

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1098



## THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

---

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 21 Octobre 2015**

**Par : Vladimir DRUEL**

**Co-Thésarde : Hélène HAYET**

**ÉTAT DES LIEUX DU STADE DIAGNOSTIQUE  
INITIAL DES CANCERS, DANS LA POPULATION  
SOURDE, EN FRANCE, DANS CINQ UNITÉS  
D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR LES SOURDS  
(UASS), AU PREMIER JANVIER 2015.**

**Directrice de thèse : Mme le Docteur ESMAN Laetitia**

**Co-directrice : Mme le Docteur Clavel Marie**

---

**JURY :**

- Président : Mr le Professeur Philippe ARLET**
- Assesseur : Mr le Professeur Roland BUGAT**
- Assesseur : Mme le Docteur Laetitia ESMAN**
- Assesseur : Mr le Docteur Damien OMEZ**
- Assesseur : Mme le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLE D F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

**M.C.U.**

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, Laetitia, d'avoir accepté notre projet de thèse, de nous avoir soutenus dans notre projet et de n'en avoir jamais remis en cause la faisabilité tout en nous informant des difficultés.

Merci au P. ARLET Philippe d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, de m'avoir permis lors de mon externat de réaliser mon stage de master 1 (en m'acceptant dans son service malgré mes 10 jours de retard), d'avoir, lors de ses nombreux cours à la faculté, soutenu la médecine générale et d'être dans le même temps un musicien accompli avec qui il m'a été permis de jouer.

Merci à Marie-Eve pour sa motivation, son soutien. Sans qui je ne serais pas en DESC de Cancérologie. Qui a accepté de me soutenir dans le DESC mais qui m'a également soutenu dans mes divers projets que ce soit mon mémoire de DESC mais également pour ma thèse et mon futur assistantat à Auch.

Merci à toi Damien, pour nos nombreuses consultations et discussions parsemés de si bémol. Merci pour cette initiation riche en couleur à la médecine générale, mais également pour votre accueil, toi et Françoise ainsi que toute la famille.

Merci au Pr. BUGAT de m'avoir soutenu en temps que médiateur auprès des patients, d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse et de votre investissement dans l'enseignement.

Merci à toi Hélène, co-thésarde mais aussi binôme de toutes ces années d'université. Sans qui ce travail n'aurait pas été imaginé, ni réalisé avec cette qualité. Merci d'avoir supporté mon caractère durant toutes ces nombreuses années, de m'avoir fait voyager. Merci pour tes sautes d'humeurs et tes conversations vives qui font partie de la joie de te connaître.

Je remercie également tous ceux qui, par leur disponibilité et leurs conseils, ont contribué à l'élaboration de cette thèse. Particulièrement à Mr Paricaud Thierry et Dr Grosclaude Pascale sans qui les statistiques n'auraient pas été aussi fournies. Et les différents médecins et équipes des UASS sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Merci également à toutes les équipes qui m'ont supporté durant toutes ces années de formation. Merci à l'onco 1 A et 3 B pour toutes ces journées et même ces nuits (et oui Louise et Flavie). Merci à Juliette pour ton courage face à l'adversité. Ainsi qu'à mes chefs Thibault et Dorra.

Aux Dr Gidon Michel, Dr Santos Lydia, Dr Omez Damien, Dr Sohe Valérie et Corbaz Marie-Christine pour vos riches enseignements.

À mes Collocs, Sylvain et Régis qui m'ont supporté toutes ces années.

À tous ceux qui transforment mon quotidien en moments agréables. Je pense particulièrement à mes amis: Laura (Mauricette), Blanche Neige, Anne, Romain, Marie, Vivien, Christine et les incontournables! Merci de me suivre dans tous mes plans (jus de pommes, nouvel an, d'annifs...) qui sans vous tous seraient bien tristes.

À ma famille Millavoise: Mamie Camille, Maman Claire, P'tite sœur Jumelle Julie, Bébé (Laure) et sans oublier Jean -Jacques. Et notre rentrée dans l'internat.

Merci à mes co-internes des urgences pour votre soutien.

À mes co-épouses pour nos voyages intrépides.

Merci à Gil, Ketty, Gilberto et David pour la découverte de Marciac qui continue de bercer mes étés.

Bien sûr, merci à mes parents pour leur soutien indéfectible, leur originalité et de m'avoir permis de réaliser mes rêves. Avec une pensée pour tous mes frères et sœurs qui ne pourront pas être tous là : Yseult, Jean, Etienne, Karim, Sylvie, Arsène, Julie, Titiana et Michaël. Mais aussi mes neveux et nièces déjà bien nombreux.

Enfin je remercie Kim, ma Schtroumpfette, qui m'a soutenu et surtout supporté durant ces dernières années dans mes nombreux projets et mes nombreuses veillées tardives. À ta présence à mes côtés, à l'aide qui m'a été indispensable pour la réalisation de ces travaux. Et à l'ensemble du chemin que nous avons déjà parcouru.

## SOMMAIRE

Remerciements.....	6
Introduction.....	9
Matériel et Méthode.....	10
Résultats.....	12
<i>Analyse du prélèvement des données</i> .....	17
Discussion.....	18
Conclusion.....	23
Bibliographie.....	24
Résumé.....	37
Abstract.....	38

### **Table des figures, tableaux et Annexes**

<u>Figure I</u> : Répartition des patients sourds en fonction de leur âge.....	14
<u>Tableau I</u> : État des lieux du stade diagnostique initial des cancers de cette étude.....	15
<u>Tableau II</u> : Comparaison de l'état des lieux aux études de référence.....	16
<u>Tableau III</u> : Origine des données et méthode de leur extraction.....	17
<u>Annexe I</u> : Fonctionnement des UASS.....	27
<u>Annexe II</u> : Codage de la classification Internationale des Maladies (CIM-1).....	35

## **Introduction :**

En France, le nombre de personnes atteintes de limitations fonctionnelles auditives moyennes à lourdes a été estimée en 2008 à 5.5 millions de personnes (soit 9,2 % de la population générale). Parmi elles, 1 % utilisent la langue des signes française (LSF) et non pas le français comme langue de vie, soit 51 000 personnes, dont la surdité est apparue le plus souvent avant l'âge de 6 ans (1). Elles seront identifiées ci-après comme Sourds, car partageant une même culture (2). Pour ces derniers, les situations d'exclusion sociale et culturelle sont fréquentes. En effet, la LSF a été interdite dans l'éducation jusqu'en 1991, induisant un handicap de communication (3). 60 à 80% de cette population maîtrise imparfaitement la langue écrite (4). Cela induit des difficultés au niveau de l'accès à l'information, notamment à celle des campagnes de prévention de santé publique (5-7). Les Sourds n'ont que peu de connaissances générales dans le domaine de la santé (8). L'accès aux soins en LSF n'est possible que depuis 1995 au sein des Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS) (9). L'ouverture de ces UASS a été progressive (Annexe 1). Dix-neuf ont été dénombrées en 2015 en France.

Ces limitations à l'accès aux soins pourraient engendrer un retard du diagnostic des cancers chez les Sourds par rapport à la population générale. En effet les cancers sont la première cause de mortalité en France (10) Cependant, comme il n'existe pas de données sur la prévalence ou l'incidence des cancers dans cette population (11), cela est difficile à étudier. Une interrogation en résulte : quel est le stade de diagnostic des cancers chez les Sourds en France ?

L'objectif principal est de dresser un état des lieux du stade diagnostique initial des cancers des Sourds suivis dans les UASS de Grenoble, Marseille, Paris, Poitiers et Toulouse sur

dix ans. L'objectif secondaire est de comparer cet état des lieux aux données de la population générale.

### **Matériel et Méthode :**

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective, multicentrique, grâce à un relevé de données dans cinq UASS en France, reliées aux CHU de Grenoble, Marseille, Paris, Poitiers et Toulouse sur dix ans. Les trois premières unités sont les centres historiques, les deux suivantes ont été étudiées afin d'obtenir un recrutement plus large. Nous avons obtenu l'accord de la CNIL.

Les données ont été extraites après lecture systématique (manuelle) de chaque dossier médical à Grenoble, Marseille et Toulouse. Pour Paris et Poitiers, une présélection des dossiers par les codages de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) a été réalisée (Annexe II). Les codes utilisés correspondaient à un cancer, une complication liée à celui-ci ou une lésion précancéreuse, afin d'obtenir la meilleure sensibilité possible. Après cette sélection, les dossiers retenus ont été lus manuellement afin d'éliminer les éventuels faux positifs. La sélection par codage a été également réalisée à Grenoble et à Toulouse (en complément de la lecture manuelle) afin d'évaluer l'efficacité de cette méthode de sélection dans la qualité du recueil. Cela a été également présenté dans les résultats de l'étude.

Les données recueillies correspondaient à tout cancer diagnostiqué entre le 01/01/2005 et le 31/12/2014, chez un patient sourd, qui a été pris en charge à un moment ou à un autre de son parcours par une UASS. Ont été exclus les patients entendants des UASS, les lésions précancéreuses, les récurrences d'un premier cancer.

La grille de recueil utilisée comprenait des éléments démographiques (sexe et âge au moment du diagnostic), des éléments sur la pathologie cancéreuse (organe atteint, stade diagnostique, résultats anatomo-pathologiques).

Le stade diagnostique initial retenu était celui défini par les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) ou, à défaut, celui retrouvé sur les comptes rendus d'anatomopathologie. Les données ont été regroupées pour chaque cancer en stades et comparées aux données les plus récentes pour la population générale. Ainsi, pour le cancer du sein, les données de référence étaient celles émanant des registres français entre 1990 et 1992 (12). Pour le cancer de la prostate, les données, également françaises, dataient de 2001 (13). Et pour tous les autres cancers, l'étude de référence (14) se basait sur des données d'origine variée, à savoir l'étude PETRI (15) (publication française d'une cohorte de patients déclarés en Affection Longue Durée pour un cancer en Île de France entre 1994 et 1999) et le programme américain SEER (16) sur une cohorte de patients diagnostiqués cancéreux entre 1999 et 2005.

Afin de vérifier que la comparaison des données était significative, il a été réalisé des tests statistiques. Après mise en place initiale d'un test d'hypothèse avec énumération complète de la combinatoire, il a été réalisé un test d'hypothèse  $H_0$ , à savoir le test exact de Fisher (TEF). Celui-ci a l'avantage de comparer des échantillons pouvant être inférieur à 5 par modalité. Il a été réalisé avec le logiciel libre R. La limite de  $p$  ("valeur- $p$ ") considérée comme acceptable a été classiquement retenue à  $<0.05$ . Il permet d'estimer la vraisemblance des tendances observées.

## Résultats :

La population comprenait 4263 personnes suivies dans les 5 UASS, parmi elles, 85 patients ont été retenus. Un patient a été exclu initialement car l'origine de son cancer n'a pas été caractérisée (découvert à un stade trop avancé). Au total, 84 dossiers-patient ont été étudiés, 37 femmes et 47 hommes, dont 3 mineurs. L'âge moyen de cet échantillon était de 54,55 ans (4 à 88 ans) (Figure I).

Au total 73 tumeurs solides dont 10 cancers métastatiques et 11 cas d'onco-hématologie, dont trois cas d'oncologie pédiatrique sont retrouvés (Tableau I). Les répartitions des cancers sont majoritairement différentes entre les Sourds et les populations de référence (12-14) [Tableau II]. Les cancers les plus représentés sont les cancers du sein (0,35% des patients des 5 UASS), les cancers de la prostate (0.26%) et les cancers colo-rectaux (0.19%), ces derniers sont retrouvés dans les mêmes proportions que les cancers basocellulaires.

Le type de cancers le plus observé est le cancer du sein avec 15 cas, dont la moitié à un stade local (53% N0). Il n'est retrouvé dans la population sourde aucun stade localement avancé (T4) ou métastatique. Tandis que ceux-ci représentent respectivement 6.6 % et 5.9 % des cancers du sein de la population générale, avec 46% de stade local (N0) (12). 93% des cancers du sein des Sourds ont été diagnostiqués entre un stade T1 et T3, avec ou sans un ganglion sentinelle positif, tandis que seuls 76.1 % de la population générale l'ont été à ces stades peu avancés. La comparaison des répartitions avec le TEF donne une valeur-*p* non significative à 0.43 (>0.05).

Trois cancers ont été retrouvés à un stade diagnostique qui semblait similaire dans les deux populations. La répartition des cancers thyroïdiens était de 67% au stade précoce dans la population sourde étudiée et 68% dans la population de référence (14). Quant au cancer de

l'utérus, l'échantillon comportait 67% de stades locaux *versus* 50 % dans la population générale (16). De même, Cinq lymphomes non hodgkiniens ont été retrouvés, répartis de façon homogène entre les différents stades de diagnostic (16). L'ensemble des valeurs-p obtenu avec le TEF pour ces cancers est supérieur à 0,05, donc non significatif. Pour le cancer du poumon, il est difficile de conclure à une similitude ou une différence par rapport à la population générale.

Au contraire, certains cancers ont semblé être découverts de façon plus tardive dans la population sourde par rapport aux données concernant la population générale française. En effet, 11 cancers de la prostate ont été diagnostiqués, dont 46% à un stade très avancé localement (5 cas en T3-T4), et à un stade 18 % métastatique. Ces stades sont particulièrement évolués quand, dans la littérature (13), il n'y a que 3% des cancers localement très avancés et 10,4% de cancers métastatiques au moment du diagnostic. Le TEF est significatif avec une valeur de  $p$  à  $4,6 \times 10^{-7}$  ( $<0.05$ ).

Les 6 cancers colorectaux retrouvés dans l'échantillon étaient majoritairement très avancés au moment du diagnostic : 67% de stade III et 33 % de stade IV (à noter 2 stades 0, *in situ* exclus de la comparaison). Le stade de diagnostic de ce cancer est dans la population générale de 47 % pour les stades I et II, et autant pour les stades III et IV (15). Il n'y avait chez les Sourds étudiés aucun stade précoce de diagnostic. La comparaison est faite avec un TEF significatif à  $p = 0,029$ .

De la même manière, des stades avancés lors du diagnostic des mélanomes ont été observés, avec 67 % à un stade III et 33% à un stade IV. Tandis que 86,2 % des cas de la population générale sont diagnostiqués à un stade I et II (15). Et cela de façon significative car la valeur de  $p$  de  $1,1 \times 10^{-3}$ .

Quant aux lymphomes hodgkiniens (LH), 3 Sourds en ont été diagnostiqués, dont 67% au stade III (et 1 stade non défini). Tandis que dans la population générale, les stades avancés (stade III et IV) ne représentent que 7.6% des LH en France (15). TEF retrouvant une valeur- $p$  à  $3,1 \times 10^{-3}$ .

Figure I : Répartition des patients sourds en fonction de leur âge

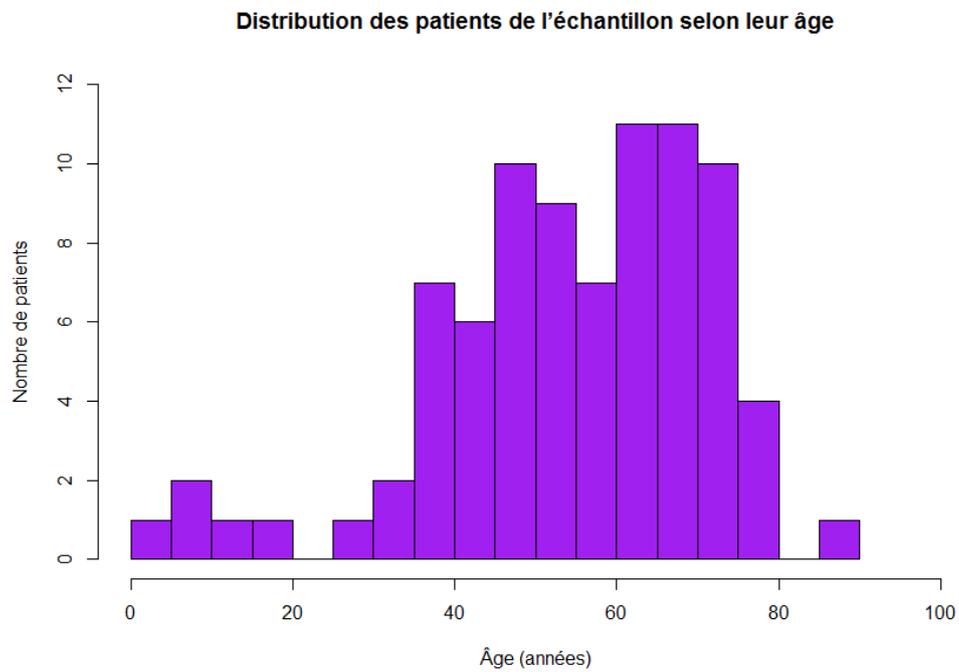


Tableau I: État des lieux du stade diagnostique initial des cancers de cette étude :

Cancer (n (%))	Stade 0	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	ND <sup>a</sup>
Colon-rectum (n=8)	2 (25%)	-	-	4 (50%)	2 (25%)	-
Mélanome (n=3)	-	-	-	1(33%)	2 (67%)	-
Estomac (n=2)	-	-	1 (50%)	-	1 (50%)	-
Lymphome hodgkinien (n=3)	-	-	-	2 (67%)	-	1 (33%)
Ostéosarcome (n=1)	-	-	-	1 (100%)	-	-
Pancréas (n=1)	-	-	-	-	1 (100%)	-
Poumon (n=3)	-	-	1 (33%)	-	2(67%)	-
Rein (n=2)	-	1 (50%)	-	1 (50%)	-	-
Thyroïde (n=3)	-	2 (67%)	1 (33%)	-	-	-
	T1N0M0	T2/T3N0M-	T1/T3N+M0	T4N+M0	M+	ND
Sein (n=15)	3 (20%)	5 (33%)	6 (40%)	-	-	1 (7%)
	T1N0M0	T2N0M0	T3/T4N0M0	N+M+	ND	
Prostate (n=11)	1 (9 %)	1 (9 %)	5 (46 %)	2 (18 %)	2 (18 %)	
	Local	Régional	Métastatique	ND		
Oropharynx (n=1)	-	1 (100%)	-	-		
Cutané basocellulaire (n=8)	8 (100%)	-	-	-		
Cutané Epidermoïde (n=3)	3 (100%)	-	-	-		
Cerveau gliomes (n=3)	1+ 2*(100%)	-	-	-		
Col utérus (n=1)	1 (100%)	-	-	-		
LNH <sup>b</sup> (n=5)	1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)	1* (20%)		
Ovaire (n=1)	-	-	1 (100%)	-		
Testicule (n=3)	3 (100%)	-	-	-		
Utérus (n=3)	2 (67%)	-	1 (33%)	-		
	Nombre	Remarques				
Leucémies	3	1 LAL <sup>c</sup> , 1 LAM <sup>d</sup> , 1 LLCB <sup>e</sup>				
Thymome	1					

<sup>a</sup> : stade non déterminé. <sup>b</sup> : Lymphome non hodgkinien. <sup>c/d</sup> : Leucémie aiguë Lymphoïde/Myéloïde.

<sup>e</sup> : Leucémie lymphoïde chronique type B. \*Enfant.

Tableau II : Comparaison de l'état des lieux aux études de référence : uniquement les cancers présentant plus de 3 cas.

Type de cancer (nombre de cas chez les Sourds)	Stade	Nombre observé chez les Sourds	% dans la population de référence	valeur-p. Test Exact de Fisher	Etude de référence
Colon-rectum (n=6)	I	-	25.7 %	0,029 **	PETRI (Fr) (15) (37413 patients)
	II	-	21.3 %		
	III	67 % (4)	20.6 %		
	IV	33 % (2)	26.5 %		
	ND*	-	5.9 %		
Mélanome (n=3)	I et II	-	86.2 %	1,1x10 <sup>-3</sup> **	PETRI(Fr)(15) (7401 patients)
	III	33 % (1)	3.4 %		
	IV	67 % (2)	6.4 %		
	ND*	-	4 %		
Lymphome Hodgkinien (n=3)	I	-	81.7 %	3,1x10 <sup>-3</sup> **	PETRI (Fr)(15) (1544 patients)
	II	-	8.7 %		
	III	67 % (2)	3.8 %		
	IV	-	3.8 %		
	ND*	33 % (1)	2 %		
Lymphome non hodgkinien (n=5)	Local	20 % (1)	30 %	0,16	SEER (USA)(16) (10224 patients)
	Régional	40 % (2)	15 %		
	Métastatique	20 % (1)	47 %		
	ND*	20 % (1)	9 %		
Poumon (n=3)	I	-	15.5 %	0,56	PETRI (Fr) (15) (31557 patients)
	II	33 % (1)	13.6 %		
	III	-	20 %		
	IV	67 % (2)	39.4 %		
	ND*	-	11.5 %		
Prostate (n=11)	T1N0M0	9 % (1)	27.4 %	4,6x10 <sup>-7</sup> **	« Cancer de la prostate en France en 2001 »(13) (2181 patients)
	T2N0M0	9 % (1)	59.2 %		
	T3/T4N0M0	46 % (5)	3.0 %		
	N+M+	18 % (2)	10.4 %		
	ND*	18 % (2)	-		
Sein (n=15)	T1N0M0	20 % (3)	28.2 %	0,46	Données françaises de «Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe» (14) (1824 patients)
	T2-3N0M0	33 % (5)	17.5 %		
	T1-3N+M0	40 % (6)	30.4 %		
	T4NxM0	-	6.6 %		
	M1	-	5.9 %		
	ND*	7 % (1)	11,4 %		
Thyroïde (n=3)	I	67 % (2)	67.9 %	0,29	PETRI (Fr)(15) (6672 patients)
	II	33 % (1)	6.4 %		
	III	-	9.2 %		
	IV	-	9.2 %		
	ND*	-	7.3 %		
Utérus (n=3)	Local	67 % (2)	69 %	0,32	SEER(USA) (16) (5774 patients)
	Régional	-	19 %		
	Métastatique	33 % (1)	8 %		
	ND*	-	4 %		

\*ND: Stade non déterminé. \*\* valeur-p significative (< 0.05)

*Analyse du prélèvement des données :*

Sur les 4263 dossiers étudiés dans les 5 unités, 1316 ont été sélectionnés par deux méthodes, à savoir lecture et codage, à Grenoble et Toulouse, et 2947 par une seule méthode, lecture seule du dossier à Marseille (875) et codage seul à Paris et Poitiers (2072). Il semble que l'adjonction des deux méthodes soit beaucoup plus efficace qu'une méthode seule puisque 3,49 % des patients des UASS sont retrouvés comme ayant un cancer lorsque la sélection des dossiers s'est faite avec les deux méthodes, tandis que seuls 1,25% des patients sont retrouvés ainsi dans les UASS où seule une méthode de sélection a été utilisée. Il peut être remarqué que sur un même échantillon, la lecture seule est plus efficace que le codage pour retrouver les cancers. Ainsi par exemple à Grenoble, 93 % des patients sélectionnés sont retrouvés par lecture seule tandis que seulement 53 % sont retrouvés par codage seul (Tableau III). Il est à noter qu'à Poitiers et Paris, où seule la sélection par codage a été possible, le rendement a été particulièrement faible, à savoir respectivement de 1.88% et 0.60 % des patients de chaque UASS. Quant à Marseille, où seule la lecture manuelle des dossiers a pu être effectuée, 2.17 % des patients de l'UASS ont été inclus.

Tableau III : Origine des données et méthode de leur extraction.

UASS \ Nombre de Patients	Total	Inclus dans l'étude Nb (%)	Technique d'extraction du dossier		
			Par la lecture seule	Par le codage seul	Par les 2 méthodes
Grenoble	580	28 (4,83%)	26 (93%)	15 (53%)	13 (46%)
Toulouse	736	18 (2.44%)	14 (78%)	12 (67 %)	8 (44%)
Sous total :	1316	46 ( <b>3.49%</b> )	40 (87%)	27 (59 %)	21 (46%)
Marseille	875	19 (2.17%)	19	/	/
Paris	1647	10 (0.60%)	/	10	/
Poitiers	425	8 (1.88%)	/	8	/
Sous total :	2947	37 ( <b>1,25%</b> )	19	18	
Total	4263	83	59 (71%)	45 (54 %)	21 (25%)

## **Discussion :**

Notre travail a recensé l'intégralité des cas de cancers dans les UASS de Grenoble, Marseille, Paris, Poitiers et Toulouse. Trois groupes de cancers se dégagent, selon que le stade de diagnostic est plus précoce, similaire, ou plus tardif que ce qui a été constaté dans la population générale.

Pour le cancer du sein, où, dans l'étude, il n'y a aucun cas métastatique, ni de stade T4 (TNM), le stade de diagnostic semble plus précoce chez les Sourds. Un résultat du test exact de Fisher à 0.46 ne permet pas de conclure, cela nécessiterait un plus grand nombre de patients pour se prononcer. Ceci serait à relier à l'étude américaine de Orsi (6) qui montre que, proportionnellement, il y a la même utilisation de la mammographie entre Sourds et Entendants américains (17,18). Cela pourrait s'expliquer par la simplicité de la mise en place de ce dépistage (ordonnance simple, dépistage réalisé par un opérateur tiers). De plus, ce dépistage est systématiquement proposé par la sécurité sociale en France. Enfin, la mammographie s'appréhende visuellement par le patient Sourd (6) : en LSF le signe pour mammographie est rentré dans le langage courant, ainsi, les patientes peuvent se transmettre l'information entre elles.

A l'inverse, les cancers colorectaux, de la prostate et les mélanomes sont diagnostiqués à un stade plus avancé chez les Sourds que dans la population générale. Leurs TEF avec une valeur- $p$  significative (respectivement à 0,029 ;  $4,6 \times 10^{-7}$  et  $1,1 \times 10^{-3}$ ) montrent qu'il y a une différence significative entre les 2 populations. Un retard de diagnostic est donc bien observé. Le test de dépistage du cancer colorectal est complexe à expliquer (test "Hémocult" et test " OC-Sensor"), particulièrement pour les patients qui présentent une barrière linguistique et une part d'illettrisme (4). Ce test doit être réalisé par le patient lui-même, et si la technique de réalisation n'a pas été bien comprise, de même que son

objectif, l'observance sera considérablement diminuée par rapport à la population générale. Pour le cancer de la prostate, la réalisation du toucher rectal (TR) nécessite d'être expliqué avant d'être réalisé. Pourtant, aux Etats- Unis, il a été observé une pratique plus fréquente des TR chez les Sourds par rapport à la population entendante (6). Cependant, le dépistage du cancer de la prostate, associant TR et dosage biologique de la PSA (Prostate-Spécifique Antigen) ne fait pas l'objet de dépistage de masse, mais d'un dépistage individuel auprès des patients. L'information transite donc plutôt entre le médecin et le patient, que par d'autres vecteurs, notamment sociétaux. Peut-être serait-ce une piste expliquant ce retard au diagnostic chez les Sourds, pour lesquels la problématique de communication avec le médecin reste centrale. Quant aux mélanomes, l'hypothèse que les consignes d'auto-surveillances et de prévention semblent moins bien transmises aux Sourds par un défaut d'outils de communication peut être envisagée.

Notre étude présente cependant un biais de recrutement. Nous n'avons inclus que des patients suivis en UASS ont été inclus. Ces unités réalisent un suivi de médecine générale; cependant, elles sélectionnent en partie les patients avec une pathologie médicale complexe. En effet, beaucoup de patients sourds sont initialement suivis en ambulatoire, où le problème de communication est prédominant. Puis, lorsqu'une pathologie est diagnostiquée, ils consultent spontanément ou de manière orientée à l'UASS. Ces unités représentent cependant le meilleur moyen de recrutement, car ce sont des lieux dans lesquels les Sourds ont accès à des soins de médecine générale prenant en compte leur surdité par l'adaptation des moyens de communications.

Sur le plan technique, la sélection des dossiers s'est faite de diverses façons (lecture manuelle et/ou codage). Il semblerait que le codage soit moins efficace dans le recrutement

que la lecture manuelle des dossiers. Ainsi beaucoup moins de patients ont été sélectionnés à Paris et Poitiers. À noter qu'il existe une hétérogénéité dans les UASS. Celle de Poitiers n'a que 4 ans d'ancienneté, ce qui réduit le recrutement. Cependant, en dehors des cas de décès antérieurs à la création de l'UASS, l'intégralité du dossier a pu être retrouvée puisque qu'il n'y a qu'un seul centre d'oncologie attaché. La diversité de fonctionnement des UASS et des CHU induit également un biais de recrutement. En effet, dans certaines villes, il peut y avoir une multitude de services d'oncologie, auquel le recrutement par codage du CHU n'aura pas accès.

L'échantillon de la population étudiée est réduit, ce qui limite la significativité des résultats. C'est cependant la première étude sur le sujet, et une significativité est retrouvée sur une part importante de cancers. Par ailleurs, d'après l'étude de P. Grosclaude et al (19), la classification en stade, qui permet une analyse et une comparaison des données, amène une simplification des informations et donc une part d'imprécision. Enfin, la littérature utilisée comme comparaison est relativement ancienne (de 1992 à 2005) et diverse (française et américaine). Le plan cancer 2009-2013 avait noté cette carence et a initié plusieurs travaux pourtant sur la surveillance du cancer en France qui sont attendus fin 2015.

Les Sourds font face à des barrières d'accès aux informations médicales parmi lesquelles la communication avec le médecin, mais aussi le manque d'éducation et de ressources (interprète en langue des signes) (4-6). Par exemple la compréhension des tests de dépistage tels que la mammographie et les frottis cervico-utérins (FCU) est bien moindre chez les Sourds, même si ceux-ci en réalisent proportionnellement autant que les Entendants (6,18). Cela pose la question de l'impact du manque de connaissances en santé

des Sourds, dans une consultation médicale. Cette question se pose même au sein des UASS, où la barrière linguistique est pourtant bien moins importante, voire quasi absente. D'ailleurs, beaucoup de Sourds sont suivis parallèlement par un médecin généraliste de proximité, qui souvent ne pratique pas la LSF, et lors de ces consultations, une barrière linguistique réapparaît. En cas de problème de communication, il est toujours possible de prescrire un test de dépistage (mammographie) ou de faire un geste (FCU, TR), même si une explication (parfois réalisée sommairement) est nécessaire. En revanche, il est beaucoup plus difficile de discuter de signes d'appel cliniques qui font intervenir une communication longue et bilatérale. Le médecin, qui ne pourrait pas les mettre en évidence par l'interrogatoire, ne mettra pas en place les examens nécessaires au diagnostic comme il l'aurait fait avec d'autres patients.

Ce manque d'information peut être pallié : des programmes d'éducation en langue adaptée, souvent sur support vidéo, ont été réalisés, avec une évaluation des connaissances des Sourds et Entendants avant et après (17,20,21). Il a été mis en évidence une augmentation plus importante des connaissances chez les Sourds, ainsi qu'un désir de partage du support vidéo avec la communauté sourde. Ces vidéos d'éducation en LSF, avec des supports basés sur le visuel, pourraient être utilisées pour des campagnes de santé publiques. Elles pourraient être réalisées par les Sourds eux-mêmes afin de mieux s'adapter à la culture sourde (22). L'amélioration des connaissances des Sourds dans le domaine de la santé pourrait probablement accroître la précocité du diagnostic de certains cancers. Un élargissement de la sensibilisation des médecins pendant leur formation initiale ou continue améliorerait la communication et l'identification des difficultés de prise en charge d'un patient sourd.

Notre travail a étudié dans une population ciblée de Sourds atteints de cancer, le stade lors de leur diagnostic initial. Afin d'établir de manière plus fine s'il existe un retard de diagnostic du cancer chez les Sourds, il serait intéressant de réaliser une étude cas-témoins afin de comparer les cas de cancers trouvés dans les cinq unités à une population appariée.

## **Conclusion :**

Au terme de ce travail, et après avoir examiné les dossiers de 4263 patients sourds, dans un travail collaboratif avec les UASS de Grenoble, Poitiers, Paris, Marseille et Toulouse, nous mettons en évidence que, chez les Sourds de l'étude, le cancer du sein, pour lequel l'information et le dépistage sont bien établis, est un cancer où le stade diagnostique semble précoce. À l'opposé, les cancers pour lesquels le dépistage est complexe (colorectal), non systématique (mélanome, prostate) et où l'information est moins bien codifiée, une tendance de diagnostic à des stades avancés est observée de manière significative. Une étude complémentaire cas/témoins permettrait de préciser ce retard de diagnostic.

De nombreux facteurs peuvent jouer un rôle dans ce retard, notamment les problèmes de communication entre les Sourds et les médecins, une culture médicale imparfaite chez les Sourds, associée à une difficulté avec la langue écrite. Facteurs qui rendent difficile l'accès spontané aux informations et campagnes médicales. Les UASS permettent de réduire la barrière linguistique, d'optimiser la communication et de l'adapter, que ce soit lors du diagnostic, mais aussi lors du suivi de pathologies et des dépistages. L'augmentation de la couverture géographique des UASS ainsi que la création de campagnes d'informations médicales en LSF, amélioreraient ce manque de connaissance sur la santé et favoriseraient la participation aux dépistages de masse ou individuels. La précocité des diagnostics en serait améliorée.

Signature du Doyen de la faculté de Médecine:

Toulouse, le 12 octobre 2015  
Vu, permis d'imprimer

Faculté de Médecine  
Toulouse Rangueil  
Le Doyen,  
E. SERRANO

Signature du président du jury:

Professeur Philippe ARLET  
Service de Médecine Interne  
Hôpital Jean-Pan - TSA 40031  
31069 TOULOUSE Cedex 9  
Secrétariat : 05 61 77 22 78  
Mail : arlet.p@ctu-toulouse.fr  
N° RPPS 1000 284 2084

## **Bibliographie :**

1. Laurence Haeusler, Thibaud de Laval, Charlotte Millot. Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2014.
2. Mottez B, Benvenuto A. Les Sourds existent-ils? Harmattan. Paris; 2006
3. Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 - Article 33.
4. Zazove P, Meador HE, Reed BD, Gorenflo DW. Deaf persons' english reading levels and associations with epidemiological, educational, and cultural factors. *J Health Commun.* 2013;18(7):760-72.
5. Tamaskar P, Malia T, Stern C, Gorenflo D, Meador H, Zazove P. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Arch Fam Med.* juin 2000;9(6):518-25, discussion 526.
6. Orsi JM, Margellos-Anast H, Perlman TS, Giloth BE, Whitman S. Cancer screening knowledge, attitudes, and behaviors among culturally Deaf adults: Implications for informed decision making. *Cancer Detect Prev.* janv 2007;31(6):474-9.
7. Allaire C. Informer les personnes sourdes et malentendantes : Partage d'expériences. . INPES; 2012. Disponible sur:  
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1414>
8. Pollard RQ, Barnett S. Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. *Rehabil Psychol.* mai 2009;54(2):182-5.
9. Dagron J. Les Silencieux, Chroniques de vingt ans de médecine avec les Sourds. Presse Pluriel. 2008. 284 p.
10. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Institut de la veille sanitaire; 2013 juill p. 122.

11. Sitbon A, Richard JB. Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM). Présentation de l'enquête et premiers résultats - Évolutions n°29 - 1505.pdf. INPES; 2013 déc. Report No.: 29.
12. Sant M, Allemani C, Capocaccia R, Hakulinen T, Aareleid T, Coebergh JW, et al. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int J Cancer*. 1 sept 2003;106(3):416-22.
13. Jegu J, Tretarre B, Velten M, Guizard A-V, Danzon A, Buemi A, et al. Le cancer de la prostate en France en 2001 : état des pratiques et facteurs associés à la réalisation d'une prostatectomie totale. *Prog En Urol*. janv 2010;20(1):56-64.
14. Mazeau-Woynar V, Cerf N. Survie attendue des patients atteints de cancers en France: état des lieux. [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr): Institut National du Cancer; 2010 avr.
15. Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France - Cohorte 1994-1999. | Base documentaire | BDSP. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/308923/>
16. Horner M, Ries L, Krapcho M, Aminou R, Howlader N, Alterkruse SF, et al. SEER Cancer Statistics Review 1975-2006 - National Cancer Institute. Bethesda, MD.. SEER web site. 2008.
17. Yao CS, Merz EL, Nakaji M, Harry KM, Malcarne VL, Sadler GR. Cervical Cancer Control: Deaf and Hearing Women's Response to an Educational Video. *J Cancer Educ*. mars 2012;27(1):62-6.
18. Berman BA, Jo A, Cumberland WG, Booth H, Britt J, Stern C, et al. Breast cancer knowledge and practices among D/deaf women. *Disabil Health J*. oct 2013;6(4):303-16.
19. Grosclaude P, Bouvier A-M, Tretarre B, Delafosse P. Collecte et utilisation des stades de cancers: problèmes posés dans les études en population. *Inst Veille Sanit*. 13 déc 2013;(43-44-45):574-80.
20. Jensen LG, Nakaji M, Harry KM, Gallegos N, Malcarne VL, Sadler GR. Ovarian cancer: Deaf and hearing women's knowledge before and after an educational video. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. déc 2013;28(4):647-55.

21. Kaskowitz SR, Nakaji MC, Clark KL, Gunsauls DC, Sadler GR. Bringing prostate cancer education to deaf men. *Cancer Detect Prev.* 2006;30(5):439-48.
22. Legeay M, Saillard J. Favoriser l'accès à la santé des sourds et malentendants: exemple d'atelier d'éducation aux médias. *Santé publique. Pays de la Loire;* 2013;235-9.

**Annexe I: Fonctionnement des UASS, extraits des 22 pages de la 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)**

Préface :

Face aux nombreux témoignages de sourds et de professionnels de la santé mettant à jour un fossé séparant les sourds des soignants et à l'expérimentation de la permanence médico-sociale en langue des signes françaises (LSF) débutée en 1995 au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, la Direction générale de la Santé (DGS) et l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont décidé la pérennisation en 1996, de la première unité en langue des signes française (LSF) au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

En 1996, le financement par la Direction générale de la santé (DGS) et par le Fond de formation des médecins libéraux a permis une formation nationale de perfectionnement des médecins à la langue des signes française (LSF) qui a servi de base fondamentale aux futurs unités.[...] Le rapport de Dominique Gillot « Le droit des sourds » de juin 1998 a confirmé les différents axes en proposant de développer ce type de structure sur l'ensemble du territoire. C'est dans ce contexte que les unités régionales se sont créées à des dates différentes. [...]

I- Les unités ont vocation à permettre la prise en charge des patients.

1) Présentation de leurs missions.

1.1 : Les missions principales :

- un accueil personnalisé en faveur des patients :

[...] l'accueil doit être personnalisé en fonction des capacités de communication du patient. S'il s'agit d'un patient pratiquant la LS, il doit être assuré par un professionnel sourd et/ou entendant, pratiquant la LS. [...] L'accueil organise les prises de rendez-vous et coordonne les interventions des membres de l'équipe au sein de l'unité mais également dans les structures hospitalières au sein de l'établissement de santé. Il doit également s'assurer de la compréhension des informations reçues par le patient afin, si besoin, d'apporter des informations complémentaires ou de solliciter l'intervention d'un autre professionnel de l'équipe.

- une prise en charge médicale adaptée aux situations des patients :

[...]Il propose des consultations de médecine générale ou des consultations spécialisées en psychiatrie en s'adaptant aux capacités de communication du patient : le colloque singulier avec un médecin est très inhabituel pour les patients privilégiant la LS : pour consulter, ceux-ci font généralement appel à un proche, pratiquant la LS ou non. Le médecin ou le psychiatre détermine, le cas échéant, l'action adéquate en vue de rattraper le retard dans le repérage des pathologies et la prise en charge du patient. Pour ce faire, ils peuvent être assistés par d'autres membres de l'équipe en demandant préalablement au patient son consentement. Ils participent en lien avec d'autres médecins à l'information du patient en s'efforçant de s'assurer de la compréhension par le patient de sa pathologie, des examens et des soins.

En matière d'organisation des soins, le médecin ou le psychiatre collabore avec les médecins spécialistes et les équipes soignantes des structures hospitalières et avec le médecin traitant du patient conformément aux dispositions de la circulaire Dhos/SDE/E1/2005/497 du 4 novembre 2005 concernant l'impact de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sur la prise en charge des personnes sourdes.

S'agissant du suivi des patients hospitalisés au sein de l'établissement de rattachement, le médecin ou le psychiatre, à la demande de la structure hospitalière, peut intervenir au lit du patient hospitalisé seul ou accompagné, en vue de lever et prévenir tous les obstacles linguistiques.

1.2 : Les missions d'appui indispensables à la prise en charge des patients :

- les demandes à caractère social :

[...]Elles s'inscrivent dans un contexte spécifique marqué par l'isolement, le manque d'attention à leur égard et d'information des patients et par la fréquence de l'illettrisme.

[...]

- l'activité de secrétariat :

Outre les fonctions habituelles de secrétariat, le secrétaire assure plus spécifiquement l'information sur les offres de service de l'unité (organisation des actions de sensibilisation dans les établissements de la région, etc.), sur les relais avec les services sociaux et coordonne les interventions des professionnels de l'unité dans les différentes antennes locales hospitalières de la région.

- dans le domaine de la communication :

- l'interprétation français-LSF :

L'interprétation est assurée par un ou des interprètes de l'unité et/ou éventuellement appartenant à des structures extérieures (services d'interprètes) dans le cadre d'une convention de partenariat. Dans tous les cas, le(s) interprète(s) doivent être dûment diplômé(s) (diplôme universitaire d'interprète).

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

- l'intermédiation :

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

2) L'accès aux soins des patients dans des situations particulières au sein de l'établissement de santé de rattachement

2.1 : L'accueil des patients dans les structures hospitalières et dans la structure interne

en charge des urgences :

Dans la mesure où la problématique de ce type de patient est souvent mal connue par les équipes des structures hospitalières et de la structure interne en charge des urgences, il conviendra qu'un protocole soit élaboré au sein de chaque établissement de santé ayant une unité.[...]

Par ailleurs, la Dhos mène une réflexion sur la mise en place d'un centre national de réception et d'orientation, joignable par un numéro unique et gratuit auquel seront adressées toutes les demandes de secours d'urgence des personnes déficientes auditives afin d'être orientées vers le service (15,17 ou 18) compétent.

## 2.2 : Le suivi des patients en santé mentale :

### -f dans les unités de soins somatiques :

Le suivi des patients en santé mentale (suivis psychologique et psychiatrique) requiert une attention toute particulière de la part de l'équipe. [...] Dans ce contexte, si un psychiatre et/ou un psychologue font partie de l'équipe, ils assureront la prise en charge des troubles psychiques des patients en complémentarité avec les secteurs psychiatriques de référence, auxquels ils ne se substitueront pas. Ils veilleront à mettre en place des actions de sensibilisation à l'accueil spécifique et à la prise en charge du patient auprès de professionnels partenaires aussi bien dans l'établissement où elle est implantée qu'à l'extérieur (autres établissements publics de santé mentale, structures internes en charge des urgences, etc.).

Par contre, si aucun de ces deux professionnels (psychiatre et psychologue) ne fait partie de l'unité, l'équipe doit mettre en œuvre toutes les démarches adaptées aux patients. [...]

### -f dans l'unité implantée au centre hospitalier (CH) Sainte-Anne : [...]

## 3) La mise en place par les unités de soins somatiques d'actions de sensibilisation et de partenariats avec des acteurs intra et extra hospitaliers

L'identification, l'adhésion, la participation et la coordination de tous les acteurs ayant à faire face aux demandes de prises en charge des patients sourds prennent plusieurs formes : l'information régulière et réciproque entre les unités, entre ces dernières et les médecins traitants et les professionnels libéraux, les actions de sensibilisation et le développement des compétences professionnelles à l'accueil des patients. [...]

### 3.1 : Au sein de l'établissement de santé où elle est implantée :

[...] la maternité référente de l'établissement de santé pour le suivi des femmes sourdes enceintes (accueil, consultations en LS, etc.), le service d'ophtalmologie pour le suivi des patients porteurs du syndrome d'Usher, etc.

### 3.2 : Dans la région de référence :

#### - avec les autres établissements de santé (publics, privés etc) :

L'unité a vocation à mettre en place des actions de sensibilisation et de partenariat auprès de professionnels de santé sur des thématiques essentielles comme l'accueil et la prise en charge des patients et des actions plus spécifiques sur les problématiques suivantes : le

syndrome d'Usher et les patients sourds malvoyants, les suivis de grossesse, la prise en charge du diabète, etc. [...]

- avec la médecine de ville :

La coordination entre l'unité et la médecine de ville a pour objet de favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins des patients. A cet effet, la circulaire Dhos/SDE/E1/2005/497 du 4 novembre 2005 précitée précise les conditions dans lesquelles les patients peuvent continuer à être suivis par le médecin traitant et par le médecin correspondant de l'unité dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. [...]

- avec des structures des champs sanitaire et médico-social : [...]
- auprès des organismes de formation et des associations concernées par la population sourde : [...]

### 3.3 : En dehors de la région : [...].

4) L'organisation des unités sous forme de réseaux de santé au sens des articles L.6321-1 et L.6321-2 du code de la santé publique : [...]

5) La participation à des actions de santé publique et d'éducation thérapeutique à l'égard des personnes sourdes.

#### 5.1 : Les actions d'information à la santé et de prévention :

Les campagnes de prévention en matière de santé publique dédiées au grand public ne touchent que très imparfaitement la population sourde. De plus, la majorité des personnes sourdes ont une connaissance de leur anatomie et de leur physiologie inférieure à celle des personnes entendantes de par les carences de l'enseignement reçu et de par la difficulté d'accès aux informations.

C'est pourquoi, au sein des unités, les informations spécifiques à la santé disponibles à l'accueil sont rendues vivantes et adaptées grâce aux actions et explications d'un membre de l'équipe affectée à l'accueil. Par ailleurs, les contacts individuels avec les patients lors des consultations de médecine générale, sont également des moments privilégiés.

Par ailleurs, chaque unité met en place régulièrement des actions d'information à la santé ainsi que des journées de formation au sein de son établissement de rattachement à l'égard du public sourd sur des thématiques diverses (cancers, HIV, diabète, maladies cardiovasculaires, nutrition, etc.). Dans ce contexte, l'équipe utilisera directement la LS et des moyens adaptés tels que les jeux de rôles, les vidéos, les dessins, etc. Elle peut participer à l'extérieur de son établissement de rattachement à ce type d'actions en associant les

institutions locales existantes (instituts des jeunes sourds, associations, etc.), en vue de diffuser et d'organiser l'information. [ ...]

### 5.2 : Les actions d'éducation thérapeutique :

Compte tenu de la difficulté d'accès aux informations, l'équipe devra mettre en place autant que possible ce type d'actions en vue d'aider les patients sourds atteints de maladies chroniques à mieux comprendre leur maladie et leur traitement, à mieux assumer au quotidien leur maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

#### II) Les caractéristiques des équipes

##### 1) La compétence linguistique

La langue des signes française (LSF) est désormais reconnue comme langue à part entière depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

L'équipe de l'unité répond à deux principes pour lever les obstacles d'accès aux soins que rencontrent l'ensemble des patients lors de leur parcours de soins :

- le transfert de l'exigence linguistique sur l'équipe ;
- le bilinguisme.

Par ailleurs, si les patients venaient à exprimer la demande d'utiliser la langue française parlée complétée (LPC) dans leurs démarches de soins, l'équipe répondra à cette demande comme à toutes les autres demandes de communication spécifiques qu'elle reçoit, en application du principe de respect des choix linguistiques des patients. [ ...]

##### 2) Des équipes comprenant nécessairement des professionnels sourds et entendants.

La présence de personne(s) sourde(s) au sein de l'équipe permet le maintien et le développement du niveau linguistique de l'ensemble des professionnels et de l'appropriation par l'ensemble de l'équipe des habitudes de communication et des préoccupations des patients. Il est donc nécessaire que toutes les réunions de travail se fassent en LSF.

Sa présence met d'emblée les patients en confiance lors de l'accueil. Elle rassure également les professionnels soignants extérieurs à l'unité, qui, découvrant que la relation professionnelle entre un professionnel sourd et entendant est possible s'engagent avec d'autant plus de confiance dans la relation thérapeutique avec le patient. L'expérience

partagée entre la personne sourde de l'unité et le patient sourd présente un avantage dans des situations de reformulation et de communication. [...]

### 3) Des équipes pluridisciplinaires

[...]L'équipe suppose la présence de : médecin, psychologue, travailleur(se) social(e), interprète (salarié et/ou éventuellement conventionné), professionnels paramédical et éducatif, et secrétaire médical.[...]

### 4) Des équipes transversales

#### 4.1 : Lors des soins ambulatoires :

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant peut adresser le patient au médecin correspondant de l'unité qui, si nécessaire, l'orientera en accord avec le médecin traitant vers un médecin spécialiste en application des dispositions de la circulaire Dhos/SDE/E1/2005/497 du 4 novembre 2005 précitée.

Si le patient désigne comme médecin traitant le médecin de l'unité, il coordonnera, le cas échéant, son parcours de soins avec d'autres professionnels de santé. Par contre, si le patient fait spontanément appel au médecin de l'unité alors qu'il a un médecin traitant de ville, dans ce cas, le médecin de l'unité prendra son attache pour coordonner le parcours de soins du patient.

Enfin, si les professionnels de santé d'une autre structure hospitalière au sein de l'établissement de santé de rattachement contactent un membre de l'unité, il sera appelé à intervenir, seul ou accompagné, sans se substituer à eux mais tout en mettant son savoir-faire et son expérience à leur disposition.

Dans tous les cas, le médecin de l'unité s'attachera à établir des collaborations avec l'ensemble des professionnels soignants (médecin traitant, médecins spécialistes, etc.) intervenant auprès du patient.

#### 4.2 : Lors des hospitalisations :

Le patient hospitalisé est suivi par l'équipe de la structure d'hospitalisation qui peut faire appel à un professionnel de l'unité qui interviendra seul ou accompagné. Selon ses besoins, le patient bénéficie d'un double suivi : celui de sa structure d'hospitalisation et de l'équipe de l'unité en soutien (l'emploi de l'interprète par les médecins de la structure d'hospitalisation, préparation à la sortie d'hospitalisation, etc.) ou en complément (ré-explications des pathologies et prescriptions, prise de rendez-vous auprès d'autres professionnels, etc.).

4.3 : Lors des démarches auprès des services administratifs : [...]

5) Des équipes mobiles [...]

5.1 : Lors de consultations de médecine générale ou de consultations spécialisées en psychiatrie dans des établissements de santé locaux de la région : [...]

5.2 : Lors de l'hospitalisation d'un patient :

[...]Elle doit être réservée autant que possible aux patients le nécessitant (pathologies lourdes, traitements ou situations complexes, etc.) et en particulier, s'il n'y a pas d'autre alternative cohérente que son intervention alors que pour toutes les autres situations courantes, il conviendra d'aider ces établissements de santé à trouver les moyens de communication idoines (services d'interprètes, etc.). [...].

5.3 : Lors d'actions de sensibilisation et d'information à la santé : [...]

III) Les caractéristiques minimales techniques de toutes les unités [...]

**Annexe II: Codage de la classification Internationale des Maladies (CIM-10) retenus pour la présélection informatique des dossiers.**

B21	Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes
C00 - D48	Tumeurs
C00-C97	Tumeurs malignes
C00-C75	Tumeurs malignes, primitives ou présumées primitives, de siège précisé, à l'exception des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés
C00-C14	Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
C15-C26	Tumeurs malignes des organes digestifs
C30-C39	Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques
C40-C41	Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire
C43-C44	Mélanome malin et autres tumeurs malignes de la peau
C45-C49	Tumeurs malignes du tissu mésothélial et des tissus mous
C50-C50	Tumeur maligne du sein
C51-C58	Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme
C60-C63	Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme
C64-C68	Tumeurs malignes des voies urinaires
C69-C72	Tumeurs malignes de l'œil, de l'encéphale et d'autres parties du système nerveux central
C73-C75	Tumeurs malignes de la thyroïde et d'autres glandes endocrines
C76-C80	Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés
C81-C96	Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés
C97-C97	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)
D00-D09	Tumeurs in situ
D10-D36	Tumeurs bénignes
D37-D48	Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue
N16.1*	Maladie rénale tubulo-interstitielle au cours de maladies tumorales
N40	Hyperplasie de la prostate
O34.1	Soins maternels pour tumeur du corps de l'utérus
O34.4	Soins maternels pour d'autres anomalies du col

O34.6	Soins maternels pour anomalies du vagin
O34.7	Soins maternels pour anomalies de la vulve et du périnée
O66.3	Dystocie due à d'autres anomalies fœtales
P04.1	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère
Z03.1	Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne
O33.7	Soins maternels pour disproportion due à d'autres anomalies du fœtus
Z08	Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne
Z12	Examen spécial de dépistage des tumeurs
Z29.2	Autres mesures de chimiothérapie prophylactique
Z40	Opération prophylactique
Z51	Autres soins médicaux
Z08-Z09	À l'exclusion de : examen de contrôle après traitement
Z51.0	Séance de radiothérapie
Z51.00	Préparation à une radiothérapie
Z51.01	Séance d'irradiation
Z51.1	Séance de chimiothérapie pour tumeur
Z51.2	Autres formes de chimiothérapie
Z54.1	Convalescence après radiothérapie
Z54.2	Convalescence après chimiothérapie
Z80	Antécédents familiaux de tumeur maligne
Z85	Antécédents personnels de tumeur maligne
Z86	Antécédents personnels de certaines autres maladies

**État des lieux du stade diagnostique initial des cancers, dans la population sourde, en France, dans cinq Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS), au premier janvier 2015.**

---

Soutenue le 21 octobre 2015, à Toulouse

**Résumé :**

Contexte: Les Sourds représentent environ un pour mille de la population française. Leur accès aux campagnes de santé publique est limité, du fait d'un illettrisme important et de la LSF comme langue de vie. Malgré la présence d'UASS, ils ont peu de connaissances sur la santé. Un retard au diagnostic du cancer pourrait en résulter.

Objectif: Établir un état des lieux du stade diagnostique des cancers chez les Sourds puis le comparer aux données de la littérature.

Méthode: Les patients ayant été diagnostiqués d'un cancer entre le 1/01/2005 et le 31/12/2014 dans les UASS de Grenoble, Marseille, Paris, Poitiers et Toulouse ont été retrouvés par lecture des dossiers et/ou à l'aide du codage CIM10. Les données ayant trait au stade diagnostique de leur cancer ont été extraites, regroupées par stade, et comparées à la littérature. Étaient exclus les lésions précancéreuses et les diagnostics de récurrence. Sur le plan statistique, le test exact de Fisher a été utilisé.

Résultats: 84 patients ont été sélectionnés. Parmi eux, 15 cas de cancer du sein dont 93% diagnostiqués à T1-T3, soit plus précocement que dans la population générale (76,1%). Au contraire, d'autres cancers, dont les cancers colorectaux, et prostatiques semblent diagnostiqués à un stade plus évolué que dans la littérature. Sur les 11 cas de cancers prostatiques, 46% sont localement avancés et 18% métastatiques contre 3% et 10,4% respectivement dans la littérature ( $p = 4,6 \times 10^{-7}$ ). Et pour les 6 cas de cancers colorectaux, 67% sont diagnostiqués au stade III et 33% au stade IV contre 20,6 % et 26,5 % dans la population générale ( $p = 0,029$ ).

Conclusion: Chez les Sourds, les cancers dont le dépistage est compliqué ou non systématique, semblent être diagnostiqués à un stade plus avancé.

De nombreux facteurs pourraient jouer un rôle dans ce retard (communication, culture médicale des Sourds...). L'augmentation du nombre d'UASS et la mise en place de campagnes d'information sur des problématiques médicales en LSF amélioreraient probablement la précocité des diagnostics.

Mots-Clés: Inégalités santé, patients sourds, médecin généraliste, cancer.

Directrice de thèse: Mme le Docteur ESMAN Laetitia

## **Investigation of the initial diagnostic stage of cancers in the French deaf community, assessed on the 1st of January, 2015.**

---

Present the 21st October 2015, Toulouse

### **Abstract:**

Background: Deaf people represent approximately 1:1000 of the French population and their access to public health campaigns is limited due to frequent illiteracy and use of sign language. There is a lack of general health knowledge, even with the presence of the UASS. One possible result is delayed cancer diagnosis.

Objective: Aim of this study is to make an assessment of cancers' diagnostic stage in the Deaf community.

Methods: Patients in Grenoble, Marseille, Paris, Poitiers and Toulouse's UASS diagnosed with cancer between 01/01/05 and 31/12/14 were selected by viewing medical files and/or identification *via* CIM 10 coding. Data about cancers were extracted, grouped by stage and compared to literature values. Precancerous lesions and cancer recurrences were excluded. The statistical significance was tested with Fisher's exact test

Results: 84 patients were selected, including 15 breast cancer cases of which 93% were diagnosed at stages T1-T3, earlier than in the general population. In contrast other cancers are diagnosed at more advanced stages. For example from 11 prostatic cases 46% were locally advanced and 18% metastatic compared to the general population with 3% and 10.4%, respectively ( $p = 4,6 \times 10^{-7}$ ). Of 6 colorectal cancers 67% were diagnosed at stage III and 33% at stage IV, compared to the general population with 20.6% and 26.6 % ( $p = 0,029$ ).

Conclusions: Our findings indicate that complicated or non-systematic screening procedures for cancer seem to result in diagnosis at a more advanced stage among Deafs. A case witness study is necessary to confirm this.

Many factors could affect this delayed diagnosis (communication, Deafs' medical knowledge...). Increasing UASS coverage and health information campaigns in sign language could help to diagnose cancers earlier.

**Key-Words:** health inequalities, deaf patients, general practitioner, cancer.

Supervisor : Mme le Docteur ESMAN Laetitia