

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Mélody MITARD
Née le 30/01/1995 à La Rochelle (17)

Le 06 Novembre 2023

THESE DE MEDECINE:

**Evaluation de la perception des médecins généralistes d'Occitanie concernant l'examen
gynécologique des femmes sourdes**

Directeurs de thèse : Dr Clémence EL MALIKI et Dr Vladimir DRUEL

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT	Président
Madame le Professeur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Madame le Docteur Elodie BELOT	Assesseur
Madame le Docteur Clémence EL MALIKI	Assesseur
Monsieur le Docteur Vladimir DRUEL	Assesseur



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	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. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ 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. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie Urologique et Néphrologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	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
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	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 (C.E)	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 (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC 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
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
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
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
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
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUD Sandra
Mme PAVY LE TRACON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence
M. APOIL Pol Andre
Mme ARNAUD Catherine
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie
Mme BASSET Céline
Mme BELLIERES-FABRE Julie
Mme BERTOLI Sarah
M. BIETH Eric
Mme BOUNES Fanny
Mme BREHIN Camille
M. BUSCAIL Etienne
Mme CAMARE Caroline
Mme CANTERO Anne-Valérie
Mme CARFAGNA Luana
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie
Mme CASSAGNE Myriam
Mme CASSAING Sophie
Mme CASSOL Emmanuelle
M. CHASSAING Nicolas
M. CLAVEL Cyril
Mme COLOMBAT Magali
M. COMONT Thibault
M. CONGY Nicolas
Mme COURBON Christine
M. CUROT Jonathan
Mme DAMASE Christine
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle
M. DEDOUIT Fabrice
M. DEGBOE Yannick
M. DELMAS Clément
M. DELPLA Pierre-André
M. DESPAS Fabien
M. DUBOIS Damien
Mme ESQUIROL Yolande
Mme FILLAUX Judith
Mme FLOCH Pauline
Mme GALINIER Anne
M. GANTET Pierre
M. GASQ David
M. GATIMEL Nicolas

Bactériologie Virologie Hygiène
Immunologie
Epidémiologie
Biochimie
Cytologie et histologie
Néphrologie
Hématologie, transfusion
Génétique
Anesthésie-Réanimation
Pneumologie
Chirurgie viscérale et digestive
Biochimie et biologie moléculaire
Biochimie
Pédiatrie
Nutrition
Ophtalmologie
Parasitologie
Biophysique
Génétique
Biologie Cellulaire
Anatomie et cytologie pathologiques
Médecine interne
Immunologie
Pharmacologie
Neurologie
Pharmacologie
Physiologie
Médecine Légale
Rhumatologie
Cardiologie
Médecine Légale
Pharmacologie
Bactériologie Virologie Hygiène
Médecine du travail
Parasitologie
Bactériologie-Virologie
Nutrition
Biophysique
Physiologie
Médecine de la reproduction

Mme GENNERO Isabelle
Mme GENOUX Annelise
Mme GRARE Marion
M. GUERBY Paul
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline
Mme GUYONNET Sophie
M. HAMDJ Safouane
Mme HITZEL Anne
M. IRIART Xavier
Mme JONCA Nathalie
M. LAPEBIE François-Xavier
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse
M. LEPAGE Benoit
M. LHERMUSIER Thibault
M. LHOMME Sébastien
Mme MASSIP Clémence
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise
Mme MONTASTIER Emilie
M. MONTASTRUC François
Mme MOREAU Jessika
Mme MOREAU Marion
M. MOULIS Guillaume
Mme NOGUEIRA Maria Léonor
Mme PERICART Sarah
M. PILLARD Fabien
Mme PLAISANCIE Julie
Mme PUISSANT Bénédicte
Mme QUELVEN Isabelle
Mme RAYMOND Stéphanie
M. REVET Alexis
Mme RIBES-MAUREL Agnès
Mme SABOURDY Frédéric
Mme SALLES Juliette
Mme SAUNE Karine
Mme SIEGFRIED Aurore
M. TREINER Emmanuel
Mme VALLET Marion
M. VERGEZ François
Mme VIJA Lavinia

Biochimie
Biochimie et biologie moléculaire
Bactériologie Virologie Hygiène
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie Pathologique
Nutrition
Biochimie
Biophysique
Parasitologie et mycologie
Biologie cellulaire
Chirurgie vasculaire
Pharmacologie
Pharmacologie et immunologie
Cardiologie
Bactériologie-virologie
Bactériologie-virologie
Biochimie
Nutrition
Pharmacologie
Biologie du dév. Et de la reproduction
Physiologie
Médecine interne
Biologie Cellulaire
Anatomie et cytologie pathologiques
Physiologie
Génétique
Immunologie
Biophysique et médecine nucléaire
Bactériologie Virologie Hygiène
Pédo-psychiatrie
Hématologie
Biochimie
Psychiatrie adultes/Addictologie
Bactériologie Virologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie
Physiologie
Hématologie
Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

Aux membres du jury

A madame la Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT, présidente de jury

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette soutenance, veuillez trouver l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

A madame la Professeur Motoko DELAHAYE, A madame le Docteur Elodie BELLOT, membres du jury.

Je vous remercie de votre présence à cette soutenance et de juger mon travail et de l'intérêt que vous portez à celui ci.

A monsieur le Docteur Vladimir DRUEL et madame Docteur Clémence EL MALIKI, directeurs de thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour vos corrections et vos conseils. Merci à Clémence pour la correction du questionnaire, d'avoir pris le temps pour qu'on se retrouve sur Toulouse et d'avancer sur le projet. Merci à Vladimir d'avoir accepté de codiriger cette thèse en cours de rédaction du questionnaire, merci beaucoup pour ta disponibilité, ton aide et tes corrections.

Merci aussi au Dr ESMAN de m'avoir accompagnée au début de ce projet de thèse.

Aux patients

Aux patients que j'ai rencontré au cours de mes stages durant ces longues d'années d'études. Aux patients que j'ai accompagné à chaque moment de leur vie, que j'ai fait naître mais aussi que j'ai du accompagner durant le décès de leurs proches. Merci pour votre accueil à chaque changement de lieux de stage, j'ai pris du plaisir à vous rencontrer et à découvrir vos départements respectifs.

Aux médecins, IDE, aides soignantes, secrétaires

Merci de m'avoir accueillie auprès de vous pendant ces longues années, j'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci aux secrétaires de mes lieux de stage pour votre bienveillance et votre patience face à l'agressivité de certaines personnes, je suis admirative de votre sang froid.

Merci à mes maîtres de stage universitaire pendant ces années d'internat, merci pour votre pédagogie et votre écoute, et particulièrement à Dr GOUBAY, Dr DUPUI, Dr BAYARD, Dr JOULIE, Dr CHAZOULE, Dr PERE, Dr TERRET, Dr CHABARDES.

A mes co internes, présents lors de cette soutenance mais aussi tout ceux que j'ai rencontré de près comme de loin en stage. Merci d'être présent, merci d'avoir été là pour moi et j'espère qu'on aura l'occasion de se revoir.

A Dr MOINEUSE Christine et Dr BLIDI Nawel, merci pour votre accueil et votre pédagogie. J'ai adoré travailler à vos côtés. A nos pauses cafés sur la terrasse que tout le monde le midi nous envie !

Merci à Christine pour ta bienveillance au quotidien. Je suis admirative de toutes tes connaissances mais aussi de ton humanité avec les patients. J'ai tellement appris à tes cotés, merci infiniment.

Merci à Dr BESNIER, Dr SIMEON et Dr TACHOUSIN pour la transmission de vos connaissances et d'avoir accepté de me recevoir en stage annexe.

Merci à Dr CHARPIN, d'avoir pris le temps de me recevoir en consultation au cours de cette période difficile début 2023.

A mes amis

A mes amis externe de Poitiers, merci d'avoir été présents durant toutes ces années, à nos déconnades, à nos vacances ski à Sazos notamment, à ces amitiés qui sont restées intactes malgré la distance et les années. Alors, malgré l'éloignement et nos vies perso chargées, je pense toujours à vous.

A Mylène, merci pour ces 6 mois de collocation de folie, j'avais jamais fait autant d'escalade que pendant ces 6 mois.

A mes amies d'enfance Suzanne et Hélène, merci pour votre soutien, merci de me permettre de parler autre chose parfois que de médecine.

A ma famille

A mes parents, merci d'avoir toujours été présents pour moi, je sais que ces études ont été sources de beaucoup de sacrifices, j'ai pas toujours pu participer aux réunions de famille parce que je devais travailler. Merci de m'avoir soutenu, de m'avoir préparé des bon petits plats quand j'avais la flemme de cuisiner. Je vous en suis très reconnaissante, merci pour tout. Je serai là pour vous.

A mes frères et sœurs, beaux frères, belles sœurs, merci d'avoir été présents pour moi, merci pour les bons moments passés ensemble.

A ma belle famille, merci pour votre accueil et pour votre soutien au quotidien, merci de nous avoir aidé pendant ces années à Colomiers et à Maurens, merci d'être là pour nous !

Et enfin, merci à Léon, mon chéri, toujours là dans les meilleurs comme dans les moments les plus difficiles. A toutes ces années passées ensemble, à partager pleins de trucs : à nos voyages et nos virées en randonnées, à notre tour du Gers en vélo pleins de rebondissements. A ta bonne humeur et tes rigolades qui me redonnent toujours le sourire. Je serai là toujours pour toi. Merci d'être présent à mes côtés, ces années n'auraient pas eu le même goût si tu n'étais pas là. Maintenant, hâte de partager une nouvelle aventure avec toi !

Cette thèse clos 3 années d'internat mais aussi ces longues années d'études de médecine, je n'aurai jamais imaginer vivre cette expérience à la fois difficile mais aussi riche en rencontres qui m'auront marqué à vie. Je dois oublier certaines personnes, alors merci à ceux que je n'ai pas cité et qui ont croisé mon chemin de près comme de loin pendant ces 10 années.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Liste des abréviations.....	2
Figures et tableaux.....	3
Préface.....	4
1. Introduction.....	6
1.1 Contexte.....	6
1.2 Accès à la santé des personnes sourdes.....	8
1.3 Objectifs.....	10
2. Matériel et méthode.....	11
3. Résultats.....	14
3.1 Description de la population étudiée.....	14
3.2 Les difficultés de communication avec les patientes sourdes.....	17
3.3 Inégale répartition géographique des difficultés de communication.....	21
4. Discussion.....	25
4.1 Une communication difficile.....	25
4.2 Les difficultés d'accès aux soins.....	26
4.3 Entre médecins entendants et patients sourds, une communication en langue étrangère?.....	27
4.4 Limites et forces de l'étude.....	29
5. Conclusion.....	30
Références bibliographiques.....	31
Annexe 1- Développement sur la surdité.....	34
Annexe 2- Définition du handicap.....	35
Annexe 3- Le 114.....	37
Annexe 4- Histoire médicale des sourds en France.....	37
Annexe 5- Questionnaire de Recherche.....	39

Liste des abréviations

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
LSF	Langue des Signes Française
UASS	Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds
SFSLs	Société Française de Santé en Langue des Signes
PMI	Protection Maternelle et Infantile
BSSM	Baromètre Santé Sourds et Malentendants
MG	Médecin Généraliste

Figures et tableaux

1. **Figure 1.** Diagramme de flux
2. **Tableau 1.** Caractéristiques des médecins interrogés et formations continues
3. **Figure 2.** Répartition géographique des médecins participants
4. **Tableau 2.** Intérêt pour la formation spécifique à la communication avec les sourds en fonction de la satisfaction concernant la communication avec les patientes sourdes
5. **Tableau 3.** Méthodes de communication utilisées lors d'une consultation gynécologique avec une patiente sourde par les médecins généralistes
6. **Tableau 4.** Évaluation de la satisfaction des médecins interrogés concernant la communication au cours de la consultation gynécologique et influence perçue sur la santé gynécologique des patientes
7. **Tableau 5.** Les adaptations utilisées par les médecins au cours de l'examen gynécologique avec des patientes sourdes
8. **Tableau 6.** Perception de la communication et des conséquences négatives sur la santé gynécologique liées à la surdité en fonction des méthodes de communication utilisées
9. **Tableau 7.** Répartition géographique des difficultés de communication et des conséquences sur la santé gynécologique perçues par les médecins interrogés
10. **Tableau 8.** Utilisation du français oral et réorientation des patientes sourdes pour la réalisation de l'examen gynécologique en fonction de la zone géographique

Préface

J'ai souhaité faire cette thèse en rapport avec 2 sujets qui me tiennent à cœur : l'accès à la santé des personnes sourdes et la gynécologie.

Lorsque j'étais encore externe, ma faculté nous a proposé d'assister à une réunion sur le thème de l'accessibilité médicale des personnes sourdes. Ces 2 personnes parlant la LSF, nous ont alors expliqué leur ressenti et leurs difficultés lorsqu'elles devaient prendre un rendez vous médical ou lors des consultations avec leur médecin généraliste. Elles nous ont aussi fait part de la difficulté de compréhension au travers la lecture labiale qui peut s'avérer être source d'erreur. Cela m'a alors interloquée et j'ai appris la langue des signes par la suite pendant 3 ans avec un professeur sourd.

J'ai aussi eu la chance de faire un stage de 3 mois au sein de l'UASS de Poitiers, afin de m'améliorer à la pratique de la LSF en consultation mais aussi de mieux appréhender cette population avec ses spécificités. Au cours de mes stages, j'ai été amené à voir cette problématique d'accès aux soins des personnes sourdes. J'ai rencontré des parents sourds à leur sortie de maternité mais aussi des patient(e)s sourd(e)s au cours de mes consultations. J'ai aussi vu les stigmatisations en rapport avec le handicap sensoriel.

J'ai pu aussi rencontrer des soignants (médecins, IDE...) qui m'ont fait part de leur difficulté de compréhension et de communication et ne sachant pas où les réorienter.

J'ai particulièrement apprécié mon stage de santé de la femme, et notamment la pratique des examens gynécologiques, les consultations autour du choix de la contraception et la prévention en gynécologie. J'ai été sensibilisée à la question des violences gynécologiques et j'ai appris à réaliser cet examen avec douceur. J'ai réalisé aussi à quel point le dialogue est important avant, pendant et après l'examen gynécologique afin d'expliquer au maximum le déroulement de cet examen qui touche à l'intimité de la patiente. J'ai donc compris que la communication est

essentielle dans cet examen et que lorsque cette communication est entravée, la perception et le vécu de la patiente peuvent être altérés.

C'est donc naturellement que je voulais imbriquer les 2 thématiques en posant la question de la perception qu'ont les médecins généralistes concernant l'examen gynécologique dans cette population.

1. Introduction

1.1 Contexte

La consultation gynécologique

L'examen gynécologique est un examen médical réalisé par certains professionnels de santé tels que gynécologues, sage-femmes et médecins généralistes. L'examen gynécologique n'est pas réalisé à chaque consultation, la patiente est en droit de refuser l'examen. Il est pratiqué dans le cadre de la prévention et notamment du dépistage du cancer du col de l'utérus et lors de la grossesse.

La consultation comprend plusieurs temps qui se retrouvent dans la majorité des consultations gynécologiques¹:

La consultation commence par un entretien au bureau du professionnel de santé afin d'obtenir des informations concernant la santé de la patiente. Il permet aussi à la patiente de poser des questions pour clarifier le contenu de l'examen gynécologique. Vient ensuite le moment du déshabillage, qui peut s'avérer être difficile pour certaines patientes et peut être adapté en fonction des besoins. Puis commence l'examen, la patiente s'installe en position gynécologique. Le médecin examine le périnée, la vulve et l'entrée du vagin. Puis, il introduit un spéculum afin de visualiser les parois vaginales et le col de l'utérus. Il peut pratiquer à ce moment-là, un frottis cervico-vaginal, s'il le juge nécessaire et avec l'accord de la patiente. Aussi, après avoir mis un doigtier, le praticien effectue un toucher vaginal qui consiste à explorer les organes pelviens. Il introduit pour cela deux doigts gantés dans le vagin et à l'aide de l'autre main exerce une légère pression sur la paroi abdominale. Le toucher vaginal permet d'apprécier notamment la taille, la mobilité et la sensibilité de l'utérus. Pour finir, l'examen gynécologique comprend aussi l'examen des seins et permet de détecter une masse suspecte.

Le contexte où est réalisé l'examen a une influence sur celui-ci. Certaines femmes choisissent ainsi de réaliser cet examen avec leur médecin généraliste, un gynécologue libéral, avec une sage-femme, à l'hôpital ou au sein de la PMI. Il doit être réalisé dans un climat d'écoute, de confiance et de délicatesse afin qu'il ne soit pas un moment traumatisant pour la patiente. Le médecin généraliste peut donc être amené à réaliser cet examen, notamment auprès de patientes sourdes. Il convient donc de préciser ce qu'est la surdité.

La surdité

Selon l'OMS en 2021, il y avait 430 millions de personnes vivant avec un déficit auditif invalidant, ce qui représente 5,5% de la population mondiale².

En France, en 2014, les personnes vivant avec une limitation fonctionnelle auditive représentaient 5,4 millions soit environ 9% de la population Française³. Cependant, il convient de noter que la définition utilisée dans ces études fait grandement varier l'estimation de la population sourde en France. Aussi, la diversité des définitions possibles joue sur la perception statistique de la place des sourds en France. Il convient donc de dégager une définition de la surdité afin de cerner plus précisément la population concernée par cette thèse. Nous retiendrons la définition de l'OMS du déficit auditif invalidant, à savoir une perte auditive de moyenne à totale représentant une perte de > 35 dB dans la meilleure oreille. La surdité est un concept large qui recouvre une diversité de situation (annexe 1).

Enfin il est important de noter l'importance de la communauté culturelle et linguistique sourde, qui est difficilement quantifiable. Les sourds locuteurs de la langue des signes française (LSF) se désignent parfois comme « Sourds » avec un S majuscule en opposition avec le terme de

« sourds » avec un s minuscule qui désigne selon eux l'ensemble des personnes atteintes de surdité mais n'appartenant pas forcément à cette communauté socio-linguistique. En effet, lorsqu'on aborde la question de la santé des sourds, on se confronte à l'importance culturelle associée à l'usage de la langue des signes française.

L'OMS considère la surdité comme le premier handicap sensoriel⁴. La notion de handicap a une place importante dans la littérature scientifique concernant la santé des sourds, il est donc important de la préciser. En février 2005, la loi pour l'égalité des chances est publiée en France, et définit légalement le handicap:

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »⁵

La définition retenue n'est pas centrée sur les caractéristiques et déficiences des individus, mais sur les limitations d'activité et de participation sociale (annexe 2).

1.2 Accès à la santé des personnes sourdes

L'histoire médicale des sourds a évolué au fil des siècles, passant de la croyance populaire selon laquelle la surdité était caus e par des causes surnaturelles à une compréhension plus scientifique des causes physiques et des traitements possibles (annexe 4). Les sourds ont longtemps vécu des

discriminations ainsi que des maltraitances médicales. L'émergence grâce au milieu militant sourd de la LSF dans les années 1970 a marqué le début d'une meilleure intégration des sourds⁶. Dans le même temps, les autorités ont souhaité promouvoir l'égalité dans l'accès à la santé, entre sourds et entendants. Elles ont ainsi créé plusieurs dispositifs médicaux orientés vers les sourds, dont les plus emblématiques sont les Unités d'accueil et de soins pour sourds (UASS).

Suite à une expérimentation en 1995 au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 21 UASS ont été progressivement créées en France. La création des UASS répond à un besoin identifié d'accès à des consultations en LSF⁷. Dans la région Occitanie, l'UASS de Toulouse a vu le jour en 2003 et celle de Montpellier en 2002. L'UASS de Toulouse accueille ainsi 700 à 900 patients annuels, l'équipe est composée de 6 personnes : un médecin généraliste, une psychologue, une assistante sociale, une secrétaire, une interprète et une intermédiaire sourde. La langue de travail de l'équipe est la LSF.

Seuls 20% des patients sourds consultent au sein d'une UASS en France⁸. Ce qui occasionne des difficultés notamment liées à la communication en dehors de ces structures : 41% des sourds déclarent que la surdité leur pose problème lors de la prise de rendez vous et 62% ont des difficultés pour communiquer avec le médecin généraliste. La rareté des études concernant l'accès à la santé des patients sourds en Occitanie, nous questionne sur les difficultés d'accès aux soins des patients sourds et notamment dans cette région.

En Occitanie, la densité des médecins généralistes est supérieure à la moyenne nationale avec 104 médecins pour 100 000 habitants contre 90,4 pour la France métropolitaine en 2017. Pourtant de fortes disparités existent dans la densité de médecins entre les départements. Ainsi

les zones littorales et urbaines ont une densité plus forte avec jusqu'à 122,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans les Pyrénées Orientales contre 83,1 en Lozère. Certaines populations rurales sont donc exposées aux difficultés pour accéder à un médecin généraliste ou d'une autre spécialité, et se trouvent parfois à une distance importante d'un centre hospitalier. Les difficultés liées à la surdité ainsi que celles liées à l'isolement géographique rendent parfois l'accès aux soins très problématique pour les patients sourds en Occitanie.⁹

1.3 Objectifs

L'accès aux soins des patients sourds représente un véritable défi pour notre système de santé, comme en témoigne la littérature scientifique et les différents moyens et expérimentations mis en place par les autorités publiques¹⁰. Il s'agit d'un enjeu important de prévention et de santé publique. Il semble nécessaire de se pencher sur la problématique de la santé gynécologique des femmes sourdes car il s'agit d'un domaine central de la prévention notamment face aux cancers¹¹. Nous avons choisi de nous interroger sur l'expérience des médecins généralistes, car une part importante des femmes sourdes consultent uniquement chez le médecin généraliste.¹² L'objectif principal est de réaliser un état des lieux de la pratique de l'examen gynécologique par les médecins généralistes auprès des femmes sourdes en Occitanie. L'objectif secondaire consiste à évaluer les modes de communication et les adaptations éventuellement mis en place par les médecins généralistes lors des consultations avec les patientes sourdes.

2. Matériel et méthode

Cette étude a été réalisée à travers une enquête quantitative par questionnaire auprès des médecins généralistes d'Occitanie. Cette étude a été diffusée pendant huit semaines du 15/05/2023 au 07/07/2023. Les critères d'inclusion étaient d'exercer en médecine générale en Occitanie et d'avoir réalisé au moins un examen gynécologique auprès d'une patiente sourde au cours de sa carrière.

La construction de cette enquête s'appuie sur la méthodologie de rédaction des questionnaires de recherche développée par les chercheurs Gail Sullivan et Anthony Artino. Cette méthodologie consiste à comparer le questionnaire à un ensemble de biais méthodologiques afin de les éviter¹³. Par exemple, une question peut être biaisée car elle ne permet pas aux personnes qui répondent de trouver une réponse à leur situation. Ces questions ont souvent un panel de réponses trop limité ou non adapté. L'exemple des auteurs étant "Depuis combien d'années exercez vous ? : 0-4 ans; 4-12 ans; 12-16 ans." Ces réponses biaisent la question en ne permettant pas à ceux ayant plus de 16 ans d'expérience de répondre mais aussi car ceux ayant 4 ans d'expérience doivent choisir entre deux réponses qui leur correspondent.

Le questionnaire a été élaboré en concertation avec les directeurs de thèse. Les questions permettaient dans un premier temps de s'assurer que les critères d'inclusion étaient respectés. Une définition de la surdité a aussi été jointe au questionnaire. Elle permettait aux médecins de savoir s'ils avaient déjà rencontré une patiente correspondant à la définition retenue pour ce travail de thèse.

Le questionnaire abordait ensuite les spécificités et les adaptations éventuellement rencontrées avec les patientes sourdes. Enfin, il interrogeait la perception de la qualité de la communication

avec les patientes sourdes lors de la réalisation de l'examen gynécologique. L'orientation des questions sur le thème de la communication, au cours de la consultation, est induite par l'importance de cette thématique dans la littérature scientifique médicale, concernant la surdité mais aussi l'examen gynécologique.

Ce questionnaire a été rédigé autour de questions fermées qui permettent de comparer les réponses, en fonction de différents facteurs, ce qui m'a conduit à mener une analyse quantitative.

Après la rédaction du questionnaire, un questionnaire-test a été soumis à un médecin généraliste. L'objectif de ce questionnaire-test était de réduire autant que possible l'influence de biais liés à la rédaction du questionnaire. Certaines questions ont aussi dû être modifiées. Plusieurs options de réponses ont ainsi été ajoutées afin de permettre au questionnaire de correspondre au mieux à l'expérience de chaque médecin.

Le questionnaire était auto-administré. Il a ainsi été transmis par mail aux médecins via le réseau personnel et professionnel, avec l'aide de professionnels repérés dans l'accompagnement de patients sourds et les différents conseils de l'Ordre de l'ensemble des départements d'Occitanie. Le questionnaire a été diffusé à plusieurs reprises par mail entre le 15/05/2023 et le 07/07/2023. Toutes les réponses ont été récoltées anonymement et de manière sécurisée.

Nous avons effectué une déclaration auprès de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) sous le numéro 2023MM61.

Une fois les réponses récoltées, nous avons fait une analyse des données en deux temps. En premier lieu une analyse descriptive des données brutes afin de dégager des conclusions générales de nos résultats. Dans un second temps nous avons isolé des variables afin de comparer les réponses aux questions en fonction de différents facteurs. Nous avons notamment fait le choix de comparer les réponses à plusieurs questions entre les départements avec ou sans UASS. Enfin nous avons mesuré la significativité de nos résultats en utilisant le test Chi-2.

3. Résultats

3.1 Description de la population étudiée

Lors de la transmission du questionnaire le taux de participation était de 12%. L'échantillon retenu est de 75 médecins, parmi 92 réponses (figure 1). Les médecins ayant répondu à l'enquête sont pour deux tiers d'entre eux des femmes et un tiers d'entre eux des hommes. La moyenne d'âge est de 40.6 ans. Un médecin sur deux déclare exercer en zone rurale. Seul un tiers des médecins, environ, déclare exercer la médecine générale seul en cabinet médical. Une majorité de médecins exerce au sein de structures collectives (tableau 1).

Une part importante des médecins de l'échantillon n'a pas reçu de formation spécifique concernant la surdité ou la gynécologie. En effet, les médecins de notre échantillon déclarent à 28% avoir suivi une ou des formations en gynécologie médicale après la fin de ses études supérieures et seulement 3% est formé à la communication avec les sourds (tableau 1).

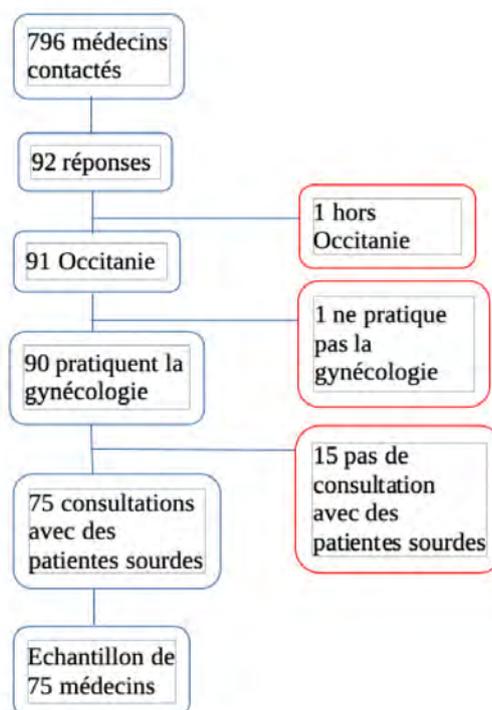


Figure 1. Diagramme de Flux

		n	%
		75	100
<u>Sexe</u>	Femme	49	65
	Homme	26	35
<u>Age</u>	18-34 ans	28	37
	35-54 ans	35	47
	55-70 ans	12	16
	> 70 ans	0	0
<u>Zones géographique</u>	Rural	37	49
	Semi-rural	12	16
	Urbain	26	35
<u>Structures d'exercice</u>	Cabinet médical seul	28	37
	Au sein d'un cabinet médical avec d'autres collègues médecins	27	36
	Au sein d'un cabinet pluri-professionnel avec d'autres professionnels de santé	20	27
	A l'hôpital	11	15
	En salariat (privé)	2	3
	Autre	5	7
<u>Formations post études supérieures</u>	En gynécologie médicale	21	28
	Communication avec les patients sourds	2	3

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés et formations continues



Figure 2. Répartition géographique des médecins participants (*Un médecin a répondu en dehors de l'Occitanie*)

Pourtant, une majorité de médecins (73%) est intéressée pour participer à une formation afin de mieux communiquer avec les patients sourds. Les médecins insatisfaits de la communication avec leurs patientes souhaitent se former pour 93% d'entre eux contre 51% pour les médecins qui se disent satisfaits.

		Intéressé pour se former		Total	p-value*
		Oui = 55 (73%)	Non = 20 (27%)		
Satisfait de la communication avec la patiente sourde	Satisfait	18 (51%)	17 (49%)	35	p < 0,01*
	Insatisfait	37 (93%)	3 (8%)	40	
	Total	55	20	75	

* test du Chi 2, **En gras** : p < 0,05

Tableau 2. Intérêt pour la formation spécifique à la communication avec les sourds en fonction de la satisfaction concernant la communication avec les patientes sourdes

3.2 Les difficultés de communication avec les patientes sourdes

On peut dégager deux typologies de méthodes de communication : celles nécessitant forcément une adaptation du cadre habituel de la consultation par le médecin généraliste (Français écrit, présence d'une personne tierce, application de traduction, images et vidéos en LSF), et celles ne nécessitant pas forcément une adaptation (Français oral utilisé par le patient et lecture labiale). Ainsi 72% (n = 54) des médecins interrogés ont déjà utilisé une méthode de communication nécessitant une adaptation, lors d'une consultation avec une patiente sourde. Aussi, seul 28% (n = 21) des médecins déclarent avoir exclusivement utilisé des méthodes de communication sans adaptation de la consultation (tableau 3).

Méthodes de communication	n =75	%
Français oral	41	55
Français écrit	42	56
Lecture labiale	36	48
Présence d'une tierce personne	35	47
Application de traduction	10	13
Vidéo d'explication en LSF	2	3
Image/iconographie/maquette	1	1
Autre	6	8

Tableau 3. Méthodes de communication utilisées lors d'une consultation gynécologique avec une patiente sourde par les médecins généralistes.

Malgré une adaptation des méthodes de communication pour 72% des médecins (questionnaire), 53% d'entre eux, perçoivent la communication avec leurs patientes sourdes comme insatisfaisante. La difficulté à communiquer entre patiente et médecin généraliste ne permet pas à 64% des médecins généralistes d'expliquer suffisamment le contenu de l'examen

gynécologique (tableau 4) et elles ne permettent pas à 29% des médecins généralistes de recueillir le consentement à l'examen des patientes.

Une majorité des médecins interrogés (72%), déclare appréhender davantage de réaliser un examen gynécologique auprès d'une patiente sourde par rapport à une patiente entendante (tableau 4).

		N=75	100 %
Le MG est satisfait de la communication avec les patientes sourdes	oui	35	47
	non	40	53
Le MG est satisfait de la compréhension de l'examen gynécologique par les patientes	oui	27	36
	non	48	64
Recueil du consentement satisfaisant pour le MG	oui	53	71
	non	22	29
Appréhension du MG de l'examen gynécologique auprès d'une patiente sourde	oui	54	72
	non	21	28
La surdité de la patiente modifie la pratique du MG	oui	54	72
	non	21	28
Influence de la surdité sur la santé gynécologique des patientes	oui	42	56
	non	33	44

Tableau 4. Évaluation de la satisfaction des médecins interrogés concernant la communication au cours de la consultation gynécologique et influence perçue sur la santé gynécologique des patientes

Pour 72% des médecins interrogés, la surdité de leur patiente modifie leur pratique de l'examen clinique (tableau 4). Pourtant plus de la moitié des médecins n'apportent pas d'adaptation

technique lors de l'examen gynécologique d'une femme sourde. Les médecins interrogés déclarent pour 55% (n = 41) soit n'apporter aucune modification lors de l'examen gynécologique d'une femme sourde, soit n'apporter qu'une modification temporelle en rallongeant la durée d'examen soit les deux. Les adaptations techniques sont minoritaires (affiche, utilisation d'un miroir, auto introduction du spéculum, décubitus latéral), dans la mesure où une majorité de médecins déclare ne pas y avoir recours (tableau 5).

Modifications	n =75	%
Rallonger la durée de l'examen	50	67
Adaptation de l'espace pour permettre la présence d'une personne tierce	17	23
Position de décubitus latéral	7	9
Affiche explicative	7	9
Utilisation d'un miroir	3	4
Auto-introduction du spéculum	5	7
Autre adaptation en terme de communication	17	23
Autre adaptation en terme de matériel	3	4
Aucune	25	33

Tableau 5. Les adaptations utilisées par les médecins au cours de l'examen gynécologique avec des patientes sourdes

Pour 56% des médecins interrogés, la surdité a un impact sur la santé gynécologique des patientes sourdes (tableau 4).

Les médecins interrogés ont exprimé spontanément trois problèmes principaux qui expliquent selon eux la dégradation de la santé de leurs patientes sourdes :

- Les difficultés de communication, causent pour 22 médecins une dégradation de la santé gynécologique de leurs patientes, exemple : « *La patiente est perdue et pas capable de communiquer avec moi donc c'est difficile de se comprendre* ».
- Le manque d'information médicale des patientes et leurs difficultés d'accès aux informations explique pour 7 médecins la dégradation de leur santé gynécologique, exemple : « *sur les deux patientes que j'ai vu, les deux avaient des gros problèmes de connaissances concernant les dépistages et les gestes médicaux* ».
- Certains médecins (7 d'entre eux) décrivent des disparités régionales dans les conditions d'accueil des patientes sourdes selon la proximité ou non d'une UASS, exemple : « *Les patientes qui ne peuvent se rendre sur Toulouse pour leur suivi de grossesse doivent se débrouiller dans le 65 avec les médecins généralistes plus ou moins formés et compréhensifs* ».

Les méthodes de communication au cours de la consultation influencent la qualité de la communication avec la patiente et ont des conséquences sur la santé gynécologique. Ainsi, si 53% des médecins sont insatisfaits de la communication avec leurs patientes sourdes (tableau 4), ce chiffre change en fonction du mode de communication utilisé (tableau 6).

De fortes disparités existent dans la perception des conséquences négatives de la surdité sur la santé en fonction de la méthode de communication utilisée. Ainsi, 31% des médecins utilisant le Français oral font le lien de manière significative entre surdité et dégradation de la santé gynécologique contre 79% des médecins utilisant la lecture labiale. (tableau 6).

La présence d'une personne tierce au cours de la consultation et l'utilisation du Français écrit par les médecins rendent la communication insatisfaisante à respectivement 73% et 69% des cas de manière significative ($p < 0,01$) (tableau 6).

Modes de communication		Satisfait de la communication			Conséquences négatives de la surdité sur la santé gynécologique			Total nbre
		oui	non	p- value*	oui	non	p- value *	
Français oral	oui	17 (59%)	24 (41%)	p= 0,32	13 (31%)	28 (69%)	< 0,01	41
	non	18 (53%)	16 (47%)		29 (85%)	5 (15%)		34
Français écrit	oui	13 (31%)	29 (69%)	< 0,01	26 (61%)	16 (39%)	p= 0,25	42
	non	22 (67%)	11 (33%)		16 (48%)	17 (52%)		33
Lecture labiale	oui	14 (39%)	22 (61%)	p= 0,19	28 (79%)	8 (21%)	< 0,01	36
	non	21 (54%)	18 (46%)		14 (36%)	25 (64%)		39
Personne tierce	oui	9 (27%)	26 (73%)	< 0,01	23 (67%)	12 (33%)	p= 0,11	35
	non	26 (65%)	14 (35%)		19 (48%)	21 (52%)		40

* test du Chi 2, **en gras** p < 0,05

Tableau 6. Perception de la communication et des conséquences négatives sur la santé gynécologique liées à la surdité en fonction des méthodes de communication utilisées

3.3 Inégale répartition géographique des difficultés de communication

Environ un médecin sur deux (56%) considère que la surdité de ses patientes a une influence négative sur leur santé gynécologique (tableau 4). La comparaison des données géographiques aux réponses obtenues permet d'apporter un éclairage sur cette question.

Si un médecin sur deux (53%) est insatisfait de la communication avec ses patientes sourdes (tableau 4), ce résultat varie beaucoup selon la zone géographique avec 85% des médecins qui

exercent en zone urbaine qui sont satisfaits de la communication avec leurs patientes sourdes, contre seulement 24% en zone rurale. (tableau 7).

Nous observons de nouveau la même tendance, 78% des médecins exerçant en zone rurale, considèrent que la surdité des patientes influence négativement leur santé gynécologique, au contraire de la majorité en zone urbaine qui est de 23% ($p < 0,01$) (tableau 7). La communication ainsi que la santé gynécologique des patientes sourdes, est perçue différemment en fonction du lieu d'exercice.

Les disparités dans les réponses en fonction des zones géographiques sont particulièrement visibles lorsqu'on sépare les médecins exerçant dans des départements disposant d'une UASS du reste des médecins : 85% des médecins exerçant dans un département disposant d'une UASS sont satisfaits de la communication avec leurs patientes sourdes, contre seulement 27% pour ceux qui exercent dans un département sans UASS ($p < 0,01$) (tableau 7).

La majorité des médecins généralistes exerçant dans des départements ne disposant pas d'UASS considèrent que la surdité des patientes influence négativement leur santé gynécologique à 73%, contrairement aux médecins exerçant dans un département disposant d'une UASS qui est de 23% (tableau 7).

		Satisfait de la communication			Conséquences négatives de la surdité sur la santé gynécologique			Total
		Oui	Non	p-value*	Oui	Non	p-value*	
Occitanie	oui	35 (47%)	40 (53%)	NC **	42 (56%)	33 (44%)	NC **	75
	non	0	0		0	0		
Rural	oui	9 (24%)	28 (76%)	< 0,01	29 (78%)	8 (22%)	< 0,01	37
	non	26 (68%)	12 (32%)		13 (34%)	25 (66%)		38
Semi-rural	oui	4 (33%)	8 (67%)	p= 0.31	8 (67%)	4 (33%)	p= 0.42	12
	non	31 (49%)	32 (51%)		34 (54%)	29 (46%)		63
Urbain	oui	22 (85%)	4 (15%)	< 0,01	6 (23%)	20 (77%)	< 0,01	26
	non	13 (27%)	36 (73%)		36 (73%)	13 (27%)		49
Départements avec UASS	oui ***	22 (85%)	4 (15%)	< 0,01	6 (23%)	20 (77%)	< 0,01	26
	non ****	13 (27%)	36 (73%)		36 (73%)	13 (27%)		49

* test du chi 2, **en gras** p < 0,05 ** Non calculable *** 31 et 34 **** 09,11,12,30,32,46,48,65,66,81,82

Tableau 7. Répartition géographique des difficultés de communication et des conséquences sur la santé gynécologique perçues par les médecins interrogés

Une large majorité (89%) des médecins exerçant dans un département avec UASS mais aussi en zone urbaine (81%), ont déjà réorienté vers les UASS ou dans une autre structure une patiente sourde pour réaliser un examen gynécologique (p < 0,01). Au contraire, dans les départements sans UASS, 27% ont déjà réorienté une patiente pour son examen gynécologique (p < 0,01) (tableau 8).

Sur le plan géographique, les départements où le français oral est le plus utilisé (81% d'utilisation dans les départements avec UASS selon tableau 8) sont aussi les départements où les médecins sont les plus satisfaits de la communication avec leurs patientes sourdes (85% de satisfaction selon tableau 7).

		Réorientation			Utilisation du Français oral			Total
		Oui	Non	p- value*	Oui	Non	p- value*	
Rural	oui	10 (27%)	27 (73%)	< 0,01	15 (41%)	22 (59%)	p= 0,02	37
	non	26 (68%)	12 (32%)		26 (68%)	12 (32%)		38
Semi-rural	oui	5 (42%)	7 (58%)	p= 0,63	7 (58%)	5 (42%)	p= 0,78	12
	non	31 (49%)	32 (51%)		34 (54%)	29 (46%)		63
Urbain	oui	21 (81%)	5 (19%)	< 0,01	20 (77%)	6 (23%)	< 0,01	26
	non	15 (31%)	34 (69%)		11 (22%)	38 (78%)		49
Départements avec UASS	oui **	23 (89%)	3 (11%)	< 0,01	21 (81%)	5 (19%)	< 0,01	26
	non ***	13 (27%)	36 (73%)		20 (41%)	29 (59%)		49

* test du Chi 2, **en gras p < 0,05** ** 31 et 34 *** 09,11,12,30,32,46,48,65,66,81, 82

Tableau 8. Utilisation du français oral et réorientation des patientes sourdes pour la réalisation de l'examen gynécologique en fonction de la zone géographique

4. Discussion

Cette étude a mis en lumière d'importantes difficultés de communication entre les médecins généralistes d'Occitanie et les patientes sourdes, au cours des consultations gynécologiques. En effet, 53% des médecins se déclarent insatisfaits de la communication avec leurs patientes sourdes, et ce tout au long de la consultation. Il y a d'importantes disparités géographiques, au sein de l'Occitanie, concernant la santé gynécologique des patientes sourdes. Selon les médecins, les patientes sourdes n'auraient pas les mêmes conditions de consultation en fonction des départements et la santé gynécologique serait influencée plus négativement par leur surdité dans certains espaces géographiques. Tous les territoires sont touchés par des difficultés de communication, mais dans les départements de l'Hérault et de la Haute-Garonne, la communication entre le médecin et la patiente sourde lors des consultations gynécologiques est meilleure que dans le reste de l'Occitanie.

4.1 Une communication difficile

Les patients sourds sont parfois dans l'incapacité de prendre rendez-vous du fait d'expériences négatives de communication avec le corps médical¹⁴. Cela implique des retards de diagnostic et a un impact dans la prévention. Des difficultés similaires existent au cours de la consultation comme nous l'avons vu dans notre questionnaire. La part importante de médecins insatisfaits (53%) illustre les difficultés de communication au cours des consultations¹⁵, que l'on retrouve chez les patients sourds avec 67% qui se déclarent satisfaits de la communication avec leur médecin généraliste¹⁶. Ils relèvent un sentiment de ne pas être compris et une impossibilité pour comprendre les observations du médecin lorsque celles-ci sont adressées en Français oral. Les difficultés liées à la communication surviennent tout au long du parcours de soins. Ces

difficultés influencent négativement la santé des patients sourds¹⁷. Les problèmes de communication peuvent amener à des « *erreurs de diagnostic* » car certains patients n'arrivent pas expliquer clairement leurs symptômes et leur ressenti.

L'expérience des sourds et des médecins nous renseigne sur l'existence d'adaptations dans la communication au cours de la consultation¹⁸. Ainsi, 72% des médecins généralistes d'Occitanie utilise une méthode de communication nécessitant une adaptation de la part du médecin (Français écrit ou personne tierce présente au cours de la consultation), lors des consultations gynécologiques. Les adaptations des modalités de communication sont-elles décidées en fonction des besoins du médecin ou des patientes ? Le fonctionnement des UASS est construit autour de l'idée d'utiliser, au cours de la consultation, le mode de communication choisi par le patient, y compris la LSF¹⁹. Les médecins généralistes plébiscitent la présence d'un interprète ou intermédiaire au cours de la consultation²⁰. Pourtant l'accès à un interprète en LSF est souvent très difficile, les délais sont souvent longs avec peu de disponibilités et coûteuse²¹. Il semble opportun de garantir la présence d'un professionnel locuteur de LSF pour tous les patients sourds qui en font la demande. Le développement de solutions (unités hospitalières, réseaux de santé..) permettant la coordination entre professionnels de santé entendants, patients sourds et professionnels de la LSF nous apparaît comme une avancée nécessaire.

4.2 Les difficultés d'accès aux soins

Tous les territoires sont touchés par des difficultés de communication, mais dans les départements urbains avec UASS, la communication entre le médecin et la patiente sourde lors des consultations gynécologiques est meilleure que dans les départements ruraux. Les patientes sourdes sont plus souvent réorientées afin de réaliser leur examen gynécologique dans les

meilleures conditions. Comme nous l'avons vu, dans les départements avec UASS, une part bien plus importante des médecins que dans les départements sans UASS réoriente les patientes sourdes pour la réalisation de l'examen gynécologique. Dans les départements qui se trouvent à plusieurs heures de route d'une UASS, la réorientation de la patiente est plus difficile. Dans les départements avec UASS, 81% des médecins utilisent le Français oral comme mode de communication. Au cours de la consultation gynécologique, les médecins sont davantage satisfaits de la communication dans les départements avec UASS. Ces disparités de communication participent à l'existence pour les patientes d'inégalités d'accès aux soins gynécologiques²². Ces disparités liées à l'accès à la santé peuvent induire des retards de diagnostic. Il semble nécessaire de développer la santé en LSF dans les zones qui n'ont pas accès à une UASS. Dans les territoires ruraux, les Réseaux Sourds Santé permettent ainsi de garantir l'accès à un interprète en LSF pour le patient et ils coordonnent aussi des actions de prévention à destination des personnes sourdes. A ce jour, aucun dispositif Réseau Sourds Santé n'est implanté en Occitanie. Grâce à un secrétariat accessible aux sourds, à des permanences d'accueil en LSF au sein des hôpitaux périphériques et à des consultations accompagnées par un interprète LSF-Français, les Réseaux Sourds Santé, permettent aux sourds de se soigner en LSF en dehors des UASS.

4.3 Entre médecins entendants et patients sourds, une communication en langue étrangère ?

Les médecins généralistes rapportent souffrir, pour 53% d'entre eux de difficultés de communication avec les patientes sourdes au cours des consultations gynécologiques. Les patients sourds décrivent eux même des difficultés de communication²³. Ces difficultés n'ont rien de spécifique aux médecins généralistes dans la mesure où elles sont rapportées dans l'ensemble

des spécialités²⁴. Le patient sourd locuteur en LSF et le médecin ne parlent pas la même langue, ce qui accentue les difficultés de communication. Ces mêmes difficultés sont observées sur le territoire Français avec les populations Allophones qui ne maîtrisent pas le Français²⁵. Pourtant la LSF est une langue officielle de l'état Français. La barrière de la langue entraîne des difficultés au cours des consultations qui impliquent parfois certaines erreurs ou retards de diagnostic. Certaines institutions et certains pays ont fait le choix de la présence systématique de l'interprète au cours de la consultation pour limiter cette barrière. Des adaptations au cours de la consultation et de l'examen gynécologique sont rapportées par les médecins dans leur pratique, ces adaptations comportent certaines limites²⁶.

En effet, l'utilisation du Français écrit ou de la lecture labiale, ont parfois des aspects négatifs (difficulté de compréhension, illettrisme) qui influencent souvent la qualité de la relation patient-médecin. Le choix du mode de communication revient au médecin alors que lorsqu'ils ont le choix les sourds choisissent systématiquement la LSF, langue dans laquelle ils sont le plus à l'aise²⁷. Dans les départements où les UASS sont présentes, les médecins, ont une perception plus positive de la prise en charge gynécologique des patientes sourdes. Les UASS sont reconnues pour permettre une amélioration de la prise en charge médicale des sourds²⁸.

Le choix du mode de communication au cours de la consultation gynécologique est influencé par des variables extérieures au médecin et à la patiente : possibilités de réorientation, accès aux soins en LSF... Un phénomène analogue est notamment documenté dans les pays et les espaces où cohabitent une importante diversité linguistique²⁹. Dans ces espaces comme pour les sourds, si l'accès aux soins dans la langue du patient, dont la LSF, est possible, les patients sont alors réorientés. Il semble nécessaire de permettre au patient d'accéder à une consultation selon son mode de communication préféré, y compris la LSF.

4.4 Limites et forces de l'étude

Une des principales force de cette thèse est qu'elle a permis d'approfondir un sujet peu abordé dans la littérature, celui de la santé gynécologique des femmes sourdes. Certaines études mettent en lumière l'accès aux soins des personnes sourdes et les problèmes de communication pendant les consultations de médecine générale mais aucune étude n'a, à notre connaissance abordé le sujet de la santé gynécologique. Les questionnaires ont également, permis de recueillir des réponses auprès d'un panel de médecins très diversifié à la fois géographiquement (12 des 13 départements d'Occitanie) mais aussi concernant les lieux d'exercice assez divers.

Nous avons pu recueillir l'avis de professionnels aux réalités médicales très diversifiées et qui ont de grosses différences dans leur rapport à la surdité des patientes. L'étude a permis de récolter la perception et le ressenti des médecins généralistes. Elle nous a aussi renseigné sur leur expérience personnelle concernant les consultations gynécologiques avec les patientes sourdes. Enfin l'utilisation de la méthode quantitative a permis d'apporter une certaine solidité méthodologique à cette étude. En effet, cette méthode permet la comparaison de données chiffrées au sein de la thèse. Cela nous a notamment permis d'isoler des variables afin de donner plus de sens aux données récoltées.

Cette étude présente certaines limites. Le taux de réponse, d'environ 12%, est relativement faible mais reste une bonne participation pour un sujet ne concernant pas tous les médecins généralistes. De même, les caractéristiques des médecins recueillies ne représentent pas exactement le panel des médecins généralistes en France. En effet, dans l'étude, l'âge moyen, 40 ans est plus faible que dans l'ensemble des médecins en France et la part des femmes est plus importante.

5. Conclusion

La relation entre sourds et médecins généralistes est à la croisée des chemins. Entre minorité linguistique et population en situation de handicap, les sourds sont le révélateur de l'inclusivité du système de soins Français. Les médecins décrivent d'importantes difficultés de communication avec les patientes sourdes. Malgré certaines adaptations des méthodes de communication, l'incompréhension règne au cours des consultations gynécologiques. L'implantation d'une UASS joue un rôle dans la qualité de la communication entre médecins et patientes sourdes. Les départements où les UASS sont implantées sont aussi ceux où la communication est la meilleure. Il est nécessaire de garantir pour les patientes sourdes l'accessibilité de la santé selon le mode de communication préféré, y compris la LSF.

Il semble difficile de dégager une piste qui permet d'augmenter rapidement la qualité de la prise en charge médicale des sourds. L'implantation systématique des UASS dans les départements n'est pas une solution miracle. Le nombre de patients sourds souhaitant consulter en LSF dans les départements ruraux reste trop faible pour envisager de créer de telles unités. Il semble opportun d'envisager l'implantation de Réseaux Sourds Santé afin de permettre aux patients sourds d'accéder à la santé en LSF y compris lorsqu'ils n'ont pas accès aux UASS. Ces réseaux au cahier des charges particulier permettent de couvrir des zones plus importantes en prenant en compte le nombre réel de patients sourds ayant besoin de cet accompagnement et pourraient permettre d'accéder à une meilleure égalité dans les parcours de soins pour les patients sourds.

Références bibliographiques

- 1- Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psychosomatique. 2002 ; vol. no 27 : p. 81-92.
- 2- Organisation Mondiale de la Santé. World Report on Hearing. Genève 2021 : OMS.
- 3- INSEE. Étude quantitative sur le handicap auditif à par de l'enquête Handicap-Santé. Paris. Direction des statistiques démographiques et sociales ; 2014 : 156 p.
- 4- Organisation Mondiale de la Santé. World Report on Hearing. Genève 2021 : OMS
- 5- République Française. Article L-114 du Code de l'action sociale et des familles. Journal officiel du 11 fév 2005, p 1.
- 6- Villechevrolle, M. . L'histoire des Sourds est un sport de combat: Réflexions sur l'écriture de l'histoire des sourds depuis le XIXe siècle. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 2013; vol no.64: p. 41-52.
- 7- Direction de l'hospitalisation et des soins. Circulaire N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007. 2007 ; Non paru au journal officiel : p. 29.
- 8- Sitbon et Al. Baromètre santé sourds et malentendants 2011 2012. Paris. Baromètres santé : INPES éditions; 2012, 298 p.
- 9- Agence Régionale de Santé. Schéma régional de santé 2022. Toulouse :ARS Occitanie.
- 10- Mauffrey V, Berger T, Hartemann P et al. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative. Santé Publique. 2016 ;Vol. 28 : p. 213-221.
- 11- Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005; vol no.17: p. 109-119.
- 12- Sitbon et Al. Baromètre santé sourds et malentendants 2011 2012. Paris. Baromètres santé : INPES éditions;2012, 298 p.
- 13- Sullivan G, Artino A. (2017). How to Create a Bad Survey Instrument. Journal of graduate medical education. 2017; vol no. 9: p.411– 415.
- 14- Sitbon et Al. Baromètre santé sourds et malentendants 2011 2012. Paris. Baromètres santé : INPES éditions;2012, 298 p.
- 15- Mauffrey V, Berger T, Hartemann P et al. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative. Santé Publique. 2016 ;Vol. 28 : p. 213-221.
- 16- Sitbon et Al. Baromètre santé sourds et malentendants 2011 2012. Paris. Baromètres santé : INPES éditions; 2012, 298 p.

- 17- Alexander A, Paddy L, Powell S et al. Deafness might damage your health. *Lancet*. 2012 ; vol. no 379 : p. 979-981.
- 18- Orrie S, Motoshi T. Challenges experienced by healthcare workers in managing patients with hearing impairment at a primary health care setting: a descriptive case study. *South African Family Practice*. vol no.60 :p. 207-211
- 19- Direction de l'hospitalisation et des soins. Circulaire N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007. 2007 ; Non paru au journal officiel : p. 29.
- 20 - Alexander A, Paddy L, Powell S et al. Deafness might damage your health. *Lancet*. 2012 ; vol. no 379 : p. 979-981.
- 21- Amoros T, Bonnefond H, Martinez C. Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. *Santé Publique*. 2014 ; vol. no26 p. 205-215.
- 22- 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*. 2018 Jan 23;18(1):93.
- 23- Mauffrey V, Berger T, Hartemann P et al. Comment les patients Sourds perçoivent-ils leur prise en charge en médecine générale. Enquête qualitative. *Santé Publique*. 2016 ;Vol. 28 : p. 213-221.
- 24- Orrie S, Motoshi T. Challenges experienced by healthcare workers in managing patients with hearing impairment at a primary health care setting: a descriptive case study. *South African Family Practice*. vol no.60 :p. 207-211.
- 25- Leglise I. Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones. *Culture et recherche*.2011 ; vol no. 125 : p.10-11.
- 26- Alexander A, Paddy L, Powell S et al. Deafness might damage your health. *Lancet*. 2012 ; vol. no 379 : p. 979-981.
- 27- Mongourdin B, Karacostas A. Les unités régionales hospitalières d'accueil et de soins pour les sourds. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2015 ; vol no. 798, p. 42 – 43.
- 28- Amoros T, Bonnefond H, Martinez C. Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. *Santé Publique*. 2014 ; vol. no26 p. 205-215.
- 29- Orrie S, Motoshi T. Challenges experienced by healthcare workers in managing patients with hearing impairment at a primary health care setting: a descriptive case study. *South African Family Practice*. vol no.60 :p. 207-211.
- 30-Allermoz E. Les Patients sourds savent à qui s'adresser. *Médecins*. 2020 ; vol no. 66 : p.10-11.
- 31- Bedoin D. I. Qui sont les sourds ?. Dans : *Sociologie du monde des sourds*. Paris: La Découverte; 2018. p. 7-22.

- 32-Vanderstraeten M. II. Définir, c'est exclure : le cas du handicap. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*. 2015 ; vol. no 74, p. 91-108 .
- 33- Bedoin D. III. Représentations et conceptions de la surdité. Dans : *Sociologie du monde des sourds*. Paris: La Découverte. 2018 : p. 49-68.
- 34- Esclattier T. Communication avec les patients non francophones ou illettrés dans le cadre des urgences dentaires de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière : création de fiches avec système pictographique adaptées spécifiquement aux urgences dentaires. Paris : Sciences du Vivant; 2020, 89 p.
- 35- Marin I, Farota I, Larchanché S et al. Soigner en langue étrangère. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2012 ; vol no. 111 : p. 11-19.
- 36- Charles R, Bonnefond H. Le généraliste et les Sourds. Première partie : culture Sourde et médecins. *Médecine*. 2009 ; vol no.9: p.401-403.
- 37- Legeay, M. & Saillard, J. (2013). Favoriser l'accès à la santé des sourds et malentendants : exemple d'atelier d'éducation aux médias. *Santé Publique*. 2013; vol no. 2: p. 235-239.
- 38- Dagron J. Sourds et soignants, deux mondes une médecine. Paris. In press éditions ; 1999 : 169 p.
- 39- Mottez B. Les sourds existent-ils ?. Paris. L'harmattan ; 2006 : 388 p.

Annexe 1- Développement sur la surdité

On distingue deux types de surdité : la surdité congénitale et acquise. La surdité congénitale renvoie à une surdité présente dès la naissance ou qui apparaît les premières années de vie. La cause peut être des complications survenant au cours de la grossesse, lors de l'accouchement ou être liée à des facteurs génétiques. A contrario, la surdité acquise désigne la perte auditive qui survient au cours de la vie adulte d'un individu. Les principales étiologies de la surdité acquise sont les maladies infectieuses, les traumatismes de l'appareil auditif, l'exposition à des niveaux sonores excessifs et le vieillissement. Il est difficile de retenir une définition unique de la surdité dans la mesure où elle désigne des pertes auditives plus ou moins importantes en fonction des individus.

Elle peut aussi être classée en fonction de l'atteinte anatomique. En effet, une surdité de perception touche l'oreille interne, il s'agit d'une anomalie de la transformation du signal sonore en influx nerveux et de la transmission au système nerveux. Elle peut aussi être responsable de d'autres anomalies comme des troubles de l'équilibre. La surdité de transmission touche, quant à elle, l'oreille externe et moyenne et entraîne alors une incapacité à transmettre la conduction des vibrations de l'air (chaînes des osselets ou tympan).

L'OMS classe la surdité en quatre catégories en fonction du niveau de perte auditive exprimé en décibels (dB) :

1. Légère : la perte auditive est comprise entre 26 et 40 décibels (dB).
2. Moyenne : la perte auditive est comprise entre 41 et 60 dB.
3. Sévère : la perte auditive est comprise entre 61 et 80 dB.
4. Profonde : la perte auditive est supérieure à 81 dB.

Annexe 2- Définition du handicap

Le handicap est un concept largement répandu qui reste pourtant difficile à définir avec précision. Le modèle appelé « bio-médical » à longtemps dominé dans la définition du handicap. Le handicap est, selon ce modèle, une dégradation des conditions de vie d'un individu ayant pour cause un problème de santé. Ce modèle envisage donc la guérison ou l'adaptation du patient afin de lui permettre de vivre dans de meilleures conditions. Il s'agit par exemple d'une déficience de mobilité liée à un accident, dont il faudrait réduire les conséquences avec l'aide de la rééducation.

Dans les années 1970 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a entamé un processus de réflexion concernant le handicap, s'inscrivant dans l'émergence du « modèle social » du handicap. La volonté était alors d'offrir un modèle moins centré sur l'individu, pour mieux prendre en compte l'impact environnemental sur les situations de handicap. Le juriste Maxime Vanderstraeten décrit ainsi le « modèle social » du handicap : *« Le handicap est vu comme une interaction entre l'individu et son environnement, les personnes handicapées l'étant non en raison de leurs caractéristiques physiques, mais plutôt du fait que la société est organisée d'une manière qui les exclut et les marginalise ».*

En février 2005 la loi pour l'égalité des chances est publiée en France, elle définit légalement le handicap :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une

altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La définition retenue n'est pas centrée sur les caractéristiques et déficiences des individus, mais sur les limitations d'activité et de participation sociale.

La convention relative aux droits de personnes handicapées (CDPH) adoptée en 2006 par l'ONU transforme le « modèle social » du handicap en une volonté politique d'inclusion des personnes handicapées. Cette convention adoptée par de nombreux états, engage les signataires à promouvoir une société plus inclusive. L'article premier de cette convention donne une définition pertinente pour définir les personnes en situation de handicap : *« des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».*

Cette définition inspirée du « modèle social » permet de prendre en compte les variables environnementales dans la définition du handicap et des personnes en situation de handicap.

La recherche concernant la surdité est traversée par une tension entre le modèle médical, considérant les sourds comme porteurs d'un déficit sensoriel à réparer et le modèle social soulignant la dimension interactionnelle et culturelle. Dans ce contexte apparaît alors un courant de pensée appelé « *deaf studies* » dans les années 1970. Ce courant de pensée défend l'idée d'un « modèle social sourd » qui permettrait de penser la surdité en dehors des normes des « entendants ». Selon ces auteurs, la surdité n'est pas un handicap en soi mais elle peut créer des situations de handicap à cause de l'inadaptation de la société aux sourds.

Annexe 3- Le 114

Depuis 2011, le 114, un numéro d'urgence, est accessible par sms pour toutes les personnes ayant des difficultés pour communiquer au téléphone. Ce numéro concerne donc entre autres les sourds. Le numéro agit comme un intermédiaire entre les personnes en situation d'urgence et les services de secours (18, 15 et 17). Les agents travaillant au sein de cette plateforme téléphonique composent une équipe mixte entre professionnels sourds et entendants. La création de ce numéro gratuit et accessible en continu correspond à un besoin d'égalité dans l'accès aux soins d'urgence.

Annexe 4- Histoire médicale des sourds en France

Au Moyen Âge, les médecins croyaient que la surdité pouvait être causée par des désordres dans les humeurs du corps ou par des péchés commis dans une vie antérieure. Le traitement médical réservé aux sourds était alors emprunt de superstition et de croyances religieuses. Ils imposaient alors aux sourds des traitements douloureux voire inhumains : cautérisation des oreilles, saignées et perforation du tympan. Les personnes sourdes au moyen-âge vivaient une véritable marginalisation de la société, qui a été accentuée par le manque de connaissances médicales à l'époque sur la surdité. Pour autant plusieurs figures historiques ont permis d'envisager une meilleure compréhension de la surdité et une meilleure intégration des sourds dans la société. Au XVIIe et XVIIIe siècles, des médecins comme Boerhaave et Morgagni ont commencé à explorer des causes physiques de la surdité, telles que des dommages aux osselets de l'oreille. Ces deux médecins ont participé à une meilleure compréhension de la surdité.

L'abbé de l'Épée, un prêtre français du 18ème siècle a joué un rôle important dans l'histoire de l'éducation des sourds. Il s'agit de l'un des fondateurs de l'éducation des sourds en France et a commencé à apprendre une langue gestuelle qui sera une avant garde de la LSF.

En 1771, il a ouvert l'Institution Nationale des Sourds-Muets à Paris, qui fut la première école pour sourds en France. Il a développé une méthode d'enseignement basée sur la langue des signes, qui devait permettre aux sourds de communiquer et de s'éduquer de manière efficace. Il a également créé un système d'écriture pour la langue des signes afin de permettre l'alphabétisation des sourds en France.

Malgré tout, le congrès de Milan de 1880 réunissant plusieurs nations Européennes interdit la langue des signes au profit de l'oralisation. Cette décision a pratiquement anéanti l'usage de la langue des signes qui ne sera vraiment utilisée qu'après la seconde guerre mondiale. Dans les années 1970 plusieurs associations et organisations militantes réhabilitent l'usage de la langue des signes et construisent la langue des signes française (LSF) dans sa forme contemporaine. La LSF a alors été soutenue et encouragée par l'état Français dans une démarche d'inclusion des personnes sourdes. Le Sénat reconnaît en 2005 la LSF comme une langue officielle et la LSF a fait son apparition en 2008 comme une option au Baccalauréat.

Annexe 5- Questionnaire de Recherche

THÈSE : Femmes sourdes et examen gynécologique: perception des médecins généralistes

Je m'appelle Melody MITARD, et dans le cadre de ma thèse de médecine générale je réalise un état des lieux de l'examen gynécologique des femmes sourdes par les médecins généralistes en Occitanie. Cette thèse est dirigée par le Dr DRUEL et le Dr EL MALIKI.

Ce questionnaire dure moins de 5 minutes, il est anonyme et confidentiel. Il est destiné aux médecins généralistes d'Occitanie qui pratiquent la gynécologie et ayant déjà reçu une patiente sourde en consultation.

Merci de votre participation précieuse à cette démarche de recherche.

Caractéristiques générales

Question 1- Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Autre

Question 2 - Quel âge avez vous ?

Question 3 - Vous exercez (plusieurs choix possibles):

- en cabinet médical
- seul
- au sein d'un cabinet pluri-professionnel
- à l'hôpital
- en salariat
- autre

Question 4 - Dans quel département exercez vous :

- Gers
- Ariège
- Gard
- Hautes Pyrénées
- Hérault
- Tarn
- Tarn et Garonne

- Aude
- Pyrénées orientales
- Lozère
- Lot
- Aveyron
- Haute-Garonne
- En dehors de l'Occitanie

Question 5 - Comment définiriez vous votre pratique ?

- Rurale
- Urbaine
- Semi-rurale

Pratique de la gynécologie

Question 6 - Avez vous une pratique de gynécologie ?

- Oui
- Non

Question 7 - Avez vous suivi une formation en gynécologie après vos études supérieures ?

- Oui
- Non

Pratique auprès des patientes sourdes

Question 8 - Avez vous déjà accueilli une patiente sourde dans le cadre d'une consultation gynécologique ?

- Oui
- Non

Question 9 - Avez vous déjà réorienté une patiente sourde pour la réalisation de son examen gynécologique ?

- Oui
- Non

Accueil d'une patiente sourde et communication

Question 10 - Avez vous déjà reporté un examen gynécologique pour une patiente du fait de sa surdité ?

- Oui
- Non

Question 11 - Quelles sont les techniques et outils de communication que vous avez déjà utilisés au cours d'une consultation ?

- Français oral utilisé par le patient
- Français écrit
- Lecture labiale
- Personne tierce présente au cours de la consultation

- Vidéo explicative en LSF
- Maquette/iconographie/ images/ schémas
- Application de traduction
- Autre

Question 12 - Quelles sont les adaptations et méthodes de communication qui vous semblent les plus adaptées lors d'une consultation gynécologique avec une patiente sourde ?

- Français oral utilisé par le patient
- Français écrit
- Lecture labiale
- Personne tierce présente au cours de la consultation
- Vidéo explicative en LSF
- Maquette/iconographie/ images/ schémas
- Application de traduction
- Autre

Question 13 - Quelles sont les adaptations que vous avez dû mettre en place au cours d'un examen gynécologique d'une femme sourde?

- Auto introduction du spéculum
- Position décubitus latéral
- Réorganisation de l'espace pour permettre la présence de l'interprète
- Utilisation d'un miroir
- Présence d'une affiche explicative de l'examen gynécologique à proximité du divan d'examen
- Rallonger la durée d'examen
- Autre adaptation en terme de communication
- Autre adaptation en terme de matériel utilisé
- Aucune

Question 14 - Avez vous déjà reçu une formation spécifique pour communiquer avec les patients sourds ?

- Oui
- Non

Examen gynécologique

Question 15 - Avant de réaliser l'examen gynécologique, diriez vous que vous parvenez à recueillir le consentement de vos patientes sourdes de manière:

- Satisfaisante
- Insatisfaisante

Question 16 - Quelle perception de la communication entre vous et les patientes sourdes avez vous?

- Satisfaisante
- Insatisfaisante

Question 17 - Avant de réaliser l'examen gynécologique comment évaluez vous la compréhension du contenu de l'examen par les patientes sourdes?

- Satisfaisante
- Insatisfaisante

Question 18 - Comment évaluez-vous la qualité du suivi gynécologique que vous réalisez auprès de vos patientes sourdes?

- Satisfaisante
- Insatisfaisante

Perception de l'examen gynécologique

Question 19 - Diriez vous que vous appréhendez davantage l'examen gynécologique lorsque vous le réalisez auprès d'une patiente sourde, par rapport à vos patientes entendantes?

- Oui
- Non

Question 20 - Considérez vous que la surdité de la patiente modifie votre pratique au cours de l'examen clinique?

- Oui
- Non

Question 21 - Considérez vous que la surdité de vos patientes a des conséquences négatives sur leur santé gynécologique?

- Oui
- Non

si oui : pourquoi ?

Question 22 - Seriez-vous intéressé pour participer à une formation afin de mieux appréhender les problématiques liées à la surdité dans le milieu médical ?

- Oui
- Non

Abstract

En Français

Introduction

Des difficultés d'accès à la santé pour les patients sourds sont régulièrement relevées. Ces difficultés sont notamment liées à la communication entre patients et médecins. La place de la relation médecin-patiente est primordiale dans la santé gynécologique des femmes sourdes. L'objectif principal est de réaliser un état des lieux de la pratique de l'examen gynécologique par les médecins généralistes auprès des femmes sourdes en Occitanie.

Matériel et méthode

De mai à juillet 2023, nous avons réalisé une étude quantitative par questionnaire transmis par mail, afin d'évaluer la perception des médecins généralistes d'Occitanie concernant l'examen gynécologique des femmes sourdes. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste en Occitanie et d'avoir déjà réalisé un examen gynécologique auprès d'une patiente sourde au cours de sa carrière.

Résultats

Sur les 796 médecins contactés, nous avons obtenu 92 réponses mais 75 ont été retenus dans l'étude. Les médecins généralistes d'Occitanie sont insatisfaits de la communication avec les patientes sourdes pour 53% d'entre eux, malgré certaines adaptations des méthodes de communication. Les difficultés de communication liées à la surdité de la patiente influencent négativement leur santé gynécologique dans 56% des cas. Les médecins ont une perception différente de la communication avec les patientes sourdes en fonction du département d'exercice. Dans les départements avec une UASS, 85% sont satisfaits contre 27% dans les départements sans UASS.

Discussion

Nous observons d'importantes difficultés de communication, notamment au cours de l'examen gynécologique. La création des UASS a une influence sur la santé gynécologique des patientes sourdes, il semble donc nécessaire d'améliorer la présence de la santé en LSF dans la région. La création de dispositifs de coordination des professionnels de santé, des patients et des professionnels de la LSF, dans les départements ruraux est une piste intéressante.

Résumé en Anglais

Evaluation of general practitioners of Occitanie perception regarding gynecological examination with deaf women. Toulouse, 2023.

Introduction

Difficulties for deaf people to access healthcare system are often emphasized. Those difficulties are caused by the lack of communication between deaf patients and doctors. The patient-doctor relationship is very important in the gynecological health of deaf women. This study aims to describe the state of play of gynecological practice by general practitioners to deaf patients in Occitanie.

Method

From May to July 2023, we realised a quantitative study, using a questionnaire, to evaluate the perception of Occitanie's general practitioners concerning the gynecological examination of deaf women. The included doctors are general practitioners in Occitanie and have already realised at least one gynecological examination with a deaf woman.

Résultats

Amongst 796 contacted doctors, 75 have been included in the study after 92 total answers. Occitanie's general practitioners are describing difficulties of communication with deaf patients for 53% of them., despite some adaptations during consultations. The difficulties of communication linked to the deafness of the patient affects her gynecological health (56%). Doctors have a different perception of the communication with deaf patients in the departments with an UASS, where 85% are satisfied than in the departments without UASS where 27% are satisfied.

Discussion

We observed important difficulties of communication especially during gynecological practice. The creation of UASS has a positive influence on the gynecological health of deaf patients, it seems important to develop the reach of consultations in LSF. The creation of structures of coordination in rural areas, seems like a good idea, to provide access to deaf patients to healthcare in LSF.

AUTEUR : MITARD Mélody

TITRE : Evaluation de la perception des médecins généralistes d'Occitanie concernant l'examen gynécologique des femmes sourdes.

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr EL MALIKI Clémence et Dr DRUEL Vladimir

LIEU ET DATE DE LA SOUTENANCE : 6 Novembre 2023 à Toulouse Rangueil

Résumé :

Des difficultés de communication sont régulièrement relevées entre les patientes sourdes et les médecins généralistes. L'objectif de cette thèse est de réaliser un état des lieux de la pratique de l'examen gynécologique par les médecins généralistes auprès des femmes sourdes en Occitanie. De mai à juillet 2023 nous avons réalisé une enquête quantitative par questionnaire auprès de 75 médecins généralistes d'Occitanie ayant déjà réalisé un examen gynécologique auprès d'une femme sourde. Pour 53 % des médecins la communication est insatisfaisante et pour 56% d'entre eux la surdité de la patiente a une influence négative sur sa santé. Les difficultés de communication sont perçues différemment en fonction du département d'exercice. Dans les départements avec une UASS, 85% sont satisfaits contre 27% dans les départements sans UASS. Nous observons d'importantes difficultés de communication, notamment au cours de l'examen gynécologique. La création des UASS a une influence sur la santé gynécologique des patientes sourdes, il semble donc nécessaire d'améliorer la présence de la santé en LSF dans la région.

Resume :

Difficulties for deaf people to access healthcare system are often emphasized. The patient-doctor relationship is very important in the gynecological health of deaf women. This study aims to describe the state of play of gynecological practice by general practitioners to deaf patients in Occitanie. From May to July 2023, we realised a quantitative study, using a questionnaire, to evaluate the perception of 75 general practitioners in Occitanie who have already realised at least one gynecological examination with a deaf woman. Occitanie's general practitioners are describing difficulties of communication with deaf patients for 53% of them. Doctors have a different perception of the communication with deaf patients in the departments with an UASS, where 85% are satisfied than in the departments without UASS where 27% are satisfied. We observed important difficulties of communication. The creation of UASS has a positive influence on the gynecological health of deaf patients, it seems important to develop the reach of consultations in LSF.

Mots-Cl s : Gynécologie, sourds, communication

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE