



LA SANTÉ DES PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES

Données issues de l'enquête Baromètre santé
sourds et malentendants 2011/2012

Ce document présente quelques résultats de la première enquête de l'Inpes sur les comportements et l'état de santé des personnes concernées par une surdité ou des troubles de l'audition. Les sujets abordés sont la santé mentale, la situation au regard de l'emploi, le recours et l'accès aux soins, les attentes vis-à-vis de l'information sur la santé, la consommation de substances psychoactives et la vie sexuelle.

CONTEXTE

Le Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) est une enquête menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il s'agit d'une déclinaison d'une enquête de l'Inpes en population générale, le Baromètre santé 2010, qui interroge les perceptions et les comportements liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France métropolitaine.

Le BSSM s'est intéressé aux personnes concernées par une surdité mais aussi à celles qui ont des troubles de l'audition tels que des acouphènes (sifflements ou bourdonnements) ou de l'hyperacou-

sie (amplification de l'audition au point parfois de devenir douloureuse).

Cette étude qui propose des résultats sur plusieurs sujets de santé auprès de ces populations est une première. La santé mentale, la santé au travail, l'accès à l'information et aux soins, les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, ou encore la sexualité ont entre autres été questionnés. La mise en œuvre de l'étude s'est appuyée sur une mobilisation exceptionnelle des institutions, professionnels et associations concernés. L'enquête a été motivée par un manque de données sur la santé de ces populations qui échappent souvent aux enquêtes, généralement réalisées par téléphone.

MÉTHODE D'ENQUÊTE

POPULATION DE RÉFÉRENCE

L'enquête BSSM a été réalisée en 2011/2012 auprès de 2 994 personnes de 15 ans et plus vivant avec une acuité auditive réduite et/ou présentant des troubles de l'audition. L'objectif était d'obtenir une diversité de répondants en termes d'âge, de niveau de surdité ou de niveau de gêne engendrée par les troubles de l'audition, du moment de survenue de la surdité ou des troubles de l'audition et de la pratique ou non de la langue des signes. L'échantillon est essentiellement composé de personnes devenues sourdes avant 60 ans. Parmi les personnes interrogées, 900 sont locutrices de la langue des signes française (LSF) et 900 se disent très gênées par des troubles de l'audition (expression prise ici pour désigner les acouphènes et/ou l'hyperacousie). Ces effectifs sont importants au regard des enquêtes antérieures conduites auprès des populations sourdes et malentendantes réalisées à l'étranger et en France.

Le nombre de personnes sourdes ou malentendantes en France est estimé à environ sept millions par l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM). Parmi elles, le nombre de personnes sourdes pratiquant la LSF n'est pas précisément connu mais se situe

vraisemblablement autour de 100 000. D'après les enquêtes Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) et HSM, elles seraient respectivement aux environs de 80 000 et 56 000 personnes, mais ces données sont certainement sous-évaluées dans la mesure où aucun dispositif spécifique d'enquête n'avait été prévu pour les interroger. Ces mêmes enquêtes permettent d'estimer à environ deux millions le nombre de personnes vivant avec des acouphènes.

MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'un questionnaire sur Internet. Pour inciter les personnes concernées à participer à l'étude, une large publicité a été faite *via* différents réseaux (associatifs, institutionnels, de professionnels de santé) et moyens de communication (e-mailings, bandeaux sur des sites Internet, prospectus et affiches, vidéos, articles, etc.). Pour ne pas exclure les répondants n'ayant pas accès à Internet, un dispositif d'enquête complémentaire à domicile a été mis en œuvre, avec le concours des associations, pour aider ces populations à répondre à l'enquête en ligne. L'échantillon ainsi constitué ne peut cependant prétendre à la représentativité des populations sourdes et malentendantes.

Le questionnaire a été adapté à partir du Baromètre santé 2010 et réduit, afin que la passation n'excède pas trente minutes en moyenne. Le parti pris a été de conserver un maximum de sujets de santé malgré une réduction du nombre de questions. Un sondage par Internet auprès de professionnels et de personnes concernées, sur les thématiques jugées prioritaires, a permis d'orienter ce choix. En outre,

des thèmes considérés comme importants pour les personnes interrogées ont été ajoutés ou étoffés. Il s'agit de la santé au travail, de la parentalité et des questions directement en lien avec la surdité ou les troubles de l'audition. Le questionnaire a été adapté en langue des signes, de sorte qu'à chaque question écrite correspondait, sur la même page Internet, une vidéo en LSF.

SANTÉ MENTALE

Vivre avec une audition altérée n'a pas les mêmes conséquences selon l'âge de survenue de la surdité, le niveau d'acuité auditive, les moyens pour communiquer (français, LSF, aides humaine et technique, etc.) ou encore la présence de troubles auditifs tels que des acouphènes ou de l'hyperacousie. Pour autant, quelle que soit la situation du point de vue de l'audition, la perception de la santé, en particulier psychique, semble particulièrement dégradée parmi les personnes interrogées dans le BSSM.

En comparaison avec la population générale interrogée dans le Baromètre santé 2010 [\[tableau 1\]](#) :

- deux fois plus de répondants du BSSM déclarent une santé mauvaise ou médiocre ;
- presque trois fois plus sont concernés par une détresse psychologique ;
- les répondants du BSSM déclarent cinq fois plus de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et près de trois fois plus de tentatives de suicide au cours de la vie.

TABLEAU 1 Comparaison d'indicateurs relatifs à la qualité de vie et la santé mentale dans le BSSM 2011/2012 et le Baromètre santé 2010 (données redressées)

	BSSM (chez les non- pratiquants de la LSF)	BSSM (chez les pratiquants de la LSF)	Baromètre santé 2010 (population générale)
Santé perçue médiocre ou mauvaise (15-75 ans)	24,3 %	14,1 %	9,8 %
Détresse psychologique dans les quatre dernières semaines*	46,8 %	42,7 %	16,7 %
Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois	21,4 %	18,4 %	3,9 %

* La détresse psychologique est définie par le MHI-5 (Mental Health Index). Ce score est construit à partir des réponses à cinq questions : « Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous êtes senti très nerveux/si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral/calme et détendu/triste et abattu/heureux ? » avec les modalités de réponses « tout le temps/souvent/quelquefois/rarement/jamais ». On considère que les individus dont le score est strictement inférieur à 56 sont en détresse psychologique.

La détresse psychologique est importante quel que soit le profil sociodémographique ou la situation du point de vue de l'audition. Cependant, il est plus fréquemment déclaré quand les personnes indiquent :

- une fatigue liée à la communication au quotidien;
- des troubles de l'audition (acouphènes et/ou hyperacousie) très gênants dans la vie quotidienne;
- d'autres incapacités physiques (liées à des problèmes moteurs, cardiorespiratoires, visuels et/ou des douleurs);

- des violences psychologiques subies durant les douze derniers mois et, pour les hommes, des violences sexuelles au cours de la vie.

Il est à noter que les agressions physiques ou psychologiques déclarées au cours de l'année et les violences sexuelles subies au cours de la vie sont deux à trois fois plus fréquentes qu'en population générale.

SANTÉ ET TRAVAIL

SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Les symptômes de mal-être sont, par ailleurs, fortement attribués aux situations de travail :

- 34,0 % de la population active est en situation de détresse psychologique attribuée au travail (vs 5,4 % en population générale);
- 10,3 % des actifs ont pensé à se suicider au cours des douze derniers mois en raison de leur situation professionnelle (vs 1,4 % en population générale);
- 3,5 % des actifs déclarent une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de la vie pour raisons professionnelles (vs 0,6 % en population générale).

La détresse psychologique et les pensées suicidaires pour raisons professionnelles sont plus fréquentes chez les personnes qui déclarent beaucoup de difficultés à entendre et chez celles qui ont des difficultés à comprendre leurs collègues à l'écrit ou à l'oral.

Les personnes qui déclarent une « fatigue physique » au travail présentent plus souvent des troubles de l'audition très gênants. Ce sont également elles qui indiquent davantage de « fatigue nerveuse » au travail, ainsi que celles qui ne s'expriment pas en LSF.

Le mal-être au travail est associé à des situations particulières. Il est plus fréquent quand les personnes rencontrent des difficultés de communication avec les collègues de travail. Un tiers (33,9 %

des actifs occupés exprime des difficultés à se faire comprendre des collègues (à l'écrit ou l'oral) et plus des deux tiers (69,9 %) ont des difficultés à comprendre les collègues quand ces derniers leur parlent ou écrivent. Une souffrance au travail est également liée à une moindre autonomie décisionnelle, à un manque de ressources (faible soutien des collègues, moyens insuffisants pour faire un travail de qualité) ou encore à des situations d'exigence de productivité ou de tension avec le public. Ces mauvaises conditions de travail sont plus souvent rapportées qu'en population générale (Baromètre santé 2010). Paradoxalement, beaucoup sont gênées par le bruit sur le lieu de travail, même si cela concerne moins les personnes dont l'acuité auditive est très réduite.

Cette souffrance liée au travail n'est cependant pas systématique, 18 % déclarant un mieux-être lié à la vie professionnelle. Ce sont plus souvent des locuteurs de la LSF mais aussi des personnes bénéficiant de conditions plus favorables (davantage de soutien des collègues, de moyens pour faire un travail de qualité, moins de situations de tension avec le public).

SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI

Au regard des données du Baromètre santé 2010, la proportion des 15-64 ans du BSSM en activité est sensiblement inférieure à celle de la population

générale, et le niveau de chômage y est plus élevé. Plus de la moitié (53,6 %) des personnes au chômage sont en demande d'une aide humaine dans leur recherche d'emploi.

Parmi les salariés, une personne sur cinq (21,2 %) déclare travailler à temps partiel (27,2 % des femmes vs 9,1 % des hommes). Dans un quart des situations, le temps partiel est motivé par des raisons de santé ou de handicap. Comme en population générale, le temps partiel subi (imposé par l'employeur) est plus important pour les hommes que pour les femmes.

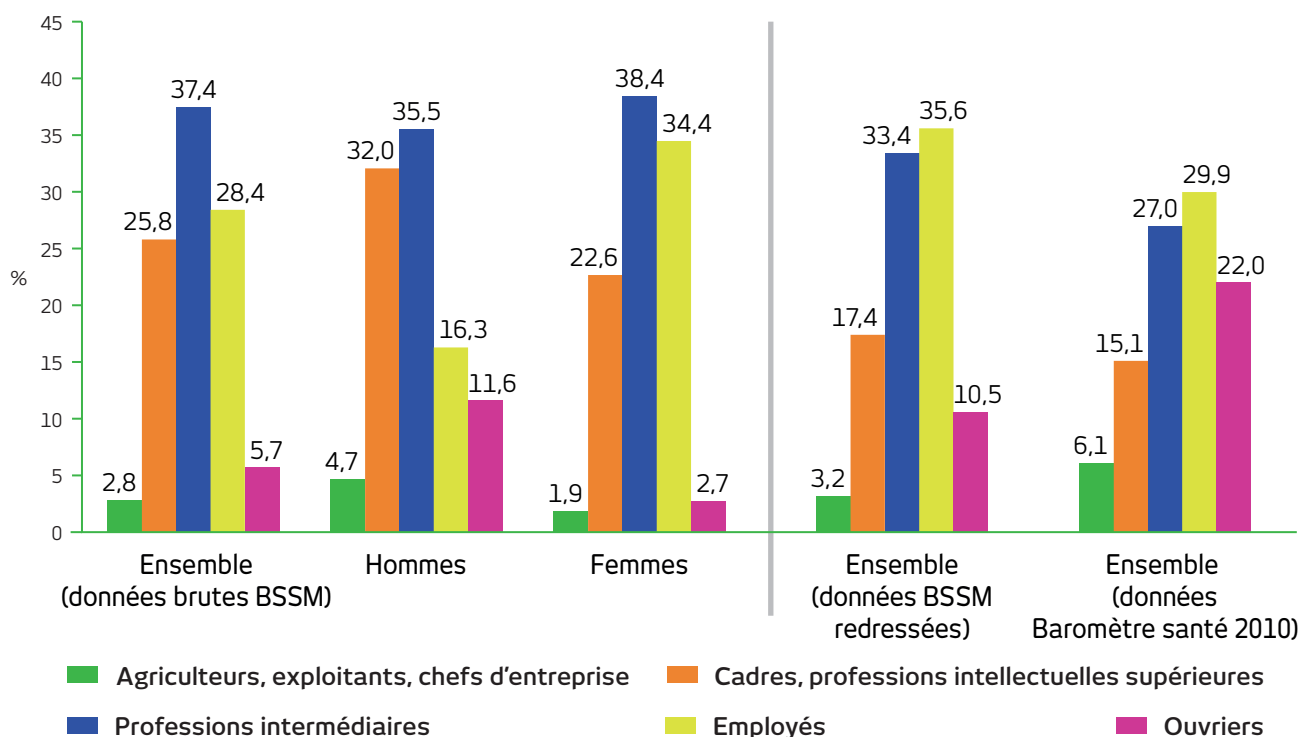
En comparaison avec la population du Baromètre santé 2010, celle du BSSM se caractérise par une proportion significativement plus élevée de professions intermédiaires et employés, ainsi que par une proportion plus faible d'ouvriers et de travailleurs indépendants [figure 1].

RECONNAISSANCE DU HANDICAP

Plus de six actifs occupés sur dix (63,1 %) bénéficient d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH); 93,6 % parmi les personnes qui n'entendent pas du tout ou sont locutrices de la LSF. Près d'un salarié sur dix (8,9 %) bénéficie d'un temps de travail aménagé; une situation étroitement associée au fait de bénéficier d'une reconnaissance de travailleur handicapé.

Un quart (24,9 %) des actifs occupés déclare bénéficier d'aides personnelles pour communiquer dans leur travail. Si les aides sont proportionnées à la capacité à entendre, près de la moitié (43,2 %) des personnes qui indiquent ne pas entendre du tout et deux tiers de celles qui entendent avec beaucoup de difficultés (65,2 %) travaillent sans aucune aide. En outre, seules 38,5 % des personnes ayant une RQTH bénéficient d'aides au travail.

FIGURE 1 Proportion d'actifs occupés par sexe et catégorie socioprofessionnelle dans le BSSM 2011/2012 et le Baromètre santé 2010



Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

ACCÈS ET RECOURS AUX SOINS

CONSULTATION DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Depuis une dizaine d'années, le dispositif d'aides et de recours aux soins des personnes sourdes a considérablement évolué, notamment par la reconnaissance de la langue des signes, la création de consultations adaptées ou encore par la formation des professionnels de santé. Pour autant, la communication avec les professionnels de santé demeure difficile en présence d'une surdité et peut, en particulier pour ceux dont la situation économique est défavorable, peser sur l'accès aux soins et la qualité des prises en charge.

En comparaison avec la population générale, celle du BSSM se caractérise par un recours plus fréquent au médecin généraliste, au psychologue ou au psychiatre, ainsi qu'à l'acupuncteur. Ce résultat est à mettre en relation avec une fréquence plus importante de maladies chroniques et de situations de détresse psychologique. En matière de suivi contraceptif ou gynécologique, les femmes du

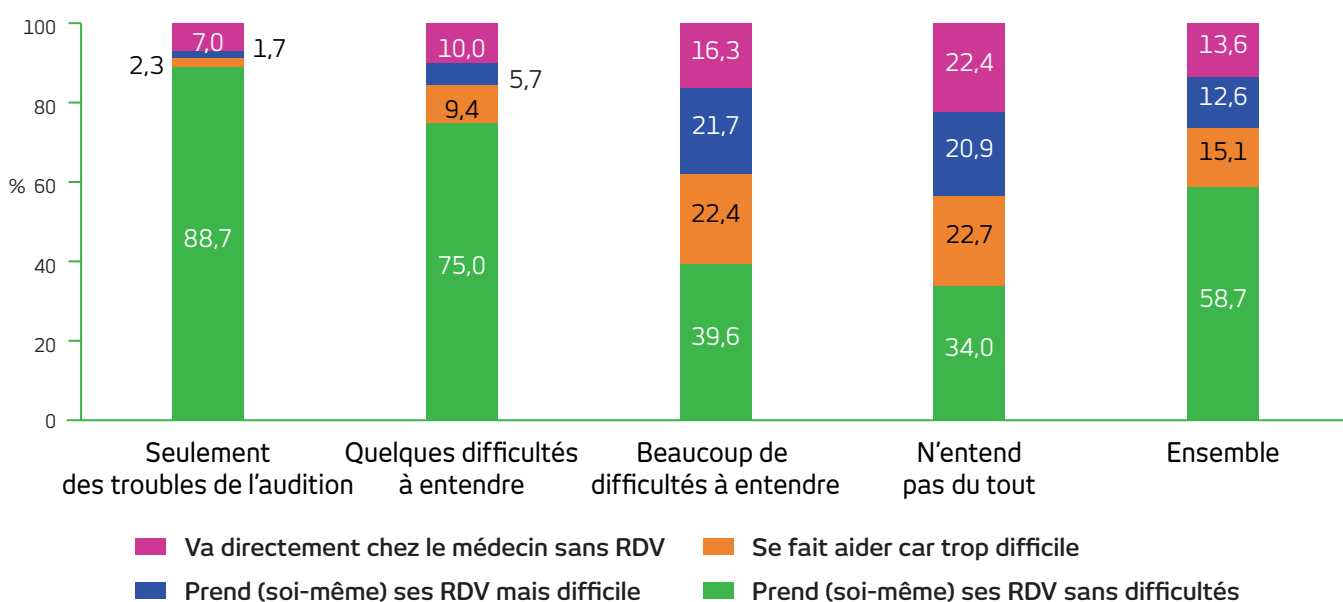
BSSM ont moins fréquemment consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois. Enfin, les consultations d'ORL diminuent régulièrement avec l'avancée en âge et sont plus fréquentes parmi les personnes se déclarant fortement gênées par les troubles de l'audition (66,6 % vs 45,4 %).

Au cours des douze derniers mois, 20,2 % des personnes interrogées ont consulté un service médical adapté pour personnes sourdes et malentendantes. Les sourds locuteurs de la LSF sont proportionnellement plus nombreux à fréquenter ces services (24,6 % vs 18,2 %).

DÉPISTAGE DU CANCER

Le recours à trois types de dépistage du cancer a été interrogé. Parmi les 50-74 ans, huit femmes sur dix ont effectué une mammographie au cours des deux dernières années, proportion que l'on retrouve à l'identique en population générale. Les femmes du BSSM sont, en revanche, un peu moins nombreuses à avoir réalisé un frottis au cours des trois dernières

FIGURE 2 Capacité à prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste selon l'acuité auditive perçue (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

années, écart qui n'existe plus lorsque l'on considère l'examen au cours de la vie. Chez les hommes, de la même manière, les 50-74 ans sont proportionnellement moins nombreux à avoir effectué un dépistage du cancer colorectal lors des deux dernières années, mais y ont davantage eu recours au cours de leur vie.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE RECOURS AUX SOINS

Deux profils de personnes ont, au cours des douze derniers mois, rencontré des difficultés particulières concernant le recours aux soins :

- les personnes souffrant de maladies chroniques et/ou de troubles de l'audition.

Elles se trouvent fortement représentées parmi les enquêtés déclarant avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières. Ces populations ne pourraient faire face à un besoin très important en matière de consultations spécialisées. Une forte consommation de soins peut aussi être le signe d'une absence de réponse satisfaisante, en particulier aux troubles de l'audition ;

- les locuteurs de la LSF et/ou ayant des difficultés d'expression orale.

Ils se retrouvent plus fréquemment parmi ceux indiquant n'avoir jamais consulté de spécialiste dans l'année, ou parmi ceux évoquant des difficultés dans leurs prises de rendez-vous avec un médecin généraliste (41,3 % de ceux qui ont consulté sont dans cette situation) [figure 2]. Ces difficultés retardent dans 30 % des cas les visites et, pour 18,0 %, les empêchent fréquemment de consulter.

Le BSSM a par ailleurs questionné les moyens de communication avec les médecins et les difficultés qui pouvaient se présenter à ce niveau. Les sourds pratiquant la LSF font davantage partie de la minorité (5,7 %) ayant systématiquement recours à un tiers pour communiquer avec le médecin. Dans ce cas, il est fait appel six fois sur dix à l'aide d'un proche, une fois sur quatre à un interprète et une fois sur dix à un technicien de l'écrit. L'aide d'une tierce personne peut s'avérer gênante pour la moitié des personnes concernées, au point que la moitié d'entre elles renonce à des soins.

INFORMATION SUR LA SANTÉ

L'information sur la santé, qu'elle soit transmise par les médias ou lors d'échanges avec les professionnels de santé, constitue un enjeu particulier pour les personnes sourdes et malentendantes en raison d'un accès difficile à l'information. Les informations audio sont exclues pour ceux dont la surdité est la plus sévère, mais aussi la vidéo en l'absence de sous-titres. Le mode de communication des professionnels de santé n'est pas toujours adapté aux besoins des patients, et la présence d'un interprète pour ceux qui pratiquent la LSF ou d'un codeur en langue française parlée complétée (LPC)¹ n'est pas toujours facile à organiser. Par ailleurs, pour les personnes sourdes depuis

la petite enfance, la compréhension de l'écrit peut être restreinte, faute d'apprentissages adaptés, et n'est pas toujours compensée, notamment par des informations en LSF.

Pour autant, le sentiment d'information des publics concernés par le BSSM est globalement similaire à celui observé en population générale (Baromètre santé 2010). La question a en effet été posée de savoir si les personnes se sentaient bien informées sur une dizaine de sujets de santé tels que les maladies sexuellement transmissibles, le cancer ou la maladie d'Alzheimer. En revanche, dans certaines situations, les personnes se sentent moins souvent bien informées. C'est notamment le cas pour celles qui ont des difficultés pour lire, s'exprimer à l'oral, ou pour qui la surdité est survenue de manière précoce.

1. Le code LPC aide à comprendre le français à partir de codes réalisés par la main près du visage et permettant de compléter ce qui est dit. Il vise à éviter les confusions de la lecture labiale.

Les craintes vis-à-vis de sujets tels que les accidents de la vie courante, le cancer ou la maladie d'Alzheimer ont ensuite été questionnées. Il s'avère qu'elles ne sont pas plus élevées que dans le Baromètre santé 2010. En revanche, le taux de non-réponse à cette question augmente avec les difficultés de lecture, ce qui est sans doute le reflet d'un manque de connaissances sur les sujets en question.

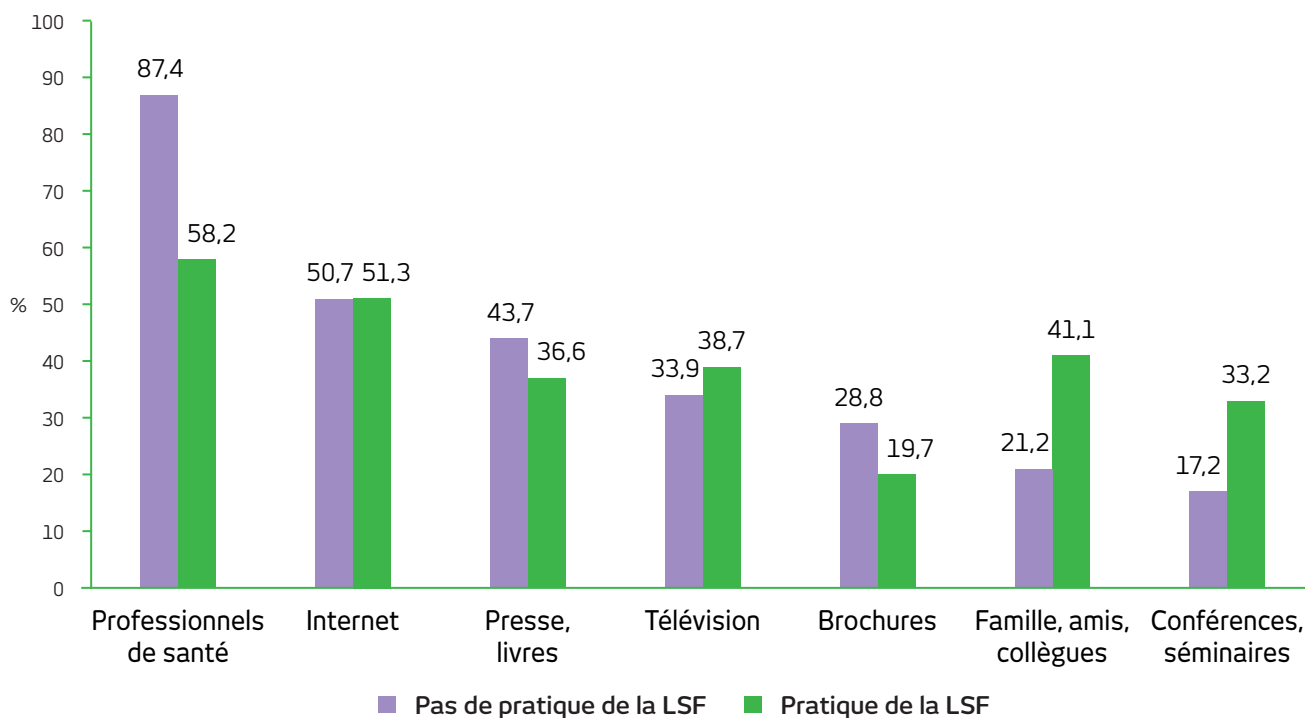
À la question de savoir quels étaient les moyens préférés pour recevoir de l'information ou des conseils sur la santé, les enquêtés ont placé en tête les professionnels de santé (79 % des répondants), devant Internet (51 %) et l'écrit (presse, livres : 42 %) [figure 3]. Pour ceux qui pratiquent la LSF ou pour qui l'accès à la lecture est restreint, l'information issue de l'entourage ainsi que les conférences en langue des signes occupent une place plus im-

portante, au détriment des sources papier et des professionnels qui ne pratiquent pas la LSF.

L'utilisation d'Internet pour chercher de l'information sur la santé concerne plus des trois quarts des personnes interrogées, contre un tiers de l'échantillon du Baromètre santé 2010. Logiquement, ce média est particulièrement investi par les populations de l'enquête dans la mesure où il remplace pour partie le téléphone, la radio et la télévision pour s'informer et échanger.

À la question de savoir si les personnes souhaitent de l'information sur la santé, 36 % répondent positivement. Les locuteurs de la LSF sont intéressés par une grande variété de sujets et en particulier par les maladies graves. Ceux qui ne pratiquent pas la LSF demandent en priorité de l'information sur les troubles de l'audition et la surdité.

FIGURE 3 Sources d'information préférées, selon que les personnes pratiquent ou non la langue des signes française (en pourcentage)



Source : BSSM 2011/2012, Inpes.

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les niveaux de consommation de trois substances psychoactives interrogés dans la population du BSSM, à savoir le tabac, l'alcool et le cannabis, diffèrent de ceux de la population générale (Baromètre santé 2010).

On constate ainsi une moindre fréquence du tabagisme quotidien (-11 points) et des alcoolisations ponctuelles importantes (consommation d'au moins 6 verres lors d'une même occasion) au cours de l'année (-7 points) ou au moins une fois par mois (-7 points).

En revanche, aucune différence n'est constatée concernant la consommation d'alcool au cours de l'année, la consommation quotidienne ou celle à risque chronique ou de dépendance.

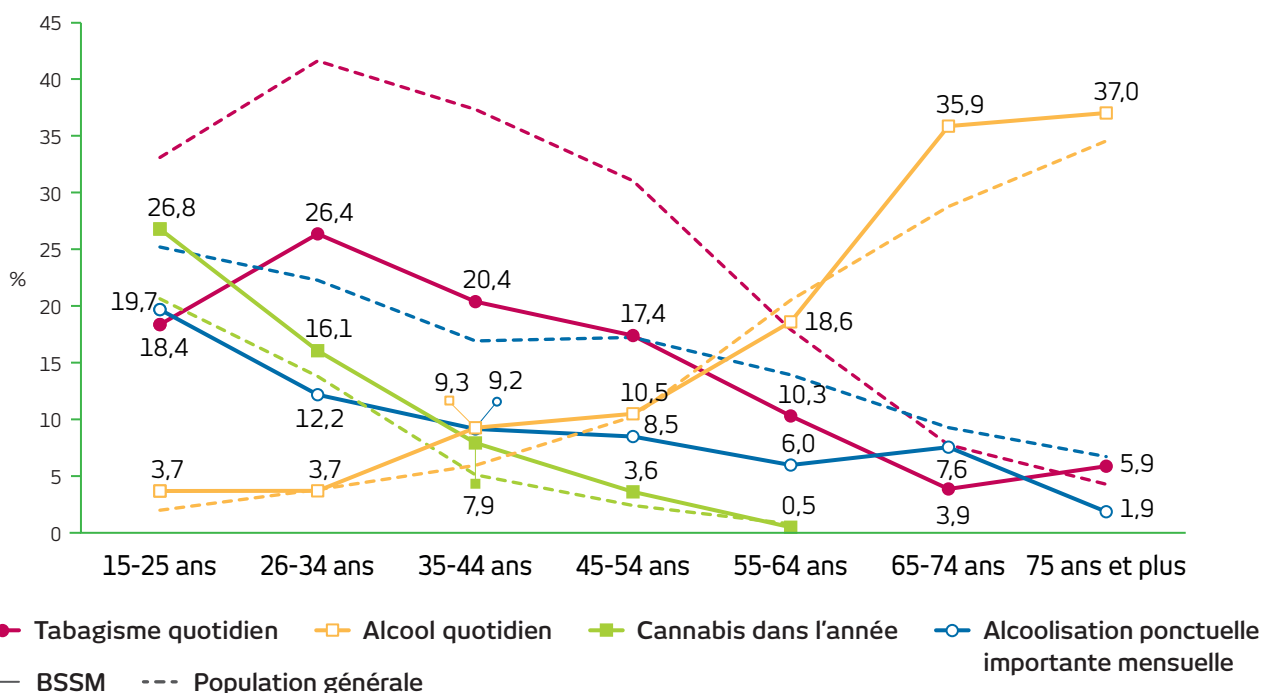
Enfin, l'expérimentation de cannabis se révèle un

peu plus fréquente parmi les personnes ayant répondu au BSSM (+6 points). Cependant, les usages récents et réguliers sont du même ordre que ceux observés en population générale.

Dans les deux enquêtes, les pratiques suivent les mêmes tendances en fonction de l'âge des répondants. La hiérarchie des boissons consommées à un rythme hebdomadaire fait cependant exception chez les plus jeunes, pour qui le vin est préféré à la bière dans le BSSM.

Les études internationales corroborent en partie ces résultats, le tabagisme déclaré se révélant souvent plus faible parmi les personnes sourdes ou malentendantes par rapport à la population générale. Cela concerne plus particulièrement celles dont la surdité est apparue précocement. La situation est plus contrastée concernant l'alcool [figure 4].

FIGURE 4 Comparaison des principaux indicateurs de consommation de substances psychoactives entre le BSSM 2011/2012 et le Baromètre santé 2010, selon l'âge



Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

SEXUALITÉ ET PRISES DE RISQUES

Les questions liées à la sexualité des personnes sourdes ou malentendantes sont peu abordées dans les études françaises et étrangères. Lorsqu'elles l'ont été, elles traitaient surtout des infections sexuellement transmissibles (IST) en lien avec un risque accru de transmission du VIH chez les sourds locuteurs de la langue des signes, initialement observé dans les années 1990. Ces résultats révélaient des lacunes en matière d'accès à l'information, à la prévention et aux soins.

Dans le BSSM, comme dans le Baromètre santé 2010 en population générale, les questions relatives à la sexualité ont été posées aux personnes âgées de 15 à 54 ans.

L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ

Parmi les 15-54 ans, neuf personnes sur dix rapportent avoir déjà eu une expérience sexuelle. L'âge médian au premier rapport sexuel, calculé pour les 15-29 ans, s'établit à 18,2 ans pour les hommes et 18,4 ans pour les femmes, soit plus d'une année plus tard qu'en population générale.

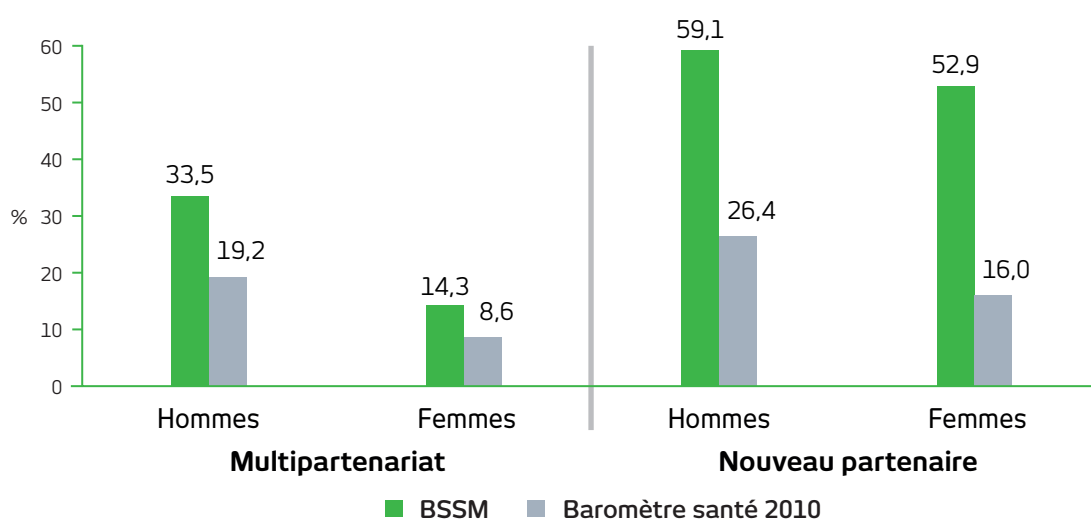
Parmi les personnes âgées de 15 à 29 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 16,0 % déclarent ne pas avoir vraiment souhaité leur première expérience sexuelle et 2,5 % déclarent avoir été forcés. Les femmes rapportent plus que les hommes ne pas avoir souhaité ce premier rapport (24,8 %), soit deux fois plus que les femmes en population générale.

MULTIPARTENARIAT, NOUVEAU PARTENAIRE ET PRÉSERVATIF

Avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois est plus fréquemment cité dans le BSSM (une personne sur cinq sexuellement active dans les douze mois) qu'en population générale. Cela s'accompagne d'une proportion plus importante de personnes ayant déclaré un nouveau partenaire sexuel au cours des douze derniers mois (51,4 %) [figure 5].

L'utilisation du préservatif avec le ou les nouveaux partenaires est significativement moins fréquente qu'en population générale. Près d'un tiers déclare ne l'avoir « jamais » utilisé et seulement un tiers déclare l'avoir « toujours » utilisé.

FIGURE 5 Multipartenariat et nouveau partenaire dans les douze derniers mois selon le sexe, parmi les 15-54 ans sexuellement actifs au cours de l'année, dans le BSSM 2011/2012 et le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)



Sources : BSSM 2011/2012, Baromètre santé 2010, Inpes.

EXPÉRIENCES HOMOSEXUELLES

La population du BSSM se distingue de la population générale par des expériences homosexuelles plus fréquentes. Chez les 15-29 ans, plus d'un homme sur six et près d'une femme sur trente déclarent que leur première expérience a été partagée avec une personne du même sexe. Au cours de la vie, 9,5 % des hommes déclarent avoir eu des rapports exclusivement homosexuels et 9,2 % disent avoir eu des relations avec des hommes et des femmes (respectivement 3,4 % et 8,1 % chez les femmes).

DÉPISTAGE DU VIH ET DES IST

Parmi les personnes sexuellement actives interrogées, deux tiers déclarent avoir réalisé un dépistage du VIH au cours de leur vie. Chez les hommes, ce recours au dépistage apparaît nettement supérieur à celui observé en population générale (62,2 % vs 50,3 %). De la même façon, les hommes déclarent plus fréquemment qu'en population générale une IST au cours des cinq dernières années (5,9 % vs 2,0 %).

CONTRACEPTION ET IVG

Plus des trois quarts des femmes âgées de 15 à 54 ans déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse, soit autant qu'en population générale. La répartition des moyens de contraception utilisés est, quant à elle, différente de celle observée dans le Baromètre santé 2010. Les femmes interrogées sont moins nombreuses à déclarer avoir recours à la pilule pour principale méthode (43,3 %), mais utilisent plus le préservatif (18,2 %) ou une méthode locale ou naturelle (8,9 %). Aucune différence n'est observée quant à l'utilisation d'un dispositif intra-utérin, utilisé par un quart d'entre elles, ou de nouveaux moyens de contraceptions tels que le patch, l'anneau, l'implant ou l'injection (2,9 %).

Plus d'un tiers des femmes ayant déjà été enceintes déclarent avoir eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de la vie, soit 23,9 % de l'ensemble des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives, proportion supérieure à celle observée en population générale (18,5 %).

PERSPECTIVES

Afin de prévenir et de prendre en charge les états de souffrance psychologique particulièrement saillants dans l'échantillon du BSSM, il semble prioritaire de réfléchir :

- à l'accès au travail et à l'amélioration des conditions de travail, qui sont fortement associés aux états de souffrances psychologiques ;
- à la mise à disposition de prises en charge adaptées des troubles psychiques et du risque suicidaire ;
- à la façon de lutter contre les violences subies mises en évidence dans cette enquête.

Une attention particulière doit aussi porter sur l'accès aux soins et à l'information sur la santé, en particulier pour les personnes ayant des difficultés d'accès à la lecture, et sur le renforcement des pratiques préventives en matière de sexualité.

Des analyses secondaires et des études supplémentaires, notamment sur l'état de santé mentale, les violences et les pratiques sexuelles, mériteraient d'être conduites pour consolider ces données et en rechercher de façon plus fine les processus.



Pour connaître les résultats complets de l'enquête, la méthodologie spécifique et la bibliographie détaillée, se reporter à l'ouvrage :
Sitbon A., dir. *Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012*.
Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2015 : 296 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1690.pdf>
(disponible au format PDF).