

THÈSE

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse

Le 11 octobre 2022

Par

Faustine MUDRY

Évaluation de l'apport de la langue des signes française dans la compréhension des vidéos de prévention à la santé chez les personnes Sourdes

Directeurs de thèse : Mme la Docteur Laetitia ESMAN

& M. le Docteur Vladimir DRUEL

JURY

Mme la Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT

Présidente

Mme la Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

Mme la Docteur Lisa OUANHNON

Assesseur

Mme la Docteur Laetitia ESMAN

Assesseur

M. le Docteur Vladimir DRUEL

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire Associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Mayer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHE Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BOYER Pierre
M. CHICOULAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Annie	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

Aux membres du jury

À Madame la Professeur ROUGÉ-BUGAT Marie-Eve

Vous me faites l'honneur de présider mon jury, et je tiens à vous exprimer ma plus profonde gratitude.

À Madame la Docteur DUPOUY Julie

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

À Madame la Docteur OUANHNON Lisa

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon sincère respect.

À Madame la Docteur ESMAN Laetitia

Merci infiniment d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse avec tant de bienveillance et d'attention. Je te remercie de m'avoir transmis la passion pour la médecine générale en LSF (en espérant avoir ton niveau un jour !). Tu as éveillé ma curiosité à travers les ouvrages et la découverte de ton unité. Je tiens à témoigner ici toute l'estime que j'ai pour toi et pour ton engagement.

À Monsieur le Docteur DRUEL Vladimir

Merci d'avoir accepté de me suivre dans cette aventure qu'est la thèse, d'avoir porté un intérêt pour le sujet et de m'avoir aidé à le concrétiser. Tes conseils avisés ont été des aides précieuses. Que ces lignes soient l'occasion de t'exprimer ma gratitude.

À tous ceux qui ont contribué à ma formation de future médecin

Au Dr Caplain Gilles, merci pour ces visites de service qui s'apparentaient plus à des leçons de vie ! Ta détermination restera à jamais un exemple !

Au Dr Zadro Alain, merci d'avoir sublimé ce premier semestre dans le Gers. Tu as su me guider lors de mes premiers pas en tant qu'interne et tu m'as donné envie de faire la médecine générale que j'aime !

À l'équipe des urgences de Rodez, merci de m'avoir aidé à survivre à toutes ces gardes dans la bonne ambiance !

Au Dr Bardy-Brierre Laurence, à ce semestre riche en apprentissage, dans la bonne humeur. Merci pour ta gentillesse et tes punchlines de qualité !

Aux équipes des urgences, de pédiatrie et de la maternité du CHIVA. Merci pour votre accueil chaleureux. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Au Dr Pader Marie-Laure, merci de m'avoir transmis ta passion pour la gériatrie. Et merci au Dr Malick-Loiseau, au Dr Boussaton Thomas, ainsi qu'à toute l'équipe de gériatrie et de soins palliatifs du CHIVA pour votre si bel accueil.

Au Dr Périat Flavie, au Dr Henninot Mathilde, au Dr Zoveda Patrick et à toute l'équipe de l'HAD de Foix. Ce stage à vos côtés a été une véritable révélation !

Au Dr Cornu Etienne, au Dr Puech Carine, au Dr Acquier Pauline et à la MSP de Brassac, je me souviendrai à jamais de ce semestre d'hiver dans le Tarn Sud riche en apprentissage !

Au Dr Rumeau Philippe, merci d'avoir pris le temps de démystifier la cardiologie.

Au Dr Moreau Antoine, merci pour ton enseignement très qualitatif en médecine du sport.

Au Dr Gavoille Benoît, au Dr Duquenne Anne-Sophie et au Dr Philippe François, merci à chacun d'entre vous d'avoir su clôturer cet internat de médecine générale dans la bienveillance.

À toutes les secrétaires, les IDE, les AS et les ASH rencontrés pendant mes stages : j'ai pris plaisir à travailler avec vous !

À Audrey, à Alexandra, et à l'équipe de l'UASS de Toulouse, merci pour votre bel investissement dans ce travail de thèse.

À toutes les UASS, aux médecins, aux associations ainsi qu'aux personnes Sourdes qui ont accepté de participer à mon travail de recherche.

À Grozdana, merci pour votre aide dans l'analyse statistique de cette thèse. Vos remarques pertinentes et votre expertise ont été un atout majeur dans ce travail.

À ma famille et à mes amis

À toi ma petite Maman, merci pour ton amour indéfectible et ton soutien sans faille depuis toujours. Cette thèse est le point final de ces études que tu as vécues à mes côtés. Je partage avec toi la joie de réaliser mon rêve d'être docteur. Merci de m'avoir permis de devenir qui je suis !

À Daddy, merci pour la fierté que je peux lire dans tes yeux. Et merci pour toutes ces belles choses que tu m'as apprises !

À Audace et Mervis, merci pour tous ces moments essentiels à ma vie, vous resterez à jamais mes fiertés. En tant que dernière diplômée de la famille, je tâcherai de prendre exemple sur vous... Because I think it's time to be strooonger ! Et un grand merci à vos talents d'ingénieurs très précieux dans cette thèse !

À la famille Gagner, à Olivier mon petit-grand frère, à tous mes cousins, et à ma si grande famille d'ici et d'ailleurs.

À Vicky, pour tout ce qu'on partage chaque jour un peu plus. Merci d'être si importante et si présente dans ma vie !

À Yassina mon amie d'enfance et à ta petite famille. Je serai à jamais admirative de ton parcours. Merci d'être toujours à mes côtés après toutes ces années !

À toi ma Justine, tu es comme une sœur pour moi. Tu es là depuis le début. Tous ces moments vécus ensemble reflètent notre longue amitié unique et irremplaçable.

À Laurence et Alain, le sentiment d'être en famille lorsque je suis à vos côtés m'est très réconfortant.

À Arnaud, merci d'être si gentil et bienveillant avec moi !

À ma petite Miria, merci pour nos longues conversations si enrichissantes !

À Marion, car toi aussi finalement tu es notre petite génie !

Et à Fanny ma petite globe-trotteuse !

À mes amis du collège et du lycée : Mélodie, Sandy, Julie, Marion², Mathilde, Onur, Yann, Mazevouille, Mathou, Julio, Séverin, Clotilde, Alison, Manoelle, Cindy et tous les autres !

À Louise my Love, ma guerrière, tu me connais par cœur. Merci pour ton amitié sans limite.
À nos conversations de fin de soirée, à nos mille plans sur la comète, à notre voyage incroyable qui nous attend, et à tout ce qu'il nous reste à vivre ensemble !

À la team des Alcoolos : à Élise ma petite Minette d'amour, à madame Mathoux et tes câlins, à Ugo, ton rire et tes bêtises #Rechdoux, à Romix et nos conf call, à Bettyx et nos folles aventures, à Manon mon rayon de soleil, à ma petite Mag et tes si bons repas, à la Team Basement et à la Team du 14 juillet. L'expérience prouve queeeeeeeee.. quand la Gazelle est dans la bonne tribu, elle peut nager avec les requins en Calédo !!!
Je n'oublie pas Simone, Guigui, La Marc-Antoinerie et Dame Clémence !

À Sam-Sam, mon super voisin du Crous, merci pour tes histoires invraisemblables !
À toi ma petite Élise, merci pour ton soutien et ta gentillesse ! Et bisous à Quentin !
À Cécilou et à notre belle rencontre en P2 !
À Camille et Matthieu, mes p'tits chats que j'aime tant !
Je n'oublie pas mes belles rencontres de Créteil : à Paupau, à Sarah, à Hélène #Gigounette, à Leslie, à Jessica mon autre super voisine du Crous #Iknooow, et à tous les autres !

À Priscilla, parce que t'es une battante qui a su m'inspirer !

À Viktware et Mac-Synette mes petites merveilles qui ont grandi si vite #soeurty ! Et à Adeline et Laurent, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille !

À Norah, Nina et Youri, car finalement vos bêtises me manquent ! Et à Myriam et Stéphane, merci de m'avoir fait confiance, et merci pour tous ces bons moments de partage !

À Josselin et notre duo époustouflant (époustouflant ?) en colonie de vacances ! Et à nos mille messages vocaux dignes d'un podcast !! #Poupoune

À Mireille et Sacha, mes rayons de soleil albigeois !

À mes colocos d'Auch : à ma Floflo, à Adélaïde, à Sophy, à Maléna (+ Néma !). Un vrai bonheur de vous avoir rencontrées pendant ce premier semestre. Vous avez été un véritable coup de cœur ! À nos belles différences qui ont su nous unir ! À vos multiples talents ! À nos weekends entre filles et à nos Secret Santa pleins de surprises !

À Mathieu, Jeep et Clément : merci d'être des +1 de haute qualité !!

À Babka, pour ton amour envahissant au-delà de mes limites !

À mes co-internes des urgences, partenaires des gardes jusqu'au bout de la nuit : à ma Cycy, à Huubert, à Julien, à Euguénie, à Nithida, à Julie, à Ilfadⁿ, et à tous les autres !

À toutes ces belles rencontres pendant l'internat : Juliette, Camille G., Paupau, Camille H., Julie, Adèle, Emma, Salomé, Lucile, Léonie et tous les autres !

À l'année incroyable à la coloc de l'Espinet : à ma Caro d'amour, à mon super coach Etienne, à AFMA ma Good Tea'm #GTF, à Léo Pacifique River, à Tantine Anne, à Cam-Cam #compotedepommebahouai, à mon petit Loulou, à nos petites poulettes (#RIP) et à Minette. Merci pour tous ces moments de complicité, nos soirées animées, nos repas dignes des plus grands restaurants étoilés (Vive l'Auberge du Théâtre de Verduze !) ! À cette vue incroyable sur le château de Foixxxx ! Je n'oublie pas Manubrium mon Brother, Victoria, Maelle, Amélie et Cousin Bruno qui ont sublimé les soirées à Foix !

À Anne-Sophie, Joana (+ Angie) : à cette colocation mémorable !

À Yoyo pour ta gentillesse, tes blagues et tes délicieux gâteaux !

À Olivier mon super maître-nageur, pour m'avoir sorti la tête de l'eau !

À Héloïse pour ta bonne humeur et ta joie de vivre !

À Vincent, Anne, Léo et Milo et à toutes ces émotions partagées...

À mon Titien, car la gabegie de ne plus t'avoir à mes côtés ne me fera jamais oublier le bonheur de t'avoir connu.

À toutes celles et ceux rencontrés tout au long de mon parcours, et qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Un grand MERCI à vous tous !

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

*« Si vous parlez à un homme dans une langue qu'il comprend, vous parlez à sa tête.
Si vous lui parlez dans sa langue, vous parlez à son cœur. »*

Nelson Mandela

Table des matières

SOMMAIRE DES TABLEAUX ET FIGURES	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	8
I. Population de l'étude	8
II. Création du questionnaire	8
III. Choix des vidéos.....	9
IV. Description du questionnaire	9
V. Diffusion du questionnaire	10
VI. Extraction des données et analyses des réponses	11
VII. Analyses statistiques.....	12
VIII. Règlementations générales sur la protection des données	12
RÉSULTATS	13
I. Caractéristiques sociodémographiques	13
II. Impression de compréhension des vidéos par les participants	15
III. Analyse des scores des participants aux questions de compréhension.....	15
IV. Questions ayant posé le plus de problème dans la compréhension, et questions les mieux comprises.....	16
V. Prédicteurs (facteurs sociodémographiques) de la probabilité de donner une réponse correcte.....	18
DISCUSSION.....	21
I. Forces et limites de l'étude.....	21
II. Les Sourds et la médecine	22
III. Les différents moyens de communication des Sourds	24
IV. Notions d'accessibilité et de compréhension.....	26
V. Perspectives	27
CONCLUSION	28

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
ANNEXES	32
Annexe 1 : Déclarations RGPD et CNIL.....	32
Annexe 2 : Unité d’Accueil et de Soins pour Sourds (UASS) de Toulouse	33
Annexe 3 : Liens des vidéos de prévention utilisées	34
Annexe 4 : Questionnaire général	35
Annexe 5 : Questionnaire vidéo 1 “Alcool pendant la grossesse“	36
Annexe 6 : Questionnaire vidéo 2 “Mode d’emploi du dépistage du cancer colorectal“	37
Annexe 7 : Lien du questionnaire pour le groupe 1	38
Annexe 8 : Extrait du questionnaire crée avec le logiciel LimeSurvey® : question 1 et 3 du questionnaire général.....	39
Annexe 9 : Origine des participants de notre étude (mode de recrutement)	40
Annexe 10 : Notes de chaque participant par vidéo et par groupe	41
RÉSUMÉ/ABSTRACT	42

Sommaire des tableaux et figures

Tableaux :

- **Tableau 1** : Caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon 14
- **Tableau 2** : Impression de compréhension des vidéos 15
- **Tableau 3** : Somme du score total et test T de Student sur les notes de chaque participant 16
- **Tableau 4** : Nombre total de réponses correctes par question pour la vidéo 1 17
- **Tableau 5** : Nombre total de réponses correctes par question pour la vidéo 2 18
- **Tableau 6** : Régression logistique multiple pour la vidéo 1 19
- **Tableau 7** : Régression logistique multiple pour la vidéo 2 20

Figures :

- **Figure 1** : Méthodologie 10
- **Figure 2** : Diagramme de Flux..... 13

Liste des abréviations

- **CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- **CSA** : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
- **D-TIM** : Département de Traduction d'Interprétation et de Médiation
- **FALC** : Facile à Lire et Facile à Comprendre
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- **LFA** : Limitation Fonctionnelle Auditive
- **LPC** : Langue Parlée Complétée (ou Langage Parlé Complété)
- **LSF** : Langues des Signes Française
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **RGPD** : Règlement Général de Protection des Données
- **RIPH** : Recherches Impliquant la Personne Humaine
- **SAF** : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
- **SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- **SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- **UASS** : Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds

Introduction

La surdité est une déficience qui impacte de manière multifactorielle et avec une intensité graduelle les capacités auditives des personnes. Cette déficience entraîne le plus souvent un handicap invisible. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le handicap est défini comme étant l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale et des facteurs personnels et environnementaux (1). En France, on compte plus de 4 millions (6,6% de la population) de personnes sourdes, dont 483 000 avec des déficiences profondes ou sévères. Parmi ces derniers, on retrouve 80 000 personnes qui pratiquent la Langue des Signes Française (LSF) (2). Pour les personnes Sourdes (avec un « S » majuscule), cette déficience n'est pas ressentie comme un handicap puisqu'elles ne souffrent pas d'un manque (3). Au contraire, les Sourds contournent l'obstacle de cette Limitation Fonctionnelle Auditive (LFA) à travers l'utilisation de la LSF. Ils se revendiquent membres à part entière de leur communauté ayant une part de culture propre (3). Notre travail s'intéresse aux Sourds et plus particulièrement à leur accès à la prévention.

L'histoire des Sourds et de la LSF en France est marquée par l'année 1760 lorsque l'Abbé Charles-Michel de l'Epée, entendant, se sert de la LSF dans l'enseignement à l'école Saint Jacques à Paris (école pour enfants sourds) (4,5). En 1880, le congrès de Milan (congrès international pour l'amélioration du sort des Sourds) adopte des méthodes d'enseignement oral au détriment de la langue des signes (6). Ceci a alors eu des conséquences néfastes pour la vie quotidienne et l'inclusion sociale et professionnelle des Sourds : exclusion de la vie sociale, accès limité aux services, les enseignants sourds sont peu à peu exclus de l'enseignement auprès des enfants sourds, etc... Les années 1970 en France voient se lever un important mouvement de mobilisations sociales des Sourds, de leurs proches et des professionnels en faveur des droits sociaux des Sourds. Ces mobilisations revendiquent l'accès à l'enseignement de la langue des signes et sa diffusion (7). Ce « Réveil Sourd » (8) révèle à la société la souffrance et l'exclusion d'une minorité linguistique, et devient la source de réformes institutionnelles et législatives ainsi que de changements de pratiques sociales et médicales. Les résolutions du congrès de Milan sont levées en 1976 et la première loi (loi Fabius) permettant la scolarisation bilingue (français et langue des signes) est votée en 1991 (9).

Au fil des années, l'accès aux soins pour cette population tend à s'améliorer. Les campagnes et les politiques de santé publique cherchent des adaptations pour inclure cette population. Le Dr Jean Dagron est l'initiateur de la première consultation officielle en langue des signes à l'hôpital de La Salpêtrière à Paris en 1995 (5,10). En 1998, le rapport Guillot (11) donne des recommandations pour améliorer la situation des Sourds, dont la création des Unité d'accueil et de Soins pour Sourds (UASS) dans toute la France (12,13). L'émergence des UASS provoque un retentissement positif considérable chez les Sourds. Elle a permis de rendre visible les besoins de la population Sourde dans le domaine de la santé. Elle a ainsi pu mettre en évidence l'importance de l'utilisation de la LSF dans le monde médical (10). Aujourd'hui en France, on compte 23 unités de soins somatiques ou de santé mentale réparties sur le territoire (14). La loi n°2005-102 du 11 février 2005 (7) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît officiellement la langue des signes française et pose un principe d'accessibilité universelle pour tous les handicaps (éducation, parcours scolaire et accès aux services publics). Dans la dynamique de cette loi, les campagnes de prévention doivent être accessibles de façon plus universelle, notamment en utilisant la LSF et le FALC (Facile à Lire et Facile à Comprendre) (15).

Les langues des signes sont des langues à part entière, des langues systématiques et soumises à des règles. Elles possèdent des lexiques précis, des signes arbitraires (ou symboles conventionnels) et une structure grammaticale complexe. Tandis que les langues orales se servent de phonèmes pour former des mots, les langues des signes utilisent des unités de forme visuelles et gestuelles se composant de caractéristiques fondamentales de la main (posture, configuration), les mouvements du corps et des expressions faciales (16). Les langues des signes sont jeunes. Tout comme les langues orales, elles évoluent. Elles sont nationales avec des variantes régionales et des mots nouveaux (non connus de tous) comme le signe « canicule » né au cours de l'été 2003 (17).

Dans les faits, les campagnes de prévention sont inadaptées et il serait intéressant d'étudier leur impact et leur efficacité. On peut citer la défaillance dans les campagnes d'information sur le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquisée) dans les années 1990 (3,5,7) où le virus a été représenté sous la forme d'un soleil. Cela avait alors induit en erreur toute la communauté des Sourds. En effet les Sourds se protégeaient du virus en évitant

une exposition solaire. Ce manque d'information touche aussi d'autres types de prévention telle que la nutrition (18) et la santé mentale (prévalence plus importante que dans la population générale de détresse psychologique) (19). D'autre part, on note un retard de diagnostic dans plusieurs maladies telles que les cancers (20).

La plupart des vidéos en santé ne sont pas systématiquement traduites en langue des signes française. Beaucoup d'entre elles bénéficient simplement d'un sous-titrage en français. Or, il existe un fort taux d'illettrisme chez les personnes Sourdes (19), à savoir 80% en 2005 (7). Malgré l'absence de maîtrise du français écrit, les personnes Sourdes ne renoncent pas forcément aux vidéos en santé. Il existe alors un risque de confusion et d'incompréhension des messages délivrés (21). On note un changement dans la conception de certaines de ces vidéos depuis la crise sanitaire à la covid-19. En effet, la langue des signes a été mise en valeur dans les campagnes de santé publique grâce à la présence d'interprètes ou de traducteurs. La diffusion pluriquotidienne des spots TV a permis une excellente intégration des gestes barrières (22); la langue des signes ayant facilité la compréhension des messages.

Il a été constaté un manque de connaissances générales dans le domaine de la santé chez les Sourds (23). Nous pouvons alors nous interroger au sujet de la compréhension des vidéos de santé publique ne bénéficiant pas de traduction en langue des signes chez les Sourds. Cette question est essentielle et sera l'objet de notre travail de recherche présenté dans cette thèse.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'apport de la langue des signes française dans la compréhension des vidéos de prévention à la santé chez les personnes Sourdes.

L'objectif secondaire consiste à déterminer l'influence des caractéristiques socio-démographiques des participants sur la compréhension des vidéos de prévention.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, transversale auprès de personnes Sourdes de France de mai à juillet 2022 sur l'évaluation de la compréhension des vidéos de prévention.

I. Population de l'étude

La population de l'étude était des personnes Sourdes, volontaires, de plus de 18 ans, qui ont pour langue culturelle la langue des signes française.

Les critères de non-inclusion sont : être âgé de moins de 18 ans, les personnes malentendantes ou devenues récemment sourdes, les personnes ne maîtrisant pas le français écrit et oral, les personnes ne pouvant donner un consentement éclairé ou sous tutelle.

II. Création du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en français à partir de vidéos de prévention (cf. section suivante), il avait pour but de recueillir le profil sociodémographique des répondants et d'évaluer la compréhension des vidéos. Il a été construit de novo par trois chercheurs dont un médecin responsable de l'UASS de Toulouse (Annexe 2).

Le questionnaire a été adapté en LSF au cours d'un travail en collaboration pluridisciplinaire réunissant deux étudiantes du D-TIM (Département de traduction d'Interprétation et de Médiation) de Toulouse et les professionnels de l'UASS de Toulouse (un médecin bilingue, l'intermédiaire de l'UASS). Parmi les étudiantes du D-TIM, il y avait une étudiante Sourde et une étudiante entendant.

Le montage des vidéos de traduction a été effectué via le logiciel iMovie® pour Mac®.

III. Choix des vidéos

Nous avons choisi deux vidéos de prévention disponibles à la fois en français sous-titré et en français sous-titré avec traduction en langue des signes française. Cette sélection fût difficile puisque pour chacune des vidéos, il fallait trouver son équivalent en LSF. Elles devaient également réunir plusieurs critères : sujets de santé publique importants, durée de la vidéo courte, type d'informations délivrées, origine de la vidéo. Nous avons ainsi pu remarquer que le nombre de vidéos répondant à toutes ces caractéristiques était limité.

La première vidéo choisie (vidéo 1) concerne l'alcool pendant la grossesse, elle est réalisée par le Réseau Santé Sourds de la Réunion en juin 2021 (Annexe 3). Elle donne des explications sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse, introduit la notion de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et ses conséquences. La vidéo initiale était trop longue à visionner, elle a donc été réduite, d'une part afin de se concentrer sur le message principal, et d'autre part afin d'améliorer la participation. Ceci a permis de tendre vers l'uniformisation de la longueur des deux vidéos en conservant une durée de réponse au questionnaire raisonnable. Le questionnaire de cette vidéo comporte 12 questions (Annexe 5).

La seconde vidéo (vidéo 2) s'intitule "Mode d'emploi du test du dépistage du cancer colorectal" (Annexe 3). Elle a été diffusée en novembre 2021 par l'Institut National du Cancer. Cette vidéo a été utilisée dans son intégralité. Le présentateur explique les modalités du dépistage du cancer colorectal. Le questionnaire de cette vidéo comporte 16 questions (Annexe 6).

IV. Description du questionnaire

Le questionnaire se compose de 3 parties : une partie générale de 9 questions sur les données socio-démographiques (Annexe 4) ainsi que d'une partie avec les questionnaires des deux vidéos.

Nous avons constitué 2 groupes. Chaque groupe devait répondre aux questions générales, puis chaque participant devait répondre aux questionnaires respectifs des vidéos (Figure 1).

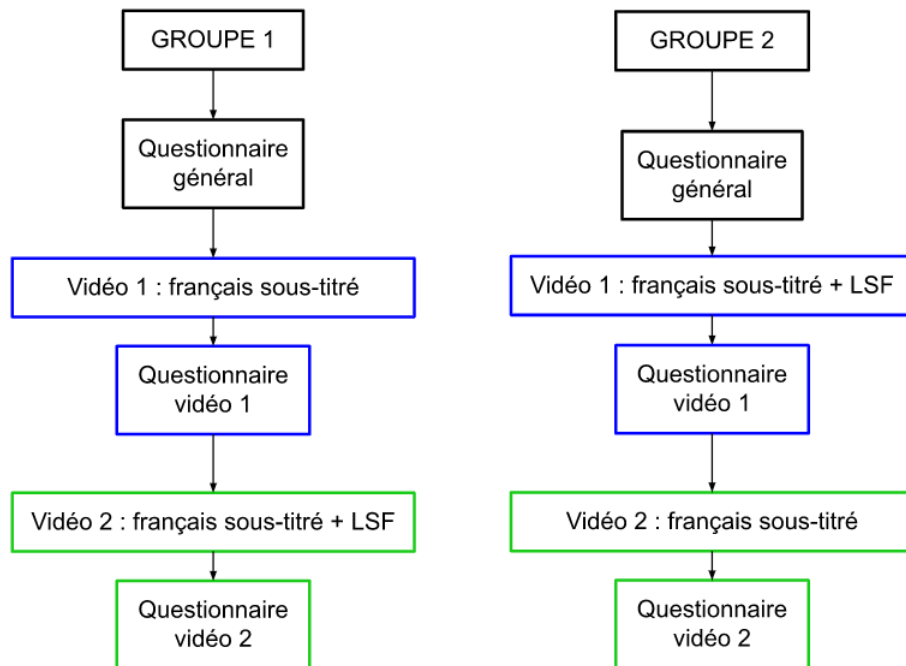


Figure 1 : Méthodologie

V. Diffusion du questionnaire

Les participants ont été recrutés à l'échelle nationale dans la patientèle de médecins généralistes et des UASS ainsi que dans des associations pour Sourds via un lien Google Form® (lien du groupe 1 dans l'Annexe 7). Un premier appel à la participation a été fait début mai par mail et sur les pages Facebook des associations des Sourds. Puis un mois après, cet appel a été renouvelé par les mêmes médias. De même, la vidéo de présentation du projet et l'appel à la participation via un QR code ont été diffusés sur l'écran des salles d'attente des UASS.

Afin de s'assurer au mieux de la compréhension des objectifs et des attentes du travail de thèse par les participants, la vidéo de présentation était en LSF.

La répartition de chaque participant dans les groupes 1 et 2 s'est faite de manière aléatoire 1:1 lors de la connexion au questionnaire grâce à un codage informatique de type

Javascript®. Chaque participant était alors redirigé vers le questionnaire sur le site LimeSurvey® (permet l'inclusion des vidéos de traduction de chaque question et anonymise automatiquement les données en attribuant un numéro à chaque participant) (Annexe 8).

VI. Extraction des données et analyses des réponses

À partir de LimeSurvey®, les réponses ont été extraites automatiquement dans le logiciel Excel®.

Une analyse statistique a été réalisée sur les données recueillies à l'aide des logiciels XLSTAT® 2022, SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) version 28 et de BiostaTGV. Afin de répondre à notre objectif principal, chaque participant ayant répondu totalement à l'ensemble du questionnaire recevait une note pour chaque questionnaire. Cette note sera pondérée pour chaque questionnaire, et nous parlerons alors de score.

Questionnaire général :

Les réponses au questionnaire nous permettent d'avoir un profil sociodémographique des répondants, mais elles ne sont pas utilisées dans la note au questionnaire.

Questionnaires des vidéos :

Une seule réponse pouvait être choisie. Il n'y avait qu'une seule bonne réponse possible pour chaque question. La première question de chaque questionnaire vidéo interroge les participants sur leur impression de compréhension de la vidéo. Cette question n'est donc pas notée. Les questions notées vont donc de la question 2 à la question 12 pour la vidéo 1, et de la question 2 à la question 16 pour la vidéo 2. Une bonne réponse rapporte 1 point. Une mauvaise réponse ne rapporte pas de point.

VII. Analyses statistiques

Les différentes analyses effectuées dans cette étude sont donc :

- Étude des caractéristiques socio-démographiques : test du Chi 2 bilatéral, ou test exact de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5). La valeur $p < 0,05$ indiquait un résultat significatif.
- Analyse descriptive de l'avis sur l'adaptation des vidéos de santé publique pour les personnes Sourdes et sur les questions des deux vidéos
- Comparaison pour chaque vidéo du score des participants obtenu aux questions de compréhension entre le groupe 1 et le groupe 2 (test T de Student bilatéral pour échantillons indépendants, la valeur $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative).
- Analyse des prédicteurs de la probabilité de réponse correcte par régression logistique multiple : avec la note à chaque question comme variable dépendante et les variables socio-démographiques et la présence de LSF dans la vidéo comme variables indépendantes. La valeur $p < 0,05$ indiquait un résultat significatif.

VIII. Règlementations générales sur la protection des données

Cette thèse répond à une recherche "Hors Loi Jardé" dite non-RIPH (Recherche Impliquant la Personne Humaine) selon la Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Ce projet satisfait aux obligations de déclaration des travaux de thèse) concernant le Règlement Général de Protection des Données (RGPD). Il est inscrit dans le Tableau d'enregistrement recherche et Thèses du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse : Déclaration conformité CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) à la date du 26/03/2022 (n°2022MF23) (Annexe 1).

La participation à ce travail de recherche était strictement volontaire.

Résultats

Au total, 172 personnes ont répondu au questionnaire dont 64 dans son intégralité. Ces personnes ont été recrutées à l'échelle nationale : 9 UASS, 9 associations pour Sourds et 24 groupes Facebook ont accepté de diffuser notre questionnaire (Annexe 9). Seules les questionnaires des 64 participants (32 dans chaque groupe) ayant répondu de façon complète aux questionnaires ont été analysées (Figure 2).

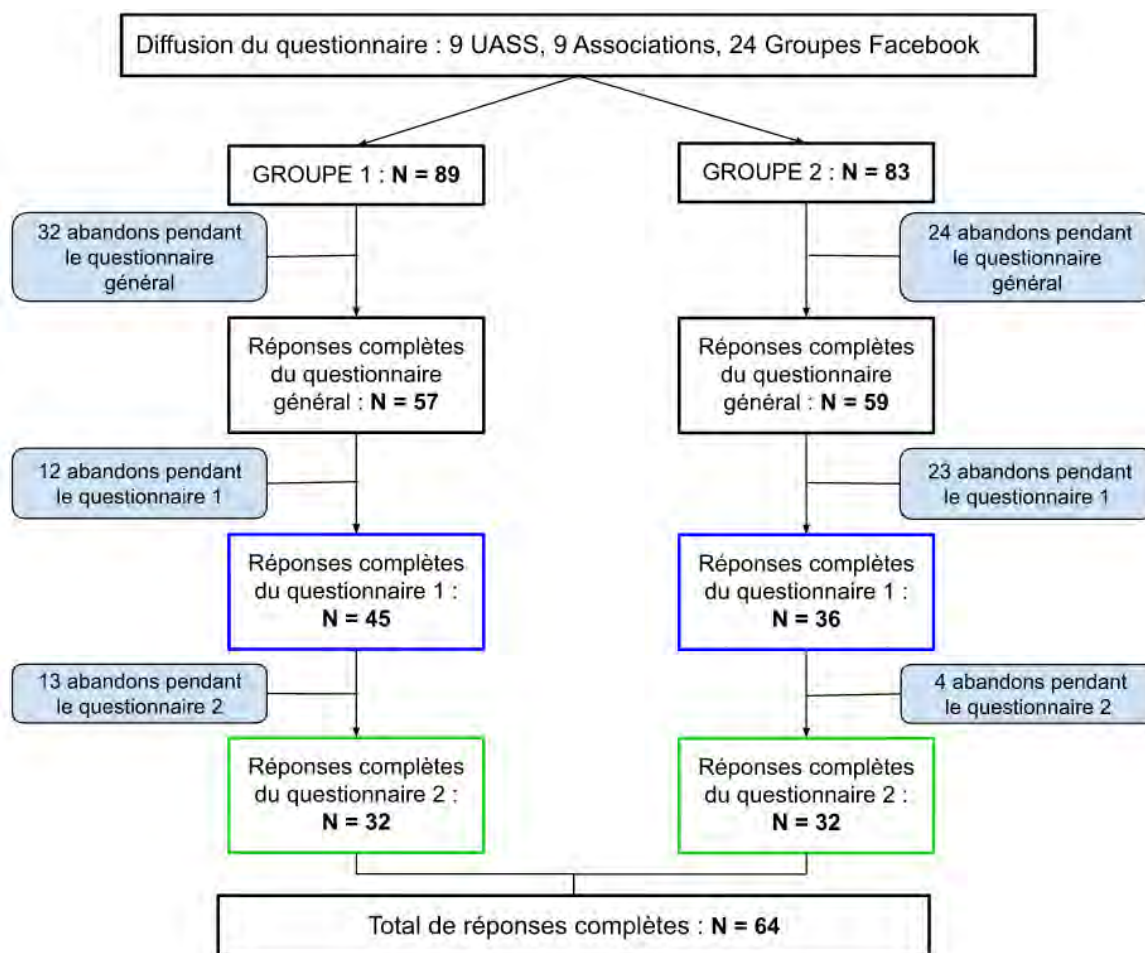


Figure 2 : Diagramme de Flux

I. Caractéristiques sociodémographiques

L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des 64 participants se trouve dans le Tableau 1. Nous n'avons pas observé de différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 pour les variables sexe, âge d'acquisition de la surdité, mode de communication préféré, la maîtrise du français écrit, et la catégorie socio-professionnelle. Ainsi, la majorité de notre échantillon se compose de femmes. L'âge moyen des participants est de 41 ans (écart type = 11,87) dans le groupe 1 et 44 ans (écart type = 12,81) dans le groupe 2. Le

mode de communication préféré est majoritairement la langue des signes française pour les deux groupes. Les autres moyens de communication mentionnés par le groupe 2 sont le français oral (2 personnes), la lecture labiale (1 personne). À noter que 2 participants n'avaient pas de préférence entre plusieurs modes de communication : LSF et français oral pour l'un, et LSF, français oral et Langue Parlée Complétée (LPC) pour l'autre.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon

		Groupe 1		Groupe 2		p-value
		N	%	N	%	
Sexe	Femme	24	75%	23	71,90%	1
	Homme	8	25%	9	28,10%	
Âge	18-25 ans	4	12,50%	2	6,30%	0,19
	26-65 ans	27	84,40%	28	87,50%	
	> 65 ans	1	3,10%	2	6,30%	
Acquisition de la surdité	Avant 1 an	27	84,40%	28	87,50%	1
	Après 1 an	5	15,60%	4	12,50%	
Mode de communication	LSF	30	93,80%	27	84,40%	0,426
	Autre	2	6,30%	5	15,60%	
Maîtrise du français écrit	Oui	29	90,60%	29	90,60%	1
	Non	3	9,40%	3	9,40%	
Catégorie socio-professionnelle	Inactifs	9	28,10%	6	18,80%	0,343
	Domaine des Sourds /LSF	5	15,60%	7	21,90%	
	Enseignement	3	9,40%	1	3,10%	
	Santé et Social	5	15,60%	11	34,40%	
	Autre	10	31,30%	7	21,90%	
Niveau d'étude	Non diplômés	3	9,40%	0	0%	0,024*
	CAP	3	9,40%	10	31,30%	
	BAC	15	46,90%	8	25,00%	
	BAC+3	11	34,40%	14	43,80%	

Test du Chi 2 de Pearson avec $\alpha = 5\%$, test exact de Fisher si effectif théoriques < 5
 Résultat significatif (si $p\text{-value} < 0.05^*$)

La répartition des effectifs parmi les modalités de chaque variable socio-démographique est comparable dans les deux groupes. La seule différence significative retrouvée entre les deux groupes concerne le niveau d'études ($p = 0,024$).

II. Impression de compréhension des vidéos par les participants

La majorité des participants pense que les vidéos de prévention ne sont pas adaptées aux personnes Sourdes (23 personnes dans chaque groupe, soit 71.9%).

Concernant la vidéo 1 (Alcool pendant la grossesse), 28 personnes dans le groupe 1 (qui ont regardé la vidéo sans LSF) et 29 personnes dans le groupe 2 (qui ont regardé la vidéo avec LSF) ont eu l'impression d'avoir bien compris la vidéo (Tableau 2). Pour la vidéo 2 (Mode d'emploi du dépistage du cancer colorectal), 31 participants du groupe 1 (qui ont visualisé la vidéo en LSF) ont eu l'impression de comprendre la vidéo, contre seulement 19 participants du groupe 2 (qui ont visualisé la vidéo sans LSF).

Tableau 2 : Impression de compréhension des vidéos

		Groupe 1	Groupe 2
Vidéo 1	Vidéo comprise	28 (87.5%)	29 (90.6%)
	Vidéo non comprise	4 (12.5%)	3 (9.4%)
Vidéo 2	Vidéo comprise	31 (96.9%)	19 (59.4%)
	Vidéo non comprise	1 (3.1%)	13 (40,6%)

III. Analyses des scores des participants aux questions de compréhension

L'ensemble des notes de chaque participant (par groupe et par vidéo) est présenté en Annexe 10. La somme des bonnes réponses aux questions de compréhension du questionnaire de chaque vidéo constituait la note totale du participant, traitée ensuite en pourcentage.

Le pourcentage des réponses correctes est élevé (supérieur à 70%) pour chaque groupe pour les deux vidéos (LSF présente ou absente). On note une amélioration de la note pour chaque groupe entre la vidéo vue en LSF et celle sans LSF (Tableau 3).

Tableau 3 : Somme du score total et test T de Student sur les notes de chaque participant

		Somme du score total		Test T de Student	
		Moyenne		Écart-type	p-value
		N	%		
Vidéo 1	Groupe 1	8,53	77,55	1,59	0,794
	Groupe 2	8,63	78,40	1,26	
Vidéo 2	Groupe 1	12,59	83,96	1,62	0,068
	Groupe 2	11,47	76,46	3,01	

Test T de Student bilatéral pour échantillons indépendants : test effectué sur les notes de chaque participant en fonction de chaque groupe. Résultat significatif si p-value < 0,05

Une comparaison inter-groupe des notes de chaque participant a été effectuée pour chaque vidéo. D'un point de vue statistique, les résultats ne sont pas significatifs pour la vidéo 1, et proches du seuil de signification pour la vidéo 2. Ainsi, la présence de la LSF dans les vidéos a permis une amélioration de la compréhension du message de prévention uniquement pour la vidéo 2.

IV. Questions ayant posé le plus de problème dans la compréhension, et questions les mieux comprises

Le nombre total de réponses correctes pour chaque vidéo dans chaque groupe en fonction de chaque question est présenté dans les tableaux 4 et 5.

➤ Vidéo 1

On n'observe pas de différence significative dans la répartition des réponses correctes et incorrectes pour chaque question entre le groupe 1 et le groupe 2.

Pour les deux groupes, les questions qui ont posé le plus de problèmes dans la compréhension de la vidéo 1 sont les questions 8, 10 et 12. Pour le groupe 1, on note que la question 6 et 11 ont également obtenu plus de mauvaises réponses.

Il existe une très bonne compréhension des questions 3, 5, 7 et 9 avec plus de 90% de bonnes réponses dans chaque groupe.

Tableau 4 : Nombre total de réponses correctes par question pour la vidéo 1

	Groupe 1 (vidéo sans LSF)		Groupe 2 (vidéo avec LSF)		p-value
	N	%	N	%	
Question 2	31	96,9	28	87,5	0,355
Question 3	32	100	31	96,9	1
Question 4	27	84,4	27	84,4	1
Question 5	32	100	31	96,9	1
Question 6	17	53,1	25	78,1	0,065
Question 7	32	100	31	96,9	1
Question 8	13	40,6	14	56,3	1
Question 9	31	96,9	29	90,6	0,613
Question 10	18	56,3	18	56,3	1
Question 11	19	59,4	23	71,9	1
Question 12	20	62,5	21	65,6	0,430

Test du Chi 2 de Pearson : analyse des réponses correctes et incorrectes pour chaque question 2 entre le groupe 1 et le groupe 2

- *alpha = 5%*
- *Test exact de Fisher si effectifs théoriques < 5*
- *Résultat significatif si p-value < 0.05*

➤ Vidéo 2 :

Nous n'avons pas trouvé de différence significative dans la répartition des réponses correctes et incorrectes pour chaque question entre le groupe 1 et le groupe 2.

Pour les deux groupes, les questions qui ont posé le plus de problème dans la compréhension de la vidéo 1 sont les questions 11 et 15. La question 5 a été moins bien comprise particulièrement dans le groupe 2.

Il existe une très bonne compréhension des questions 7, 9 et 14 avec plus de 90% de bonnes réponses dans chaque groupe.

Tableau 5 : Nombre total de réponses correctes par question pour la vidéo 2

	Groupe 1 (vidéo avec LSF)		Groupe 2 (vidéo sans LSF)		p-value
	N	%	N	%	
Question 2	32	100	27	84,4	0,053
Question 3	27	84,4	31	96,9	0,196
Question 4	30	93,8	27	84,4	0,426
Question 5	21	65,6	18	56,3	0,609
Question 6	31	96,9	28	87,5	0,355
Question 7	30	93,8	30	93,8	1
Question 8	23	71,9	20	62,5	0,595
Question 9	32	100	29	90,6	0,238
Question 10	25	78,1	19	59,4	0,177
Question 11	20	62,5	18	56,3	0,799
Question 12	30	93,8	27	84,4	0,426
Question 13	28	87,5	25	78,1	0,509
Question 14	32	100	30	93,8	0,492
Question 15	18	56,3	14	43,8	0,453
Question 16	25	78,1	24	75	1

Test du Chi 2 de Pearson : analyse des réponses correctes et incorrectes pour chaque question 2 entre le groupe 1 et le groupe 2

- $\alpha = 5\%$
- Test exact de Fisher si effectifs théoriques < 5
- Résultat significatif si $p\text{-value} < 0.05$

V. Prédicteurs (facteurs sociodémographiques) de la probabilité de donner une réponse correcte

Le modèle de la régression logistique multiple a permis de mettre en évidence que certaines variables socio-démographiques ont eu une influence positive dans la probabilité de réponse correcte. Nous ne présenterons ici que les résultats significatifs.

➤ Vidéo 1

Nos résultats montrent que trois questions ont été influencées par les caractéristiques socio-démographiques de nos participants (Tableau 6) :

- La question 6 interrogeait sur le moment opportun pour arrêter la consommation d'alcool par rapport au début de la grossesse. La réponse à cette question était donnée de façon implicite au début de vidéo. Les personnes ayant vu la vidéo en LSF ont mieux répondu que ceux ayant vu la vidéo sans LSF.
- La question 10 interrogeait sur la seule pathologie n'étant pas causée par une consommation d'alcool pendant la grossesse, avec une question de type "tout SAUF". Les personnes ayant un niveau d'études supérieur ou égal à BAC+3 ont donné de meilleures réponses.
- La question 12 demandait si tous les effets de l'alcool étaient visibles. La réponse à cette question est donnée à la fin de la vidéo de façon explicite. Les personnes travaillant dans le domaine de la santé ont eu plus de réponses correctes.

À noter que les résultats sont proches du seuil de significativité pour la question 11 avec le niveau d'étude ($p = 0,066$).

Tableau 6 : Régression logistique multiple pour la vidéo 1

	Variables ayant eu une influence	p-value
Question 6	Vidéo en LSF	0,049
Question 10	Niveau d'études	0,007
Question 12	Métier dans la santé	0,011

Régression logistique multiple avec $\alpha = 5\%$. Résultat significatif si $p < 0,05$

➤ Vidéo 2

Dans ce questionnaire, trois questions ont été influencées de façon significative (Tableau 7) :

- La question 10 interrogeait sur le lieu et les compétences médicales nécessaires pour réaliser le test. La réponse à cette question est donnée de façon implicite. Les personnes ayant un niveau d'étude élevé ont le mieux répondu.

- La question 12 mettait en avant la nécessité de ne pas mettre les urines en contact avec les selles lors du test. Les personnes les plus jeunes ont donné de moins bonnes réponses.
- La question 16 interroge sur le choix du mode de réception des résultats. La réponse à cette question est donnée de façon claire à la fin de la vidéo. Les personnes maîtrisant le mieux le français écrit ont eu de meilleures réponses.

Les résultats sont proches du seuil de significativité pour :

- La question 3 avec la présence de la LSF dans la vidéo ($p = 0,057$)
- La question 5 et 13 avec le niveau d'étude élevé (avec respectivement $p = 0,052$ et $p = 0,054$)

Tableau 7 : Régression logistique multiple pour la vidéo 2

	Variables ayant eu une influence	p-value
Question 10	Niveau d'étude	0,020
Question 12	Âge	0,041
Question 16	Maîtrise du français écrit	0,034

Régression logistique multiple avec $\alpha = 5\%$. Résultat significatif si $p < 0,05$

Discussion

Au total, 64 personnes ont répondu de façon complète au questionnaire (32 dans chaque groupe). 71.9% de l'ensemble de l'échantillon pense que les vidéos de santé ne sont pas adaptées aux personnes Sourdes. Globalement, les deux vidéos proposées ont bien été comprises (réponses correctes supérieures à 70%). Il existe une meilleure compréhension principalement pour la vidéo 2 ($p = 0,068$). On note que certaines questions ont particulièrement posé problème pour la compréhension des vidéos. Outre la présence d'une traduction des vidéos en LSF, les facteurs sociodémographiques ayant influencé les notes sont le niveau d'étude, la maîtrise du français écrit, l'âge et le fait de travailler dans le domaine de la santé.

I. Forces et limites de l'étude

Les forces :

La force principale de ce travail de recherche est la méthodologie novatrice de l'étude puisqu'elle a permis une comparaison objective de la compréhension des messages de prévention sur deux thèmes importants de santé publique. Nous avons comparé de façon croisée deux groupes afin d'éviter les biais d'échantillonnage. De plus, les participants ont été recrutés à l'échelle nationale avec un recueil prospectif.

La population cible est une population intéressante riche en histoire et en culture. La découverte des consultations de médecine générale à l'UASS de Toulouse par l'autrice a permis une imprégnation de leur univers et la compréhension de l'importance de l'intégration de la LSF dans le monde médical. Une collaboration avec des Sourds dans la conception des questionnaires semblait donc indispensable. Cette recherche a également eu l'avantage de faire participer des étudiantes en interprétation. Enfin, la majorité des participants confirme notre hypothèse de départ sur le manque d'adaptation des vidéos de prévention chez les Sourds. En effet, il existe très peu de vidéos de prévention en LSF. Notre recherche a ainsi pu mettre les Sourds en situation de vie réelle avec l'utilisation des vidéos en français sous-titré.

Les limites :

Ces points forts doivent néanmoins être nuancés par l'existence de certains biais. Tout d'abord, le nombre de participants est faible d'un point de vue épidémiologique. Nous avons pourtant diffusé l'étude auprès de toutes les UASS et auprès de nombreuses associations. Il est donc important d'avoir conscience du manque de puissance de notre étude. Il serait alors pertinent de se questionner sur comment aborder et étudier la population Sourde. La durée des vidéos et le nombre élevé de questions (37 au total) a également pu être un frein (62% des participants n'ont pas été jusqu'au bout du questionnaire).

Il est probable que les répondants soient issus de milieux sociaux favorisés et ceux ayant une faible maîtrise de l'informatique soient sous-représentés. De plus, nous avons pu observer un faible nombre de participants âgés de plus de 65 ans. Outre l'âge des participants, il est également important de prendre en compte l'origine des participants. Bien que l'ensemble de notre questionnaire a été traduit en LSF, il existe une part subjective liée à l'interprétation puisqu'il existe plusieurs manières d'interpréter la LSF (caractéristiques inter-régionales). Cependant la traduction de l'intégralité du projet par une équipe qualifiée a pu limiter ces biais. Enfin, nous n'avons pas demandé aux participants s'ils bénéficiaient d'un suivi médical dans une UASS. Cela aurait pu être pertinent pour déterminer leur accès aux soins.

II. Les Sourds et la médecine

L'importance de la prévention à la santé chez les Sourds :

Le déficit d'informations et de connaissances sur les thèmes de santé peut jouer en défaveur d'un dépistage et d'une prise en charge précoce. Les lacunes dans la communication et l'information engendrent du stress et de l'inquiétude, eux-mêmes à l'origine de renoncement aux soins chez les Sourds (7). En effet, les connaissances en matière de santé sont le fruit d'une imprégnation progressive et récurrente par des messages éducatifs répétés tout au long de la vie (17). Tous les messages transmis depuis la petite enfance (par les parents, les enseignants, l'entourage, etc.) permettent aux personnes entendant de se forger un socle de connaissances de façon presque passive. Or, les Sourds ne profitent pas de cet effet de répétition de l'information (17). Les Sourds ne sont donc pas assez exposés aux campagnes de sensibilisation.

Les vidéos de prévention enrichissent et mettent à disposition le vocabulaire sur la santé si elles sont adaptées en LSF. Ces vidéos proposent des formations, et mènent des actions de prévention et d'éducation pour la santé parfois à travers l'élaboration d'outils spécifiques en LSF (comme la campagne sur le dépistage du cancer du sein (19)). L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) mène depuis 2008, en collaboration avec les professionnels et les personnes concernées, un travail visant à rendre accessible l'information sur différents thèmes de santé. Des sujets tels que la canicule, la grippe, l'alimentation ou la vaccination ont ainsi été traités au moyen de vidéos en LSF, de brochures et d'affiches (19).

Le test de dépistage du cancer colorectal est complexe à expliquer, particulièrement pour les personnes qui présentent une barrière linguistique et une part d'illettrisme (24). En effet, ce test doit être réalisé par la personne elle-même. Donc 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. Il est donc essentiel que l'ensemble du processus du test soit bien expliqué pour être compris au mieux.

Usage des termes scientifiques :

Il existe un bas niveau de vocabulaire relatif à la santé chez les Sourds (23). Or la vidéo "Alcool pendant la grossesse" utilise un vocabulaire médical spécifique et des notions compliquées : embryon, fœtus et Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). Les termes comme périmètre crânien, morphologie, malformations cardiaques, rénales et cérébrales ont également pu poser un problème. On peut supposer que l'usage du mot « bénin » dans la question 8 du questionnaire 1 peut expliquer le nombre élevé de mauvaises réponses. On retrouve cette confusion dans la campagne de prévention de santé publique durant l'épidémie de la covid-19. En effet, certains mots inconnus étaient jugés d'un niveau lexical trop compliqué, comme les mots « hydroalcoolique » et « transmission » (17); ou encore l'expression "gestes barrières" (22) qui a été interprété au sens littéral du terme. Ce manque de compréhension provoque un sentiment de défaut d'information (19). Il semblerait donc que pour la vidéo 1, la simple traduction en LSF n'était pas suffisante. On peut supposer que la traduction en LSF d'une information ne suffit pas à la bonne intégration des messages transmis. La difficulté de compréhension des termes médicaux est à mettre en lien avec le retard d'information et de connaissance des Sourds dans le

domaine de la santé. Ce n'est donc pas simplement un problème de langage utilisé. Le manque de connaissances des Sourds fait défaut pour comprendre certains concepts. Ces obstacles aggravent la difficulté de compréhension des campagnes de prévention.

III. Les différents moyens de communication des Sourds

La langue des signes française :

Il existe plusieurs façons pour les Sourds de communiquer, à commencer par la LSF, pratiquée essentiellement par les personnes ayant acquis leur surdité à un âge très tôt (les surdités les plus précoces sont les plus sévères) (19). La LSF permet aux personnes Sourdes de communiquer de manière fluide. La façon de signer peut différer en raison d'un vocabulaire différent entre personnes issues de générations différentes (19) et de variabilités régionales (7,17). La LSF est une langue vivante en constante évolution (16). Par ailleurs, les personnes qui apprennent tardivement la LSF maîtrisent généralement imparfaitement cette langue, même si elle est utilisée de façon privilégiée au sein de leur réseau (17). Il peut donc y avoir une difficulté à comprendre un message si le rythme de la traduction en LSF est trop rapide (22).

La lecture du français écrit :

Lors de la transmission d'un message, la compréhension peut également passer par la lecture, notamment des sous-titres français de supports vidéo. Mais la qualité des sous-titres est mauvaise : la vitesse de défilement des sous-titres est trop rapide et le contenu est trop synthétique (22,25,26). La différence de syntaxe entre la LSF et le français écrit implique des adaptations qui vont au-delà de la simple traduction (27). Pollard et Barnett (23) ont montré que même les Sourds ayant un haut niveau d'étude possédaient un bas niveau de vocabulaire relatif à la santé, proche du niveau de collégiens de 3ème. Ceci entraîne ainsi des répercussions sur leur propre état de santé et leur accès aux soins. Malgré les difficultés de compréhension de l'écrit (7), les personnes Sourdes n'abandonnent pas l'usage des sous-titres (21). La lecture des textes peut ainsi entraîner des malentendus.

La lecture labiale :

Un seul participant à notre étude utilise la lecture labiale. Il faut savoir que l'intelligibilité en lecture labiale se limite à environ 30 à 40 % ; c'est le contexte des paroles qui permet, avec la suppléance mentale, de comprendre 70 à 80 % de l'échange verbal (28). La suppléance mentale consiste à reconstituer le sens d'une phrase en retrouvant les syllabes ou mots non lus sur les lèvres et non entendus. De plus, l'utilisation de la lecture labiale est souvent de façon inadaptée. Elle n'est possible que dans un environnement éclairé, face à face avec l'interlocuteur, sans porter de masque, avec une articulation correcte (ni exagérée ni diminuée) et surtout une bonne connaissance par le lecteur des mots exprimés. Globalement, la lecture labiale n'est donc pas un moyen optimal pour communiquer.

La Langue Parlée Complétée (LPC) ou Langage Parlé Complété :

La Langue Parlée Complétée (LPC), utilisée par l'un de nos participants, n'est pas une langue à proprement parler mais un code facilitant la lecture labiale. Cette méthode permet de comprendre sans ambiguïté le français lu sur les lèvres grâce à des mouvements de la main effectués près du visage. La LPC est donc utilisable pour améliorer la compréhension d'une vidéo lorsque les conditions sont réunies.

L'oralisation chez les Sourds :

On parle d'oralisation lorsqu'une personne Sourde s'exprime verbalement. Cette méthode était initialement utilisée pour enseigner la langue orale aux Sourds lorsque la LSF était interdite. L'oralisation peut faciliter l'échange entre personnes Sourdes et personnes entendant, mais elle demeure un exercice difficile pour la personne Sourde. La capacité à percevoir les sons chez les personnes Sourdes est variable. Malgré les techniques de réhabilitation de l'audition, la démarche d'appareillage et d'implant n'est pas généralisée. En effet, l'implant (implant cochléaire ou implant du tronc cérébral) est un dispositif qui permet la restauration ou le développement de la communication orale et offre des possibilités de stimulation de la fonction auditive (29,30). Néanmoins, l'implant ne permet pas une réhabilitation complète de l'audition. Cette réparation ne permet pas forcément l'acquisition de la subtilité de la langue orale. Un Sourd appareillé reste sourd et l'accès à l'oral sera toujours différent de celui d'un entendant. Même si la HAS est favorable à ce dispositif (30), le port d'un implant est controversé dans la communauté des Sourds (3,19) puisque 73,2% d'entre eux indiquent ne pas en vouloir, et 17,1% déclarent ne pas en avoir

besoin (19). D'une part, l'appareillage rend la surdité visible. D'autre part, certains Sourds y voient une volonté de réparation via le refus de voir des personnes Sourdes (3) et une négation de leur culture. L'arrivée des nouvelles technologies tel que l'implant ne peut donc pas remplacer la LSF qui reste la langue de vie (ou langue culturelle) des Sourds.

IV. Notions d'accessibilité et de compréhension

Les notions d'accessibilité et de compréhension sont intimement liées. L'accès est une thématique fréquemment abordée dans la communauté des Sourds. Il implique l'accès à la communication, à l'information, à l'éducation et à la culture ainsi qu'à de nombreux services, notamment celui de la santé. Deux études sur la prévention du cancer du col de l'utérus (31,32) confirment l'intérêt d'une adaptation des messages de prévention à destination de la population Sourde. Dans notre étude, la majorité des participants pensent que les vidéos de santé ne sont pas adaptées aux personnes Sourdes. Les ressources plébiscitées lors de la crise sanitaire à la covid-19 ont été la télévision et internet (22). Le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) est sensibilisé à l'accessibilité des programmes aux téléspectateurs sourds, malentendants, aveugles ou malvoyants et veille à ce que les programmes télévisés s'adaptent à leurs besoins (33). Le nombre des émissions sous-titrées a d'ailleurs progressé ces dernières années (17). Le parlement européen invite les organismes de télédiffusion à assurer la traduction en langue gestuelle, ou du moins le sous-titrage, des programmes se rapportant à la santé (16). Les autres moyens préférés pour recevoir de l'information ou des conseils sur la santé chez les Sourds sont : le médecin et les autres professionnels de santé (78,8 %), Internet (50,9 %) et l'écrit (presse, livres : 41,6 %) (19). Pour la moitié des Sourds, les professionnels de santé qui pratiquent la LSF constituent une source d'information appréciable. Le problème majeur est le manque de ces professionnels et leur répartition inégale sur le territoire (19). Ainsi, une prise de conscience majeure et une mobilisation importante des professionnels de santé et autorités compétentes pourraient permettre un accès à l'information optimal.

Cette démarche de traduction en langue des signes doit s'adapter au maximum à la population étudiée lors de la création de documents de prévention dédiés (34). En effet, la simple traduction d'un document à l'intention des entendants est souvent insuffisante pour une population Sourde. Elle nécessite l'ajout d'informations ciblées pour combler les

lacunes sans tomber dans l'excès inverse. Il semble également important de supprimer tout ce qui est superflu pour la population Sourde afin de ne garder que l'essentiel. Par exemple, les pubs avec utilisation de fond musical sont encore plus difficiles à comprendre pour les personnes Sourdes (8). L'utilisation de sites Web pour la prévention en santé représente une avancée majeure pour toutes les personnes déficientes auditives. Elles consultent et s'échangent facilement des vidéos sur internet et les réseaux sociaux. C'est donc une ressource dans laquelle il est important d'investir (35). Afin de ne pas laisser de côté les Sourds ne maîtrisant pas bien le français écrit, il convient d'élaborer des sites très visuels avec notamment des vidéos en LSF.

V. Perspectives

Les vidéos, et plus largement les médias sont une bonne source pour la transmission d'informations. Cependant, ils devraient être complétés par une explication en LSF afin de pallier le manque de connaissances médicales fortement présente dans la population Sourde. La démarche dite de « conception universelle » répond ainsi aux besoins de tous les utilisateurs, dont les personnes en situation de handicap (visuel, auditif, intellectuel ou physique) (17). Il serait alors intéressant d'inclure les Sourds dans la création des outils de prévention afin de prendre en compte les spécificités culturelles et la pensée visuelle des Sourds. Ainsi, c'est en considérant la surdité comme étant à la base de la construction d'une identité culturelle propre (et non comme une pathologie), que la prévention auprès des Sourds pourra gagner en qualité.

Conclusion

Les campagnes de prévention s'adressent à l'ensemble de la population. Mais très souvent pour une personne Sourde, l'envie ou le besoin d'accéder à une information en santé se heurte au problème de l'accès aux soins. On note alors des défauts d'adaptation dans les campagnes de prévention et les structures de soins. En effet, seul un faible nombre de personnes Sourdes maîtrisent le français écrit du fait des difficultés d'accès à l'éducation. Cet obstacle à l'écrit explique que les informations transmises via la presse et les professionnels de santé ne pratiquant pas la LSF sont des sources inadaptées. Un nombre encore important de Sourds renonce ainsi aux soins. Or, la compréhension des campagnes de prévention est étroitement liée à l'accessibilité aux soins. L'information issue de l'entourage ainsi que les vidéos en langue des signes occupent alors une place importante voire prépondérante. La pandémie à la covid-19 a favorisé l'émergence de ressources accessibles (télévision et internet) pour cette population, notamment la mise en lumière des traductions en LSF lors des campagnes de santé publique.

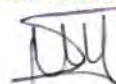
Comme nous avons pu le voir dans notre étude, une transmission adaptée du savoir médical permet chez les Sourds une amélioration de la compréhension des pathologies et des dépistages proposés. De nombreux ajustements restent nécessaires afin d'optimiser et de rendre plus accessible les messages de prévention dans cette population : inclure des Sourds dans la conception des campagnes de prévention, utiliser des dessins et des schémas clairs, créer un site internet officiel en LSF dédié à la santé, proposer une initiation à la LSF chez les professionnels de santé, etc... Fort heureusement, le monde moderne dans lequel nous vivons permet l'ouverture d'esprit nécessaire pour s'adapter à l'univers des Sourds, notamment via les avancées technologiques des dernières décennies et les réseaux sociaux. L'articulation de la médecine préventive avec les Unités d'Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS) est un atout majeur pour perfectionner la prise en charge de ces patients. Ces adaptations auront un intérêt pour l'inclusion des Sourds mais aussi pour tout le monde de façon plus générale.

Il serait intéressant de reproduire nos travaux avec un plus grand nombre de participants en incluant la possibilité de répondre en LSF.

Lu et approuvé
Toulouse le 25 Septembre 2022
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulous le 26/09/2022
Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Handicap et santé [Internet]. 2021 [cité 30 août 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
2. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes. 2010;35.
3. Laborit E, Cuny MT. Le cri de la mouette. Paris : Pocket; 2003. (Pocket jeunes adultes).
4. Delaporte Y. Les sourds, c'est comme ça: ethnologie de la surdimutité. Paris: Maison des sciences de l'homme; 2002. 398 p. (Collection ethnologie de la France).
5. Dagron J. Sourds et soignants, deux mondes, une médecine. Paris: In press; 1999. (Réflexions du temps présent).
6. Presneau JR. Signes et institution des sourds, XVIIIe-XIXe siècle. Seyssel: Champ Vallon; 1998. 202 p. (Collection Milieux).
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Accessibilité aux soins. Cas particulier des personnes malentendantes et sourdes. 2021.
8. Pellion F. Surdité et souffrance psychique. Paris: Ellipses; 2001. (Vivre et comprendre).
9. Article 33 - Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.
10. Dagron J. Les silencieux. Paris: Presse-Pluriel; 2008.
11. Guillot D. Le Droit des sourds : 115 propositions : rapport au Premier ministre. Paris : La Documentation Française; 1998. 131 p. 1998.
12. 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).
13. Mongourdin B, Karacostas A. Les Unités régionales hospitalières d'Accueil et de Soins pour les Sourds. 2015. (42-43):798-800.
14. Ministère de la santé et de la prévention. Accès aux soins pour les personnes sourdes et malentendantes [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/patients-sourds>
15. UNAPEI. N'écoutez pas pour nous sans nous ! : impliquer les personnes handicapées intellectuelles dans l'écriture de textes faciles à lire. Paris: UNAPEI; 2009.
16. Timmermans N, Conseil de l'Europe. Le statut des langues des signes en Europe. Strasbourg; 2005.

17. Allaire C. Informer les personnes sourdes ou malentendantes: partage d'expériences. Saint-Denis : INPES; 2012. (Référentiels de communication en santé publique).
18. Dante S, Guerre J. Evaluation de l'adaptation des informations des campagnes de santé publique conduites par l'INPES auprès des patients Sourds : étude qualitative. Faculté de médecine de Grenoble; 2015.
19. Sitbon A. Baromètre santé sourds et malentendants 2011-2012. Saint-Denis: INPES éditions; 2015. (Baromètres santé).
20. Druel V, Hayet H, Esman L, Clavel M, Rougé Bugat ME. Assessment of cancers' diagnostic stage in a Deaf community - survey about 4363 Deaf patients recorded in French units. BMC Cancer. déc 2018;18(1):93.
21. Dalle-Nazébi S. Technologies visuelles et e-inclusion. Initiatives de sourds. Innov Eur J Soc Sci Res. déc 2008;21(4):353-69.
22. Aubrion M. Accessibilité et compréhension par les Sourds de la campagne d'information de santé publique durant l'épidémie de covid-19. Université de Caen - Normandie; 2020.
23. Pollard RQ, Barnett S. Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. Rehabil Psychol. 2009;54(2):182-5.
24. Zazove P, Meador HE, Reed BD, Gorenflo DW. Deaf Persons' English Reading Levels and Associations with Epidemiological, Educational, and Cultural Factors. J Health Commun. juill 2013;18(7):760-72.
25. Nyarko J, Asante KO. Social Exclusion of the Deaf in Corporate Television Advertising in Ghana: A Pilot Study. J Commun. déc 2015;6(2):284-95.
26. Tannenbaum-Baruchi C, Feder-Bubis P, Adini B, Aharonson-Daniel L. Emergency situations and deaf people in Israel: Communication obstacles and recommendations. Disaster Health. 3 avr 2014;2(2):106-11.
27. Baillet C. Culture sourde et culture de consommation. La nécessité d'une approche pluridisciplinaire: Manag Avenir. 16 août 2013;N° 62(4):135-52.
28. Renard M, Renard M. La lecture labiale. 2011;2.
29. HAS. Bon usage des technologies médicales. Le traitement de la surdité par implants cochléaires ou du tronc cérébral. 2012.
30. HAS. Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans (hors accompagnement scolaire) [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite_de_lenfant_-_0_a_6_ans_-_synthese_des_recommandations.pdf
31. 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.

32. Choe S, Lim RSH, Clark K, Wang R, Branz P, Sadler GR. The Impact of Cervical Cancer Education for Deaf Women Using a Video Educational Tool Employing American Sign Language, Open Captioning, and Graphics. J Cancer Educ. janv 2009;24(1):10-5.
33. Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA). Charte relative à la qualité du sous-titrage à destination des personnes sourdes ou malentendantes. [Internet]. 2011. Disponible sur:
<http://www.csa.fr/content/download/20043/334122/file/Chartesoustitrage122011.pdf>
34. Pollard RQ, Dean RK, O'Hearn A, Haynes SL. Adapting health education material for deaf audiences. Rehabil Psychol. mai 2009;54(2):232-8.
35. Legeay M, Saillard J. Favoriser l'accès à la santé des sourds et malentendants : exemple d'atelier d'éducation aux médias: Santé Publique. 1 juill 2013;S2(HS2):235-9.

Annexes

Annexe 1 : Déclarations RGPD et CNIL



Département
Médecine
Générale

Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme MUDRY Faustine

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données
- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 26/03/2022 sous le numéro : **2022MF23**

Fait à Toulouse, le 26/03/2022


Pr P. BOYER

Etre soigné, c'est aussi être informé

Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds Langue des Signes Midi-Pyrénées

- ▶ Accueil
- ▶ Soins
- ▶ Information - Sensibilisation
- ▶ Prévention
- ▶ Accompagnement

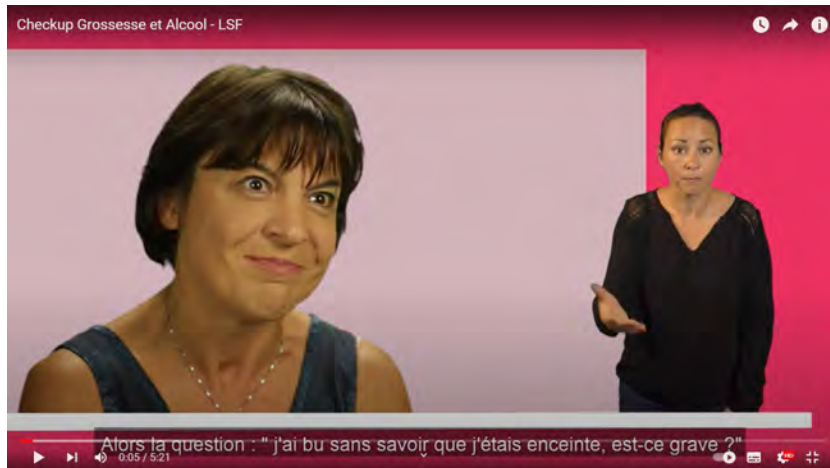


Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Annexe 3 : Liens des vidéos de prévention utilisées

Vidéo 1 : Alcool pendant la grossesse

- En français sous-titré :
<https://www.youtube.com/watch?v=C5Dws1HCp44&t=323s>
- En français sous-titré avec traduction en langue des signes française :
https://www.youtube.com/watch?v=TfQx-WC_9X0



La vidéo 1 raccourcie dure 2 minutes 29 secondes (au lieu de 5 minutes 23 secondes).

Vidéo 2 : Mode d'emploi du dépistage du cancer colorectal

- En français sous-titré :
<https://www.youtube.com/watch?v=XIHH3ER6X8&t=130s>
- En français sous-titré avec traduction en langue des signes française :
<https://www.youtube.com/watch?v=X2x6JdMtFm0>



La vidéo 2 a été conservée dans son intégralité, elle dure 3 minutes 34 secondes.

Annexe 4 : Questionnaire général

Questionnaire général :

1/ Vous êtes :

- A. Un homme
- B. Une femme

2/ Quel est votre âge ?

3/ Êtes-vous né(e) Sourde ?

- A. Oui
- B. Non

4/ Si vous avez répondu non à la question précédente : à quel âge êtes-vous devenu(e) Sourde ? (âge en année)

5/ Quel est votre niveau d'études ?

- A. Non diplômé
- B. CAP
- C. BAC
- D. BAC +3

6/ Quel est votre métier ?

7/ Quel mode de communication préférez-vous ?

- A. Langue des signes française
- B. Français oral
- C. LPC (Langue Parlée Complétée)
- D. Autre

8/ Êtes-vous à l'aise avec le français écrit ?

- A. Oui
- B. Non

9/ Pensez-vous que les vidéos de santé publique (vaccination, tabac, alcool, dépistage, etc) qui passent à la télévision sont adaptées aux personnes Sourdes ?

- A. Oui
- B. Non

Annexe 5 : Questionnaire vidéo 1 “Alcool pendant la grossesse”

Questionnaire : Alcool pendant la grossesse

- 1/ Avez-vous eu l'impression de comprendre le sujet ?**
 - A. Oui
 - B. Non
- 2/ Quel est le sujet principal de cette vidéo ?**
 - A. Les infections pendant la grossesse
 - B. Le tabac pendant la grossesse
 - C. Bien s'hydrater pendant la grossesse
 - D. L'alcool pendant la grossesse
 - E. L'alimentation pendant la grossesse
- 3/ L'alcool est dangereux pour le développement du bébé pendant la grossesse :**
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 4/ Certains alcools peuvent être consommés pendant la grossesse ?**
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 5/ L'alcool peut causer des malformations au bébé ?**
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 6/ Si une femme a un projet de grossesse, il faut arrêter l'alcool :**
 - A. Quand le test de grossesse est positif
 - B. Dès le début du projet de grossesse
- 7/ Il est préférable de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse :**
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 8/ Le syndrome d'alcoolisation foetale est une forme bénigne des effets de l'alcool pendant la grossesse ?**
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 9/ Quand une femme consomme de l'alcool pendant sa grossesse, elle aura tendance à accoucher d'un bébé plutôt “gros” ?**
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 10/ En général, le syndrome d'alcoolisation foetale peut entraîner tout SAUF :**
 - A. une malformation du cœur
 - B. des troubles de la marche
 - C. une grande taille de naissance
 - D. une atteinte au niveau du cerveau
- 11/ Si un enfant a des difficultés d'apprentissage à l'école, il faut penser au syndrome d'alcoolisation foetale ?**
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 12/ Les effets de l'alcool pendant la grossesse sont tous visibles :**
 - A. Vrai
 - B. Faux

Annexe 6 : Questionnaire vidéo 2 “Mode d’emploi du dépistage du cancer colorectal”

Questionnaire : Mode d’emploi du test de dépistage du cancer colorectal

- 1/ Avez-vous eu l'impression de comprendre le sujet ?
 - A. Oui
 - B. Non
- 2/ La maladie évoquée dans cette vidéo est :
 - A. Le cancer du col de l'utérus
 - B. Le cancer colorectal
 - C. La coloscopie
 - D. La gastro-entérite
 - E. Les troubles intestinaux
- 3/ Le cancer colorectal peut-il être mortel ?
 - A. Oui
 - B. Non
- 4/ Le dépistage du cancer colorectal consiste à faire un prélèvement :
 - A. De sang
 - B. D'urines
 - C. De selles
 - D. Vaginal
- 5/ Seules les personnes qui ont reçu une invitation peuvent faire le dépistage du cancer colorectal ?
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 6/ Le dépistage du cancer colorectal est :
 - A. Obligatoire
 - B. Recommandé
- 7/ Le dépistage du cancer colorectal :
 - A. concerne uniquement les femmes
 - B. concerne uniquement les hommes
 - C. concerne uniquement les enfants
 - D. concerne tout le monde à partir d'un certain âge
- 8/ On peut récupérer le kit de dépistage du cancer colorectal chez notre médecin traitant ?
 - A. Oui
 - B. Non
- 9/ Le kit de dépistage du cancer colorectal est :
 - A. Gratuit
 - B. Payant
- 10/ Le test de dépistage du cancer colorectal :
 - A. nécessite d'avoir des compétences médicales
 - B. est réalisable par tous à la maison
 - C. doit se faire au laboratoire
- 11/ Pour réaliser le prélèvement dans de bonnes conditions, il faut d'abord nettoyer la feuille de recueil de selles avec un produit de nettoyage :
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 12/ Pour que le test soit réussi, il ne faut pas que nos urines entrent en contact avec les selles.
 - A. Vrai
 - B. Faux
- 13/ Quelle date faut-il inscrire sur le tube de prélèvement de selles ?
 - A. La date à laquelle on a reçu le kit
 - B. La date du jour de prélèvement
 - C. Sa date d'anniversaire
 - D. La date du dernier dépistage effectué
- 14/ Il est préférable de poster l'enveloppe de dépistage :
 - A. en début de semaine
 - B. un samedi
 - C. la veille d'un jour férié
- 15/ On peut poster l'enveloppe de dépistage :
 - A. Uniquement le jour du prélèvement
 - B. Le jour ou le lendemain du prélèvement
 - C. Deux jours après le prélèvement
- 16/ On peut choisir le mode de réception des résultats du test.
 - A. Vrai
 - B. Faux

Annexe 7 : Lien du questionnaire pour le groupe 1

Thèse Faustine - Groupe 1

 [redacted]@gmail.com (non partagé) [Changer de compte](#) 



F Présentation Thèse Fa... ⋮

Bonjour à tous,

Je m'appelle Faustine. Je suis étudiante en dernière année d'études de médecine à Toulouse. Je fais un travail de thèse sur la compréhension des messages de prévention en santé chez les personnes Sourdes, selon que les vidéos soient en langue des signes française ou juste en français oral avec du texte écrit.

Cette recherche concerne les personnes Sourdes âgées de plus de 18 ans qui utilisent la langue des signes française.

Il y a 2 vidéos courtes à regarder sur 2 thèmes différents.

Donc dans l'ordre il faut :

- 1/ Répondre au questionnaire général
- 2/ Regarder la première vidéo et répondre au 2ème questionnaire
- 3/ Regarder la deuxième vidéo et répondre au 3ème questionnaire

Pour chaque question, une seule réponse est possible.

Toutes les données recueillies sont anonymes. Aucune information concernant votre dossier médical ne sera demandée ni utilisée.

Merci pour votre participation !

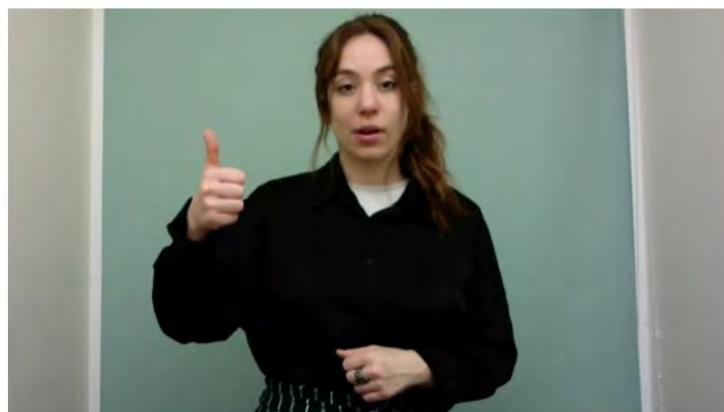
Faustine MUDRY

>> Lien du questionnaire 1 :

<https://these-faustine-mudry-lsf.limesurvey.net/484164?lang=fr>

Annexe 8 : Extrait du questionnaire crée avec le logiciel LimeSurvey® : question 1 et 3
du questionnaire général

Question 1 :



1/ Vous êtes :

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

☐ A- Un homme

☐ B- Une femme

Question 3 :



3/ Êtes-vous né(e) Sourd(e) ?

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

☐ A- Oui

☐ B- Non

Annexe 9 : Origine des participants de notre étude (mode de recrutement)

→ 24 UASS sollicitées, dont 9 réponses positives :

1. UASS de Toulouse
2. UASS 74 (Centre Hospitalier Annecy Genevois)
3. Unité Rhône Alpes d'Accueil et de Soins pour les Sourds - Langue des signes (CHU Grenoble)
4. UASS du Centre Hospitalier Métropole Savoie (Site de Chambéry)
5. UASS-LSF (Hospices Civils de Lyon)
6. Réseau Sourds et Santé (Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille)
7. Unité d'Informations et de Soins des Sourds (UNISS) - Hôpital de la Pitié Salpêtrière
8. Réseau Santé Sourds 77 (Centre Hospitalier de Melun)
9. Unité Régionale d'Accueil et de Soins pour Sourds et Malentendants (URASSM) – CHU Nancy

→ 9 réponses d'associations pour Sourds :

1. SEM 24/47 (Sourds Entendants Malentendants de la Dordogne et du Lot-et-Garonne)
2. IRIS (Institut de Recherche et d'Innovation en langue des Signes)
3. ARIS (Association Régionale pour l'Intégration des Sourds) France
4. ARIEDA (Association Régionale pour l'Intégration et l'Éducation des Déficiants Auditifs) Occitanie
5. ADIS (Association Départementale pour l'Insertion des Sourds)
6. Association des Sourds de Grenoble
7. Les Mains Turquoises
8. STIM (Sciences, Technologie, Ingénierie et Mathématiques) Sourd France
9. La compagnie des deux mains

→ 24 groupes Facebook pour Sourds :

1. Sourdscope Grand Paris
2. Sourdscope Culture
3. Sourdscope Occitanie
4. Sign'Evasion - Association sportive et socioculturelle des sourds de Besançon
5. Association des Sourds et Malentendants de Surdi d'oc
6. UASS LSF Occitanie Ouest
7. Jura'Sourds
8. Ensemble pour l'éducation bilingue des enfants sourds
9. Collectif Lyonnais d'Action de Sourds
10. Association des Sourds de Rennes 35
11. ASE Association des Sourds de l'Essonne
12. Club Sportif Sourds Avignon
13. Commission Régionale PACA de Pétanque des Sourds
14. Pétanque Catalane des Sourds 66
15. Maison des Sourds Albi
16. Association des Sourds de la Sarthe
17. Association des Sourds de la Rochelle 17
18. Association des Sourds d'Eure-et-Loir
19. Association Sourds Rodez Aveyron
20. Hôpital Pasteur LSF Nice
21. Comité représentatif des identités Sourdes
22. Parent enfants sourd malentendant aquitaine
23. Association des Sourds de Romans et Bourg de Péage
24. Association des Sourds du Gard

Annexe 10 : Notes de chaque participant par vidéo et par groupe

Vidéo 1 : Groupe 1			Vidéo 1 : Groupe 2			Vidéo : Groupe 1			Vidéo 2 : Groupe 2		
	Note	%		Note	%		Note	%		Note	%
G1P1	9	81,81	G2P1	10	90,9	G1P1	12	80	G2P1	14	93,33
G1P2	7	63,63	G2P2	9	81,81	G1P2	11	73,33	G2P2	13	86,66
G1P3	10	90,9	G2P3	10	90,9	G1P3	15	100	G2P3	13	86,66
G1P4	9	81,81	G2P4	10	90,9	G1P4	12	80	G2P4	15	100
G1P5	8	72,72	G2P5	9	81,81	G1P5	13	86,66	G2P5	11	73,33
G1P6	6	54,54	G2P6	10	90,9	G1P6	9	60	G2P6	14	93,33
G1P7	8	72,72	G2P7	8	72,72	G1P7	13	86,66	G2P7	9	60
G1P8	8	72,72	G2P8	9	81,81	G1P8	12	80	G2P8	8	53,33
G1P9	5	45,45	G2P9	10	90,9	G1P9	11	73,33	G2P9	13	86,66
G1P10	8	72,72	G2P10	8	72,72	G1P10	12	80	G2P10	11	73,33
G1P11	8	72,72	G2P11	8	72,72	G1P11	15	100	G2P11	8	53,33
G1P12	11	100	G2P12	7	63,63	G1P12	13	86,66	G2P12	11	73,33
G1P13	6	54,54	G2P13	10	90,9	G1P13	11	73,33	G2P13	6	40
G1P14	11	100	G2P14	6	54,54	G1P14	15	100	G2P14	11	73,33
G1P15	8	72,72	G2P15	8	72,72	G1P15	12	80	G2P15	13	86,66
G1P16	10	90,9	G2P16	6	54,54	G1P16	13	86,66	G2P16	5	33,33
G1P17	8	72,72	G2P17	8	72,72	G1P17	12	80	G2P17	14	93,33
G1P18	8	72,72	G2P18	10	90,9	G1P18	12	80	G2P18	12	80
G1P19	9	81,81	G2P19	8	72,72	G1P19	14	93,33	G2P19	7	46,66
G1P20	10	90,9	G2P20	8	72,72	G1P20	14	93,33	G2P20	8	53,33
G1P21	8	72,72	G2P21	6	54,54	G1P21	15	100	G2P21	9	60
G1P22	11	100	G2P22	10	90,9	G1P22	15	100	G2P22	10	66,66
G1P23	9	81,81	G2P23	7	63,63	G1P23	12	80	G2P23	7	46,66
G1P24	11	100	G2P24	8	72,72	G1P24	15	100	G2P24	15	100
G1P25	11	100	G2P25	9	81,81	G1P25	14	93,33	G2P25	15	100
G1P26	7	63,63	G2P26	9	81,81	G1P26	10	66,66	G2P26	15	100
G1P27	7	63,63	G2P27	9	81,81	G1P27	11	73,33	G2P27	15	100
G1P28	8	72,72	G2P28	9	81,81	G1P28	13	86,66	G2P28	15	100
G1P29	8	72,72	G2P29	9	81,81	G1P29	12	80	G2P29	14	93,33
G1P30	10	90,9	G2P30	10	90,9	G1P30	12	80	G2P30	13	86,66
G1P31	9	81,81	G2P31	10	90,9	G1P31	13	86,66	G2P31	13	86,66
G1P32	8	72,72	G2P32	8	72,72	G1P32	10	66,66	G2P32	10	66,66

RÉSUMÉ :**TITRE : Évaluation de l'apport de la langue des signes française dans la compréhension des vidéos de prévention à la santé chez les personnes Sourdes**

Introduction : Les Sourds se revendiquent membres à part entière de leur communauté. Ils sont 80 000 en France. Ils ont pour langue culturelle la Langue des Signes Française (LSF). Dans le domaine de la santé, il existe un manque de connaissances générales des Sourds et une difficulté d'accès aux soins. L'absence d'adaptation systématique des campagnes de prévention et le faible niveau à l'écrit des Sourds augmente leurs difficultés d'accès aux soins. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les effets de l'apport de la LSF dans la compréhension des vidéos de prévention chez les personnes Sourdes.

Matériels et méthodes : Étude quantitative, descriptive, transversale auprès de personnes Sourdes de France de mai à juillet 2022 sur l'évaluation de la compréhension de deux vidéos de prévention. La première vidéo concerne l'alcool pendant la grossesse, la deuxième vidéo explique le mode d'emploi du dépistage du cancer colorectal. Le groupe 1 a visionné la vidéo 1 sans LSF et la vidéo 2 avec LSF (et inversement pour le groupe 2). Nous avons créé un questionnaire de compréhension sur les vidéos (intégralement traduit en LSF) afin d'attribuer une note à chaque participant et comparer les scores de chaque groupe pour chaque vidéo.

Résultats : 64 participants ont été inclus (32 dans chaque groupe). La présence de la LSF a permis une amélioration de la compréhension uniquement pour la deuxième vidéo avec $p = 0,068$ (pour la vidéo 1 : $p = 0,794$).

Discussion et conclusion : La traduction des messages des prévention à la santé en LSF est nécessaire mais non suffisante pour la compréhension chez les Sourds. Une adaptation des messages de prévention en incluant une explication des termes médicaux permettrait d'optimiser la transmission du savoir médical chez les Sourds.

Mots clés : Sourd, langue des signes, compréhension, santé publique, campagne de prévention

ABSTRACT:**TITLE: Evaluation of the contribution of the French sign language in the understanding of health prevention videos for Deaf people**

Introduction: Deaf people claim to be full members of their community. There are 80 000 in France. Their cultural language is the French Sign Language (FSL). In the health field, there is a lack of general knowledge of Deaf people and difficulty to access in healthcare. The absence of systematic adaptation of awareness campaigns and the low writing level of Deaf people reinforces their difficulties in access to healthcare. The aim of this study is to evaluate the effects of the contribution of FSL in the understanding of prevention videos in Deaf people.

Method: Quantitative, descriptive, cross-sectional study with Deaf patients in France from May to July 2022 on the evaluation of the understanding of two prevention videos. The first video is about alcohol during pregnancy, the second 2 explains the colorectal cancer screening. Group 1 watched video 1 without FSL and video 2 with FSL (and vice versa for group 2). We created a comprehension questionnaire on the videos (fully translated into FSL) in order to assign a mark to each participant and compare each group's score for each video.

Results: 64 were included (32 in each group). The presence of FSL allowed an improvement in comprehension only for the second video with $p = 0.068$ (for video 1 : $p = 0.794$).

Discussion and conclusion: Translating preventive health messages into FSL is necessary but not enough for understanding among Deaf people. An adaptation of prevention messages by including an explanation of medical terms would optimize the transmission of medical knowledge among Deaf people.

Keywords: Deaf people, sign language, understanding, public health, awareness campaign