soit plus spécifique aux sourds.

## 3. Comparaison du niveau d'acceptabilité entre les deux groupes

Les résultats de l'analyse bi-variée sont présentés dans le Tableau 2 ci-dessous.

Le niveau d'acceptabilité des situations est comparable entre les deux groupes ( $p \geq 0,05$ ) pour 4 situations.

- Les situations qui mettent en jeu le toucher :

*L'inconnu qui touche l'avant-bras dans le bus* (N°4) : 55,5 % des sourdes contre 43,8 % des entendants

*L'homme qui met la main de sa femme sur son sexe* (N°11) n'est pas acceptée par plus de 90 % des deux populations (98,6 % contre 93,1 %).

- Les situations qui mettent en jeu le regard :

*Magalie qui enferme sa petite sœur pour être tranquille avec son copain* (N°6) n'est pas acceptée par la majorité des deux groupes (84,7 % des sourds contre 90,3% des entendants) ;

*Le père qui présente un film pornographique à son adolescent* n'est pas acceptée par plus de 90% des deux populations (94,4 % contre 91,5 %).

Pour les huit autres situations, nous calculons une différence significative ( $p < 0,05$ ).

- Les situations qui mettent en jeu le toucher : 2, 5, 7, 9 et 10

Les situations 2 (contact physique dans le couple) et 5 (contact physique entre professeur et étudiant) sont acceptées par plus de la moitié des deux groupes. La 2 est plus acceptée par les entendants ( $p=0,02$ ), la 5 par les sourds ( $p < 0,001$ ).

Les autres ne sont pas acceptées par les deux populations, les sourds les acceptent encore moins ( $p < 0,001$ ).

- Les situations qui mettent en jeu le regard : 1, 3 et 8

Elles ne sont pas acceptées par plus de la moitié des deux groupes. Les sourds les acceptent encore moins que les entendants ( $p=0,02$  pour la situation 3,  $p < 0,001$  pour les situations 1 et 8).

**Tableau 2** : Comparaison des réponses aux 12 situations cliniques des sourds et des entendants

	Effectif (N)	SOURDS		ENTENDANTS		TOUS		p
		72		176		248		
		N	%	N	%	N	%	
SIT 1	Acceptable	0	0 %	6	3,4 %	6	2,4 %	< 0,001*
	Plutôt	3	4,2 %	21	11,9 %	24	9,7 %	
	Peu	15	20,8 %	103	58,5 %	118	47,6 %	
	Pas du tout	54	75 %	46	26,2 %	100	40,3 %	
SIT 2	Acceptable	10	13,9 %	39	22,1 %	49	19,8 %	0,02*
	Plutôt	27	37,5 %	61	34,7 %	88	35,4 %	
	Peu	21	29,2 %	63	35,8 %	84	33,9 %	
	Pas du tout	14	19,4 %	13	7,4 %	27	10,9 %	
SIT 3	Acceptable	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0,04*
	Plutôt	0	0 %	12	6,8 %	12	4,8 %	
	Peu	41	56,9 %	86	48,9 %	127	51,2 %	
	Pas du tout	31	43,1 %	78	44,3 %	109	44 %	
SIT 4	Acceptable	17	23,6 %	24	13,7 %	41	16,5 %	0,2
	Plutôt	23	31,9 %	53	30,1 %	76	30,6 %	
	Peu	20	27,8 %	65	36,9 %	85	34,3 %	
	Pas du tout	12	16,7 %	34	19,3 %	46	18,6 %	
SIT 5	Acceptable	32	44,4 %	42	23,8 %	74	29,8 %	< 0,001*
	Plutôt	22	30,6 %	82	46,6 %	104	41,9 %	
	Peu	10	13,9 %	44	25 %	54	21,8 %	
	Pas du tout	8	11,1 %	8	4,6 %	16	6,5 %	
SIT 6	Acceptable	2	2,8 %	3	1,7 %	5	2 %	0,61
	Plutôt	9	12,5 %	14	8 %	23	9,3 %	
	Peu	25	34,7 %	65	36,9 %	90	36,3 %	
	Pas du tout	36	50 %	94	53,4 %	130	52,4 %	
SIT 7	Acceptable	0	0 %	2	1,2 %	2	0,8 %	< 0,001*
	Plutôt	0	0 %	16	9,1 %	16	6,5 %	
	Peu	16	22,2 %	83	47,1 %	99	39,9 %	
	Pas du tout	56	77,8 %	75	42,6 %	131	52,8 %	
SIT 8	Acceptable	0	0 %	9	5,1 %	9	3,6 %	< 0,001*
	Plutôt	0	0 %	27	15,3 %	27	10,9 %	
	Peu	30	41,7 %	87	49,5 %	117	47,2 %	
	Pas du tout	42	58,3 %	53	30,1 %	95	38,3 %	
SIT 9	Acceptable	8	11,1 %	48	27,3 %	56	22,6 %	< 0,001*
	Plutôt	13	18,1 %	54	30,7 %	67	27 %	
	Peu	28	38,9 %	37	21 %	65	36,2 %	
	Pas du tout	23	31,9 %	37	21 %	60	24,2 %	
SIT 10	Acceptable	0	0 %	6	3,4 %	6	2,4 %	< 0,001*
	Plutôt	5	7 %	38	21,6 %	43	17,3 %	
	Peu	25	34,7 %	71	40,3 %	96	38,7 %	
	Pas du tout	42	58,3 %	61	34,7 %	103	41,6 %	
SIT 11	Acceptable	0	0 %	2	1,2 %	2	0,8 %	0,44
	Plutôt	1	1,4 %	10	5,7 %	11	4,4 %	
	Peu	11	15,3 %	27	15,3 %	38	15,3 %	
	Pas du tout	60	83,3 %	137	77,8 %	197	79,5 %	
SIT 12	Acceptable	1	1,4 %	2	1,2 %	3	1,2 %	0,62
	Plutôt	3	4,2 %	13	7,3 %	16	6,5 %	
	Peu	15	20,8 %	28	15,9 %	43	17,3 %	
	Pas du tout	53	73,6 %	133	75,6 %	186	75 %	

\* : p < 0,05 différence statistiquement significative

#### 4. Comparaison du niveau d'acceptabilité selon les caractéristiques sociodémographiques

Nous avons recherché s'il y avait des différences dans les réponses entre les hommes et les femmes de chaque groupe, puis entre les personnes du même sexe en fonction de leur statut auditif. Les résultats de l'analyse comparative entre entendants et sourds selon le sexe sont en annexe (pour les femmes *Annexe 9 p 84*, pour les hommes *Annexe 10 p 85*).

Les situations 1 et 8 (regard) et 9 et 10 (toucher) sont moins bien acceptées par les sourds ( $p < 0,05$ ), tant pour les femmes que pour les hommes.

Au sein de la population sourde, les réponses entre les deux sexes sont comparables.

Au sein du groupe « entendant », nous retrouvons une différence significative pour les situations 3, 8 (regard) et 9 (toucher). Les situations de solitude, et le professeur qui aide un enfant en situation de handicap aux toilettes sont moins acceptées par les femmes.

Chez ceux qui déclarent avoir un enfant, comme chez ceux qui n'en ont pas, les situations 1 et 8 (regard) et la 7 (toucher) sont moins acceptées par les sourds ( $p < 0,05$ ).

Nous constatons une différence entre sourds et entendants pour les mêmes situations selon qu'ils vivent en couple ou non ( $p < 0,05$ ).

Au sein de la population sourde, il n'y a pas différence liée au fait d'avoir ou non un enfant, ou au fait d'être en couple ou non.

Au sein de la population entendants, le fait d'avoir un enfant rend la situation 1 (négligence parentale) moins acceptable que pour ceux qui n'ont pas d'enfant ( $p < 0,001$ ). Le fait d'être en couple ou pas, ne modifie pas l'acceptabilité des situations.

#### **D. Les antécédents**

Pour cette partie du questionnaire, les personnes n'étaient pas obligées de répondre. Nous avons noté 29 participations pour lesquelles il manque des réponses. Les données manquantes sont sporadiques et concernent aussi bien les sourds que les entendants. 8 personnes n'ont pas répondu à tous les items sur les antécédents au sein du couple uniquement.

Les réponses montrent que le fait d'être sourd triple le risque de *consulter ou d'être hospitalisé suite à des violences* (18 % des sourds versus 6,8 % des entendants,  $p = 0,01$  ; OR=2,9 ; IC95% [1,2-7,6]), et triple le risque de ne pas complètement *souhaiter son premier rapport sexuel* (rapport peu ou pas souhaité pour 27,9 % des sourds et 10,5 % des entendants,  $p = 0,001$  ; OR=3,3 ; IC95% [1,5-7,2]).

## 1. Périodicité des faits

Pour chacun des 30 items, nous avons comparé les réponses des sourds et des entendants.

Dans l'enfance, à la maison, les réponses significativement différentes reprennent des faits considérés comme attendus au sein d'une famille, basés sur la communication (*aller voir le médecin, s'exprimer librement et se sentir écouté*,  $p \leq 0,01$ ). Plus de sourds disent que ces faits n'ont « jamais » ou « rarement » eu lieu. Un fait de violence sexuelle (*forcé à montrer son sexe*) est rapporté plus fréquemment par les sourds - plutôt les femmes ( $p=0,01$ ).

Chez les sourds, malgré la présence d'autres sourds dans la famille, les réponses sont comparables. Les sourds qui peuvent pratiquer la LSF avec leur famille sont moins exposés à la pornographie ( $p=0,02$ ) et au fait d'être forcé à montrer leur sexe ( $p=0,002$ ).

Dans l'enfance, à l'école, les réponses diffèrent significativement pour des faits d'abus sexuels et physiques. Les *rapports forcés* avec un professeur ou avec un élève sont plus déclarés par les sourds (femmes comme hommes) ( $p \leq 0,02$ ). Cependant l'exposition à la *pornographie* concerne plus les entendants, notamment les hommes ( $p < 0,01$ ).

Les sourds se sont plus fait *voler leurs affaires* ( $p=0,02$ ) et ont été plus souvent *punis sans raison* ( $p < 0,01$ ).

Chez les sourds, le type de scolarisation ne modifie pas la périodicité des faits.

Au sein du couple (ancien ou actuel), les réponses diffèrent pour 5 des 7 items. Cela concerne tous les types d'abus. Plus de sourds déclarent se sentir « rarement » ou « jamais » *aimés* ( $p < 0,01$ ) et ils ont subi plus fréquemment des *insultes* ( $p=0,04$ ). Les sourdes rapportent avoir reçu régulièrement des *coups* ( $p < 0,01$ ) et 3 ont vécu une *tentative de meurtre* (contre 1 entendante) ( $p=0,01$ ).

Les femmes sourdes disent également avoir plus fréquemment subi des *rapports sexuels forcés* (« souvent » à « très souvent » pour 11,2 % des sourdes et 2,9 % des entendantes,  $p < 0,01$ ).

Chez les sourds, les faits sont comparables indépendamment du statut auditif du/de la conjoint.e actuel.le, mais les items abordent le couple actuel ou ancien, sans que l'on connaisse le statut du/de la conjoint.e responsable des abus.

**Tableau 3** : Comparaison de la périodicité des 30 faits entre les sourds et les entendants.

		Sourds					Entendants					
		Effectifs					Effectifs					P
Périodicité des faits		Jamais	Rare	Souvent	Très souvent	Tous les jours	Jamais	Rare	Souvent	Très souvent	Tous les jours	
À la maison	1 dispute	10	32	21	6	3	22	96	46	8	4	0,47
	2 privation de nourriture	65	6	1	0	0	160	16	0	0	0	0,38
	3 punition	46	23	2	1	0	133	34	7	2	0	0,15
	4 se sentir aimé	3	9	25	15	20	1	21	64	35	54	0,41
	5 insulte	39	26	6	1	0	125	37	11	2	0	0,05
	6 rapport forcé	68	2	2	0	0	172	2	1	1	0	0,26
	7 moquerie	25	32	10	4	1	77	75	20	4	0	0,23
	8 montrer sexe	65	6	1	0	0	172	2	1	1	0	0,01*
	9 consultation médecin	13	16	21	18	4	6	13	83	48	25	<0,01*
	10 coups	51	15	6	0	0	104	61	9	2	0	0,09
	11 expression libre	7	13	16	15	21	3	17	56	31	69	<0,01*
	12 toucher sexe	68	2	1	0	0	171	3	1	1	0	0,65
	13 porno	65	5	1	0	0	169	5	1	1	0	0,25
	14 écouté	9	19	18	13	13	5	30	63	38	40	0,01*
À l'école	15 se sentir intégré	5	18	27	10	11	3	30	76	40	27	0,08
	16 insulte	22	34	10	4	2	76	75	19	6	0	0,08
	17 rapport forcé (prof)	69	3	0	0	0	176	0	0	0	0	0,02*
	18 vols	39	27	5	1	0	122	49	4	0	0	0,02*
	19 punition	34	29	6	3	0	128	45	3	0	0	<0,01*
	20 coups	46	21	4	1	0	135	37	3	1	0	0,08
	21 avoir un ami	9	18	25	10	10	17	24	62	42	27	0,15
	22 porno	45	20	7	0	0	147	22	4	2	1	<0,01*
23 rapport forcé (élève)	65	6	1	0	0	174	1	1	0	0	<0,01*	
Dans le couple (ancien ou actuel)	24 insulte	35	22	9	2	1	115	51	5	2	0	0,04*
	25 aimé	5	12	11	20	23	0	7	43	47	75	<0,01*
	26 vol	53	11	4	2	1	152	15	4	1	1	0,06
	27 menace tuer	56	12	0	2	1	158	12	2	1	0	0,01*
	28 coups	46	17	4	3	1	150	21	3	0	0	<0,01*
	29 interdiction sorties	50	12	4	3	1	142	21	10	1	0	0,07
	30 rapport forcé	52	11	5	3	0	157	12	4	1	0	<0,01*

\*: p<0,05 : différence statistiquement significative

Les tableaux comparatifs des faits en fonction du sexe sont en annexe (pour les femmes *Annexe 11 p 86* et pour les hommes *Annexe 12 p 87*).

## 2. Score des violences subies

Le tableau 4 présente la répartition des sourds et des entendants selon l'importance des violences rapportées : psychologiques, physiques et sexuelles.

De façon significative les sourds ont plus subi de violences de tout type ( $p < 0,001$ ).

C'est la même femme sourde qui a le score le plus élevé pour les actes psychologiques et physiques.

Les violences sexuelles « modérées à sévères » et « sévères à extrêmes » ont été vécues seulement par des femmes. Les violences les plus importantes sont rapportées par une entendant.

**Tableau 4 :** Comparaison des scores de violences subies entre sourds et entendants

		SOURDS		ENTENDANTS		P
Score total (sur 150)		33 à 80 Moyen 52,8 ( $\sigma = 10,5$ )		29 à 71 Moyen 46,2 ( $\sigma = 8,9$ )		<0,001*
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Violences psychologiques (sur 60)	TOTAL	17 à 39 Moyen 26 ( $\sigma = 6,5$ )		13 à 38 Moyen 22,5 ( $\sigma = 5,8$ )		<0,001*
	Absent - léger (12 à 20)	17	23,6 %	69	39,2 %	
	Léger - modéré (21 à 30)	33	45,8 %	89	50,6 %	
	Modéré - sévère (31 à 38)	21	29,2 %	18	10,2 %	
	Sévère à Extrême ( $\geq 39$ )	1	1,4 %	0	0 %	
Violences physiques (sur 50)	TOTAL	10 à 32 Moyen 17,4 ( $\sigma = 3,8$ )		10 à 25 Moyen 15,1 ( $\sigma = 3$ )		<0,001*
	Absent - léger (10 à 15)	27	37,5 %	111	63,1 %	
	Léger - modéré (16 à 19)	25	34,7 %	53	30,1 %	
	Modéré - sévère (20 à 25)	19	26,4 %	12	6,8 %	
	Sévère à Extrême ( $\geq 26$ )	1	1,4 %	0	0 %	
Violences sexuelles (Sur 40)	TOTAL	8 à 16 Moyen 9,4 ( $\sigma = 1,8$ )		8 à 21 Moyen 8,5 ( $\sigma = 1,4$ )		<0,001*
	Absent - léger (8 à 9)	46	63,9 %	156	88,6 %	
	Léger - modéré (10 à 13)	23	31,9 %	18	10,2 %	
	Modéré - sévère (14 à 20)	3	4,2 %	1	0,6 %	
	Sévère à Extrême ( $\geq 21$ )	0	0 %	1	0,6 %	

\* :  $p < 0,05$  : différence statistiquement significative

Au sein de la population sourde, la répartition des scores est comparable selon l'âge de survenue de la surdité, le port d'appareillage ou la langue principale utilisée.

Les sourds scolarisés dans des structures avec d'autres sourds ont subi plus de violences physiques ( $p=0,03$ ) : abus aucun à léger 30,9 % contre 58,8 %, abus légers à modérés 36,4 % contre 29,4 %, abus modérés à sévères 30,9 % contre 11,8 %, abus sévères à extrêmes 1,8 % contre 0 %.

Pour les violences sexuelles, il existe une différence significative ( $p=0,02$ ) entre les sourds isolés dans leur famille et ceux qui ont d'autres sourds dans leur famille proche (parents et fratrie). Les sourds isolés rapportent plus d'abus légers à modérés (40% contre 18,5%). Mais aucun d'entre eux ne rapporte d'abus modérés à sévères, alors que ceux qui ont un autre sourd dans leur famille proche sont 11,1% à rapporter des abus modérés à sévères.

La différence est également significative selon la pratique de la LSF par leur famille ( $p<0,01$ ). Les sourds dont la famille ne connaît pas la LSF rapportent plus d'abus légers à modérés (60% contre 21,2%). Mais aucun d'entre eux ne rapporte d'abus modérés à sévères, alors que ceux dont la famille communique en LSF sont 5,9% à rapporter des abus modérés à sévères.

## **E. L'acceptabilité des situations selon le vécu**

Pour chacun des 3 types d'abus, nous avons comparé le niveau d'acceptabilité aux situations cliniques selon l'importance des violences subies, entre ceux qui n'ont connu « aucun abus ou abus léger » et ceux qui ont connu des « abus légers à extrêmes », dans les deux populations.

### **1. Abus psychologiques**

Chez ceux qui ont subi peu d'abus, nous constatons une différence significative entre nos deux populations uniquement pour les situations 1 et 10. Ces situations décrivent des parents qui ne s'occupent pas de leur enfant, avec une ignorance par le regard (N°1) et par le toucher (N°10). Elles sont toutes les deux moins bien acceptées par les sourds ( $p<0,01$ ).

Chez ceux qui ont subi beaucoup d'abus, nous retrouvons une différence significative entre sourds et entendants pour sept des situations ( $p\leq 0,04$ ) : 1,2, 5, 7,8,9, et 10.

La situation de contact physique entre le professeur et son élève (N°5) est mieux acceptée par les sourds.

Les autres situations sont moins acceptées par les sourds et correspondent à :

- Un isolement par le regard vis à vis de la famille ou à l'école (N° 1 et 8),
- Une intervention sur l'autre par le toucher au sein du couple ou entre un professeur et un élève en situation de handicap (N° 2 et 9),
- Une négligence ou une non-intervention parentale malgré une interaction physique (N° 7 et 10).

Au sein de la population sourde, il existe une différence pour la situation 2 (contact physique entre le mari et sa femme) entre les sourds qui ont peu subi et ceux qui ont beaucoup subi de violences psychologiques : ceux qui ont plus subi l'acceptent moins ( $p < 0,001$ ).

Au sein de la population entendante, le fait qu'un père montre un film pornographique à son adolescent pour aborder la sexualité (N° 12) est un peu mieux accepté par ceux qui ont subi plus d'abus psychologiques ( $p < 0,01$ ).

**Tableau 5 :** Comparaison du niveau d'acceptabilité des situations cliniques entre sourds et entendants, selon les antécédents de violences psychologiques

Violences psychologiques		< Abus légers				P	> Abus légers				P
		Sourds		Entendants			Sourds		Entendants		
		N	%	N	%		N	%	N	%	
SIT 1	Acceptable	0	0	1	1,4	<0,01*	0	0	5	4,7	<0,01*
	Plutôt	1	5,9	9	13		2	3,6	12	11,2	
	Peu	3	17,6	41	59,4		12	21,8	62	57,9	
	Pas du tout	13	76,5	18	26,1		41	74,6	28	26,2	
SIT 2	Acceptable	7	41,2	13	18,8	0,11	3	5,5	26	24,4	<0,01*
	Plutôt	5	29,4	25	36,2		22	40	36	33,6	
	Peu	3	17,6	27	39,2		18	32,7	36	33,6	
	Pas du tout	2	11,8	4	5,8		12	21,8	9	8,4	
SIT 3	Acceptable	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0,06
	Plutôt	0	0	3	4,3		0	0	9	8,4	
	Peu	8	47,1	29	42		33	60	57	53,3	
	Pas du tout	9	52,9	37	53,7		22	40	41	38,3	
SIT 4	Acceptable	3	17,6	10	14,5	0,27	14	25,5	14	13,1	0,17
	Plutôt	8	47,1	23	33,3		15	27,2	30	28	
	Peu	6	35,3	24	34,8		14	25,5	41	38,3	
	Pas du tout	0	0	12	17,4		12	21,8	22	20,6	
SIT 5	Acceptable	8	47,1	19	27,5	0,31	24	43,6	23	21,5	<0,01*
	Plutôt	5	29,4	33	47,9		17	31	49	45,8	
	Peu	3	17,6	15	21,7		7	12,7	29	27,1	
	Pas du tout	1	5,9	2	2,9		7	12,7	6	5,6	
SIT 6	Acceptable	1	5,9	1	1,4	0,28	1	1,8	2	1,9	0,84
	Plutôt	3	17,6	6	8,7		6	10,9	8	7,5	
	Peu	4	23,6	26	37,7		21	38,2	39	36,4	
	Pas du tout	9	52,9	36	52,2		27	49,1	58	54,2	
SIT 7	Acceptable	0	0	1	1,4	0,29	0	0	1	0,9	< 0,001*
	Plutôt	0	0	7	10,1		0	0	9	8,4	
	Peu	5	29,4	29	42		11	20	54	50,5	
	Pas du tout	12	70,6	32	46,5		44	80	43	40,2	
SIT 8	Acceptable	0	0	4	5,8	0,08	0	0	5	4,7	<0,01*
	Plutôt	0	0	8	11,5		0	0	19	17,7	
	Peu	8	47,1	33	47,9		22	40	54	50,5	
	Pas du tout	9	52,9	24	34,8		33	60	29	27,1	
SIT 9	Acceptable	3	17,6	20	29	0,06	5	9,1	28	26,2	<0,01*
	Plutôt	1	5,9	20	29		12	21,8	34	31,7	
	Peu	6	35,3	15	21,7		22	40	22	20,6	
	Pas du tout	7	41,2	14	20,3		16	29,1	23	21,5	
SIT 10	Acceptable	0	0	1	1,4	<0,01*	0	0	5	4,7	0,04*
	Plutôt	0	0	17	24,6		5	9,1	21	19,6	
	Peu	4	23,5	27	39,2		21	38,2	44	41,1	
	Pas du tout	13	76,5	24	34,8		29	52,7	37	34,6	
SIT 11	Acceptable	0	0	1	1,4	0,61	0	0	1	0,9	0,48
	Plutôt	0	0	3	4,3		1	1,8	7	6,5	
	Peu	2	11,8	6	8,7		9	16,4	21	19,6	
	Pas du tout	15	88,2	59	85,6		45	81,8	78	72	
SIT 12	Acceptable	0	0	0	0	0,94	1	1,8	2	1,9	0,22
	Plutôt	2	11,8	2	2,9		1	1,8	11	10,3	
	Peu	4	23,5	6	8,7		11	20	22	20,6	
	Pas du tout	11	64,7	61	88,4		42	76,4	72	67,2	

\* : p<0,05 : différence statistiquement significative

## 2. Abus physiques

Chez ceux qui ont subi peu d'abus, nous constatons qu'il y a moins de différences dans les réponses entre nos deux populations. Les situations avec le regard (N°1 et 8) et avec le toucher (N°7 et 9) sont moins bien acceptées par les sourds ( $p \leq 0,04$ ).

Chez ceux qui ont subi beaucoup d'abus, nous retrouvons une différence significative entre sourds et entendants pour 8 des situations ( $p \leq 0,03$ ) : 1,2, 4, 5, 7,8,9, et 10.

Les sourds acceptent plus le contact physique avec une personne extérieure à la famille (la 4 dans le bus entre deux inconnus, et la 5 entre un professeur et son élève).

Comme ceux qui ont plus connu d'abus psychologiques, ils n'acceptent pas les situations suivantes :

- Un isolement par le regard vis à vis de la famille ou à l'école (N°1 et 8),
- Une intervention sur l'autre par le toucher au sein du couple ou entre un professeur et un élève en situation de handicap (N° 2 et 9),
- Une négligence ou une non-intervention parentale malgré une interaction physique (N°7 et 10).

Au sein de la population sourde, il n'y a pas de différence dans l'acceptabilité selon l'importance de l'abus.

Au sein de la population entendante, nous constatons des différences significatives selon l'importance de l'abus. Ceux qui ont vécu peu de violences physiques acceptent moins :

- La situation 1 : les parents n'arrêtent pas leur activité pour consoler leur enfant ( $p=0,04$ ) ;
- La situation 12 : le père montre de la pornographie à son fils pour l'éduquer sur la sexualité ( $p=0,003$ ).

Tableau 6 : Comparaison du niveau d'acceptabilité des situations cliniques entre sourds et entendants, selon les antécédents de violences physiques

Violences physiques		< Abus légers				P	> Abus légers				P
		Sourds		Entendants			Sourds		Entendants		
		N	%	N	%		N	%	N	%	
SIT 1	Acceptable	0	0	2	1,8	<0,01*	0	0	4	6,2	<0,001*
	Plutôt	1	3,7	12	10,8		2	4,4	9	13,8	
	Peu	5	18,5	61	55		10	22,2	42	64,6	
	Pas du tout	21	77,8	36	32,4		33	73,4	10	15,4	
SIT 2	Acceptable	5	18,5	19	17,1	0,06	5	11,1	20	30,8	0,03*
	Plutôt	13	48,1	38	34,2		14	31,1	23	35,4	
	Peu	5	18,5	47	42,4		16	35,6	16	24,6	
	Pas du tout	4	14,8	7	6,3		10	22,2	6	9,2	
SIT 3	Acceptable	0	0	0	0	0,75	0	0	0	0	0,08
	Plutôt	0	0	6	5,4		0	0	6	9,2	
	Peu	14	51,9	55	49,6		27	60	31	47,7	
	Pas du tout	13	48,1	50	45		18	40	28	43,1	
SIT 4	Acceptable	7	26	14	12,6	0,36	10	22,2	10	15,4	<0,001*
	Plutôt	8	29,6	32	28,9		15	33,3	21	32,3	
	Peu	8	29,6	44	39,6		12	26,7	21	32,3	
	Pas du tout	4	14,8	21	18,9		8	17,8	13	20	
SIT 5	Acceptable	11	40,8	25	22,5	0,24	21	46,7	17	26,2	<0,01*
	Plutôt	9	33,3	54	48,7		13	28,9	28	43,1	
	Peu	5	18,5	25	22,5		5	11,1	19	29,2	
	Pas du tout	2	7,4	7	6,3		6	13,3	1	1,5	
SIT 6	Acceptable	0	0	0	0	1	2	4,4	3	4,6	0,60
	Plutôt	2	7,4	9	8,1		7	15,6	5	7,7	
	Peu	9	33,3	38	34,2		16	35,6	27	41,5	
	Pas du tout	16	59,3	64	57,7		20	44,4	30	46,2	
SIT 7	Acceptable	0	0	1	0,9	<0,01*	0	0	1	1,5	<0,01*
	Plutôt	0	0	12	10,8		0	0	4	6,2	
	Peu	6	22,2	53	47,8		10	22,2	30	46,15	
	Pas du tout	21	77,8	45	40,5		35	77,8	30	46,15	
SIT 8	Acceptable	0	0	6	5,4	0,01*	0	0	3	4,6	<0,001*
	Plutôt	0	0	14	12,6		0	0	13	20	
	Peu	9	33,3	53	47,8		22	48,9	34	52,3	
	Pas du tout	18	66,7	38	34,2		23	51,1	15	23,1	
SIT 9	Acceptable	3	11,1	28	25,3	0,04*	5	11,1	20	30,75	<0,01*
	Plutôt	4	14,8	34	30,6		9	20	20	30,75	
	Peu	9	33,3	25	22,5		19	42,2	12	18,5	
	Pas du tout	11	40,8	24	21,6		12	26,7	13	20	
SIT 10	Acceptable	0	0	5	4,5	0,30	0	0	1	1,5	<0,01*
	Plutôt	2	7,4	21	18,9		3	6,7	17	26,2	
	Peu	11	40,7	44	39,6		14	31,1	27	41,5	
	Pas du tout	14	51,9	41	37		28	62,2	20	30,8	
SIT 11	Acceptable	0	0	1	0,9	0,23	0	0	1	1,5	0,86
	Plutôt	0	0	6	5,4		2	4,4	4	6,2	
	Peu	1	3,7	17	15,3		9	20	10	15,4	
	Pas du tout	26	96,3	87	78,4		34	75,6	50	76,9	
SIT 12	Acceptable	1	3,7	1	0,9	0,36	0	0	1	1,5	0,24
	Plutôt	1	3,7	3	2,7		2	4,4	10	15,4	
	Peu	5	18,5	15	13,5		10	22,2	13	20	
	Pas du tout	20	74,1	92	82,9		33	73,4	41	63,1	

\* : p<0,05 : différence statistiquement significative

### 3. Abus sexuels

Chez ceux qui ont subi peu d'abus, nous retrouvons une différence significative entre sourds et entendants dans les réponses de sept situations ( $p \leq 0,02$ ).

Elles sont toutes moins acceptées par les sourds :

- Un isolement par le regard vis à vis de la famille ou à l'école (N°1 et 8),
- L'intervention sur l'autre par le toucher au sein du couple, entre un professeur et un élève pour l'interpeller ou entre un professeur et un élève en situation de handicap (N° 2, 5 et 9),
- La négligence ou la non-intervention parentale malgré une interaction physique (N°7 et 10).

La situation 5 est, cette fois, mieux acceptée par les entendants que par les sourds ( $p=0,02$ ).

Chez ceux qui ont subi beaucoup d'abus, la différence est significative entre les sourds et les entendants pour les situations d'isolement par le regard (N°1 et 8) et de négligence parentale malgré une interaction physique (N°7) ( $p \leq 0,03$ ).

Au sein de la population sourde, le fait que l'homme mette la main de sa femme endormie sur son sexe (N°11) est un peu mieux acceptée par ceux qui ont subi plus d'abus sexuel ( $p=0,03$ ).

Au sein de la population entendants, le fait que les parents n'arrivent pas à calmer leur adolescente et la laissent taper sur les murs en attendant que cela passe (N°10) est un peu mieux accepté par ceux qui ont subi plus d'abus sexuel ( $p=0,02$ ).

Tableau 7 : Comparaison du niveau d'acceptabilité des situations cliniques entre sourds et entendants, selon les antécédents de violences sexuelles

Violences sexuelles		< Abus légers				> Abus légers					
		Sourds		Entendants		P	Sourds		Entendants		P
		N	%	N	%		N	%	N	%	
SIT 1	Acceptable	0	0	5	3,2	<0,001*	0	0	1	5	<0,001*
	Plutôt	3	6,5	18	11,5		0	0	3	15	
	Peu	10	21,7	92	59		5	19,2	11	55	
	Pas du tout	33	71,8	41	26,3		21	80,8	5	25	
SIT 2	Acceptable	7	15,2	35	22,4	0,02*	3	11,5	4	20	0,94
	Plutôt	15	32,6	53	34		12	46,2	8	40	
	Peu	13	28,3	57	36,5		8	30,8	6	30	
	Pas du tout	11	23,9	11	7,1		3	11,5	2	10	
SIT 3	Acceptable	0	0	0	0	0,22	0	0	0	0	0,23
	Plutôt	0	0	10	6,4		0	0	2	10	
	Peu	26	56,5	78	50		15	57,7	8	40	
	Pas du tout	20	43,5	68	43,6		11	42,3	10	50	
SIT 4	Acceptable	12	26,1	22	14,1	0,29	5	19,2	2	10	0,70
	Plutôt	13	28,3	47	30,1		10	38,5	6	30	
	Peu	13	28,3	58	37,2		7	26,9	7	35	
	Pas du tout	8	17,3	29	18,6		4	15,4	5	25	
SIT 5	Acceptable	18	39,1	35	22,4	0,02*	14	53,9	7	35	0,33
	Plutôt	14	30,4	75	48,1		8	30,8	7	35	
	Peu	9	19,6	40	25,7		1	3,8	4	20	
	Pas du tout	5	10,9	6	3,8		3	11,5	2	10	
SIT 6	Acceptable	1	2,2	3	1,9	0,84	1	3,8	0	0	0,95
	Plutôt	5	10,9	12	7,7		4	15,4	2	10	
	Peu	15	32,6	57	36,5		10	38,5	8	40	
	Pas du tout	25	54,3	84	53,9		11	42,3	10	50	
SIT 7	Acceptable	0	0	2	1,3	<0,001*	0	0	0	0	<0,01*
	Plutôt	0	0	12	7,7		0	0	4	20	
	Peu	11	23,9	75	48,1		5	19,2	8	40	
	Pas du tout	35	76,1	67	42,9		21	80,8	8	40	
SIT 8	Acceptable	0	0	9	5,8	<0,001*	0	0	0	0	0,03*
	Plutôt	0	0	24	15,4		0	0	3	15	
	Peu	23	50	78	50		8	30,8	9	45	
	Pas du tout	23	50	45	28,8		18	69,2	8	40	
SIT 9	Acceptable	6	13	42	26,9	<0,001*	2	7,7	6	30	0,22
	Plutôt	5	10,9	50	32,1		8	30,8	4	20	
	Peu	19	41,3	33	21,1		9	34,6	4	20	
	Pas du tout	16	34,8	31	19,9		7	26,9	6	30	
SIT 10	Acceptable	0	0	3	1,9	<0,01*	0	0	3	15	0,05
	Plutôt	2	4,3	32	20,5		3	11,5	6	30	
	Peu	16	34,8	67	42,9		9	34,6	4	20	
	Pas du tout	28	60,9	54	34,6		14	53,9	7	35	
SIT 11	Acceptable	0	0	2	1,3	0,15	0	0	0	0	0,13
	Plutôt	0	0	9	5,8		1	3,8	1	5	
	Peu	4	8,7	26	16,7		7	27	1	5	
	Pas du tout	42	91,3	119	76,2		18	69,2	18	90	
SIT 12	Acceptable	0	0	1	0,6	0,76	1	3,8	1	5	0,92
	Plutôt	2	4,3	12	7,7		1	3,8	1	5	
	Peu	9	19,6	25	16		6	23,2	3	15	
	Pas du tout	35	76,1	118	75,7		18	69,2	15	75	

\* : p<0,05 : différence statistiquement significative

## VI. DISCUSSION

### A. Principaux résultats

#### 1. Hypothèse initiale

Les spécificités communicationnelles des sourds pour interagir avec les autres nous ont amené à chercher si elles avaient une incidence sur leur vulnérabilité. Ces spécificités reposent sur deux sens essentiels que sont le regard et le toucher.

Le regard est le sens qui permet de palier leur surdité : il sert à analyser leur environnement, lire sur les lèvres ou encore montrer leur attention. Leurs yeux sont toujours en action. Empêcher un sourd de voir, l'isole (29,34).

Le toucher est utile pour interagir, interpeller, alerter à défaut de pouvoir oraliser intelligiblement. Les mains sont également fondamentales pour s'exprimer en langue signée.

Notre postulat initial était que l'intentionnalité de l'auteur d'un acte violent, à travers les situations présentées impliquant le toucher et le regard dans la communication, pouvait être moins bien identifiée comme étant à risque par les personnes sourdes, par rapport aux personnes entendants.

Nos résultats mettent en évidence une différence dans l'acceptabilité des situations violentes entre les sourds et les entendants. Cette différence est significative pour huit des douze situations proposées.

Cependant les résultats ne correspondent pas à ceux que nous avons envisagés. Nous nous attendions à ce que les sourds, par rapport aux entendants, acceptent plus la majorité des situations proposées, quand le toucher ou le regard étaient en jeu. Or c'est uniquement le cas pour la situation 5.

Les faits jugés les moins acceptables par les sourds présentent des comportements familiaux inadaptés (*situations 1, 7 et 10*) et des situations d'exclusion sociale (*situations 3 et 8*). Nous retrouvons aussi des faits où une personne peut éventuellement prendre le dessus sur l'autre (*situations 2 et 9*). L'exclusion et les comportements familiaux inadaptés sont détaillés dans la littérature comme des faits vécus par les sourds, et ils jouent un rôle dans leur vulnérabilité (14,40,54,58).

On peut se demander si le déterminant dans le niveau d'acceptabilité des situations ne serait pas le mode d'interaction utilisé (toucher ou regard), mais plutôt la situation en elle-même, à laquelle les sourds et les entendants s'identifient différemment.

À partir des données de la littérature, nous allons reprendre chacune des situations pour tenter de comprendre les réponses des sourds.

- Pour les situations où le toucher intervient :

L'interaction physique entre un homme et sa femme (N°2) est mieux acceptée par les entendants de façon significative. Tenir les mains d'un sourd pour l'empêcher de parler en langue signée est décrit dans les actes de violence, notamment au sein du couple (65).

L'interaction physique entre deux inconnus dans le bus (N°4) est acceptée seulement par les sourds. C'est un des modes d'interaction sociale qu'ils utilisent (29,36). Pour les entendants, cela peut être vu comme un geste déplacé.

L'interaction entre un professeur et son élève (N°5) est plus acceptée par les sourds, significativement. Interpeller une personne en tapotant sur son épaule est également communément reconnu comme code d'interaction sociale chez les sourds (29,36).

La mère qui n'intervient pas quand son enfant se bagarre malgré une interaction physique de la sœur, parce qu'elle est occupée au téléphone (N°7), est moins acceptée de façon significative par les sourds. Le toucher permet d'alerter (29). Si l'interlocuteur ne prête pas attention à cette alerte, la personne sourde ne peut être comprise et protégée ou aidée.

Le professeur qui aide un élève en situation de handicap dans les toilettes (N°9) est accepté uniquement par les entendants, de façon significative. L'intentionnalité du professeur n'est pas jugée acceptable par les sourds. Cette réaction pourrait être expliquée par le fait qu'ils aient vécu des faits similaires ou connu des proches à qui cela est arrivé. En effet ces abus sont plus rapportés par les sourds (62) et ils auraient plus lieu aux toilettes sur les enfants en situation de handicap (74).

Le fait que des parents laissent leur fille taper contre les murs pour qu'elle se calme (N°10) est moins accepté de façon significative par les sourds. La plupart des sourds naissent dans des familles entendants (1). Les difficultés communicationnelles entre des parents entendants et un enfant sourd sont fréquentes et entraînent des réactions parentales inadaptées (60,61).

Un homme qui prend la main de sa femme endormie pour l'apposer sur son sexe (N°11) est moins accepté par les sourds, de façon non significative. Cette réaction pourrait, là encore, être expliquée par le fait qu'ils aient vécu des faits similaires. Les rapports sexuels forcés sont en effet plus fréquents chez les sourds (68).

- Pour les situations où le regard intervient :

Un enfant qui pleure après avoir cassé son jouet et dont les parents poursuivent leurs activités sans le consoler (N°1) est moins accepté, de façon significative, par les sourds. Pour eux, si les parents ne regardent pas, ils ne peuvent comprendre ce qu'il se passe et l'enfant ne pourrait exprimer sa tristesse. La littérature rapporte dans les familles avec un enfant sourd, des attitudes parentales plus punitives avec moins de contact physique positif (par exemple un câlin) (60,61).

Les élèves qui n'aiment pas être regardés bizarrement, ne veulent plus parler à leur camarade (N°3) est moins accepté, de façon significative, par les sourds. Pour eux regarder et le fait d'être regardé est normal pour comprendre et communiquer (34) c'est pour cela qu'ils n'accepteraient cette mise à l'écart.

Quand une fille et son copain en ont marre d'être observés par la petite sœur, ils l'enferment dans la chambre (N°6) est un peu mieux accepté par les sourds. On aurait pu s'attendre à ce que les sourds, face à une situation de mise à l'écart, acceptent moins bien la situation que les entendants. Mais comme le décrit Thomas K. Holcomb (29) :

*« Une porte fermée renvoie à une expérience complètement différente [...] Pour les personnes sourdes, elle représente une intimité totale et symbolise la séparation complète du reste du monde, alors que pour les entendants, c'est une barrière, mais qui ne garantit pas nécessairement une intimité absolue. » (p. 282)*

Dans ce contexte, ils peuvent accepter cette mise à l'écart par respect de l'intimité du couple.

Le fait que tout le monde parle et rigole alors que Julien ne comprend pas pourquoi et cela le rend triste (N°8) est moins accepté, de façon significative, par les sourds. Quand ils n'ont pas les moyens de comprendre pourquoi les gens rient, ils peuvent penser que c'est eux que l'on juge et dont on se moque (42).

Le père qui fait regarder un film pornographique à son fils pour l'éduquer sur la sexualité (N°12) est moins bien accepté par les sourds mais de façon non significative. Il apparaît dans notre étude que les entendants sont plus exposés à la pornographie. La situation étant moins fréquente pour les sourds, ils l'acceptent peut-être moins parce qu'ils y sont moins habitués.

Avec ce questionnaire, nous n'avons pas mis en évidence de situations pour lesquelles les sourds pourraient se mettre en danger. Il n'y a pas de mauvaise analyse de l'intentionnalité de l'auteur des faits, bien qu'il y ait une interaction par le regard ou par le toucher. Cependant, il ressort de ce travail des données sur les antécédents de violences subies qui confirment la vulnérabilité des sourds, et qu'il faudrait prendre en compte.

## 2. Critère de jugement secondaire

### a) *Les antécédents de violences*

Pour tous les types de violences, les sourds ont plus été exposés aux violences durant leur enfance et au sein de leur couple, de façon significative.

À la maison, les sourds rapportent plus de difficultés communicationnelles. Ce résultat n'est pas surprenant si on le compare à la population entendante. Alors que dans la population française, plus de 90 % des sourds naissent dans une famille entendante, nous constatons que 37,5 % de nos répondants rapportent avoir un ou plusieurs sourds dans leur famille proche (parents ou fratrie). Malgré la présence de sourds dans la famille, il semble persister des difficultés communicationnelles.

La littérature (60,62) décrit plus de négligence et d'abus physique subis par les sourds dans leur famille. Ces abus ne sont pas mis en évidence ici, mais peu de faits de négligence étaient présentés dans le questionnaire. Nous n'avons pas non plus retrouvé plus d'abus physiques chez les sourds que chez les entendants.

À l'école, les sourds décrivent plus d'abus sexuels. Ils déclarent également se faire plus voler leurs affaires et rapportent avoir subi plus de punitions sans raison de la part des professeurs. Comme dans la littérature, il apparaît que les actes physiques et sexuels prédominent en dehors du cadre familial pour les sourds (51,62).

Au sein du couple, la littérature décrit majoritairement des cas d'abus psychologiques et sexuels (65,66). Ici tous les types de violences sont plus fréquents chez les sourds : insultes, vols, coups, menaces de mort, rapports forcés.

Concernant les violences sexuelles, chez les sourds, les résultats sont similaires aux données de la littérature (51,62,63) : les actes ont lieu à l'école comme à la maison dans l'enfance et au sein du couple.

Il apparaît également que le fait d'avoir d'autres sourds dans sa famille ne protège pas plus des abus (58).

Le fait d'être sourd multiplie par 3,3 le risque de ne pas avoir souhaité son premier rapport sexuel. Ces données sont comparables à celles du BSSM (25).

### *b) Évolution de l'acceptabilité selon les antécédents*

L'acceptabilité des sourds et des entendants pour les situations proposées, est plus proche quand :

- ils ont **moins** connu d'abus psychologiques.
- ils ont **moins** connu d'abus physiques.
- ils ont **plus** connu d'abus sexuels.

Les antécédents présentés dans le questionnaire n'ont pas tous de lien avec les situations cliniques. Un travail similaire avec une continuité entre les situations et les antécédents permettrait d'analyser mieux les effets du vécu sur la perception.

## **B. Forces et faiblesses de l'étude**

### 1. Les forces

La force principale de notre travail repose sur l'absence d'étude de ce type en France. Notre étude aborde la vulnérabilité des sourds et cherche à identifier des situations potentiellement à risque de violences ou de maltraitances en lien avec certaines spécificités communicationnelles, impliquant différemment le toucher et le regard.

L'objectif est de pouvoir repérer des situations à risque afin de les alerter et limiter ainsi leur vulnérabilité.

Les antécédents de violences rapportés par nos répondants sourds confortent les données françaises de l'INPES parues dans le Baromètre Santé Sourds et Malentendants ((25). L'exposition à la violence et leur vulnérabilité est indéniable. Nous proposons de réfléchir à des actes de prévention pour alerter la communauté sourde et leur entourage. Il serait également important de dépister et prendre en charge les conséquences de ces abus.

La grande majorité des participants a répondu à l'intégralité du questionnaire. Malgré la densité des questions, les gens ont participé librement et nous ont montré leur intérêt pour le sujet sans être gêné pour répondre à des questions sur leur vie privée.

Le questionnaire bilingue a probablement permis de toucher un panel de sourds sans qu'ils soient limités par leur connaissance de la LSF ou du français. Seulement 10 personnes sur les 272 participants inclus dans l'étude déclarent avoir eu besoin d'aide pour y répondre.

## 2. Les faiblesses

L'étude a mis en évidence des différences entre les sourds et les entendants sur le niveau d'acceptabilité des situations. Mais les réponses n'ont pas été celles envisagées.

Il n'y a qu'une situation, la 5 – *En cours, un professeur interpelle un étudiant en touchant son épaule* – qui est mieux acceptée, significativement, par les sourds que par les entendants. Pour cette situation, la reconnaissance du danger n'est pas évidente, puisque les deux-tiers de nos répondants entendants jugent également cette situation acceptable.

La méthodologie de notre étude participe également à ses faiblesses, du fait du choix du questionnaire et du recrutement des répondants.

### a) *Le questionnaire*

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de questionnaire validé existant pour répondre à notre hypothèse. Le choix des situations pour créer notre support d'analyse s'est basé sur les données de la littérature. Il n'y a pas eu de phase de test afin de valider ce support pour pouvoir le réutiliser pour d'autres études.

Le questionnaire informatisé permet d'interroger un grand nombre de personnes mais il limite leur expression (pas de réponse libre) et leur spontanéité. Le fait d'avoir le temps d'analyser chacune des situations avant de répondre a pu permettre de prendre du recul pour réfléchir « à la meilleure » réponse et non à celle qu'ils donneraient s'ils étaient en train de vivre la scène.

Nous avons décidé de ne pas proposer de réponses libres. Ce choix est dû aux difficultés que certains sourds ont pour s'exprimer à l'écrit en français. Nous avons donc proposé des réponses qui ne correspondaient peut-être pas à l'avis des participants.

L'échelle d'acceptabilité des situations était de 4 niveaux de « acceptable » à « pas du tout acceptable ». Le choix du terme « accepter » peut ne pas convenir à tous les répondants. Par exemple, lors des discussions avec le personnel de l'UASS de Rennes pour la création du questionnaire, une sourde a proposé les réponses « Normal – ça va – moyen – pas normal ». Elle trouvait cela plus adapté.

Nous n'avons pas retenu cette proposition parce que nous ne voulions pas que nos répondants catégorisent les situations en fonction de ce qu'il est normal de faire ou non, mais plutôt qu'ils nous disent ce qu'ils ressentent en observant les faits.

Certains sourds se sont peut-être plus aidés de la couleur et de l'émotion transmise par les smileys. Il aurait été intéressant de leur demander leur avis sur ce qu'expriment les smileys.

### *b) Les participants*

Nous n'avons pas obtenu le nombre de sujets nécessaires au sein des deux populations. Cependant la base du calcul repose sur des données diverses puisque les faits de violences varient selon le sexe et le type d'abus dans les études. Un temps de mise en ligne plus long du questionnaire aurait peut-être permis d'atteindre les effectifs.

Par le biais du questionnaire, nous avons recruté des sourds qui pratiquent la LSF et/ou qui savent lire le français écrit. Nos répondants, sourds comme entendants, sont des personnes qui utilisent l'ordinateur et internet, qui consultent les réseaux sociaux. Ceci explique sûrement la forte participation de la tranche d'âge 20 – 39 ans.

Le recrutement est aussi passé par l'intermédiaire de médecins (médecins libéraux remplaçants ou installés et des UASS). Ce choix entraîne un biais, car il ne permet pas de recruter ceux qui ne jugent pas nécessaire d'aller consulter puisqu'ils n'ont pas de problème de santé, ou encore les personnes en difficultés d'accès aux soins ou qui ont d'autres difficultés pour communiquer.

Par exemple, certains sourds sont analphabètes ou ne connaissent pas la Langue des Signes. D'autres ont besoin de l'aide d'un intermédiaire pour mieux s'exprimer et comprendre.

Au sein des UASS, l'intermédiaire est un professionnel sourd, qui fait le lien entre l'interprète ou le médecin signant et le patient. Son rôle, lors de la consultation, est d'accompagner, d'expliquer et de reformuler pour des personnes qui ont peu de connaissance sur la santé et la LSF. Il s'adapte au patient et s'assure de sa bonne compréhension (38).

Le motif de la consultation n'était pas déterminant pour aborder le sujet de la thèse et solliciter la participation du patient au questionnaire. Mais le relationnel intervenait nécessairement, puisqu'il apparaît que près des deux-tiers des patients accepteraient de participer à une étude proposée par leur médecin généraliste (75).

Pour le recrutement, en tant que médecin remplaçant, cela peut avoir un avantage car l'histoire de vie et la situation familiale du patient ne sont pas précisément connues. Ainsi, le médecin n'est pas influencé par ses connaissances pour recruter, notamment les antécédents de violences subies. Cependant ce statut de remplaçant peut être une limite car les patients rencontrent le médecin pour la première fois, ce qui peut les rendre méfiants ou critiques. Ces attitudes freinent le médecin à aborder le sujet de la recherche.

### **C. Comparaison avec la population générale**

Nos deux populations sont surreprésentées dans la tranche d'âge 20-39 ans. Près des trois-quarts des répondants sont des femmes. Ce n'est pas étonnant car les femmes consultent plus fréquemment que les hommes et montrent souvent plus d'intérêt aux enquêtes (76).

Elles se sentent peut-être également plus concernées par le sujet de ce travail, puisqu'elles sont plus confrontées aux violences (77).

De plus, il existe des disparités dans la répartition selon le niveau d'étude et le statut professionnel. Nous avons comparé nos données sur le niveau d'étude et l'emploi, à celles du BSSM (25) pour les sourds, et à celles de l'Enquête Emploi 2018 (78). Les données du BSSM datent de 2011-2012, mais nous n'avons pas trouvé d'informations récentes pour les sourds en France (*Annexe 13 p. 88*).

Chez les sourds, nous avons plus d'employés que de cadres, comparativement au BSSM. Nous avons choisi d'analyser uniquement les réponses des sourds pré-linguaux, alors que le BSSM aborde tous les types de troubles auditifs. Pour mieux comprendre où se situent les sourds vis à vis de l'emploi, les auteurs du BSSM précisent :

*« Les personnes qui n'entendent pas du tout sont moins qualifiées (52,8% ont un niveau inférieur au bac), et de fait, sont plus nombreuses parmi les employés et ouvriers. La proportion d'inactifs s'élève à mesure que le niveau de surdité augmente [...] 11,6% chez ceux qui n'entendent pas du tout. » (p. 43)*

Chez les entendants, les répondants sont plus diplômés avec une situation professionnelle qui diffère de la population générale (moins d'ouvriers et plus de cadres). Ceci s'explique par la jeunesse des répondants.

Du fait des différences avec la population générale et du nombre de sujets nécessaires non atteint, nous ne pouvons extrapoler nos données. Pour autant, l'importance des violences rapportées par nos répondants doit nous faire réfléchir à une meilleure prévention et au dépistage au près des sourds.

### **D. Implication pratique et perspectives**

Pour ce travail, bien que l'hypothèse initiale ne soit pas confirmée, l'analyse de la littérature a mis en évidence des facteurs expliquant la vulnérabilité des sourds. Nous allons les reprendre afin de voir comment améliorer la situation.

Afin de limiter les troubles de la sociabilisation et l'isolement des enfants sourds, il apparaît nécessaire qu'ils aient accès à la culture et à la communauté sourde par le biais d'association ou dans le cadre de leur scolarisation. De plus il semble important que les parents apprennent les spécificités communicationnelles afin de mieux prendre en charge les besoins du quotidien et améliorer la communication intrafamiliale. L'apprentissage de LSF n'est pas accessible pour tous, mais connaître quelques mots et les bases de la communication devraient être proposés à

toutes les familles grâce à un financement par la Sécurité Sociale ou par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.

Il serait intéressant de proposer une sensibilisation aux parents et aux personnels éducatifs et médicaux afin que chacun soit plus attentif au repérage des signes évocateurs de maltraitance (51).

L'information sur les violences est peu développée dans les médias sourds. L'émission « L'Œil et la Main » sur France 5 a présenté en 2006 un reportage sur les violences conjugales, et plus récemment sur les violences sexuelles au moment de l'affaire « #MeToo » en avril 2018. Un site internet d'informations sur les sourds relaie des vidéos sur le sujet faites par des associations (44). Un site gouvernemental, dédiée aux violences faites aux femmes, propose trois vidéos de sensibilisation traduites en LSF (79).

L'information et la sensibilisation passent aussi par l'enseignement des jeunes sourds. L'éducation à la sexualité débute normalement à l'école primaire et repose sur au moins trois séances annuelles au collège et au lycée (80).

Il serait intéressant de voir s'il existe des différences de pratiques de cet enseignement selon le type de scolarisation dont bénéficient les sourds.

Alors que dans chaque département, il existe une antenne de Solidarité Femme, seulement une association parisienne, l'association Femme Sourde Citoyenne et Solidaire (56) accueille, aide et écoute les femmes sourdes victimes de violence. L'association SOS Surdus (55) propose également des services d'écoute et de conseils, mais ne travaillent pas spécifiquement auprès de personnes victimes.

Il serait intéressant d'évaluer la connaissance de ces structures par les sourds. Il serait peut-être possible de développer, à partir du numéro 114, un contact avec les numéros d'aides tels que le 3919 ou le 119.

Afin d'aider les victimes sourdes dans leurs démarches, il faudrait également proposer aux services de police et de gendarmerie une formation en LSF afin de pouvoir les accueillir. Dans certains départements, les pompiers se forment aux bases de la LSF afin d'assurer les premiers soins auprès de personnes sourdes. Ces formations devraient pouvoir se généraliser sur tout le territoire et être proposées aux corps de métiers de premiers recours.

Le personnel médical qui travaille auprès des sourds au sein des UASS a également un rôle à jouer. Le sujet devrait être régulièrement abordé lors d'une consultation, comme pour les entendants. En parler est déjà un premier pas dans la prise en charge (81).

## VII. CONCLUSION

Nous avons mené une étude analytique comparative de type cas-témoin entre sourds et entendants en France

Les résultats n'ont pas été en faveur de notre hypothèse initiale. Bien qu'il y ait une interaction par le toucher ou par le regard, les sourds n'ont pas accepté la plupart des situations potentiellement à risque de violence. Leurs spécificités communicationnelles ne semblent donc pas favoriser leur vulnérabilité, du moins, quand ils sont spectateurs des situations présentées. Notre travail n'a pas permis de mettre en évidence de situations où les sourds peuvent se mettre en danger.

Nous n'avons pas de données bibliographiques sur le rôle des spécificités communicationnelles des sourds sur leur vulnérabilité face aux violences. Notre hypothèse ne s'est pas confirmée avec les situations proposées, soit parce qu'elle n'était pas adaptée, soit parce que la méthodologie n'était pas appropriée. Il est en effet différent d'analyser un fait selon que nous le vivons ou l'observons.

Pour évaluer autrement le lien entre les spécificités communicationnelles et la vulnérabilité, un travail de recherche pourrait être mené auprès de sourds et d'entendants victimes de violences. Cela permettrait d'analyser au moment où un même acte violent s'est présenté par le biais du toucher ou du regard, ce qu'il s'est passé, comment ils ont réagi et pourquoi.

Notre étude confirme la vulnérabilité des sourds face aux violences de tout type et à tout âge. La surdité est un facteur de risque de maltraitance.

À la vue de ces résultats, des actions de prévention doivent être menées auprès des sourds, de leurs proches, ainsi qu'auprès des professionnels (éducatifs, sociaux et soignants) :

- en prévention primaire : informer et alerter de la situation,
- en prévention secondaire : dépister les situations à risque et les victimes,
- en prévention tertiaire : prendre en charge les conséquences de ces abus.

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations de Bonne Pratique - Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire [Internet]. 2009 ; Haute Autorité de Santé [cité le 14 Nov 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite\\_de\\_lenfant\\_-\\_0\\_a\\_6\\_ans\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite_de_lenfant_-_0_a_6_ans_-_recommandations.pdf)
2. Gabel M. Dossier - Maltraitements. Actualités Doss En Santé Publique. 2000 ; (31):20–25.
3. Salbreux R. Du handicap   la maltraitements, en institution comme en famille. In : Simone Korff-Sausse  d. La vie psychique des personnes handicapées. Toulouse : ERES ; 2009. p 176-193.
4. Chapiteau F. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Gérontologie et société. 2001 ; 24(99):37-56.
5. République française. Loi n  2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>
6. Cagnolo M-C. Le handicap dans la société : problématiques historiques et contemporaine. Humanisme et Entreprise. 2009;(295):57–71.
7. Kempe CH, Silverman FN. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 1962;181(1):17–24.
8. Clerebaut N, Poncelet V. Handicap et maltraitements. Coord de l'aide aux victimes de la maltraitements. Disponible sur : [http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/ta\\_handicap.pdf](http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/ta_handicap.pdf)
9. Salbreux R. Chap 2 Vulnérabilité, de la haine inapparente à la violence caractérisée. In : Albert Ciccone  d. Handicap et violence. Toulouse : ERES ; 2014. p 27-43
10. Krug EG. Rapport mondial sur la violence et la santé. [Internet] 2002 ; Organisation Mondiale de la Santé [cité le 14 Nov 2017]. Disponible sur : [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/)
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. Orientations prioritaires de la politique nationale - La maltraitements qu'est-ce que c'est ? [Internet]. 2015 [cité le 17 Août 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitements-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale>
12. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse Negl. 2000;24(10):1257–1273.
13. Westcott H. The abuse of disabled children: a review of the literature. Child Care Health Dev. 1991;17(4):243–58.
14. Sullivan PM. Violence Exposure Among Children with Disabilities. Clin Child and Family Psychol Rev. 2009;12(2):196–216.
15. Westcott HL, Jones DP. The abuse of disabled children. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40(4):497–506.
16. Hershkowitz I, Lamb M, Horowitz D. Victimization of Children With Disabilities. American J Orthopsychiatry. 2007;77:629–635.
17. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet Lond Engl. 2012;380(9845):899–907.
18. Driessche LV. Chap 14 Violence et handicap de l'enfant : quand le narcissisme parental est en défaut... In : Albert Ciccone  d. Handicap et violence. Toulouse : ERES ; 2015. p 209-221
19. Benedict MI, White RB, Wulff LM, Hall BJ. Reported maltreatment in children with multiple disabilities. Child Abuse Negl. 1990;14(2):207–217.

20. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1998;22(11):1065–1078.
21. Turner HA, Vanderminden J, Finkelhor D, Hamby S, Shattuck A. Disability and victimization in a national sample of children and youth. *Child Maltreat.* 2011;16(4):275–286.
22. Mitra M, Mouradian VE, Fox MH, Pratt C. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence Against Men with Disabilities. *Am J Prev Med.* 2016;50(3):311–317.
23. Nosek MA, Hughes RB, Taylor HB, Taylor P. Disability, psychosocial, and demographic characteristics of abused women with physical disabilities. *Violence Women.* 2006;12(9):838–850.
24. Brownridge DA. Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk, and explanations. *Violence Women.* 2006;12(9):805–22.
25. Sitbon A. Baromètre Santé Sourds et Malentendants 2011/2012. Baromètre santé INPES. 2015. 298 p.
26. Bureau International d'Audiophonologie. Recommandation BIAP 02/1 bis - Classification audiométrique des déficiences auditives [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.biap.org/fr/recommandations/recommandations/ct-02-classification-des-deficiences-auditives/149-rec-02-01-fr-classification-audiometrique-des-deficiences-auditives/file>
27. Bloch J. Personnes sourdes ou malentendantes : un handicap méconnu, une population vulnérable. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2015;(42–43):779–800.
28. Dagneaux I. Normativité et surdité : passer d'un déficit à une culture. *Alter.* 2016;10(2):168–180.
29. Holcomb T. Introduction à la culture sourde. traduit de l'américain par Golaszewski Mireille . ERES ; 2017. 579 p.
30. Fellingner J, Holzinger D, Gerich J, Goldberg D. Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(3):243–5.
31. Sitbon A. Le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ?  volutions INPES. 2012;(25). 6p.
32. Dalle-Naz bi S, Lachance N. Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. *Regards croisés France-Québec. Interrogations ?.* 2008;(6):78-94
33. Observatoire régionale de santé des Pays de Loire. Handicap auditif en France - Apports de l'enquête HID 1998-1999. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. [Internet] 2007 [cité le 15 Nov 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud71.pdf>
34. Delaporte Y. Le regard sourd «Comme un fil tendu entre deux visages...». *Terrain Anthropol Sci Hum.* 1998;(30):49–66.
35. Joiris R. A la rencontre des sourds : mieux communiquer. APEDAF. [Internet] 2013 [cité le 1er Oct 2018] Disponible sur : <https://docplayer.fr/3883536-A-la-rencontre-des-sourds-mieux-communiquer.html>
36. Institut National des Jeunes Sourds de Paris. Accueillir une personne sourde en entreprise - comprendre et se faire comprendre [Internet] 2016 [cité le 1er Oct 2018]. Disponible sur : <http://www.injs-paris.fr/sites/www.injs-paris.fr/files/accueilunsourdenentreprise2016.pdf>
37. Coiffard S, Les patients sourds et l'accès à l'unité d'accueil et de soins en LSF du CHU de Rennes - Enquête sur la coordination du parcours de soins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Faculté de médecine ; 2011. 147 p.
38. Nkunga Perenda Zi Mbuku E. La prise en charge de la surdit cit  au sein des Unités d'Accueil de Soins pour Sourds en France - Etude prospective [Thèse d'exercice]. [France]:

Université de Poitiers. Faculté de médecine ; 2018. 73 p.

39. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). CIRCULAIRE N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (LS) [Internet]. 2007 [cité le 29 Nov 2017]. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_163\\_200407.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_163_200407.pdf)
40. Hindley PA. Mental health problems in deaf children. *Curr Paediatr*. 2005;15(2):114–119.
41. Gilbert GL, Clark MD, Anderson ML. Do Deaf Individuals' Dating Scripts Follow the Traditional Sexual Script? *Sexuality & Culture*. 2012;16(1):90–9.
42. Ridgeway SM. Abuse and deaf children: Some factors to consider. *Child Abuse Rev*. 1993 Sep 1;2(3):166–73.
43. Sheppard K, Badger T. The lived experience of depression among culturally Deaf adults. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(9):783–9.
44. Sourds.net Infos [Internet] [cité le 16 Août 2019]. Disponible sur : <http://www.sourds.net>
45. Pisourd - Accueil [Internet] [cité le 15 Août 2019]. Disponible sur: <http://www.pisourd.ch/>
46. Watson S. Sex education for individuals who have a developmental disability : the need for assessment [Master of Education]. [Canada] : Ontario. Faculty of Education. 2002. 207 p.
47. Fitz-Gerald D, Fitz-Gerald M. Sexual implications of deafness. *Sexuality and Disability*. 1978;1(1):57–69.
48. Joseph JM, Sawyer R, Desmond S. Sexual knowledge, behavior and sources of information among deaf and hard of hearing college students. *American Annals of the Deaf*. 1995;140(4):338–45.
49. Yu B, Chen J, Jin Y, Zhang W, Feng Y, Zhao X. The knowledge and skills related to sexual abuse prevention among Chinese children with hearing loss in Beijing. *Disability and Health J*. 2017;10(2):344–9.
50. Anderson ML, Kobek Pezzarossi CM. Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2012;17(2):273–86.
51. Sullivan PM, Vernon M, Scanlan JM. Sexual Abuse of Deaf Youth. *American Annals of the Deaf*. 1987;132(4):256–62.
52. Vernon M, Miller KR. Issues in the sexual molestation of deaf youth. *American Annals of the Deaf*. 2002;147(5):28–36.
53. Mertens DM. Breaking the Silence About Sexual Abuse of Deaf Youth. *American Annals of the Deaf*. 1996;141(5):352–8.
54. Edwards E, Vaughn J, Rotabi KS. Child Abuse Investigation and Treatment for Deaf and Hard of Hearing Children: Ethical Practice and Policy. *Social Policy J*. 2006;4(3–4):53–67.
55. SOS Surdus [Internet] [cité le 15 Août 2019]. Disponible sur : <http://www.sos-surdus.fr/>
56. Femmes Sourdes Citoyennes et Solidaires [Internet] [cité le 15 Août 2019]. Disponible sur : <http://fscs.asso.free.fr/>
57. Beaulieu M, Mcquiller L, L. Porter J. Intimate Partner Violence in a U.S. College Sample: Do Auditory Status and Gender Predict Victimization? *Psychology*. 2017;08:387–411.
58. Schenkel LS, Rothman-Marshall G, Schlehofer DA, Towne TL, Burnash DL, Priddy BM. Child maltreatment and trauma exposure among deaf and hard of hearing young adults. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38(10):1581–9.
59. L Porter J, Mcquiller L. Auditory Status and Experiences of Abuse Among College Students. *Violence and Victims*. 2011;26:788–98.
60. Knutson JF, Johnson CR, Sullivan PM. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(9):925–937.

61. Meadow-Orlans KP, Steinberg AG. Effects of infant hearing loss and maternal support on mother-infant interactions at 18 months. *J Applied Develop Psychology*. 1993;14(3):407–426.
62. M. Sullivan P, F. Knutson J. Maltreatment and Behavioral Characteristics of Youth Who Are Deaf and Hard-of-Hearing. *Sexuality and Disability*. 1998;16:295-319.
63. Kvam MH. Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse Negl*. 2004;28(3):241–251.
64. Brookhouser PE, Sullivan P, Scanlan JM, Garbarino J. Identifying the sexually abused deaf child: the otolaryngologist's role. *The Laryngoscope*. 1986;96(2):152–158.
65. Anderson ML, Leigh IW, Samar VJ. Intimate partner violence against Deaf women: A review. *Aggression and Violent Behavior*. 2011;16(3):200–206.
66. Pollard RQ, Sutter E, Cerulli C. Intimate partner violence reported by two samples of deaf adults via a computerized American sign language survey. *J Interpers Violence*. 2014;29(5):948–965.
67. McQuiller Williams L, Porter JL. A Comparison of Deaf College Students' and Hard of Hearing College Students' Experiences and Risk Factors of Psychological and Physical Abuse. *SAGE Open*. 2014;4(1):1-7.
68. Anderson ML, Kobek Pezzarossi CM. Violence against Deaf women: effect of partner hearing status. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2014;19(3):411–421.
69. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité le 18 Août 2019]. Disponible sur : <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=etudes/sujets>
70. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête Cadre de Vie et Sécurité 2017 [Internet]. 2017 [cité le 3 avril 2018] Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2017>
71. De Singly F. Le questionnaire. 4e édition. Paris : Armand Colin; 2016. (128). 126 p.
72. Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M. Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé Ment Au Québ*. 2004;29(1):201–220.
73. Rat C. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exercer, La Revue Francophone de Médecine Générale* [Internet]. 2017;(135). Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/135/page/327/>
74. Finkelhor D. Sexual abuse in daycare: a national study. University of New Hampshire - Family research Laboratory. [Internet]. 1988;1-24. [Cité le 23 Jul 2019]. Disponible sur : <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/113096NCJRS.pdf>
75. Plétan Y, Zannad F, Jaillon P, Autret-Leca E, Belorgey Ch, Bernard-Harlaut M, et al. Information du public sur les essais cliniques et la recherche. *Therapies*. 2003;58(3):185–196.
76. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE. [Internet]. 2002;869:1-4 [cité le 15 Août 2019]. Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/416>
77. Freyens A, Monti M, Vignocan L, Mesthe P. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. *Sexologies*. [Internet] 2019 [cité le 15 Août 2019]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136019300453>
78. Une photographie du marché du travail en 2018 – Activité, emploi et chômage en 2018 et en séries longues. Insee [Internet]. 2019 [cité le 2 Jul 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3741241?sommaire=3900836>
79. Secrétariat d'état chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Outils de formation : Violences au sein du couple et les violences sexuelles [Internet]. [cité le 15 Août 2019]. Disponible sur : <https://www.stop-violences->

femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au.html

80. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Éducation à la sexualité [Internet]. [cité le 29 Juil 2019 ]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/cid115029/education-a-la-sexualite.html&xtmc=sexualiteacute&xtnp=1&xtr=4>

81. DMG Clermont-Ferrand. Décllic Violence [Internet] [cité le 15 Août 2019]. Disponible sur : <http://decllicviolence.fr/>

82. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Les effectifs universitaires en 2018-2019 [Internet]. 2019 [cité le 26 Juil 2019]. Disponible sur : [http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid143234/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid143234/les-effectifs-universitaires-en-2018-2019.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid143234/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid143234/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid143234/les-effectifs-universitaires-en-2018-2019.html)

83. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les retraités et les retraites - édition 2018 [Internet] 2018 [cité le 26 Juil 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-retraites-et-les-retraites-edition-2018>

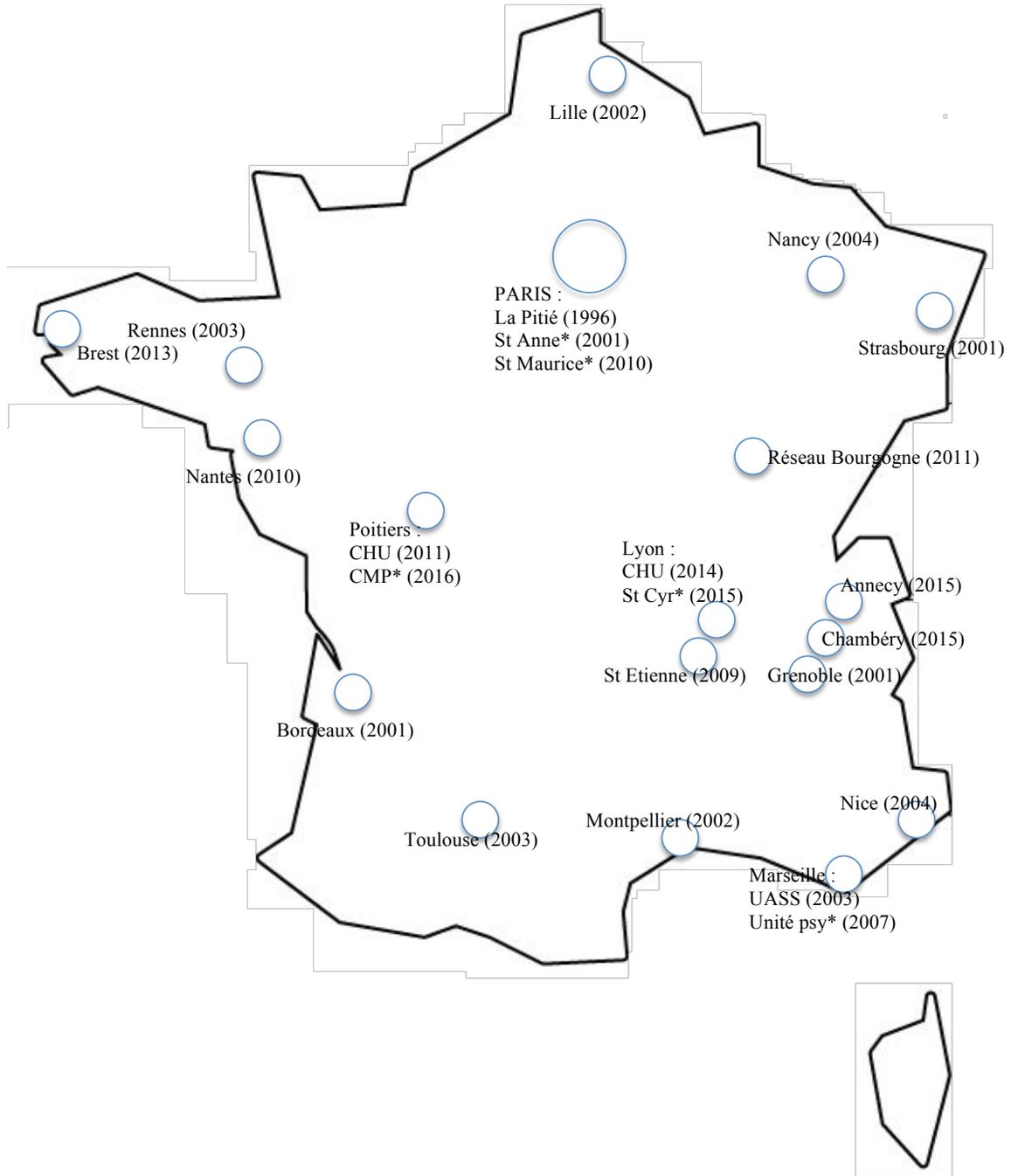
## IX. ANNEXES

### Table des annexes :

Annexe 1 : Répartition des UASS en France Métropolitaine (données février 2018).....	73
Annexe 2 : Fax type pour contacter le 114 .....	74
Annexe 3 : Questionnaire mis en ligne .....	75
Annexe 4 : Courriel adressé aux UASS.....	80
Annexe 5 : Note d'informations pour les patients.....	81
Annexe 6 : Répartition des réponses des sourds aux 12 situations cliniques .....	82
Annexe 7 : Répartition des réponses des entendants aux 12 situations cliniques.....	82
Annexe 8 : Tableau descriptif et comparatif de la population sourde .....	83
Annexe 9 : Comparaison des réponses aux 12 situations cliniques entre les sourdes et les entendants.....	84
Annexe 10 : Comparaison des réponses aux 12 situations cliniques entre les hommes sourds et entendants .....	85
Annexe 11 : Comparaison de la périodicité des 30 faits entre les femmes.....	86
Annexe 12 : Comparaison de la périodicité des 30 faits entre les hommes.....	87
Annexe 13 : Comparaison avec les données de la littérature sur le niveau d'étude et l'emploi....	88

Annexe 1 : Répartition des UASS en France Métropolitaine (données février 2018)

\* : unités psychiatriques



Annexe 2 : Fax type pour contacter le 114

**114** urgence, sourds

 **Cocher, et renvoyer fax au 114** 

**Victime qui ?**

Femme ?     Homme ?     Enfant ?

Age : .....

Nom : .....

Prénom : .....

**Témoin : numéro et adresse ?**

 Fax : .....

 Tel, sms : .....

Nom témoin : .....

Numéro : ..... Rue : .....

Commune, ville, village : .....

Département : .....

Code postal :

Maison ?     Appartement ?

Etage ? ..... Escalier ? .....

Bâtiment ? ..... Code porte ? .....

**Que se passe-t-il ?**

  Mal poitrine ?

  Respire mal ?

  Etouffé ?

  Evanoui ?

  os cassé ?

  Sang ?

  Bébé arrive ?

  Tombé ?

  Noyade ?

  Electrocution

  Feu ?

  Gaz ?

  Vol ?

  Violence ?

  Perdu ?

  Inondation ?

  Accident ?

Autres informations ? .....

.....

.....

## Annexe 3 : Questionnaire mis en ligne

Bonjour,

*Je m'appelle Laura. Je suis médecin généraliste à Nantes.*

*Dans le cadre de la fin de mes études, pour ma thèse, j'effectue un travail de recherche sur les violences.*

*J'aimerais étudier la perception qu'ont les personnes sourdes et les personnes entendantes sur des situations qui peuvent arriver au quotidien.*

*Ce questionnaire s'adresse à tous. Toutes les questions et réponses sont traduites Français - Langue des Signes Française (LSF).*

*Il se compose de 3 parties :*

*1. Informations générales : sexe, âge,...* ;

*2. Avis sur différentes situations ;*

*3. Histoire de vie (optionnelle).*

*Les réponses sont anonymes !*

*Il faut compter en moyenne 10 minutes pour répondre à l'ensemble du questionnaire.*

*Merci pour votre participation,*

*Pour toutes questions, contactez-moi par mail : theselaurac@gmail.com*

### **Partie I : Informations générales**

- 1) Vous êtes (sexe) :
  1. Une femme
  2. Un homme
  
- 2) Indiquez votre âge : \_\_\_
  
- 3) Vous vivez :
  1. Seul(e)
  2. En couple
  3. En colocation
  4. Chez vos parents
  5. Dans une structure (foyer, institution)
  
- 4) Votre niveau d'études :
  1. Aucun diplôme
  2. Brevet des collèges (= à la fin du collège)
  3. CAP ou BEP
  4. Baccalauréat (= à la fin du lycée)
  5. Equivalent Bac +2 (ex : BTS)
  6. Equivalent Bac + 3 ou + 4 (ex : licence)
  7. Equivalent Bac + 5 et plus (ex : master, doctorat)
  
- 5) Actuellement, quelle est votre situation professionnelle ?
  1. Je suis étudiant (e), en stage ou en apprentissage -> question 7
  2. Je travaille -> question 6
  3. Je suis au chômage -> question 7
  4. Je suis sans profession, bénéficiaire d'une allocation (ex : AAH) -> question 7
  5. Je suis retraité (e) -> question 7
  6. Autre situation
  
- 6) Si vous travaillez, quel est votre métier ?
  1. Agriculteur exploitant
  2. Artisan, commerçant et chef d'entreprise
  3. Cadre et professions intellectuelles supérieures (par ex : médecin, avocat, professeur, politicien, journaliste, artiste)
  4. Professions intermédiaires (par ex : instituteur, infirmier, éducateur)
  5. Employé(e) (par ex : aide soignant, policier, pompier, employé d'une entreprise, vendeur, serveur, coiffeur)
  6. Ouvrier(e) (par ex : jardinier, électricien, taxi)

- 7) Avez-vous des enfants ?
1. Oui
  2. Non
- 8) Dans votre quotidien, rencontrez-vous une (des) situation(s) de handicap ?  
*Par exemple : difficultés pour se déplacer, pour voir, pour communiquer*
1. Oui
  2. Non

#### Troubles de l'audition

- 9) Vous-êtes ?
1. Sourd (e) -> question 10
  2. Malentendant (e) -> Partie II
  3. Entendant (e) -> Partie II
- 10) A quel âge la surdité a débuté ?
1. A la naissance = congénitale
  2. Avant 2 ans
  3. Dans l'enfance (avant 18 ans)
  4. A l'âge adulte (après 18 ans)
- 11) Etes-vous appareillé(e)?
1. Oui
  2. Non
- 12) Quelle langue utilisez-vous principalement ?
1. Le Français oral
  2. La Langue des Signes Française LSF
  3. Le Langage Parlé Complété LPC
  4. Autre
- 13) Votre niveau de compréhension du Français écrit est :
1. (-) Je ne sais pas lire
  2. (-) Je reconnais les mots mais je ne comprends pas la phrase
  3. (+) Je peux lire quelques phrases
  4. (++) Je peux lire un livre sans problème
- 14) Votre niveau de Langue des Signes est :
1. (++) Excellent
  2. (+) Plutôt bon
  3. (-) Mauvais
  4. (-) Je ne connais pas cette langue
- 15) Participez-vous à des associations pour personnes sourdes ?
1. Oui très souvent
  2. Oui mais je participe peu
  3. Non
- 16) Où avez-vous étudié : (choix multiples)
1. Ecole spécialisée pour les sourds
  2. Classe bilingue
  3. Ecoles pour les entendants
  4. Je ne sais pas
- 17.1) Y a-t-il d'autres personnes sourdes ou malentendantes dans votre famille ?
1. Oui -> question 17.2
  2. Non -> question 18
  3. Je ne sais pas -> question 18
- 17.2) Qui est sourd ou malentendant dans votre famille ? (Choix multiples)
1. Mère
  2. Père
  3. Frère / sœur
  4. Grands parents
  5. Oncle / tante
  6. Cousin / cousine
  7. Autre

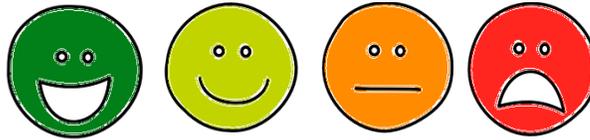
- 18) Un membre de votre famille proche (père, mère, frère ou sœur) parle-t-il la LSF ?
1. Non
  2. Oui une personne
  3. Oui plus d'une personne
- 19) Actuellement en couple - votre conjoint (e) est :
1. Sourd (e)
  2. Malentendant (e)
  3. Entendant (e)
  4. Je suis célibataire
- 20) Votre partenaire parle-t-il la Langue des Signes ?
1. Oui
  2. Non
  3. Je suis célibataire

## **Partie II : Donnez votre avis**

*Dans cette 2ème partie sont décrites différentes situations qui arrivent au quotidien. Elles peuvent paraître violentes pour certaines personnes mais normales pour d'autres. Il n'y a donc pas de bonne ou mauvaise réponse, ce qui compte c'est votre avis !*

*Pour chacune des 12 situations, la question posée est :*

*Pour vous, cette situation est : « acceptable », « plutôt acceptable », « peu acceptable », « pas du tout acceptable » ?*



1. Un enfant de 7 ans vient de casser son jouet préféré et pleure. Ses parents sont occupés sur l'ordinateur et ne se retournent pas pour le consoler.
2. Quand ils sont en soirée et que sa femme parle avec d'autres personnes, il vient se serrer contre elle et lui prend sa main.
3. Au collège, les élèves ne veulent plus parler avec Rose parce qu'elle les regarde toujours bizarrement.
4. Dans un bus, un homme s'assoit à côté d'une passagère. Il veut lui poser une question et lui touche l'avant-bras.
5. En cours, un professeur interpelle un étudiant en touchant son épaule.
6. Quand Magalie invite son copain à la maison, elle en a marre que sa petite sœur les observe. Un jour agacée, elle l'enferme dans sa chambre.
7. Dans la rue Tom et Romain se bagarrent. La petite sœur de Tom vient alerter sa mère. Mais elle est au téléphone avec son patron et malgré de nombreux gestes et tapes sur le bras, elle ne raccroche pas.
8. A la récréation, Julien est triste. Tout le monde parle et rigole et il ne sait pas pourquoi.
9. Suite à une fracture du coude, un adolescent de 11 ans a des difficultés pour se déshabiller seul. Aux toilettes, un professeur lui propose de l'aider.
10. En rentrant du lycée, Fanny est en colère contre tout le monde. Ses parents n'arrivent pas à la calmer. Ils la laissent taper sur les murs en attendant que cela passe.
11. Un soir devant la télé, sa femme s'endort. Son mari en profite pour prendre sa main et la maintient sur son sexe.
12. Un père regarde un film pornographique. Voyant son adolescent de 15 ans intéressé, il lui propose de s'asseoir et de regarder avec lui. C'est l'occasion de lui parler de sexualité.

### **Partie III : Histoire de vie**

*Cette dernière partie interroge sur votre vécu dans l'enfance, à la maison et à l'école, et avec vos partenaires. Vous êtes libres d'y répondre, les réponses ne sont pas obligatoires.*

21) Connaissez-vous le numéro 114 ?

1. Oui
2. Non

22) Avez-vous déjà contacté un numéro d'urgence (15/17/18/112/114) pour rapporter des violences que vous avez subies ?

1. Oui
2. Non

23) Avez-vous déjà contacté un numéro d'urgence (15/17/18/112/114) pour rapporter des violences dont vous avez été témoin ?

1. Oui
2. Non

24) Avez-vous déjà dû consulter un médecin ou être hospitalisé (e) à la suite de violences ?

1. Oui
2. Non

Avez-vous déjà vécu ces situations ?

*Réponses possibles : jamais, 1 fois, rarement, souvent, très souvent, tous les jours*

25.1) Dans l'enfance à la maison :

1. Vos parents se disputaient
2. On vous privait de nourriture
3. On vous punissait sans raison
4. Vous vous sentiez aimé
5. On vous insultait

24.2) Dans l'enfance à la maison :

1. Vous avez eu un rapport sexuel forcé
2. On se moquait de vous
3. On vous forçait à montrer votre sexe
4. Vous alliez chez le médecin quand vous étiez malade
5. On vous frappait

24.3) Dans l'enfance à la maison :

1. Vous pouviez vous exprimer librement
2. On vous a forcé à toucher le sexe de quelqu'un d'autre
3. On vous a fait voir de la pornographie (film, magazine)
4. Vous vous sentiez écouté (e)

25.1) A l'école :

1. Vous vous sentiez intégré(e) dans la classe
2. Les autres élèves vous insultaient
3. Un adulte vous a forcé à avoir un rapport sexuel
4. Les autres élèves volaient vos affaires
5. Le professeur vous punissait sans raison

25.2) A l'école :

6. Les autres élèves vous frappaient
7. Vous pouviez compter sur quelqu'un pour vous aider
8. Vous avez regardé de la pornographie (film, magazine)
9. Un élève vous a forcé à avoir un rapport sexuel

26) Avez vous déjà eu des rapports sexuels ?

1. Oui
2. Non

27) Votre premier rapport sexuel était-il souhaité ?

1. Oui bien sûr
2. Un peu
3. Non

Avez-vous déjà vécu ces situations ?

*Réponses possibles : jamais, 1 fois, rarement, souvent, très souvent, tous les jours*

28.1) Au sein de votre couple (ancien ou actuel) :

1. On vous a insulté
2. Vous vous sentez aimé (e)
3. On vous a volé vos affaires / votre argent
4. On a menacé ou essayé de vous tuer

28.2) Au sein de votre couple (ancien ou actuel) :

1. On vous a frappé
2. On vous a empêché de sortir / voir vos amis ou votre famille
3. On vous a forcé à avoir des rapports sexuels

29) Avez-vous répondu seul (e) à ce questionnaire ?

1. Oui
2. Non

*Merci beaucoup pour votre participation*

*Quand ce travail de thèse sera fini, les résultats seront disponibles sur le site : [www.theseLC.ovh](http://www.theseLC.ovh)*

## Annexe 4 : Courriel adressé aux UASS

Chères consœurs, Chers confrères,

Je suis médecin généraliste à Nantes. Pour ma thèse, j'effectue un travail de recherche sur la vulnérabilité et les violences subies, encadré par le Dr RIDOUX Isabelle, médecin de l'UASS de Rennes.

Mon projet est parti du constat, lors d'un stage dans un service de médecine légale en tant qu'interne, qu'à l'occasion des consultations pour certificat de coups et blessures, peu de personnes en situation de handicap nous été adressées par les autorités judiciaires. Je me suis ainsi posée la question de l'accessibilité des personnes en situation de handicap pour aller porter plainte, notamment les personnes présentant des troubles communicationnels.

Après avoir mené des recherches bibliographiques, j'ai découvert que la population sourde était d'une part peu étudiée sur le sujet des violences en France, et que d'autres part leur risque d'être victime de tout type de violence était de 2 à 3 fois plus élevé que la population générale.

Différents éléments sont déjà détaillés dans la littérature expliquant cette plus grande vulnérabilité. J'ai voulu rechercher si leur manière de regarder et de toucher pour interagir et communiquer avec autrui, pouvait avoir un impact supplémentaire sur cette vulnérabilité.

Avec l'aide de l'UASS de Rennes, j'ai créé un questionnaire bilingue Français / LSF, accessible sur internet aux entendants et aux sourds pour répondre à cet objectif.

Accueillant des personnes sourdes au sein de vos unités ou de vos cabinets, je me permets de vous solliciter pour recueillir un maximum de réponses à mon questionnaire.

Les critères d'inclusion sont :

- personne majeure,
- présentant une surdité congénitale ou pré-linguale complète,
- sachant utiliser internet pour répondre au questionnaire,
- parlant aisément la LSF et/ou comprenant le Français écrit.

Si vous souhaitez consulter le questionnaire, voici son lien : [www.theseLC.ovh](http://www.theseLC.ovh)

Vous pouvez envoyer le lien par mail aux patients intéressés.

Vous trouverez en pièce jointe une note d'information à donner à vos patients, sur laquelle est mentionné le lien internet. Je vous en envoie plusieurs exemplaires par voie postale dès demain.

Pourriez-vous m'indiquer par retour de mail à combien de personnes vous avez transmis le document ou le lien, sans me préciser leur identité ?

Pour ne pas influencer les réponses, je vous remercie de ne pas trop détailler l'objectif de mon travail, mais de leur expliquer simplement que c'est une thèse sur les violences.

Vous remerciant pour votre participation,

Confraternellement

Laura Courteille

PS : Si vous souhaitez échanger ou avoir plus d'informations sur ce travail, n'hésitez pas à me contacter - [theselaurac@gmail.com](mailto:theselaurac@gmail.com) ou au 06.08.62.75.16

## Annexe 5 : Note d'informations pour les patients

Bonjour,

Je suis médecin généraliste à Nantes. J'effectue un travail de recherche pour ma thèse sur la vulnérabilité et la violence.

Je vous propose de participer à un questionnaire pour recueillir votre avis.

Le questionnaire est anonyme.

Il est accessible à tous, sourds et entendants : les questions et réponses sont traduites en Langue des Signes Française.

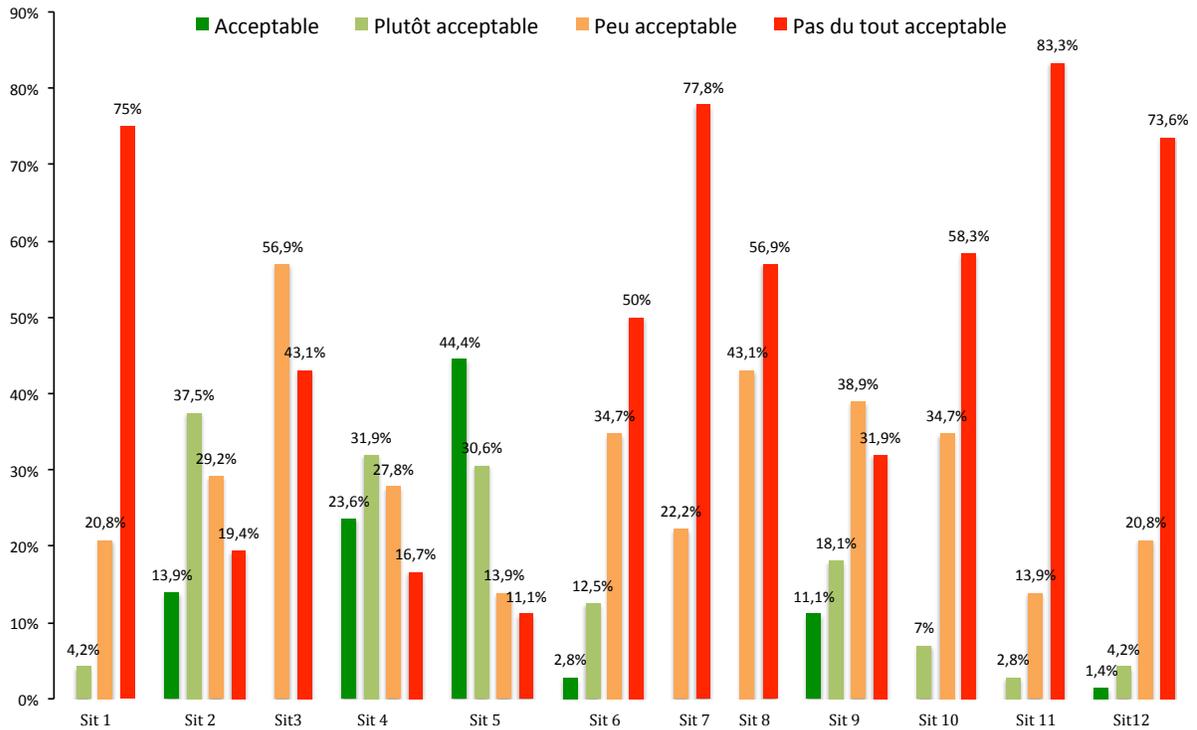
Voici le lien pour mon questionnaire : [www.theseLC.ovh](http://www.theseLC.ovh)

Merci pour votre participation,

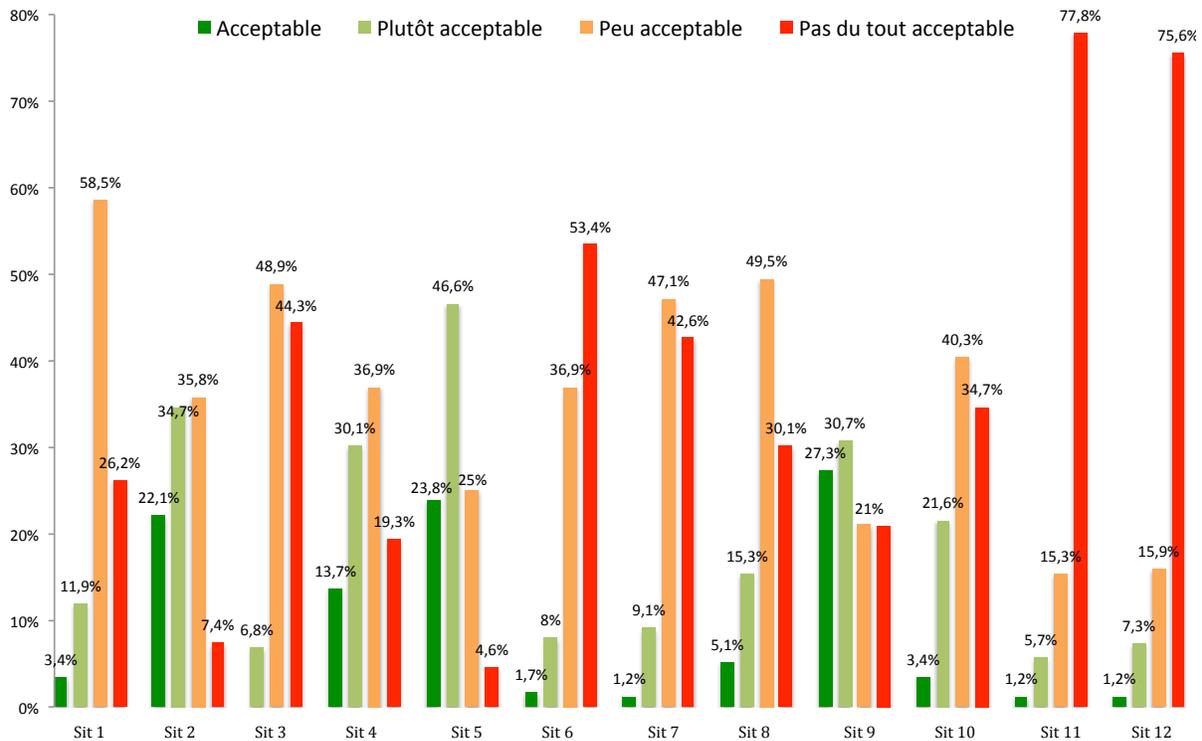
Laura C.

Le travail terminé, les résultats seront visibles sur le même site internet.

## Annexe 6 : Répartition des réponses des sourds aux 12 situations cliniques



## Annexe 7 : Répartition des réponses des entendants aux 12 situations cliniques



Annexe 8 : Tableau descriptif et comparatif de la population sourde

		Total		Femme		Homme		p
		N / M	% / SD	N / M	% / SD	N / M	% / SD	
Nb répondants		72		54		18		
Âge (années)		38,9 <sup>1</sup>	11,96 <sup>2</sup>	39,7 <sup>1</sup>	11,88 <sup>2</sup>	36,5 <sup>1</sup>	12,24 <sup>2</sup>	0,22
Début surdité	Congénitale	61	84,7 %	46	85,2 %	15	83,3 %	1
	Avant 2 ans	11	15,3 %	8	14,8 %	3	16,7 %	
Appareillage	Oui	29	40,3 %	25	46,3 %	4	22,3 %	0,07
	Non	43	59,7 %	29	53,7 %	14	77,7 %	
Langue principale	Français orale	10	13,9 %	7	13%	3	16,7 %	0,57
	LSF	60	83,3 %	46	85,2 %	14	77,7 %	
	Autre	2	2,8 %	1	1,8 %	1	5,6 %	
Compréhension Français écrit	Lecture livre	52	72,2 %	41	75,9 %	11	61,1 %	0,09
	Phrase simple	18	25 %	13	24,1 %	5	27,7 %	
	Mots	1	1,4 %	0	0 %	1	5,6 %	
	Ne sait pas lire	1	1,4 %	0	0 %	1	5,6 %	
Niveau LSF	Excellent	49	68,1 %	38	70,4 %	11	61,1 %	0,48
	Plutôt bon	21	29,1 %	15	27,8 %	6	33,3 %	
	Mauvais	2	2,8 %	1	1,8 %	1	5,6 %	
Participation associations sourdes	Souvent	35	48,6 %	27	50 %	8	44,4 %	0,92
	Un peu	28	38,9 %	20	37 %	8	44,4 %	
	Non	9	12,5 %	7	13 %	2	11,2 %	
Type d'écoles	Spécialisée	43	59,7 %	35	64,8 %	8	44,4 %	0,46
	Bilingue	4	5,6 %	3	5,6 %	1	5,6 %	
	Entendante	17	23,6 %	11	20,4 %	6	33,3 %	
	Spécialisée et entendante	5	6,9 %	3	5,6 %	2	11,1 %	
	Bilingue et entendante	2	2,8 %	1	1,8 %	1	5,6 %	
	Les 3 types	1	1,4 %	1	1,8 %	0	0 %	
Famille sourde	Un proche	9	12,5 %	8	14,8 %	1	5,6 %	0,73
	Plusieurs proches	18	25 %	12	22,2 %	6	33,3 %	
	Un éloigné	6	8,3 %	5	9,3 %	1	5,6 %	
	Plusieurs éloignés	1	1,4 %	1	1,8 %	0	0 %	
	Non	34	47,2 %	24	44,5 %	10	55,5 %	
	Ne sait pas	4	5,6 %	4	7,4 %	0	0 %	
Famille proche LSF +	Oui, 1 proche	15	20,8 %	11	20,4 %	4	22,2 %	0,82
	Oui, plusieurs	36	50 %	28	51,8 %	8	44,4 %	
	Non	21	29,2 %	15	27,8 %	6	33,4 %	
Statut conjoint	Sourd	37	51,4 %	32	59,2 %	5	27,8 %	0,06
	Entendant LSF	12	16,7 %	7	13 %	5	27,8 %	
	Entendant	6	8,3 %	5	9,3 %	1	5,5 %	
	Célibat	17	23,6 %	10	18,5 %	7	38,9 %	

Annexe 9 : Comparaison des réponses aux 12 situations cliniques entre les sourdes et les entendant

	Effectif (N)	SOURDES		ENTENDANTES		TOUTES		P
		54		126		180		
		N	%	N	%	N	%	
SIT 1	Acceptable	0	0 %	3	2,4 %	3	1,7 %	< 0,001*
	Plutôt	2	3,7 %	11	8,7 %	13	7,2 %	
	Peu	11	20,4 %	77	61,1 %	88	48,9 %	
	Pas du tout	41	75,9 %	35	27,8 %	76	42,2 %	
SIT 2	Acceptable	6	11,2 %	26	20,6 %	32	17,8 %	0,14
	Plutôt	20	37 %	42	33,3 %	62	34,4 %	
	Peu	18	33,3 %	47	37,3 %	65	36,1 %	
	Pas du tout	10	18,5 %	11	8,8 %	21	11,7 %	
SIT 3	Acceptable	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0,12
	Plutôt	0	0 %	7	5,6 %	7	3,9 %	
	Peu	30	55,6 %	56	44,4 %	86	47,8 %	
	Pas du tout	24	44,4 %	63	50 %	87	48,3 %	
SIT 4	Acceptable	14	25,9 %	18	14,3 %	32	17,8 %	0,3
	Plutôt	16	29,7 %	40	31,8 %	56	31,1 %	
	Peu	14	25,9 %	41	32,5 %	55	30,5 %	
	Pas du tout	10	18,5 %	27	21,4 %	37	20,6 %	
SIT 5	Acceptable	24	44,4 %	30	23,8 %	54	30 %	0,01*
	Plutôt	16	29,6 %	57	45,2 %	73	40,6 %	
	Peu	8	14,8 %	32	25,4 %	40	22,2 %	
	Pas du tout	6	11,2 %	7	5,6 %	13	7,2 %	
SIT 6	Acceptable	1	1,8 %	30	23,8 %	3	1,7 %	0,5
	Plutôt	7	13 %	57	45,2 %	16	8,9 %	
	Peu	17	31,5 %	32	25,4 %	65	36,1 %	
	Pas du tout	29	53,7 %	7	5,6 %	96	53,3 %	
SIT 7	Acceptable	0	0 %	0	0 %	0	0 %	< 0,001*
	Plutôt	0	0 %	11	8,7 %	11	6,1 %	
	Peu	12	22,2 %	61	48,4 %	73	40,6 %	
	Pas du tout	42	77,8 %	54	42,9 %	96	53,3 %	
SIT 8	Acceptable	0	0 %	3	2,4 %	3	1,7 %	< 0,001*
	Plutôt	0	0 %	16	12,7 %	16	8,9 %	
	Peu	22	40,7 %	61	48,4 %	83	46,1 %	
	Pas du tout	32	59,3 %	46	36,5 %	78	43,3 %	
SIT 9	Acceptable	7	13 %	29	23 %	36	20 %	0,03*
	Plutôt	8	14,8 %	36	28,6 %	44	24,4 %	
	Peu	22	40,7 %	32	25,4 %	54	30 %	
	Pas du tout	17	31,5 %	29	23 %	46	25,6 %	
SIT 10	Acceptable	0	0 %	6	4,8 %	6	3,3 %	0,01*
	Plutôt	5	9,3 %	27	21,4 %	32	17,8 %	
	Peu	20	37 %	52	41,3 %	72	40 %	
	Pas du tout	29	53,7 %	41	32,5 %	70	38,9 %	
SIT 11	Acceptable	0	0 %	1	0,8 %	1	0,6 %	0,29
	Plutôt	1	1,8 %	7	5,6 %	8	4,5 %	
	Peu	7	13 %	16	12,7 %	23	12,7 %	
	Pas du tout	46	85,2 %	102	80,9 %	148	82,2 %	
SIT 12	Acceptable	0	0 %	2	1,6 %	2	1,1 %	0,97
	Plutôt	2	3,7 %	6	4,7 %	8	4,5 %	
	Peu	10	18,5 %	21	16,7 %	31	17,2 %	
	Pas du tout	42	77,9 %	97	77 %	139	77,2 %	

Annexe 10 : Comparaison des réponses aux 12 situations cliniques entre les hommes sourds et entendants

	Effectif (N)	SOURDS		ENTENDANTS		TOUS		P
		18		50		68		
		N	%	N	%	N	%	
SIT1	Acceptable	0	0 %	3	6 %	3	4,4 %	<0,01*
	Plutôt	1	5,6 %	10	20 %	11	16,2 %	
	Peu	4	22,2 %	26	52 %	30	44,2 %	
	Pas du tout	13	72,2 %	11	22 %	24	35,2 %	
SIT 2	Acceptable	4	22,2 %	13	26 %	17	25 %	0,13
	Plutôt	7	38,9 %	19	38 %	26	38,2 %	
	Peu	3	16,7 %	16	32 %	19	28 %	
	Pas du tout	4	22,2 %	2	4 %	6	8,8 %	
SIT 3	Acceptable	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0,38
	Plutôt	0	0 %	5	10 %	5	7,4 %	
	Peu	11	61,1 %	30	60 %	41	60,2 %	
	Pas du tout	7	39,9 %	15	30 %	22	32,4 %	
SIT 4	Acceptable	3	16,7 %	6	12 %	9	13,2 %	0,61
	Plutôt	7	38,9 %	13	26 %	20	29,4 %	
	Peu	6	33,3 %	24	48 %	30	44,2 %	
	Pas du tout	2	11,1 %	7	14 %	9	13,2 %	
SIT 5	Acceptable	8	44,4 %	12	25 %	20	29,4 %	0,09
	Plutôt	6	33,4 %	25	50 %	31	45,6 %	
	Peu	2	11,1 %	12	24 %	14	20,6 %	
	Pas du tout	2	11,1 %	1	2 %	3	4,4 %	
SIT 6	Acceptable	1	5,6 %	1	2 %	2	2,9 %	0,54
	Plutôt	2	11,1 %	5	10 %	7	10,3 %	
	Peu	8	44,4 %	17	34 %	25	36,8 %	
	Pas du tout	7	38,9 %	27	54 %	34	50 %	
SIT 7	Acceptable	0	0 %	2	4 %	2	2,9 %	0,07
	Plutôt	0	0 %	5	10 %	5	7,4 %	
	Peu	4	22,2 %	22	44 %	26	38,2 %	
	Pas du tout	14	77,8 %	21	42 %	35	51,5 %	
SIT 8	Acceptable	0	0 %	6	12 %	6	8,8 %	<0,01*
	Plutôt	0	0 %	11	22 %	11	16,2 %	
	Peu	9	50 %	26	52 %	35	51,5 %	
	Pas du tout	9	50 %	7	14 %	16	23,5 %	
SIT 9	Acceptable	1	5,6 %	19	38 %	20	29,4 %	<0,01*
	Plutôt	5	27,8 %	18	36 %	23	33,8 %	
	Peu	6	33,3 %	5	10 %	11	16,2 %	
	Pas du tout	6	33,3 %	8	16 %	14	20,6 %	
SIT 10	Acceptable	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0,01*
	Plutôt	0	0 %	11	22 %	11	16,2 %	
	Peu	5	27,8 %	19	38 %	24	35,2 %	
	Pas du tout	13	77,2 %	20	40 %	33	48,6 %	
SIT 11	Acceptable	0	0 %	1	2 %	1	1,5 %	0,9
	Plutôt	1	5,6 %	3	6 %	4	5,9 %	
	Peu	3	16,6 %	11	22 %	14	20,6 %	
	Pas du tout	14	77,8 %	35	70 %	49	72 %	
SIT 12	Acceptable	1	5,6 %	0	0 %	1	1,5 %	0,15
	Plutôt	1	5,6 %	7	14 %	8	11,8 %	
	Peu	5	27,8 %	7	14 %	12	17,6 %	
	Pas du tout	11	61 %	36	72 %	47	69,1 %	

Annexe 11 : Comparaison de la périodicité des 30 faits entre les femmes

		Sourdes					Entendantes					
		Effectifs					Effectifs					P
Périodicité des faits		Jamais	Rare	Souvent	Très souvent	Tous les jours	Jamais	Rare	Souvent	Très souvent	Tous les jours	
À la maison	1 dispute	9	20	18	4	3	14	64	40	6	2	0,24
	2 privation de nourriture	48	6	1	0	0	116	10	0	0	0	0,40
	3 punition	36	15	2	1	0	94	24	6	2	0	0,60
	4 se sentir aimé	3	5	20	11	15	1	17	46	22	40	0,35
	5 insulte	29	19	5	1	0	92	24	8	2	0	0,06
	6 rapport forcé	51	1	2	0	0	122	2	1	1	0	0,57
	7 moquerie	20	23	10	1	0	54	54	16	2	0	0,69
	8 montrer sexe	49	4	1	0	0	123	1	1	1	0	0,04*
	9 consultation médecin	10	10	20	11	3	2	10	58	41	14	<0,001*
	10 coups	40	9	5	0	0	78	40	6	2	0	0,10
	11 expression libre	7	9	12	9	11	3	12	37	23	51	0,04*
	12 toucher sexe	51	0	2	1	0	121	3	1	1	0	0,66
	13 porno	49	3	1	0	0	119	5	1	1	0	0,71
	14 écouté	7	14	12	10	11	4	23	43	23	33	0,06
À l'école	15 se sentir intégré	4	12	23	5	9	2	20	54	32	18	0,04*
	16 insulte	17	24	8	3	2	58	49	16	3	0	0,08
	17 rapport forcé (prof)	53	1	0	0	0	126	0	0	0	0	0,3
	18 vols	28	21	5	0	0	92	30	3	0	0	<0,01*
	19 punition	26	22	5	1	0	95	29	2	0	0	<0,001*
	20 coups	38	11	4	1	0	106	17	2	1	0	0,06
	21 avoir un ami	8	13	19	7	7	11	16	45	33	18	0,11
	22 porno	37	14	3	0	0	111	12	3	0	0	<0,01*
23 rapport forcé (élève)	50	3	1	0	0	124	1	1	0	0	0,09	
Dans le couple (ancien ou actuel)	24 insulte	26	15	8	2	1	83	35	3	2	0	<0,01*
	25 aimé	4	10	9	16	54	0	6	34	29	53	<0,001*
	26 vol	37	10	4	2	1	109	10	3	1	0	<0,01*
	27 menace tuer	40	11	0	2	1	113	9	0	1	0	<0,1*
	28 coups	36	10	4	3	1	109	13	2	0	0	<0,01*
	29 interdiction sorties	36	9	4	3	1	102	14	8	0	0	0,02*
	30 rapport forcé	36	10	5	3	0	107	12	4	1	0	0,01*

Annexe 12 : Comparaison de la périodicité des 30 faits entre les hommes

		Sourds					Entendants					
		Effectifs					Effectifs					P
Périodicité des faits		Jamais	Rare	Souvent	Très souvent	Tous les jours	Jamais	Rare	Souvent	Très souvent	Tous les jours	
À la maison	1 dispute	1	12	3	2	0	8	32	6	2	2	0,58
	2 privation de nourriture	17	1	0	0	0	44	6	0	0	0	0,66
	3 punition	10	8	0	0	0	39	10	1	0	0	0,10
	4 se sentir aimé	0	4	5	4	5	0	4	18	13	14	0,49
	5 insulte	10	7	1	0	0	33	13	3	0	0	0,72
	6 rapport forcé	17	1	0	0	0	50	0	0	0	0	0,26
	7 moquerie	5	9	0	3	1	23	21	4	2	0	0,08
	8 montrer sexe	16	2	0	0	0	49	1	0	0	0	0,17
	9 consultation médecin	3	6	1	7	1	4	3	25	7	11	<0,001*
	10 coups	11	6	1	0	0	26	21	3	0	0	0,81
	11 expression libre	0	4	4	6	4	0	5	19	8	8	0,16
	12 toucher sexe	17	0	0	0	0	50	0	0	0	0	1
	13 porno	16	2	0	0	0	50	0	0	0	0	0,07
	14 écouté	2	5	6	3	2	1	7	20	15	7	0,28
À l'école	15 se sentir intégré	1	6	4	5	2	1	10	22	8	9	0,27
	16 insulte	5	10	2	1	0	18	26	3	3	0	0,86
	17 rapport forcé (prof)	16	2	0	0	0	50	0	0	0	0	0,07
	18 vols	11	6	0	1	0	30	19	1	0	0	0,55
	19 punition	8	7	1	2	0	33	16	1	0	0	0,06
	20 coups	8	10	0	0	0	29	20	1	0	0	0,56
	21 avoir un ami	1	5	6	3	3	6	8	17	9	9	0,88
	22 porno	8	6	4	0	0	36	10	1	2	1	0,02*
23 rapport forcé (élève)	15	3	0	0	0	50	0	0	0	0	0,02*	
Dans le couple (ancien ou actuel)	24 insulte	9	7	1	0	0	32	16	2	0	0	0,55
	25 aimé	1	2	2	4	8	0	1	9	18	22	0,17
	26 vol	16	1	0	0	0	43	5	1	0	1	1
	27 menace tuer	16	1	0	0	0	45	3	2	0	0	1
	28 coups	10	7	0	0	0	41	8	1	0	0	0,08
	29 interdiction sorties	14	3	0	0	0	40	7	2	1	0	1
	30 rapport forcé	16	1	0	0	0	50	0	0	0	0	0,25

Annexe 13 : Comparaison avec les données de la littérature sur le niveau d'étude et l'emploi

	SOURDS			ENTENDANTS			
		Nos Données	BSSM <sup>1</sup>	p	Nos Données	Enquête Emploi 2018 <sup>2</sup>	p
	Effectifs	72	2 994		176	48 351 481	
Diplôme	Sans ou DNB	9,7 %	8,1 %	0,24	1,2 %	29,5 %	<0,001*
	CAP / BEP	18,1 %	30 %		9,7 %	24,6 %	
	Niveau Bac	22,2	16,9 %		13,3 %	16,8 %	
	Supérieur Baccalauréat	50 %	44 %		75,8 %	29,1 %	
Statut	Etudes	11,1 %	7,6 %	<0,01*	9,7 %	ND <sup>3</sup>	ND
	Actif	54,2 %	50,7 %		71 %	40,5 %	
	Chômage	11,1 %	9,2 %		5,7 %	9,1 %	
	Retraite	7 %	24,7 %		8,5 %	ND <sup>4</sup>	
	Autres inactifs	16,6 %	7,8 %		5,1 %	17,1 %	
Catégorie Socio-professionnelle	Agriculteur	0 %	0,8 %	0,19	0 %	1,5 %	<0,001*
	Artisan, commerçant	5,1 %	3,2 %		6,4 %	6,5 %	
	Cadre PI <sup>5</sup> sup	12,8 %	25,9 %		53,6 %	18,4 %	
	PI <sup>5</sup> intermédiaire	38,5 %	32,7 %		17,6 %	25,7 %	
	Employé	35,9 %	28,3 %		21,6 %	27,2 %	
	Ouvrier	7,7 %	8,4 %		0,8 %	20,4 %	

ND = données non disponibles

PI = profession intellectuelle

<sup>1</sup> Baromètre Santé Sourds et Malentendants 2011-2012 de l'INPES (25)

<sup>2</sup> Enquête Emploi 2018 de l'INSEE (78)

<sup>3</sup> D'après le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 1 673 300 Français sont inscrits pour l'année universitaire 2018-2019, soit 2,5% de la population (82)

<sup>4</sup> Selon les données du Ministère des Solidarités et de la Santé parues en 2018 : 15 624 000 Français touchent une retraite, soit 23,3 % de la population (83)

## X. TABLES DES FIGURES ET DES TABLEAUX

<b>Figure 1</b> : Patients inclus dans l'étude.....	39
<b>Tableau 1</b> : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des sourds et des entendants .....	41
<b>Tableau 2</b> : Comparaison des réponses aux 12 situations cliniques des sourds et des entendants	46
<b>Tableau 3</b> : Comparaison de la périodicité des 30 faits entre les sourds et les entendants.....	49
<b>Tableau 4</b> : Comparaison des scores de violences subies entre sourds et entendants .....	50
<b>Tableau 5</b> : Comparaison du niveau d'acceptabilité des situations cliniques entre sourds et entendants, selon les antécédents de violences psychologiques .....	53
<b>Tableau 6</b> : Comparaison du niveau d'acceptabilité des situations cliniques entre sourds et entendants, selon les antécédents de violences physiques .....	55
<b>Tableau 7</b> : Comparaison du niveau d'acceptabilité des situations cliniques entre sourds et entendants, selon les antécédents de violences sexuelles .....	57

Vu, le Président du Jury,  
*(Indiquer les Nom, prénom et titre et faire signer)*

Vu, le Directeur de Thèse,  
*(Indiquer les Nom, prénom et titre et faire signer)*

Vu, le Doyen de la Faculté,  
*(nous nous chargeons de faire signer le Doyen)*

**Titre de thèse :** Perception et vécu des personnes sourdes à l'égard de situations violentes - étude analytique comparative entre sourds et entendants en France

---

## RESUME

**Introduction** Les personnes sourdes sont plus à risque de maltraitance, surtout dans l'enfance. Pour interagir et communiquer, les sourds ont besoin du regard et du toucher. Nous avons recherché si ces spécificités communicationnelles aggravaient leur vulnérabilité.

**Matériel et méthodes** Un questionnaire informatique bilingue Français / Langue des Signes a été proposé à des sourds et des entendants lors de consultations de médecine générale libérale ou dans les Unités d'Accueil et de Soins pour Sourds (UASS) et par le biais des réseaux sociaux. Douze situations à risque de violence étaient présentées. Elles faisaient intervenir soit le toucher soit le regard. Les répondants devaient juger leur acceptabilité. Nous les avons également questionnés sur leurs antécédents de maltraitance. L'acceptabilité des situations a été analysée en fonction du statut auditif puis selon des antécédents personnels.

**Résultats** 72 sourds et 176 entendants ont participé. Les sourds n'acceptent aucune des situations où le regard intervient. Le toucher, pour communiquer, est mieux accepté par les sourds. Le toucher, pour aider, est mieux accepté par les entendants. Les sourds ont plus subi de violences psychologiques, physiques et sexuelles, de façon significative. Les différences d'acceptabilité entre les sourds et les entendants augmentent avec l'importance des abus psychologiques et physiques. Les différences diminuent avec l'importance des abus sexuels.

**Conclusion** : La vulnérabilité des sourds est indéniable. Nous n'avons pas mis en évidence ici de lien avec leurs spécificités communicationnelles.

---

**MOTS CLES** : Surdité, violence, communication, langue des signes