

Volumen Especial - Julio/Septiembre 2015

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES
ISSN 0719-4706

COLLOQUE FRANCO-LATINOAMÉRICAIN
DE RECHERCHE SUR LE HANDICAP

*Cuerpo, intimidad
Sexualidad*

COLOQUIO FRANCO-LATINOAMERICANO
DE INVESTIGACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

INSHEA

FRANCIA

L'ÉCOLE
DES HAUTES
ÉTUDES
SCIENCES
SOCIALES

PHS
Programme
Handicaps
et Sociétés



UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS
CAMPUS SANTIAGO

Portada: Felipe Maximiliano Estay-Guerrero



CUERPO DIRECTIVO

Directora

Mg. Viviana Vrsalovic Henríquez
Universidad de Los Lagos, Chile

Subdirectora

Lic. Débora Gálvez Fuentes
Universidad de Los Lagos, Chile

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda
Universidad de Los Lagos, Chile

Secretario Ejecutivo y Enlace Investigativo

Héctor Garate Wamparo
Universidad de Los Lagos, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés – Francés

Lic. Iliá Zamora Peña
Asesorías 221 B, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón
Asesorías 221 B, Chile

Diagramación / Documentación

Lic. Carolina Cabezas Cáceres
Asesorías 221 B, Chile

Portada

Sr. Kevin Andrés Gamboa Cáceres
Asesorías 221 B, Chile



COMITÉ EDITORIAL

Mg. Carolina Aroca Toloza

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto

Universidad de San Pablo, Brasil

Dra. Nidia Burgos

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie

Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Lic. Juan Donayre Córdova

Universidad Alas Peruanas, Perú

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia

Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. José Manuel González Freire

Universidad de Colima, México

Mg. Keri González

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González

Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy

Universidad de La Serena, Chile

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria



Mg. Cecilia Jofré Muñoz
Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya
Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach
Universidad de Potsdam, Alemania
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Ph. D. Natalia Milanesio
Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Mg. Julieta Ogaz Sotomayor
Universidad de Los Andes, Chile

Mg. Liliana Patiño
Archiveros Red Social, Argentina

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira
Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga
Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Efraín Sánchez Cabra
Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz
Universidad del Salvador, Argentina

Lic. Rebeca Yáñez Fuentes
Universidad de la Santísima Concepción, Chile

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Patricia Brogna
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez
Universidad de Barcelona, España

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar
Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Adolfo Omar Cueto
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dra. Patricia Galeana
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg
Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles, Estados Unidos

Dra. Antonia Heredia Herrera
Universidad Internacional de Andalucía, España

Dra. Zardel Jacob Cupich
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel León-Portilla
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Rojas Mix
Coordinador Cumbre de Rectores de Universidades Estatales de América Latina y el Caribe

Dr. Luis Alberto Romero
CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Adalberto Santana Hernández
Universidad Nacional Autónoma de México, México
Director Revista Cuadernos Americanos, México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Comité Científico Internacional

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Universidad Católica de San Pablo, Brasil

Mg. Elian Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Dra. Ana Bénard da Costa

Instituto Universitario de Lisboa, Portugal

Centro de Estudios Africanos, Portugal

Dra. Noemí Brenta

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dr. Miguel Ángel de Marco

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Universidad del Salvador, Argentina

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Mg. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez

Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

Dra. Andrea Minte Münzenmayer

Universidad de Bio Bio, Chile

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. María Laura Salinas

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia

Universidad de la Calabria, Italia

Dra. Jaqueline Vassallo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques

Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. Maja Zawierzeniec

Universidad de Varsovia, Polonia

Asesoría Ciencia Aplicada y Tecnológica:

CEPU – ICAT

Centro de Estudios y Perfeccionamiento

Universitario en Investigación

de Ciencia Aplicada y Tecnológica

Santiago – Chile



Indización

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:



Information Matrix for the Analysis of Journals





ISSN 0719-4706 - Volumen Especial / Julio – Septiembre 2015 pp. 151-171

SEXUALITÉ ET SURDITÉ

SEXUALITY AND DEAFNESS

Dr. Audrey Sitbon

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Francia
audrey.sitbon@inpes.sante.fr

Dr. Arnaud Gaultier

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Francia

Dra. Juliette Dessaux

Sourdmédia / Réseau Sourds et Santé, Francia

Dr. Jean Dagron

Source-LS, Francia

Fecha de Recepción: 05 de mayo de 2015 – **Fecha de Aceptación:** 10 de julio de 2015

Résumé

Le Baromètre Santé Sourds et Malentendants a permis d'interroger ces populations sur un grand nombre de sujets liés à la santé, en termes de perceptions et de comportements. La sexualité a été questionnée dans ce cadre, sous l'angle des prises de risques (IST et grossesses non désirées). Il s'est trouvé que les infections sexuellement transmissibles étaient plus fréquemment déclarées qu'en population générale, en lien avec un dépistage plus fréquent, mais également davantage de partenaires, de nouveaux partenaires et de rapports avec des personnes de même sexe. Les violences sexuelles au cours de la vie, beaucoup plus souvent présentes qu'en population générale, sont également associées à plus d'IST pour les femmes. Ces dernières font davantage état d'interruptions volontaires de grossesse en lien avec des modes de contraception moins sûrs. Si les tendances générales sont vraies pour l'ensemble des catégories de populations interrogées, la situation des sourds pratiquant la LSF se démarque dans le sens d'écart encore plus importants avec les indicateurs en population générale.

Des mots clés

Sexualité – Surdité – France

Abstract

The Barometer Health Deaf and Hard of hearing has allowed to question these populations on a great number of topics linked to health, in terms of perceptions and behaviors. The sexuality has been questioned in that frame, under the angle of taking risks (*IST* and pregnancies not wanted). It was found that sexually transmitted diseases were declared in a frequent way that in general population, linked with a detection more frequent, but also more couples, new couples and relationship with people with same sex. Sexual violences in the course of life, more frequent presented that in general population, are also associated to more of *IST* for women. These ones make more state voluntary interruptions of pregnancy linked with forms of contraceptions more uncertain. general tendencies are true for putting together categories of populations questioned, the situation of deaf which practice the *LSF* is distinguished in the sense of difference more important with the indicators in general population.

Keywords

Sexuality – Deafness – France

Introduction

Une enquête sur la santé des personnes sourdes et malentendantes a été réalisée en France en 2011/2012 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, une agence sanitaire sous tutelle du Ministère de la santé, en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elle a été l'occasion d'interroger les perceptions et pratiques sur plusieurs sujets liés à la santé tels que la santé mentale, la santé au travail, l'accès aux soins, le rapport à l'information sur la santé, les consommations de substances psychoactives, etc. La sexualité faisait partie de ces sujets qui sont globalement peu investigués en France dans le domaine du handicap¹,   la fois en matière d'orientation sexuelle, de pratiques, mais aussi de risques qui y sont liés, qu'il s'agisse de rapports subis ou de risques infectieux, pour les populations vivant en institution ou non. Ce constat vaut également pour les populations sourdes ou malentendantes, dans les études françaises et étrangères, à l'exception de quelques travaux sur les infections sexuellement transmissibles (IST). En France, dans les années 1990, les risques de transmission du VIH sont apparus comme plus importants pour les sourds locuteurs de la langue des signes² révélant par là-même de graves lacunes en matière d'accès à l'information³, à la prévention et aux soins⁴. L'acquisition de connaissances sur la prévention et la contraception, comme sur d'autres sujets, n'a rien d'évident quand les informations audio sont inaccessibles, la lecture pas toujours aisée faute de mode d'éducation appropriée et lorsque les moyens pour communiquer avec les entendants sont réduits. La très grande majorité des sourds depuis la prime enfance a grandi dans des familles entendants. La transmission d'informations entre générations est souvent limitée notamment en raison des difficultés pour accéder à l'apprentissage de la LSF et à l'oral. Les informations disponibles en langue des signes sont en outre restées très longtemps réduites, en raison de son interdiction en milieu scolaire jusqu'au début des années 1990⁵. Les pairs peuvent alors se substituer aux autres sources de connaissance, avec des risques d'erreurs et de déformations. Parall mement, pour des sourds, un isolement relationnel limite l'apport d'informations par ce biais. Toutefois, face à l'épidémie de sida, en France, des associations spécialisées, une quinzaine d'unités hospitalières dédiées à ces publics ainsi que l'Inpesont pu délivrer de l'information auprès de ces populations. Concernant les pratiques sexuelles (fréquence, orientation, recours à la contraception, protection contre les IST...), des modes de socialisation et de sociabilité spécifiques pour ceux dont une surdité importante est présente depuis le plus jeune âge pourraient en partie expliquer les décalages observés avec les données en population générale.

¹ Centre Ressources Handicaps et sexualités, Prospection et analyse documentaire autour de travaux de recherche. Rapport, 2013.

² J. Dagron, Perception du risque du sida et accès aux soins de la communauté sourde. Bilan de la partie " tat des lieux"  pid miologique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1996, N  25: p. 112-113. En ligne: http://www.invs.sante.fr/beh/1996/9625/beh_25_1996.pdf

³ J. Dagron et T. Apostolidis, Etude de l'évolution du recours au Centre de l'hôpital La Salp tri re en 1998-2000 des personnes vulnérables en raison de leur proximité à l'épidémie et/ou d'appartenance à des groupes minoritaires (la population Sourde, la population africaine). Rapport, 1998.

⁴ D. Campbell, AIDS and the deaf community. *Advance for Speech-Language Pathologists & Audiologists*, 1999, N  26: p.10-11.

En ligne: <http://caps.ucsf.edu/factsheets/deaf-persons/#sthash.U2lIddRK.dpuf> et Peinkofer, J. R., HIV education for the deaf, a vulnerable minority. *Public Health Rep.* 1994 May-Jun, Vol.109, N 3.

⁵ Loi 91-73 (titre III) article 33 du 18 janvier 1991.

Les données issues des centres de dépistage du VIH dans les années 1990⁶ et professionnels de santé travaillant avec des sourds indiquent davantage d'IST, probablement en lien avec un multipartenariat (plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois), des relations homosexuelles, et des violences sexuelles subies plus fréquents. Il s'agira de vérifier si ces prises de risques sont effectives dans le BSSM. Le manque d'information sur la santé pourrait aussi se traduire par un recours différent à la contraception et par davantage d'interruptions volontaires de grossesse.

L'éventualité de pratiques spécifiques en matière de sexualité concernerait plutôt les personnes sourdes depuis la prime enfance, en particulier celles qui communiquent en langue des signes et moins celles devenues sourdes ou malentendantes. Il s'agira donc ici de vérifier si les risques sexuels sont plus importants qu'en population générale pour ces populations. Cela se traduirait par une fréquence d'IST plus importante et par davantage de grossesses non désirées.

Méthode

L'enquête du Baromètre Santé Sourds et Malentendants a été réalisée en 2011/2012 auprès de 2994 personnes de 15 ans et plus vivant avec une acuité auditive réduite ou présentant des troubles de l'audition (pris ici pour désigner des problèmes auditifs autres que la surdité, principalement les acouphènes et l'hyperacousie). Aucun échantillon préalable n'avait été constitué compte tenu de l'absence d'une population de référence. L'objectif n'était pas d'obtenir une représentativité de ces populations mais une diversité de répondants en termes d'âge, de niveau de surdité ou de niveau de gêne engendré par les troubles de l'audition, du moment de leur survenue et de la pratique ou non de la langue des signes.

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'un questionnaire sur internet. Pour inciter les personnes concernées à participer à cette enquête, une large publicité s'est opérée via différents réseaux (associatifs, institutionnels, professionnels de santé) et moyens de communication (e-mailings, bandeaux sur des sites internet, prospectus et affiches, articles, etc.).

Le questionnaire a été adapté à partir du Baromètre santé 2010 de l'Inpes et réduit afin que la passation n'excède pas 30 minutes en moyenne. Le parti pris a été de conserver un maximum de sujets de santé malgré une réduction du nombre de questions. En outre, des thèmes considérés comme importants pour les personnes concernées ont été ajoutés ou étoffés. Il s'agit de la santé au travail, de la parentalité et des questions directement en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition. Le questionnaire a été adapté en langue des signes, de sorte qu'à chaque question écrite correspondait, sur la même page internet, une vidéo en LSF.

Les analyses ont été effectuées parmi les 15-55 ans, les questions sur la sexualité n'ayant pas été posées aux plus de 55 ans. Pour comparer les indicateurs avec ceux observés en population générale, les données du BSSM ont été redressées sur la structure par sexe, âge et diplôme du Baromètre santé 2010 et les différences ont été testées au moyen du chi-deux de Pearson.

⁶ J. Dagron, Perception du risque du sida et accès aux soins de la communauté...

L'analyse des facteurs associés au IST, au dépistage, à l'IVG et aux pratiques sexuelle ont été effectuées au moyen de régressions logistiques prenant en compte les variables sociodémographiques (âge, diplôme, situation professionnelle) et la pratique de la langue des signes.

Comme dans le Baromètre santé 2010, les questions sur la sexualité ont été posées aux personnes âgées de 15 à 54⁷ ans, soit environ 1900 personnes. Celles-ci sont 39% à déclarer pratiquer la langue des signes tous les jours ou de temps en temps.

Méthode du Baromètre santé 2010

Le Baromètre santé 2010¹, mis en œuvre par l'Inpes dans la continuité des précédentes enquêtes de ce type, a été réalisée par biais téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de 27 653 personnes de 15 à 85 ans vivant en France métropolitaine et à domicile, et en capacité de répondre seules. La procédure d'échantillonnage à partir des numéros de téléphones générés aléatoirement visait à éviter les doublons et respecter les proportions de téléphones fixes et portables (pour ceux injoignables par un numéro géographique).

Résultats

I.- Une sexualité marquée par davantage de prises de risques

IST et facteurs associés

L'incidence cumulée des infections sexuellement transmissibles (IST) dans les cinq dernières années est supérieure chez les hommes interrogés dans le BSSM en comparaison à celle observée en population générale dans le Baromètre santé 2010 (5,9 % versus 2,0 %, $p < 0,001$) (figure 1). Aucune différence significative n'est retrouvée chez les femmes. Dans le BSSM, l'incidence cumulée des IST augmente chez les personnes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois (tableau 1). Après ajustement, les violences sexuelles subies au cours de la vie sont significativement associées à davantage d'IST pour les femmes. Le fait d'avoir eu un rapport homosexuel au cours de la vie ne l'est que dans les analyses bi variées pour les hommes. Enfin, chez les femmes, un diplôme supérieur est lié à une incidence plus élevée.

Tableau 1. Facteurs associés au fait de déclarer une infection sexuellement transmissible au cours des 5 dernières années parmi les 15-54 ans (BSSM)

⁷ Les personnes au-delà de 54 ans ne sont généralement pas questionnées dans le Baromètre Santé 2010 sur la sexualité et ne l'ont pas été dans le BSSM afin de limiter le temps de passation du questionnaire.

	Hommes (n=482)		Femmes (n=991)	
	%	OR [IC95%]	%	OR [IC95%]
Age	ns		ns	
15-25 ans	5,3	1	7,1	1
25-34 ans	6,8	1,8 [0,4-7,2]	11	1,8 [0,8-4,0]
35-44 ans	7,8	1,9 [0,5-7,6]	9,5	1,7 [0,7-3,8]
45-54 ans	4,5	1,3 [0,3-5,7]	6,6	1,1 [0,5-2,6]
Diplôme	ns		*	
Inférieur au Bac	4,7	1	5,6	1
Baccalauréat	10,1	2,8 [1,0-8,0]	8	1,4 [0,7-2,9]
Supérieur au Bac	6,3	1,4 [0,5-3,6]	11	2,0* [1,1-3,6]
Pratique de la langue des signes	ns		ns	
Non	5,9	1	8,3	1
Oui	6,7	0,9 [0,4-2,0]	9,2	1,2 [0,7-1,9]
Multipartenariat 12 derniers mois	***		***	
Non	3,8	1	7,5	1
Oui	12,7	2,8* [1,2-6,9]	17,6	2,7*** [1,5-4,7]
Rapport homosexuel au cours de la vie	***			
Non	4,3	1	9,1	1
Oui	15,5	2,2 [0,9-5,5]	8,6	1,2 [0,5-2,7]
Violences sexuelles subies au cours de la vie	**		ns	
Non	5	1	7,3	1
Oui	14,3	2,1 [0,8-5,2]	11,8	1,7* [1,1-2,7]

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

Résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques).

En parallèle avec une incidence plus élevée des IST des hommes dans le BSSM par rapport à la population générale, on note qu'ils sont également proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir déjà réalisé un test de dépistage du sida au cours de la vie (figure 1). Aucune différence significative n'est retrouvée chez les femmes.

En revanche, dans l'échantillon du BSSM, les plus jeunes sont proportionnellement moins nombreux à déclarer avoir réalisé ce test au cours de leur vie (47,1 % des 15-24 ans) en comparaison avec les personnes âgées de 25 à 44 ans qui sont près des trois-quarts à l'avoir fait. Ce recours au dépistage n'est pas plus important chez les hommes que chez les femmes. Cependant, les variables associées au dépistage diff rent selon le sexe (tableau II). Chez les femmes, le recours à un test de dépistage du sida est significativement supérieur chez celles ayant les diplômes les plus élevés, chez celles ne pratiquant pas la langue des signes et chez celles déclarant plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes en revanche, seule l'orientation sexuelle est liée à la déclaration d'un dépistage au cours de la vie: ils sont 82,2 % à indiquer au moins un test au cours de

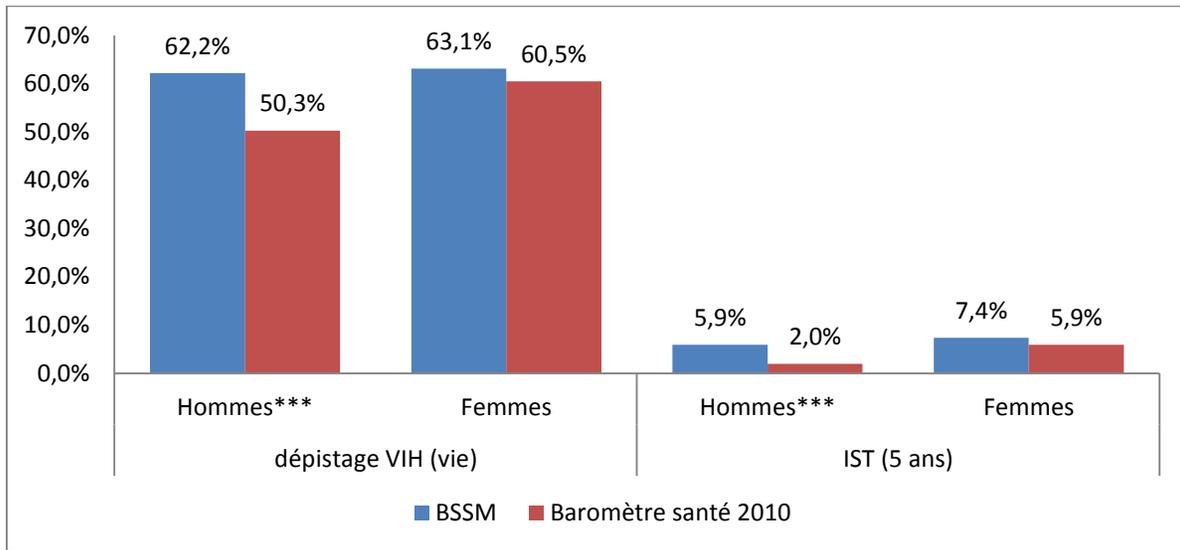
la vie lorsqu'ils n'ont eu des rapports qu'avec des hommes contre 69,2 % lorsqu'ils mentionnent avoir eu des rapports avec des partenaires des deux sexes et 62,3 % lorsqu'ils n'ont des rapports qu'avec des femmes ($p < 0,05$).

Tableau II: facteurs associés à la réalisation d'un test de dépistage du sida au cours de la vie parmi les 15-54 ans sexuellement actifs selon le sexe.

	Hommes (n=482)		Femmes (n=991)	
	%	OR [IC95%]	%	OR [IC95%]
Age	***		***	
15-24 ans	38,8	1	50,9	1
25-34 ans	72,9	5,1*** [2,4-10,6]	73,6	2,8*** [1,7-4,6]
35-44 ans	73,9	5,8*** [2,8-12,0]	71,1	2,6*** [1,6-4,2]
45-54 ans	56,4	2,4* [1,2-5,0]	66,1	1,8* [1,1-3,0]
Diplôme	ns		***	
Inférieur au Bac	61,4	1	57,8	1
Baccalauréat	58,4	0,8 [0,5-1,5]	61,7	1,2 [0,8-1,7]
Supérieur au Bac	69,8	1,2 [0,8-1,9]	77,0	2,2*** [1,6-3,1]
Pratique de la langue des signes	ns		**	
Non	66,6	1	71,3	1
Oui	62,0	0,7 [0,5-1,1]	62,3	0,7* [0,5-1,0]
Orientation sexuelle au cours de la vie	*		ns	
Hétérosexuel exclusivement	62,3	1	68,4	1
Bisexuel	69,2	1,9 [0,7-4,6]	68,8	1,0 [0,6-1,7]
Homosexuel exclusivement	82,2	2,7* [1,1-6,3]	51,9	0,9 [0,1-6,1]
Multipartenariat dans les 12 mois	ns		**	
Aucun ou 1 seul partenaire	62,4	1	66,6	1
Plusieurs partenaires	70,9	1,5 [0,9-2,6]	81,5	2,7*** [1,6-4,5]

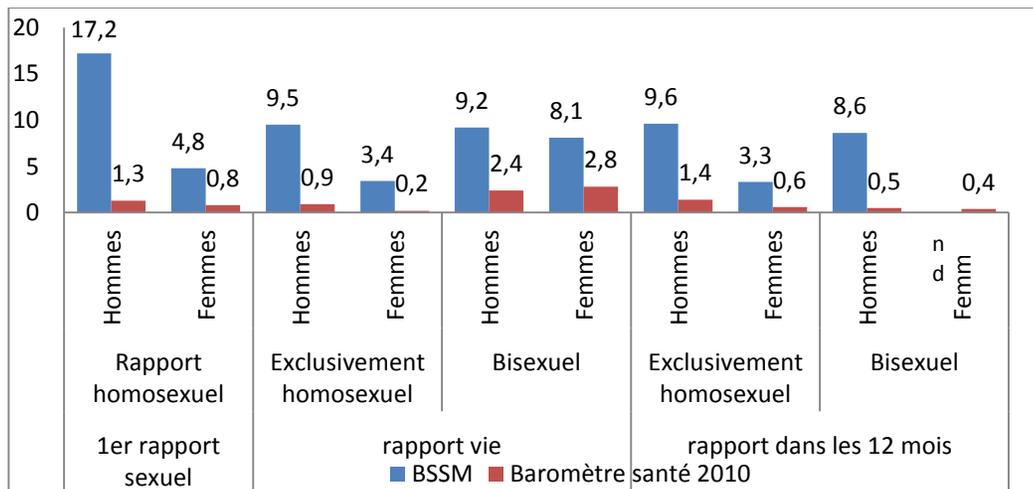
*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Figure 1: Réalisation d'un test de dépistage du VIH au cours de la vie et incidence cumulée des IST déclarées dans les cinq dernières années selon le sexe parmi les personnes sexuellement actives (données du BSSM et du BS 2010).



***: p<0,001.

La population interrogée dans le cadre du BSSM se distingue de la population générale par des expériences homosexuelles beaucoup plus fréquentes (figure 2). Que ce soit au premier rapport, au cours des 12 derniers mois ou au cours de la vie, les proportions d'hommes et de femmes déclarant avoir eu une relation avec une personne de même sexe, sont dans cette enquête, significativement plus élevées que celles observées en population générale (p<0,001). (La mesure de l'orientation sexuelle dans le BSSM s'effectue à partir du sexe du/des partenaires et non de l'autodéfinition ou de l'attrance sexuelle, et ce afin de faciliter les comparaisons avec d'autres enquêtes⁸).



⁸ E. Jouvin; D. Beaulieu-Prévost et D. Julien, Minorités sexuelles: des populations plus exposées que les autres? In: Beck, F.; Guilbert, P. et Gautier, A. Baromètre Santé 2005, (Paris: Inpes, 2007).

Figure 2: Expériences avec une personne du même sexe au premier rapport, au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois (données du Baromètre santé 2010 et du Baromètre santé sourds et malentendants).

Bases: 15-29 ans sexuellement actifs dans la vie concernant le premier rapport, 15-54 ans sexuellement actifs dans la vie concernant le rapport au cours de la vie et 15-54 ans sexuellement actifs dans les 12 mois concernant le rapport dans les 12 mois. nd: non disponible. Les femmes déclarant avoir eu au moins un rapport homosexuel au cours de la vie n'ont pas été interrogées sur le nombre de partenaires femmes au cours des 12 derniers mois.

Ainsi, dans l'échantillon du BSSM, pour plus d'un homme de 15 à 29 ans sur six et pour près d'une femme sur vingt, la première expérience sexuelle a été partagée avec une personne du même sexe. Au cours de la vie, 9,5 % des hommes sourds et malentendants de 15 à 54 ans déclarent avoir eu des rapports exclusivement homosexuels et une proportion identique dit avoir eu des relations avec des hommes et avec des femmes (9,2 %). Ces chiffres sont respectivement de 3,4 % et 8,1% chez les femmes.

Pour l'activité sexuelle plus récente, soit sur les 12 derniers mois, on retrouve des proportions proches de celles observées sur la vie: pour les hommes, 9,6 % des 15-54 ans sexuellement actifs dans l'année déclarent avoir eu des rapports uniquement avec un/des hommes, et 8,6 % avec des hommes et des femmes. Les femmes sont, comme sur la vie, 3,3 % à avoir eu des relations exclusivement homosexuelles au cours des douze derniers mois.

Parmi les personnes interrogées, celles déclarant avoir subi des violences sexuelles rapportent plus fréquemment au moins une expérience homosexuelle au cours de la vie, et ce, de manière plus prononcée chez les hommes (42,9 %, OR ajusté=6,5) que chez les femmes (15,1 %, OR ajusté=2,2).

La déclaration d'une relation sexuelle avec une personne de même sexe est par ailleurs plus fréquente pour les femmes pratiquant la LSF, de même que chez les femmes mais uniquement pour celles pratiquant la langue des signes (tableau III). Avoir eu une expérience homosexuelle au cours de la vie est lié, dans l'échantillon du BSSM, aux tranches d'âge les plus jeunes pour les hommes, mais n'est pas corrélé au niveau de diplôme.

Tableau III: facteurs associés au fait de déclarer un rapport homosexuel au cours de la vie chez les hommes et chez les femmes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition.

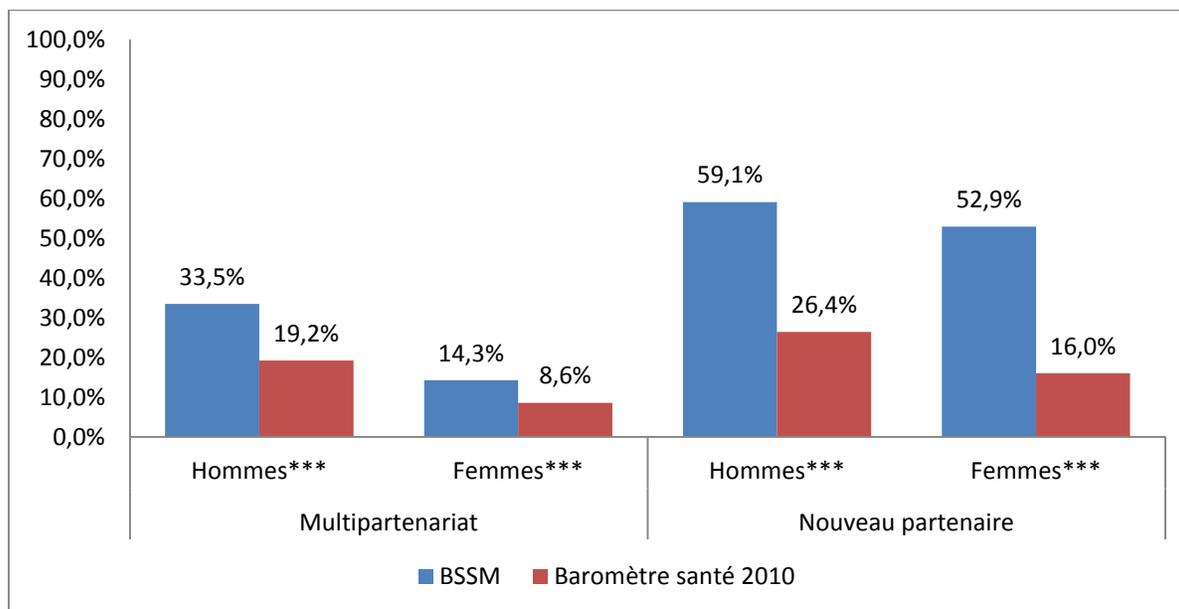
	Hommes (n=481)		Femmes (n=1 014)	
	%	OR [IC95%]	%	OR [IC95%]
Age	ns		ns	
15-25 ans	24,1	1	15	1
25-34 ans	20,4	0,8 [0,3-1,9]	12,2	0,7 [0,4-1,4]
35-44 ans	17,0	0,4* [0,2-1,3]	8,9	0,6 [0,3-1,2]
45-54 ans	13,4	0,3* [0,2-1,2]	8,0	0,5 [0,3-1,1]
Diplôme	ns		ns	
Inférieur au Bac	17,5	1	12,4	1
Baccalauréat	18,0	1,1 [0,5-2,2]	9,5	0,7 [0,4-1,2]
Supérieur au Bac	14,0	0,8 [0,4-1,4]	8,6	0,7 [0,4-1,1]
Pratique de la LSF	***			
Non	13,4	1	7,6	1
Oui	22,7	1,5 [0,8-2,5]	14,5	1,9**
Violences sexuelles au cours de la vie	***		***	
Non	11,9	1	8,0	1
Oui	42,9	6,5*** [3,5-11,7]	15,1	2,2*** [1,4-3,3]

***: $p < 0.001$; **: $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Le fait d'avoir eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois est plus fréquemment cité par les personnes concernées par une surdité qu'en population générale, différence observée autant chez les femmes que chez les hommes (figure 3). Au total, une personne sur cinq sexuellement active au cours des 12 derniers mois déclare un multipartenariat dans l'année précédant l'enquête.

Sur l'échantillon non redressé, les hommes (30,9 %) le déclarent plus que les femmes (13,9 %, $p < 0,001$) et les plus jeunes (39,1 % des 15-24 ans et 21,0 % des 25-34 ans) plus que leurs aînés (13,9 % des 45-54 ans, $p < 0,001$). Les personnes indiquant avoir eu une expérience homosexuelle au cours de l'année sont tout particulièrement concernées par ce multipartenariat: 83,6 % d'entre elles vs 15,8 % des personnes n'ayant eu que des rapports hétérosexuels ($p < 0,001$). Après ajustement sur les facteurs de sexe, d'âge, de diplôme, et d'orientation sexuelle, aucune différence n'apparaît selon le fait de pratiquer la langue des signes.

Figure 3: Avoir eu plusieurs partenaires et au moins un nouveau partenaire au cours des 12 derniers mois parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (données du Baromètre santé 2010 et du Baromètre santé sourds et malentendants).



***: $p < 0,001$.

Ce multipartenariat, observé plus fréquemment qu'en population générale, s'accompagne d'une proportion plus importante de personnes ayant déclaré un nouveau partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (figure 2).

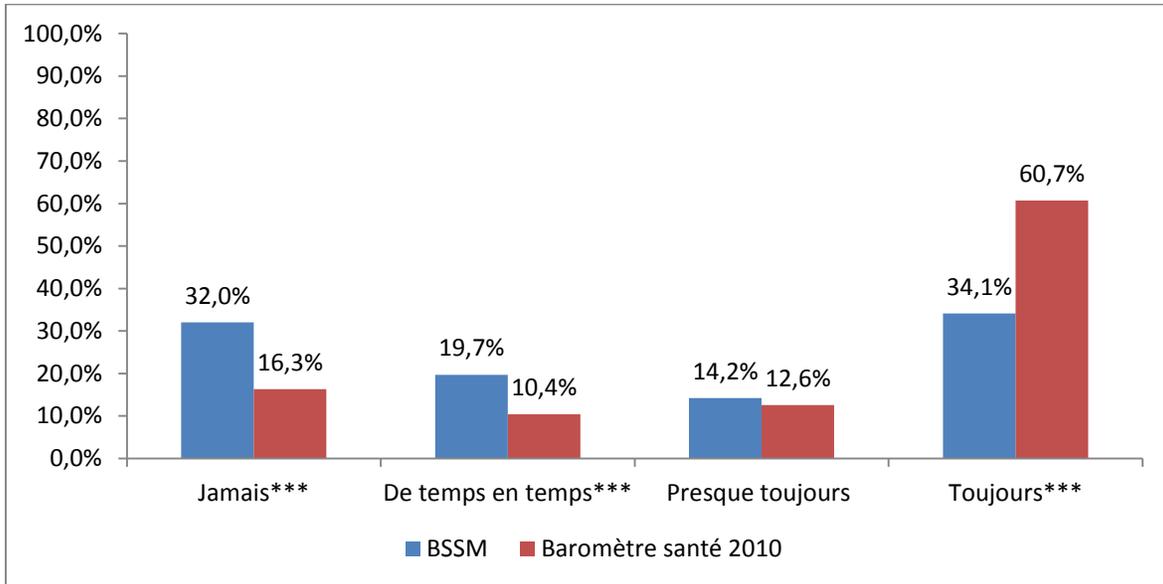
Plus de la moitié des personnes sexuellement actives indique avoir eu une relation sexuelle avec un nouveau partenaire dans l'année (51,4 %). Cette déclaration est, pour les hommes comme pour les femmes, significativement plus importante chez les plus jeunes (15-24 ans), les personnes pratiquant la langue des signes, dont l'âge de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition est précoce et, de manière très prononcée, parmi celles déclarant avoir eu au moins un rapport homosexuel au cours de l'année (tableau III).

La plus grande fréquence du multipartenariat s'accompagne-t-elle de davantage de prises de risques?

L'utilisation du pr servatif⁹ avec le ou les nouveaux partenaires (en dehors du premier rapport) est significativement moins fréquente dans l'échantillon du BSSM que dans la population générale (figure 4). Aucune relation significative n'est retrouvée entre cette utilisation et la pratique de la langue des signes. A l'inverse, être  g  de moins de 35 ans, avoir un diplôme élevé et avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année favorisent son utilisation systématique avec le ou les nouveaux partenaires (tableau IV).

⁹ La question exacte était: «Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce ou ces nouveaux partenaires après le 1^{er} rapport sexuel» avec les modalités de réponses: «jamais», «de temps en temps», « presque toujours » et « toujours ». Cette question exclut donc les personnes ayant eu un unique rapport avec le ou les partenaires. Par ailleurs, la question relative au port du préservatif au cours du premier rapport avec le nouveau partenaire n'a pas été posée.

Figure 4: Utilisation du préservatif avec le ou les nouveaux partenaires des 12 derniers mois (données du Baromètre santé sourds et malentendants et du Baromètre santé 2010).



***: p<0,001.

Tableau IV: facteurs associés au fait de déclarer avoir utilisé toujours ou presque un préservatif avec le ou les un nouveau(x) partenaire(s) sexuel(s) au cours des 12 derniers mois parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année (n=528).

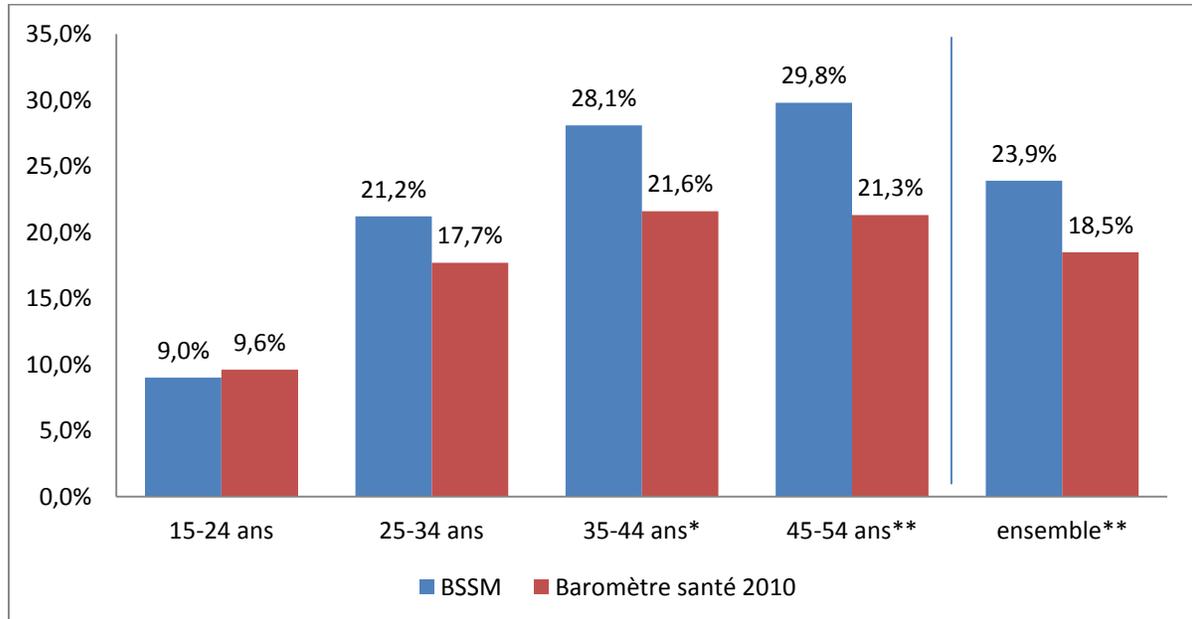
	%	OR [IC95%]
Sexe	ns	
Hommes	53,9	1
Femmes	49,0	0,8 [0,5-1,2]
Age	***	
15-24 ans	68,5	1
25-34 ans	61,7	0,8 [0,4-1,4]
35-44 ans	41,4	0,3*** [0,2-0,6]
45-54 ans	30,2	0,2*** [0,1-0,4]
Diplôme	***	
Inférieur au Bac	37,5	1
Baccalauréat	55,5	1,7* [1,0-2,9]
Supérieur au Bac	59,4	2,1*** [1,4-3,2]
Pratique de la LSF	ns	
Non	51,5	1
Oui	50,2	0,9 [0,6-1,3]
Nombre de partenaires sexuels	**	
Un	45,8	1
Deux ou plus	61,0	1,8** [1,2-2,7]

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

II.- Interruption volontaire de grossesse et rapport à la contraception

Un tiers des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives et ayant déjà été enceinte (34,4 %) déclare avoir eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de la vie, soit un quart de l'ensemble des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives. Cette proportion observée est significativement supérieure à celle observée en population générale (19% toutes tranches d'âge confondues) et plus particulièrement chez les femmes âgées de 35 ans ou plus (figure 5). Celles qui ont eu recours à l'IVG dans le BSSM disposent plus souvent d'un diplôme inférieur au baccalauréat (40,8 % vs 30,3 %, $p < 0,01$) et déclarent davantage de multipartenariat au cours des 12 derniers mois (52,9 % vs 30,5 %, $p < 0,001$). Ces différences restent significatives après ajustement sur l'âge. Aucune différence n'est retrouvée selon la pratique de la LSF. Les violences sexuelles ne sont pas significatives dans l'analyse multivariée, mais 40,2% des femmes qui les ont subi indiquent plus souvent une IVG (versus 31,7%) ($p < 0,05$).

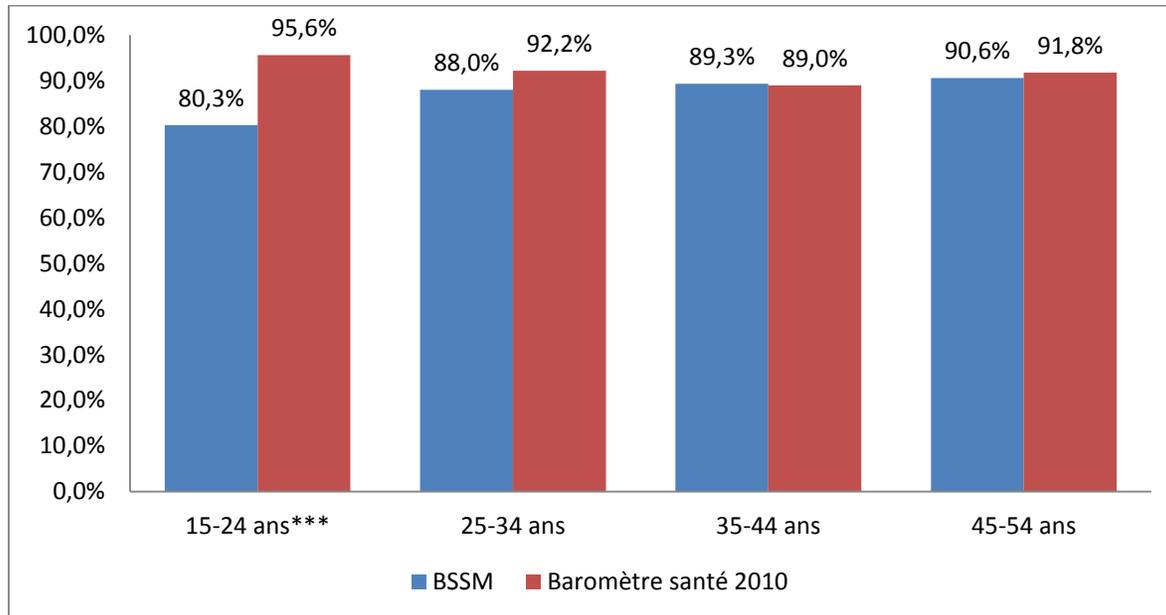
Figure 5: Recours à l'IVG parmi les femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives dans la vie (données du BSSM et du BS 2010).



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

Parmi les femmes âgées de 15 à 54 ans concernées par une surdité, près de neuf sur dix déclarent être bien informées sur la contraception: 46,2 % se disent « très bien » et 42,9 % « plutôt bien » informées. Ce sentiment d'information est moins élevé qu'en population générale chez les femmes âgées de 15 à 24 ans uniquement (figure 6). La proportion des femmes bien informées augmente avec l'âge et avec le niveau de diplôme (86,4 % parmi celles ne disposant pas du baccalauréat versus 92,7 % parmi celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat, $p < 0,01$). Elle est en revanche plus faible parmi celles pratiquant la langue des signes (83,7 % versus 92,4 % parmi celles ne la pratiquant pas, $p < 0,001$).

Figure 6: Proportion de femmes âgées de 15 à 54 ans déclarant être plutôt bien ou très bien informées sur la contraception selon l'âge (données du BSSM et du BS 2010).



***: $p < 0,001$.

Plus des trois quarts des femmes âgées de 15 à 54 ans sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non ménopausées et ayant eu un partenaire de sexe opposé dans l'année, déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse (76,6 %), (sans différence avec la population générale (79,5 %)). Aucune différence n'apparaît selon l'âge, le niveau de diplôme, le fait de pratiquer la langue des signes des femmes interrogées dans le cadre de cette enquête.

Si aucune différence n'est observée quant à la prévalence contraceptive, la répartition des moyens utilisés pour éviter une grossesse est quant à elle significativement différente de celle observée en population générale (figure 7). Les femmes interrogées dans le BSSM déclarant faire quelque chose pour éviter une grossesse sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer utiliser la pilule comme méthode principale¹⁰ (43,3 % versus 54,1 % en population générale, $p < 0,001$). A l'inverse, elles utilisent plus le préservatif (18,2 % versus 10,6 %, $p < 0,001$), et près d'une sur dix (8,9 %) déclare utiliser une méthode locale (spermicides, éponges) ou naturelle (méthode Ogino, méthode de Billings¹¹, retrait) contre seulement 1,6 % des femmes de 15-54 ans en population générale ($p < 0,001$). En revanche, aucune différence n'est observée quant à l'utilisation d'un dispositif intra-utérin (DIU-correspondant aux stérilets) ou des nouveaux moyens de contraceptions tels que le patch, l'anneau, l'implant ou l'injection avec la population générale.

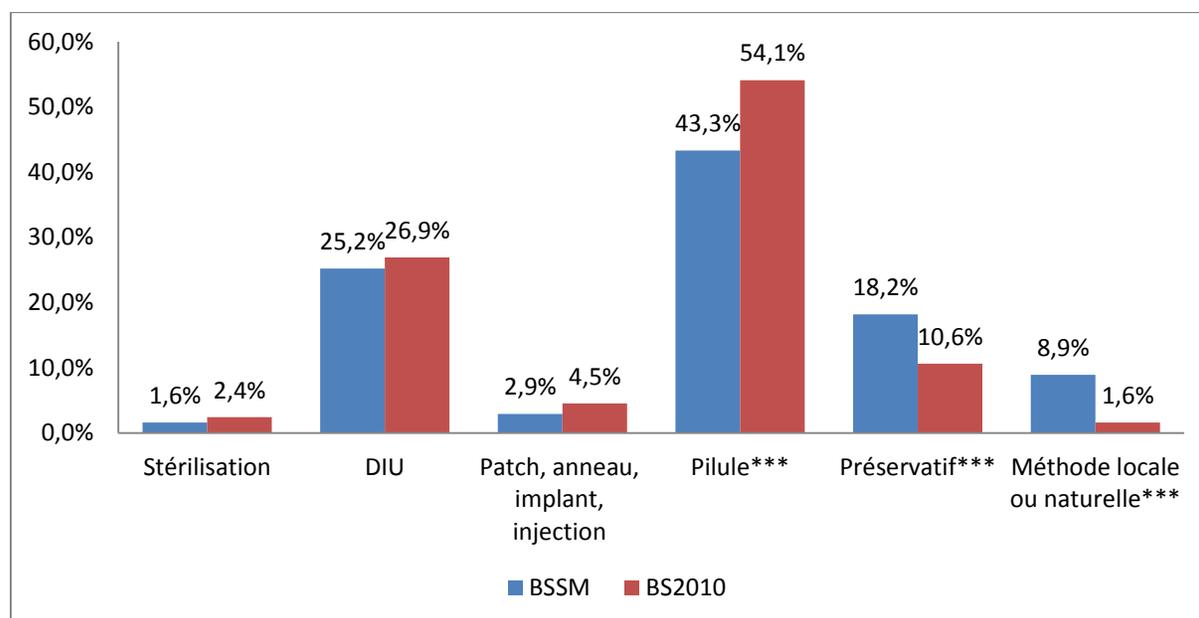
Les femmes pratiquant la langue des signes se distinguent par une utilisation plus prononcée des méthodes dites naturelles (16,3 % versus 3,2 %, $p < 0,001$) et par un moindre usage de la pilule contraceptive, et ce après ajustement sur l'âge, le niveau de diplôme, le

¹⁰ La méthode la plus « sûre » selon l'indice de Pearl a été retenue comme principale méthode si plusieurs moyens étaient cités.

¹¹ Il s'agit d'une méthode d'observation basée sur le repérage de la glaire secrétée par le col de l'utérus pour chercher à connaître le moment de l'ovulation.

fait d'avoir eu plusieurs partenaires au cours de l'année et le fait d'avoir au moins un enfant (OR ajust =0,5, $p<0,01$).

Figure 7: Principal moyen de contraception utilisé parmi les femmes de 15-54 ans sexuellement actives 12 mois, non ménopausées et pas exclusivement homosexuelles utilisant actuellement une contraception (données du Baromètre santé sourds et malentendants et du Baromètre santé 2010).



Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » selon l'indice de Pearl¹² a été retenue; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le graphique qui a été privilégiée.

***: $p<0,001$.

Discussion

III. Résultats contrastés en comparaison avec la population générale

Dans le BSSM, une plus forte prévalence d'IST est observée chez les hommes en comparaison avec la population générale, en particulier parmi ceux ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes. Comme en population générale, des relations sexuelles avec des partenaires de même sexe sont associées d'une part à un multipartenariat¹³ plus

¹² L'indice de Pearl est calculé en rapportant le nombre moyen de grossesses non planifiées sur le nombre de mois d'utilisation d'une méthode de contraception particulière.

¹³ L'augmentation du nombre de partenaires multiplie les risques en cas de pénétration: la négociation du préservatif avec une difficulté à faire accepter systématiquement le préservatif, ou en cas de rupture de ce dernier. Schiltz, M.-A. et Adam, P., Les homosexuels face au sida: enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH, Rapport à l'Agence nationale de recherches sur le sida notification N  93109, Contrat CNRS N  95 6005 et à l'Agence française de lutte contre le sida, contrat N  295 93 75, 1995, Paris: ANRS, AFLS.

fréquent dans l'année et d'autre part au fait de déclarer avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie. Par ailleurs, quel soit le statut auditif, le genre ou l'orientation sexuelle, l'utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois avec le ou les nouveaux partenaires est moins fréquente en comparaison avec la population générale. En revanche, ceux qui prennent potentiellement plus de risques, en ayant plusieurs partenaires dans l'année, vont utiliser plus fréquemment des préservatifs. Cela constitue une évolution positive par rapport aux années 1990¹⁴, traduisant possiblement l'efficacité de la prévention du sida dans la communauté sourde.

Globalement, le niveau de dépistage est plus important qu'en population générale chez les hommes, peut-être en lien avec un multipartenariat et des rapports homosexuels plus fréquents. Comme en population générale, les prises de risques sexuelles sont associées à des dépistages plus fréquents ainsi qu'à une plus forte prévalence d'IST. La proportion de tests déclarés chez les femmes est la même qu'en population générale, probablement du fait de la proposition du dépistage dans le cadre d'une surveillance de grossesse.

Sur ces questions, les pratiques préventives de la population du BSSM sont tout autant concernées par les inégalités sociales de santé qu'elles le sont dans la population générale. Les moins diplômés utilisent moins le préservatif, donnée que l'on retrouve dans le Baromètre santé 2005 pour les femmes¹⁵, tandis que le dépistage du VIH est plus souvent déclaré par des femmes sourdes ou malentendantes plus diplômées. Ainsi les prises de risques ne semblent pas homogènes et certaines catégories de populations défavorisées sur un plan socioéconomique rencontrent plus de difficultés dans le maintien de conduites préventives.

Malgré une couverture contraceptive importante, et ce quel que soit l'âge, le sexe ou le diplôme, la proportion d'IVG déclarées par les femmes sexuellement actives au cours de la vie est également plus importante dans le BSSM que dans la population générale.¹⁶ On peut peut-être l'expliquer en partie par une moindre utilisation de modes de contraception jugés plus efficaces comme la pilule, au profit du préservatif ou de méthodes locales ou naturelles.¹⁷ Les moyens de contraception plus récents (patch, anneau vaginal, implant) tandis que ces derniers et le dispositif intra-utérin (stérilet) sont par ailleurs autant employés qu'en population générale. Les moyens de contraception utilisés lors du premier rapport suivent la même tendance, à savoir plus de méthodes locales ou naturelles et moins de moyens médicaux, interrogeant par-là un accès peut-être différent à l'information sur la contraception.

¹⁴ J. Dagrón, *Sourds, entendants. Deux mondes, une médecine*. 1999. In press Editions.

¹⁵ C. Morea; N. Lydié; J. Warszawski et N. Bajos, *Activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée*, In: Beck F., Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005* (Paris: Inpes, 2007).

¹⁶ Dans les analyses bivariées, l'utilisation d'un moyen de contraception diffère en fonction du niveau de diplôme mais ce dernier n'est plus significatif dans les analyses multivariées, à la différence de ce que l'on retrouve notamment parmi les jeunes femmes (15-29 ans) dans le Baromètre Santé. A. Gautier; D. Kersaudy-Rahib et N. Lydié, *Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans*, In: Beck F., Richard J-B. dir. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, p.144 – 154.

¹⁷ Rappelons que le terrain de l'enquête a eu lieu en 2011, soit avant la polémique relative à la pilule de troisième génération.

Au vu de la proportion extrêmement élevée des violences sexuelles subies, il est par ailleurs légitime d'envisager un lien entre ces rapports subis et la plus forte proportion d'IST et d'IVG. Il est également possible, pour les populations sourdes depuis la prime enfance, que des interruptions de grossesse aient été imposées par les familles ou le corps m dical¹⁸. Les motifs sous-jacents peuvent être une peur de l'hérédité de la surdit ¹⁹ et/ou des représentations (erronées) de la capacité des enfants sourds à devenir parents²⁰.

Pour l'ensemble des répondants de l'enquête, le changement de partenaire et le multipartenariat sont corrélés au fait d'avoir eu un rapport homosexuel. En outre, la déclaration d'un partenaire de même sexe est beaucoup plus élevée dans le BSSM que dans la population générale, quel que soit le statut auditif. Plusieurs hypothèses peuvent être mobilisées pour comprendre ce résultat. Il est probable que la passation du questionnaire sur Internet a favorisé ces déclarations en comparaison avec une enquête téléphonique et éventuellement que le mode de recrutement ait pu conduire, en partie seulement, à une surreprésentation de cette orientation sexuelle. D'autres pistes d'explication liées au contexte de socialisation des jeunes sourds seront évoquées plus loin dans la discussion.

Dans le BSSM, les femmes subissent plus souvent l'entrée dans la sexualité en comparaison avec les données du Baromètre santé 2010. Ce niveau élevé de rapports non souhaités lors de l'entrée dans la sexualité et plus généralement de violences sexuelles subies au cours de la vie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, est également retrouvé chez les personnes concernées par un handicap quel qu'il soit. Dans le BSSM, comme dans d'autres enquêtes, ce phénomène est aussi lié au fait d'appartenir à une minorité sexuelle²¹, quel que soit le genre. Les femmes et les hommes interrogés cumulent donc les facteurs de risque en ce qui concerne les violences sexuelles. On aurait pu imaginer que ces relations avec les personnes de même sexe pouvaient être issues de rapports subis au moment de l'entrée dans la sexualité, notamment liée à la vie en internat, et de violences dont on peut s'interroger par ailleurs si elles sont le fait de pairs ou d'adultes. Cependant, dans le BSSM, une plus grande fréquence des rapports homosexuels est également retrouvée au cours des douze derniers mois.

IV. Les sourds depuis la prime enfance ou locuteurs de la LSF: des pratiques et perceptions spécifiques

Une hypothèse formulée dès la conception de l'enquête et de son module «sexualité», était que le fait de vivre avec une surdité de manière précoce et/ou de communiquer en langue des signes pouvait aller de pair avec des modes d'éducation et de vie sociale susceptibles d'impliquer un rapport à la sexualité un peu spécifiques. De fait, en sus des caractéristiques précédemment décrites et qui concernent également ces populations, on note pour les hommes, comme pour les femmes, davantage de nouveaux

¹⁸ Y. Delaporte, Les sourds, c'est comme  a. Ethnologie de la surdimutit . (Paris: Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2002).

¹⁹ Benoit Drion, médecin de l'UAS de Lille : <http://bdrion.over-blog.net/article-l-intrusion-genetique-deviendrait-elle-systematique-pour-les-femmes-sourdes-enceintes-56767001.html>
Plusieurs couples sourds ayant des difficultés à procréer ont témoigné avoir été convoqués d'office pour un dépistage génétique de la surdité, sans que cela soit leur demandé, et parfois sans explication avant le dépistage.

²⁰ A. Sitbon, Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative, Saint-Denis: Inpes, 2012.

²¹ C. Moreau; N. Lydié; J. Warszawski et N. Bajos, Activité sexuelle, IST, contraception...

partenaires dans l'année. Il en est de même des rapports homosexuels sur la vie ou sur l'année. (Dans ce dernier cas, la probabilité d'avoir plus souvent un rapport homosexuel est liée pour les hommes à un âge de survenue de la surdité inférieur à 2 ans et pour les femmes à la pratique de la LSF). La compréhension de ces particularités nécessiterait des études qualitatives sur ces sujets tandis que des pistes peuvent être formulées ici sous forme d'hypothèse.

Le nombre élevé de nouveaux partenaires au cours de l'année pourrait être imputé en partie à une plus grande facilité du passage à l'acte chez les jeunes.²² Des données américaines, et en particulier, l'enquête américaine de Gilbert²³ a mis en évidence chez les étudiants sourds locuteurs de la LSF, le fait que les femmes ne retardent pas la survenue des relations sexuelles, comme on le voit chez les entendants. Et les hommes n'ont pas en tête que les femmes sont «censées» tenir ce rôle de tempérance. D'après des professionnels travaillant auprès des sourds signants, ces derniers peuvent se décrire comme très directs dans leur approche d'un partenaire potentiel. Ce phénomène pourrait entre autres s'expliquer par l'appartenance à une communauté minoritaire. Ils se fréquentent parfois depuis la petite enfance, appartiennent aux mêmes cercles sociaux. Cette proximité au sein des groupes pourrait favoriser une confiance qui faciliterait le passage à l'acte²⁴. Par ailleurs, étant dans un quotidien où ils sont souvent isolés, c'est-à-dire le seul sourd signant de la famille, du quartier ou du village, de l'entreprise, etc., ils pourraient mettre plus directement à profit les occasions de rencontres lorsqu'elles se présentent.

Les différences observées avec la population générale (plus de partenaires et de rapports homosexuels) pourraient être également liées à une moindre transmission voire à une opposition aux règles et représentations explicites et implicites de la société «entendante» autour de la sexualité.

Les rapports homosexuels et les violences sexuelles subies, souvent déclarées, pourraient en partie être expliqués par le passage fréquent en internat des jeunes sourds locuteurs de la LSF²⁵.

²² Un professionnel a rapporté la situation d'un jeune homme qui pour se trouver une petite amie, interpellait les jeunes femmes à la sortie d'un cinéma en leur demandant si elles avaient « un petit ami garçon » (oralisation littérale de ses signes), ce qui lui a valu quelques déconvenues et quelques réactions violentes. Il ne comprenait pas, et pour cause: la même question posée dans une rencontre entre sourds locuteurs de la LSF est socialement adaptée, et arrive souvent dès les premières minutes dans la conversation. Aussi sur ce point Delaporte. Y. Delaporte, Les sourds, c'est comme ça. Ethnologie... 119-120.

²³ G. L. Gilbert; M. D. Clark et M. L. Anderson, Do Deaf Individuals' Dating Scripts Follow the Traditional Sexual Script? *Sexuality & Culture*, March 2012, Vol: 16, N°1: p. 90-99 et Leigh, I., Inclusive education and personal development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1999, Vol. 3: p.236-245.

²⁴ Y. Delaporte, Les sourds, c'est comme ça. Ethnologie...

²⁵ Delaporte [13] rapporte une recherche de Marckovicz et Marckovicz de 1980 sur les motifs de renvoi d'élèves Sourds en internat. On retrouve pour les garçons au premier rang les rapports homosexuels (22%), puis les rapports hétérosexuels (14 %), au cinquième rang les violences ou agressions sexuelles cumulées (12%). Pour les filles, au second rang rapports hétérosexuels (37 %), et 3 % de renvoi pour exhibitionnisme.

Dans le même ouvrage, cf. aussi p. 244

Pour une partie des sourds depuis la prime enfance ou pratiquant la LSF, l'accès aux informations écrites est difficile, faute de mode d'éducation adaptée. Aussi, un déficit d'information sur la sexualité peut être lié aux prises de risques éventuelles. Celles-ci sont mesurées dans le BSSM par une moindre utilisation du préservatif avec les nouveaux partenaires, ou en matière de contraception pour les femmes, par un recours plus fréquent aux méthodes naturelles. Il se trouve que même si le sentiment d'être bien informé est relativement élevé sur la contraception, le sida et les IST (sans différence avec la population générale), il reste moins important pour ceux qui pratiquent la LSF, pour ceux en difficulté avec la lecture et l'expression orale, pour les plus jeunes et pour ceux ayant un plus faible niveau d'éducation. Ces résultats sont en ligne avec des données américaines²⁶ qui montrent un plus faible niveau de connaissances sur le sida chez les personnes sourdes locutrices de la LSF. Ces analyses montraient par ailleurs que le niveau de connaissance était lié à la taille de la communauté sourde, à la proximité de personnes vivant avec le VIH ou au niveau d'éducation. Questionnés sur leurs besoins en matière d'information, les sourds locuteurs de la LSF placent les IST en 4^e position (après diverses pathologies létales telles que le cancer et la maladie d'Alzheimer). Des professionnels de santé en lien avec les sourds rapportaient la circulation d'idées fausses sur la sexualité (le fait d'arrêter la pilule n'aurait pas d'incidence sur les risques de grossesse, comme si une prise protégeait à long terme; ou encore le préservatif pouvait transmettre le virus du sida) ou l'incompréhension de messages existants²⁷. Ainsi, dans les années 1980, la figuration du virus du sida, jaune avec des pics, a pu être comprise comme une alerte contre le soleil qui pouvait transmettre la maladie. A l'inverse, en 2011, une brochure sur la canicule figurant un soleil, et pourtant adaptée au public sourd, a été interprétée comme étant relative au sida. De façon générale, la contraception, les prises de risques et les pathologies sont d'autant plus difficiles à comprendre que l'anatomie et le fonctionnement du corps humain sont moins bien intégrés. Ces connaissances sont en effet des préalables à la bonne compréhension des messages de prévention autour de la santé sexuelle et reproductive.

Pour des sourds locuteurs de la LSF, l'éducation sexuelle²⁸ a pu parfois être limitée et marquée par les interdits relatifs à la vie en internat. L'absence d'un modèle de sexualité positif à travers l'éducation et les médias, auquel se substitue parfois le seul modèle de sexualité visible, la pornographie, pourrait expliquer en partie une plus grande violence et prise de risque dans les relations sexuelles.

L'enseignement officiel de la langue des signes pour les enfants sourds ayant été interdit jusqu'au début des années 1990, son usage reste rare dans les écoles, en particulier dans les enseignements généraux (dont la biologie et l'éducation sexuelle). La diminution du nombre d'enfants passant par les écoles spécialisées au bénéfice de l'intégration contribue aussi à cet appauvrissement linguistique sans que les contenus scolaires ou informels en langue orale soient rendus systématiquement accessibles. En conséquence, le vocabulaire courant en LSF (dans le cas présent, anatomie, santé, sexualité) reste cantonné à des registres de langues spécifiques, en particulier iconique très visuel ou à l'inverse argotique quand on ne souhaite pas être compris des entendants²⁹. L'information

²⁶ Y. Bat-Chava; D. Martin et J. G. Kosciw, Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people, *AIDS Care*, jul 2005, Vol. 17, N°5: p. 623-634.

²⁷ A. Sitbon, Le rapport à la santé des personnes sourdes...

²⁸ Les établissements chargés de l'éducation des enfants sourds ne dépendent pas tous de l'éducation Nationale mais en majorité du ministère des affaires sociales et à ce titre ont leurs propres programmes pédagogiques.

²⁹ Y. Delaporte, Des noms silencieux. Le système anthroponymique des sourds français. *L'Homme*, 1998, tome 38, N°146: p. 7-45.

sur la santé et la contraception passent encore beaucoup par les pairs avec, comme évoqué précédemment, le risque de malentendus, de contre sens, ou de compréhensions partielles³⁰. Concernant les adultes, un vocabulaire plus systématisé en LSF se développe et se diffuse peu à peu notamment via les interm dia teurs et médecins des unités d'accueil des sourds en milieu hospitalier et certains sites Internet, mais il reste nécessaire de l'expliciter, de le rendre accessible en le contextualisant pour une meilleure appropriation.

L'information sur ces th mes³¹ gagnerait à être périodiquement répétée en classe, lors de conférences ainsi que dans les lieux de soins. Les actions de prévention adaptées menées par les sourds locuteurs de la LSF et les pouvoirs publics, plus ou moins ciblées, notamment en fonction de l'orientation sexuelle, ont tout intérêt à se maintenir et se développer. Les groupes de parole sont particulièrement intéressants pour la verbalisation des affects et les échanges sur la vie relationnelle pour des personnes qui n'en bénéficient pas facilement. L'animation par des pairs ou par des interm diateurs au sein des unités de soins adaptées permet de dépasser la relation asymétrique au sein des consultations et facilite la prise de parole. La prévention passe aussi par la formation et l'information des professionnels entendants (médecins, sage-femmes, infirmières, éducateurs, psychologues, etc.) afin d'ajuster leurs stratégies de prise en charge et d'accompagnement médico-socio-éducatives (et penser à appeler un interprète, le cas échéant). Il existe également un intérêt à diffuser une information adaptée et accessible sur des supports multimédia en particulier. Enfin, au-delà d'une information sur la vie affective et sexuelle incluant des notions d'anatomie, la question des violences sexuelles semble être un axe primordial de travail à investiguer, prévenir et prendre en charge.

Bibliographie

Bat-Chava, Y.; Martin, D. et Kosciw, J. G. Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people, *AIDS Care*, jul 2005, Vol. 17, N 5: p. 623-634

Centre Ressources Handicaps et sexualités, Prospection et analyse documentaire autour de travaux de recherche. Rapport, 2013: 112 p.

Campbell D., AIDS and the deaf community. *Advance for Speech-Language Pathologists & Audiologists*, 1999, N  26: p.10-11.

En ligne: <http://caps.ucsf.edu/factsheets/deaf-persons/#sthash.U2lIddRK.dpuf>

Dagron, J., Perception du risque du sida et accès aux soins de la communauté sourde.

Bilan de la partie " tat des lieux"  pid miologique. *Bulletin épidémiologique*

hebdomadaire, 1996, N  25: p. 112-113. En ligne:

http://www.invs.sante.fr/beh/1996/9625/beh_25_1996.pdf

Dagron, J. et Apostolidis, T. Etude de l'évolution du recours au Centre de l'hôpital La Salp tri re en 1998-2000 des personnes vulnérables en raison de leur proximité à l' pidemie et/ou d'appartenance à des groupes minoritaires (la population Sourde, la population africaine). Rapport, 1998: 135 p.

³⁰ Y. Delaporte, Des noms silencieux...

³¹ Le chapitre dédié à l'information pour des recommandations plus détaillées sur les modalités d'une communication adaptée.

- Dagron, J., Sourds, entendants. Deux mondes, une médecine. 1999. In press Editions.
- Delaporte, Y. Les sourds, c'est comme  a. Ethnologie de la surdimutit . Paris: Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2002.
- Delaporte, Y. Des noms silencieux. Le système anthroponymique des sourds français. L'Homme, 1998, tome 38, N 146: p. 7-45.
- Gaskins, S., Special population: HIV/AIDS among the deaf and hard of hearing. Journal of the association of nurses in AIDS care, 1999, N 10: p.75-78.
- Gautier, A.; Kersaudy-Rahib, D. et Lydié, N., Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans, In : Beck F., Richard J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, p.144 – 154.
- Gilbert, G. L.; Clark, M. D. et Anderson, M. L., Do Deaf Individuals' Dating Scripts Follow the Traditional Sexual Script? Sexuality & Culture, March 2012, vol. 16, N 1: p. 90-99.
- Jouvin, E.; Beaulieu-Prévost, D. et Julien D. Minorités sexuelles: des populations plus exposées que les autres? In: Beck, F.; Guilbert, P. et Gautier, A. Baromètre Santé 2005, Paris: Inpes, 2007
- Leigh, I., Inclusive education and personal development. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 1999, Vol. 3: p.236-245.
- Moreau, C.; Lydié, N.; Warszawski, J. et Bajos, N., Activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée, In: Beck F., Guilbert P., Gautier A. Baromètre santé 2005. Paris: Inpes, 2007.
- Peinkofer, J. R., HIV education for the deaf, a vulnerable minority. Public Health Rep. 1994 May-Jun, Vol.109, N 3.
- Schiltz, M.-A. et Adam, P., Les homosexuels face au sida : enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH, Rapport à l'Agence nationale de recherches sur le sida notification n  93109, ContratCNRS n  95 6005 et à l'Agence française de lutte contre le sida, contrat n  295 93 75, 1995, Paris : ANRS, AFLS.
- Sitbon, A., Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition, résultats d'une étude qualitative, Saint-Denis: Inpes, 2012.
- Woodroffe, T.; Gorenflo, D. W.; Meador, H. E. et Zazove P. Knowledge and attitudes about AIDS among deaf and hard of hearing persons. AIDS Care, 1998, Vol. 10, N  3: p. 377-386.

Para Citar este Artículo:

Sitbon, Audrey; Gaultier, Arnaud; Dessaux, Juliette y Dagron, Jean. Sexualité et surdité. Rev. Incl. Vol. Especial. Julio-Septiembre (2015), ISSN 0719-4706, pp. 151-171.

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.