

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 octobre 2017 à Poitiers

Par M. Mathieu AUTIN

Evaluation de la prise en charge des patients sourds signants par le service d'accueil des urgences de Poitiers
--

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres :

Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Monsieur le Docteur Mathieu PUYADE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jérôme LAUBRETON

Monsieur le Docteur Pierre VANDINGENEN

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 octobre 2017 à Poitiers

Par M. Mathieu AUTIN

Evaluation de la prise en charge des patients sourds signants par le service d'accueil des urgences de Poitiers
--

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres :

Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Monsieur le Docteur Mathieu PUYADE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jérôme LAUBRETON

Monsieur le Docteur Pierre VANDINGENEN

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECCQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ, pour me faire l'honneur de faire partie de ce jury et de le présider. Merci d'avoir pu m'intégrer dans cette famille que sont les Urgences, de me permettre de réaliser le travail que je souhaite.

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, je vous remercie de faire partie de ce jury, ainsi que d'avoir cru à l'Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds de Poitiers. Merci aussi de votre implication dans le développement de celle-ci.

A Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD, d'avoir accepté de siéger à ce jury. Merci d'accepter ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Mathieu PUYADE, merci de ta disponibilité et de ton aide précieuse dans ce monde que sont les statistiques pour moi. Merci ainsi que de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

A mes directeurs de Thèse, Monsieur le Docteur Jérôme LAUBRETON et Monsieur le Docteur Pierre Vandingenen, merci de votre implication, de votre dévouement, de votre aide aussi précieuse. Je pense que cette thèse vous est grandement due également. Je ne vous remercierai jamais assez de ce travail, merci énormément ! Et merci de votre support durant cette période !

A toi ma sœur, sans qui je n'aurais pas eu l'inspiration initiale de ce sujet de thèse. Merci d'avoir été là dans mon enfance, de faire ce que tu fais et d'être ce que tu es. Je vous souhaite à toi et ton mari le plus heureux des avenir au-delà des difficultés de reconnaissance du monde Sourd dans notre société.

A toi, Adeline, pour m'avoir tantôt porté, tantôt supporté, pour partager ma vie. Tu es ma fierté, ma passion et tout ce qui compte pour moi, contre vents et marées. J'espère que nous serons bientôt en mesure de réaliser toutes nos ambitions !

A vous mes parents et ma famille, d'avoir été les racines de ce que je suis aujourd'hui et j'espère vous rendre fiers aujourd'hui. Merci d'avoir cru en moi, d'avoir été patients dans tous les moments !

A Karl et Kevin, mes meilleurs amis, je suis ravi d'avoir pu partager nos années de folies à Tours ! Vivement les expériences à venir !

A Elise, Marion (« Koundou ») et Marion, Estelle, Marie, Louise, Cedro, Kiki, Lea, et tous ceux de la Vaginale, ravi de nos années festives pendant l'externat, et de notre amitié mutuelle !

A tous ceux de « Jack of Bear », groupe de notre première année d'internat oh combien compliquée au CHU !

A toutes les personnes, paramédicaux, médecins et collègues de m'avoir guidé dans les meilleurs moments, et soutenu dans les plus bas !

Table des Matières :

<u>1-Introduction</u>	13
<u>2-Contexte</u>	15
2-1 Démographie	15
2-2 Des professionnels de santé non sensibilisés aux spécificités des patients sourds ...	15
2-2-1 Une communication non adaptée.....	15
2-2-2 Une non prise en compte des spécificités culturelles de la « S »urdité.....	17
2-3 Vers une amélioration de l'accessibilité aux soins pour les sourds.....	18
2-3-1 La mise en place d'unités hospitalières de soins pour les sourds : les UASS..	18
a) Histoire.....	18
b) Les UASS.....	19
2-3-2 Le Centre National Relai 114.....	20
2-4 Le dispositif pictavien :	21
2-4-1 : L'unité SAS.....	21
2-4-2 : le SAU.....	21
<u>3- Matériel et méthodes</u>	23
3-1 Type d'étude.....	23
3-2 Objectifs de l'étude.....	23
3-2-1 Objectif principal.....	23
3-2-2 Objectifs secondaires.....	23
3-3 Population étudiée.....	23
3-3-1 Critères d'inclusion.....	24
3-3-2 Critères d'exclusion.....	24
3-3-3 Critères de sorties de l'étude.....	24
3-4 Données.....	24
3-4-1 Données de passages aux urgences.....	24
3-4-1-1 Les patients sourds signants.....	24
3-4-1-2 Les patients « autres »	26
3-4-2 Données Aberrantes.....	26
3-5 Outils d'évaluation et critères de jugement.....	26
3-5-1 Outils d'évaluation	26
3-5-2 Critères de jugement.....	26

3-6 Analyses statistiques.....	27
3-6-1 Le critère de jugement principal.....	27
3-6-2 Les critères de jugements secondaires.....	28
3-7 Mentions Légales et éthiques.....	28
 <u>4- Résultats.....</u>	 29
4-1 Diagramme de flux.....	29
4-2 Données récoltées concernant les patients sourds signants.....	30
4-3 Caractéristiques démographiques des passages et des patients lors de leur premier passage, tous patients confondus.....	31
4-4 Caractéristiques démographiques des passages totaux et des premiers passages des patients sourds signants.....	34
4-5 Résultat de l'analyse concernant l'objectif principal : comparaison de la durée de passage aux urgences des patients sourds signants versus celles des « autres » patients.....	37
4-5-1 Analyse univariée.....	38
4-5-2 Analyse multivariée.....	38
4-5-3 Analyse de sensibilité.....	40
4-6 Résultat concernant les objectifs secondaires.....	40
4-6-1 Taux d'incidence.....	40
4-6-2 Facteurs associés à la durée de passage des patients sourds signants	41
4-6-3 Appel du SAS.....	42
 <u>5- Discussion.....</u>	 43
5-1 Validité de l'étude.....	43
5-1-1 Forces de l'étude.....	43
5-1-2 Limites de l'étude.....	44
5-2 Analyse démographique.....	45
5-3 Discussion autour de l'objectif principal de l'étude.....	46
5-4 Discussion autour des objectifs secondaires.....	47
5-4-1 L'incidence du passage des sourds signants au SAU de Poitiers	47
5-4-2 La prise en charge des patients sourds signants par le personnel des urgences et sa répercussion sur la durée de passage.....	48
5-4-3 Le recours à l'unité SAS.....	51

5-5 Les facteurs influençant la durée de passage aux urgences d'un patients sourd signant.....	51
5-6 Un recours au SAU par les usagers sourds signant pas forcément justifié.....	52
5-7 Perspective d'amélioration.....	53
 <u>6- Conclusion</u>.....	 54
 <u>Bibliographie</u>	 55
 <u>Annexes</u>	 59
 <u>Résumé</u>.....	 63

Liste des Abréviations :

SAS : Service Soins et Accueil des Sourds

LSF : Langue des Signes Françaises

UASS : Unité d'Accueil et de Soins pour Sourds

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SAU : Service d'Accueil des Urgences

IOA : Infirmière d'Orientation et d'Accueil

CIMU : Classification Infirmières des Malades aux Urgences

MCO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

SIDA : Syndrome de l'Immuno- Déficience Acquise

UAMP : Unité d'Accueil Médico Psychologique

CNIL : Centre National de l'Information et des Libertés

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

MNAR : Missing Not At Random

MAR : Missing At Random

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

"Les limites de mon langage signifient les limites de mon propre monde."
Ludwig Wittgenstein (1889-1951)

1- Introduction

Il existe deux façons d'appréhender la surdité qui, si elles ne s'opposent pas, ne relèvent toutefois pas des mêmes objectifs. Dans un premier cas, l'attention se porte exclusivement sur la déficience auditive dans l'objectif de réparer l'oreille qui n'entend pas. Dans l'autre cas, on accepte cette singularité que les sourds ont d'être au monde et on mise sur les stratégies à mettre en place pour que ces derniers puissent évoluer le plus normalement possible dans notre société audiocentrée(1). C'est autour de cette « adaptation à la différence » qu'émerge la notion de communauté Sourde. Celle-ci est majoritairement composée de sourds profonds prélinguaux locuteurs de la langue des signes française (LSF) communément appelés Sourds signants et c'est exclusivement sur ces derniers, dont la densité est particulièrement importante dans l'agglomération pictavienne, que notre travail va s'attarder.

La communauté Sourde connaît, de par les obstacles de communication qu'elle rencontre avec le monde entendant, une précarité importante en matière d'intégration sociale et culturelle, d'égalité d'accès aux services publics et d'égalité d'accès aux soins (2).

Ainsi, durant l'acte de soin, les Sourds se retrouvent fréquemment dans des situations de quiproquo, d'incompréhension et repartent bien souvent de leur consultation médicale sans en avoir assimilé les tenants et aboutissants (3, 4, 5, 6).

Fort de ce constat, le législateur a souhaité améliorer l'accès aux soins des Sourds. La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a non seulement reconnu la LSF comme langue nationale à part entière mais a également imposé au service public hospitalier de la fournir à tout usager Sourd en faisant la demande. (7)

De plus, la création d'Unités hospitalières d'Accueil et de Soins pour Sourds (UASS) proposant des consultations de médecine générale en LSF a entraîné une amélioration de l'accès aux soins et de façon plus générale, de la compréhension de leur santé par les patients Sourds qui y consultent (8). En outre, ces UASS ont largement dépassé les objectifs initiaux qui leur avaient été fixés par les pouvoirs publics (8, 9). En effet, en aval des consultations en LSF qui y sont réalisées, les institutions hospitalières au sein desquelles elles sont implantées en ont elles-mêmes tiré un bénéfice certain : on décrit notamment une utilisation à meilleur escient du service d'accueil des urgences (SAU) par les usagers Sourds, pourtant réputés comme y ayant

recours de façon plus importante que les autres patients et ce, du simple fait de la non nécessité de prise de rendez-vous, complexe dans ce cas précis (2, 10, 11).

Ce travail, inédit, consiste en l'analyse, sur une période de 5 ans, de la totalité des passages des Sourds signants au sein du service des urgences du CHU de Poitiers, institution où est implantée une UASS depuis 2011 : l'unité de Soins et d'Accueil des Sourds (unité SAS).

D'une part, nous avons tenté de déterminer si le fait d'être Sourd signant (surdité prélinguale) pouvait avoir un impact sur la durée de passage aux urgences comparativement à une autre personne.

D'autre part, nous nous sommes intéressés aux facteurs influençant cette durée de passage ainsi qu'aux répercussions de l'implantation de l'unité SAS, accès aux soins primaires identifié comme tel par la communauté Sourde locale et régionale (12, 13), sur la fréquentation et la prise en charge des Sourds signants aux SAU : Y-a-t-il une évolution de la fréquentation du SAU par les usagers Sourds ? Le SAU utilise-t-il les ressources mises à sa disposition par l'unité SAS pour optimiser la communication avec les patients ?

Enfin, nous avons souhaité proposer des axes d'amélioration ou d'optimisation de la prise en charge de ces usagers singuliers par le SAU afin de la rendre la plus efficiente possible.

2- Contexte

2-1 Démographie

Le recensement de la population sourde française, dont les sourds signants, est difficile et souvent biaisé car la plupart des études sont fondées sur une base déclarative ou sur de simples estimations. Ainsi, il est impossible de donner un chiffre précis concernant la démographie des patients sourds.

Toutefois, on estime autour de 4 à 5 millions le nombre de personnes présentant une déficience auditive en France, toutes causes confondues (14). 8% de celles-ci auraient acquis cette surdité et seraient des personnes âgées (11). Enfin, entre 80 et 150 000 seraient sourds profonds prélinguaux locuteurs de la LSF (8, 9, 15, 16, 17).

De même, on évalue la prévalence de la surdité profonde à 1 pour 1000 enfants sourds avant l'âge de 18 mois et à 2 pour 1000 avant 14 ans (18).

En Poitou-Charentes, la prévalence de la surdité, évaluée entre 1,2 et 3,15 pour 1000 naissances, semble supérieure à la moyenne nationale, pour des raisons en partie historiques et génétiques. Les raisons génétiques se réfèrent au département des Deux-Sèvres, où l'on relève un nombre particulièrement élevé de personnes atteintes de surdité syndromique, en particulier de syndrome de USHER. Les raisons historiques s'expliquent par l'implantation locale, dès le XIX^{ème} siècle, d'établissements pour enfants sourds attirant encore aujourd'hui de nombreuses familles (19). On estime ainsi que la population sourde profonde signante du Poitou-Charentes se compose de 800 à 1200 personnes (12, 20).

2-2 Des professionnels de santé non sensibilisés aux spécificités des patients sourds

2-2-1 Une communication non adaptée

Jusqu'à la fin des années 90, les besoins de santé des sourds n'étaient ni étudiés ni assurés par notre système de soins. La méconnaissance, par les professionnels de santé des spécificités et du mode de communication des sourds, creusait inéluctablement l'inégalité vis-à-vis de l'accès aux soins. En effet, les moyens de communication de « substitution » utilisés par les

soignants étaient erronés ou tout du moins inappropriés, leur donnant à tort l'impression d'avoir correctement réalisé leur travail. (4)

D'une part, la compréhension du patient était systématiquement présupposée avec la lecture labiale. Pourtant, il est désormais démontré qu'un sourd la maîtrisant parfaitement, ne comprend en réalité que 25% du message parlé, et qu'il doit compléter par la suppléance mentale afin d'obtenir dans le meilleur des cas une compréhension totale de 70 à 80% du message (3, 4, 21).

D'autre part, l'utilisation massive par les soignants du français écrit, pourtant non recommandé par la Haute autorité de Santé pour le dialogue que suppose l'information médicale, était d'autant plus problématique que 80% des sourds sont officiellement déclarés illettrés (9, 22, 23). Ce chiffre est aujourd'hui contesté et, désormais, on préfère plutôt parler de déficit linguistique, rendant l'utilisation de l'écriture problématique, plutôt que d'illettrisme (24). Dans le domaine de la santé, on a d'ailleurs pu mettre en avant que la non maîtrise du français écrit entraînait une mauvaise compréhension des ordonnances par cette population, avec de nombreuses erreurs d'interprétation, d'application des consignes et d'observance. (4, 25, 26).

Par ailleurs, le recours au tiers entendant (accompagnant souvent le sourd) auquel on demandait d'assurer la traduction des échanges, n'était pas une solution satisfaisante. S'agissant le plus souvent d'un membre de la famille ou d'un ami entendant bilingue, se posait en effet le problème du secret médical, de la confidentialité et de la qualité de la traduction faite par un non professionnel (2, 20, 27). On imagine facilement que tous les sujets ne peuvent être abordés par le patient sourd dans de telles conditions. Ainsi, cette dérive rendait impossible l'exercice de droits fondamentaux : (28, 29)

- Le droit à la protection de la vie privée : l'information qui n'était pas adressée à l'intéressé, était de surcroît transmise à d'autres personnes sans son consentement explicite. Il s'agit là d'une attitude infantilisante...

- Le droit d'être éclairé : même dans le cas favorable où l'information était transmise, elle aurait dû être accompagnée des échanges nécessaires aux questions qu'elle suscite, ce qui, dans ce cas de figure, est très problématique.

- Le droit de décider : ou bien d'autres personnes prenaient les décisions, ou bien la personne sourde décidait, mais sans les informations nécessaires à une réflexion.

Enfin, le discours médical était le plus souvent inintelligible car non adapté au faible niveau de connaissances médicales de ces patients. Ceci entraînait donc chez les sourds un sentiment de frustration, de méfiance vis-à-vis d'un monde médical divulguant des informations de façon inadaptée et, au final, un évitement des structures de soin (24)

2-2-2 Une non prise en compte des spécificités culturelles de la « S » urdité

Les sourds signants revendiquent leur appartenance à une « communauté Sourde ». Ils y partagent une véritable culture « S » ourde dont le pilier est la LSF, langue inédite de par le canal visuogestuel qu'elle utilise. Ici, la surdité n'est pas vécue comme un handicap mais comme une véritable identité d'où l'utilisation d'un « S » qui s'oppose au « s » relatif à la déficience sensorielle. Le sociologue Bernard Mottez définit la culture Sourde comme l'ensemble des codes, des valeurs et des modes de représentations essentiellement visuels partagés par les sourds pour « survivre » dans une société où rien n'est adapté à leur déficience. (1)

Du fait de la non prise en compte de cette spécificité linguistique et des codes culturels s'y rattachant, la difficulté d'accès aux soins des Sourds a pendant longtemps été méconnue ou niée, puisque la LSF est le seul moyen pour ces patients d'avoir équitablement accès à l'information. (30)

Bien que cette question ait été soulevée depuis 1989, c'est l'épidémie du SIDA qui a été révélatrice en France du problème de déshérence des sourds en matière d'accessibilité aux soins, et qui a permis l'arrivée de la LSF dans l'enceinte de l'hôpital (8). A l'époque, alors qu'une campagne de grande ampleur sur la prévention informait les entendants, les sourds, quant à eux, n'avaient pas conscience de l'importance ni de la maladie ni de ses conséquences. Les messages de prévention, pensés par des entendants pour des entendants, leur échappaient complètement soit par incompréhension (car culturellement non adaptés : le virus du SIDA était représenté par un soleil faisant croire aux sourds que le mode de contamination était l'exposition solaire) ou soit par simple blocage de diffusion de l'information (car sans LSF) (31).

Dans un même ordre d'idée, les erreurs d'interprétations concernant différentes pathologies et leur prise en charge sont encore aujourd'hui très nombreuses au sein de la population sourde (15). L'exemple du diabète est le plus frappant puisque la traduction en LSF de la maladie (« glycémie capillaire au centre de la pulpe de l'index ») ne correspond pas complètement à la

réalité médicale, induisant un total déni de la maladie chez bon nombre de sourds diabétiques de type 2 (« je n'ai pas de contrôle glycémique donc je ne suis pas diabétique ») ou une mauvaise réalisation des contrôles glycémiques chez les diabétiques de type 1. (13)

Il est désormais établi que seule la LSF dispensée par un soignant sensibilisé à la culture Sourde est un vecteur fiable de communication et de transmission d'informations médicales.

2-3 Vers une amélioration de l'accessibilité aux soins pour les sourds

2-3-1 La mise en place d'Unités hospitalières de soins pour sourds : les UASS

a) Histoire

La LSF est officiellement inexistante jusqu'au début des années 80. Elle n'est pas admise dans les écoles françaises où la règle est l'oralisation à tout prix, lourd héritage du congrès de Milan de 1880 (32). C'est un mouvement « Le Réveil Sourd » qui va modifier les choses. Dès lors, la LSF devient « officieusement » tolérée (elle le sera officiellement en 1991, par l'article 33 de la loi du 18 janvier 1991 dite « loi Fabius », qui reconnaît aux parents d'enfants sourds le droit de choisir entre une éducation orale et une éducation bilingue français–LSF) et visible dans les écoles de sourds, dans la vie quotidienne ou encore dans les médias. (8, 9, 15, 24, 31)

L'arrivée de la LSF dans l'enceinte de l'hôpital est donc toute aussi tardive et, comme nous l'avons vu précédemment, directement liée à l'épidémie du SIDA, à la fin des années 80. Dans la continuité du « Réveil Sourd » naît AIDES sourds, dont le but est d'œuvrer à l'information des sourds, en LSF. Puis, en janvier 1995, une consultation expérimentale en LSF, donc adaptée aux sourds, est initiée à la Pitié-Salpêtrière afin de prendre en charge les sourds séropositifs pour le HIV. Très vite, cette consultation dépasse son objectif initial et les patients, porteurs de pathologies différentes, affluent, permettant de sensibiliser les pouvoirs publics à la difficulté d'accès aux soins rencontrée par les sourds.

Devant le succès de cette expérience, et sur la base d'un rapport demandé par le premier Ministre Lionel Jospin (rapport Gillot 1998), un réseau d'UASS est progressivement mis en place de 2001 à aujourd'hui à travers le territoire (22).

b) Les UASS : cf Annexe N°1

Il existe donc actuellement 20 UASS, dont 4 sont exclusivement réservées aux soins en santé mentale, mais leur répartition sur le territoire français est très inégale (13). Quelques réseaux de soins libéraux animés par des médecins généralistes complètent le dispositif.

Leur principale mission est « d'offrir aux sourds un accès aux soins primaires dans des conditions de respect, de compréhension et de qualité équivalentes à ceux de la population générale, en levant tout obstacle de communication », redonnant autonomie au patient sourd (8). A celle-ci s'ajoute, entre autres, une mission de prévention et d'information autour de thématiques de santé publique.

Elles évoluent dans un cadre très réglementé et, outre la loi du 11 février 2005 qui reconnaît la LSF comme langue à part entière et impose au service public de la fournir à tout usager sourd qui en fait la demande, leurs modalités de fonctionnement sont clairement établies dans la circulaire N°DHOS/E1/2007 du 20 avril 2007 relative à leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement (7,32). Cette circulaire définit les critères nécessaires à une réelle restauration de la qualité des soins pour les sourds et ceux nécessaires à la pérennisation de ces structures.

Ainsi, pour répondre à leurs missions, les unités doivent, entre autres, disposer :

- D'équipes bilingues français-LSF comprenant un médecin « signeur » assurant des consultations en LSF car « ce n'est plus à l'utilisateur de s'adapter à la langue des professionnels de santé mais l'inverse »
- De professionnels sourds, intermédiaires, véritables référents culturels. Ces derniers ont un rôle d'accueil, d'accompagnement, mais surtout de réassurance et de reformulation des propos du médecin, vérifiant l'intelligibilité du message tant sur le fond (message culturellement adapté) que sur la forme (LSF comprise).
- Un secrétariat parfaitement adapté aux moyens de communication utilisés par les sourds (visiophonie, SMS, Fax, mails)
- Des interprètes professionnels français-LSF, soumis à un code de déontologie (2,34), assurant la neutralité, la fidélité de traduction et le secret professionnel, dont ils coordonnent la présence lors des consultations avec des médecins non-signeurs. L'interprétariat professionnel a démontré une bien meilleure efficacité que l'interprétariat « sauvage » avec une meilleure accessibilité aux soins (10, 28), une

meilleure compréhension des consignes médicales (26), une diminution des erreurs médicales (2,28), une diminution des durées d'hospitalisation, des examens complémentaires et actes invasifs (2).

Le bilan que l'on peut tirer du développement de ces UASS est très positif et les sourds se sont rapidement approprié ces lieux proposant un accès primaire aux soins. En témoigne leur fréquentation sans cesse grandissante. En 2016, 11 759 consultations avaient été réalisées pour un nombre total de 3344 patients (13). Plus encore, les institutions hospitalières accueillant de tels dispositifs en ont elles-mêmes tiré un bénéfice certain : diminution des durées moyennes de séjour, émergence de nouvelles pratiques ainsi que de nouveaux métiers et, ce qui va plus particulièrement nous intéresser dans ce travail, utilisation à meilleur escient du SAU (8).

2-3-2 Le Centre National Relai 114

La surdité s'accompagne de difficultés dans la communication, y compris téléphonique, ce qui est particulièrement gênant pour l'accès aux numéros d'appels d'urgence. Le décret du 14 Avril 2008 prévu dans la loi du 11 Février 2005 établit les modalités d'accès des personnes déficientes auditives aux services téléphoniques d'urgence (7). De ce décret est né le Centre National Relais 114 le 14 Septembre 2011, au CHU de Grenoble (16).

Cette plateforme, adaptée aux moyens de communication utilisés par les sourds (SMS, Fax et visiophonie), réceptionne les appels d'urgence non vocaux adressés au 15, 17, 18 et fait la liaison avec les différents services d'urgences du département d'où provient l'appel. Elle est ouverte 7j/7 24h/24. Les Agents 114 (équivalents à des Agents de Régulation Médicale) sont spécifiquement formés, entendants bilingues français-LSF ou sourds.

Après réception d'un appel, l'Agent 114 contacte l'effecteur local habituellement chargé de recevoir les appels d'urgence. Ce dernier décide des moyens à mettre en œuvre et les transmet à l'Agent 114 qui en informe le requérant.

Ainsi, devant une situation urgente, la personne sourde devient autonome et n'a plus besoin d'avoir recours à une personne entendante. En découle une optimisation du parcours de l'urgence avec diminution des intermédiaires et donc un gain de temps (17).

2-4 Le dispositif pictavien

2-4-1 L'unité SAS

Depuis le 10 mai 2011, le CHU de Poitiers dispose d'une UASS : l'unité SAS. Ouverte 4 demi-journées par semaine jusqu'au 31 mars 2016, elle l'est désormais à temps complet, permettant un accueil du public sourd du Lundi au vendredi de 9h à 17h.

L'unité SAS répond aux critères stipulés dans la circulaire N°DHOS/E1/2007 du 20 avril 2007.

Son équipe est constituée d'un médecin généraliste bilingue, d'une secrétaire bilingue et d'une intermédiaire sourde. L'interprétariat professionnel est assuré par des prestataires extérieurs au CHU.

En 2016, sa file active comprenait 352 patients et 1298 consultations avaient été réalisées, la plaçant au second rang national des UASS somatiques (13).

2-4-2 Le SAU (35)

Le SAU a pour vocation de prendre en charge, sans discrimination, tout patient (y compris les sourds) en état de détresse réelle ou ressentie, et ce 24h/24 et 365 jours par an.

Le SAU du CHU de Poitiers accueille actuellement plus de 45 000 personnes et reçoit en moyenne 120 à 130 patients par jour, traitant toutes les urgences (médicales et chirurgicales) de l'adulte. Les urgences gynécologiques, obstétricales et cardiologiques sont adressées directement dans les services de spécialité ou réorientées vers ces services par le service des urgences.

Afin de ne pas compromettre la prise en charge des « urgences vraies », une organisation par filière de prise en charge a été mise en place :

- L'équipe d'accueil est le premier maillon dans la chaîne de soins. Ce secteur est un élément fondamental dans la gestion des flux entrants et il constitue le passage obligé de toute entrée dans le SAU avec la présence d'une infirmière organisatrice de l'accueil (IOA)

et d'un agent médico-administratif. L'équipe a été renforcée par un Médecin de Coordination et d'Orientation (MCO) qui est le référent de l'IOA. Une fois les formalités administratives remplies, le patient est pris en charge par l'IOA qui a un rôle d'évaluation des besoins en soins en fonction du risque potentiel, vital ou fonctionnel, du patient, et de priorisation à l'appui de la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU). Cette première étape permet de prioriser les patients et leurs pathologies et de déterminer un temps d'attente maximal toléré pour accéder aux filières de soins : urgence absolue, filière urgences indifférenciées, filière courte, psychiatrie avec l'Unité accueil médico psychologique (UAMP) selon la CIMU consistant à classer les motifs de venues selon une priorisation allant de 1 à 5 avec différents temps d'attente optimale (1 étant l'urgence immédiate, et 5 le faible niveau d'urgence relevant souvent des pathologies de soins primaires). (36)

- La seconde étape correspond à l'orientation et à la prise en charge : Le SAU se divise en 3 filières de soins qui sont déterminées par les pathologies et la gravité de la situation. Ces filières assurent un gain de temps :

- la filière courte (FC) traitant la petite traumatologie et la médecine de consultation, (qui représente environ 33 % des patients) traitant généralement des CIMU 5 voire 4.
- la filière urgence indifférenciée (Box du SAU), pouvant prendre tout type de CIMU (la 1 étant faiblement représentée dans ce secteur)
- la filière urgence absolue ou service d'accueil des urgences vitales pour les patients avec des pathologies plus graves (SAUV), ayant souvent des CIMU 1 ou 2, voir 3 ou 4 si il est nécessaire de réaliser des actes invasifs.

Aucune étude n'a, à ce jour, déterminé l'incidence du passage des usagers sourds dans un SAU quel qu'il soit. Celui-ci est pourtant une porte d'entrée dans le système de soins classiquement décrite comme étant massivement utilisée, et souvent à mauvais escient, par les sourds qui y affluent par facilité puisque contacter un médecin non équipé d'un SMS, Fax ou webcam est souvent problématique (8). En revanche, il est admis que l'implantation d'une UASS modifie les habitudes de recours au SAU par les usagers sourds ainsi que les pratiques des professionnels de santé du SAU lorsqu'ils sont confrontés à un patient sourd signant (3). C'est sur la question de la prise en charge des sourds par le SAU de Poitiers que notre travail va s'attarder.

3- Matériels et Méthodes

3-1 Type d'étude

L'étude réalisée était une étude rétrospective monocentrique des passages au SAU du CHU de Poitiers des patients sourds signants versus celui des autres patients (entendants et sourds non signants), entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2016 inclus. L'unité SAS de Poitiers ayant été créée en mai 2011, il avait été décidé de débiter l'étude sur une année civile pleine.

3-2 Objectifs de l'étude

3-2-1 Objectif Principal

L'objectif principal était de déterminer si la durée de passage au SAU d'un patient sourd signant était plus importante que celle d'un autre patient, dans l'hypothèse où la déficience auditive et les particularités linguistiques et culturelles de cette population entraîneraient nécessairement un handicap de communication ralentissant le parcours de soins.

3-2-2 Objectifs Secondaires

1/ Le premier était de déterminer l'incidence du passage des sourds signants au SAU depuis la création de l'unité SAS, sur une période de 5 ans.

2/ Le second était de déterminer les facteurs pouvant influencer la durée de passage des patients sourds signants au SAU.

3/ Enfin le dernier était de déterminer si l'appel de l'unité SAS était plus fréquent au cours du temps.

3-3 Population étudiée

La population étudiée était l'ensemble des patients sourds signants consultant au SAU du CHU de Poitiers par rapport à tous les patients passés par les urgences, sur la période considérée.

3-3-1 Critères d'inclusion

Les patients inclus devaient :

- être âgés de 18 ans ou plus
- et être passés par le SAU (avoir été vus par un médecin sénior ou junior du SAU).

3-3-2 Critères d'exclusion

Les patients âgés de moins de 18 ans étaient exclus pour des raisons éthiques de consultation du dossier médical (nécessité de l'accord du titulaire de l'autorité parentale).

Les patients avec une surdité acquise, étaient sorties de l'étude du fait qu'ils ne sont pas pris en charge par le SAS.

3-3-3 Critères de sorties de l'étude

Les critères de sorties de l'étude étaient les dossiers RESURGENCES® non exploitables pour les passages des patients sourds. A titre d'exemple :

- Les patients réorientés directement vers les urgences gynécologiques,
- Les patients pour lesquels l'impossibilité totale de communiquer était notée dans le dossier (polyhandicap, etc...).

3-4 Données

3-4-1 Données de passages aux urgences

Les données issues des passages aux urgences ont été extraites du progiciel informatique RESURGENCES® (37) et de son outil STATISTIQUE.

3-4-1-1 Les patients Sourds signants :

Ils ont été identifiés selon 3 méthodes :

- Via le dossier médical informatisé en recherchant dans les parties « Antécédents médicaux », « Anamnèse interne ou sénior » et « Examen clinique par interne ou senior » les mots clefs suivants :

Sourd / sourd muet / malentendant / surdicécité / sourdaveugle / surdité / usher /
langue des signes / langage des signes / interprète en langue des signes /
interprète en langage des signes / implant cochléaire / ESAT La chaume / Foyer
La Varenne/ foyer le clos du betin/ Larnay/ IRJS

Nous avons choisi ces mots clefs pour deux aspects : le premier aspect concerne les
différentes terminologies faisant usuellement référence à la surdité profonde
prélinguale ou aux pathologies qui s'y rapportent, le deuxième concernant les
 tablissements et structures locales prenant en charge des sourds profonds.

Nous avons donc exclu de l'analyse les patients ayant une surdité acquise, étant donné
que nous étudions les patients pris en charge par l'unité SAS, (les patients entendants
devenus sourds ne sont pas répertoriés comme sourds dans le relevé de données).

- via l'historique des passages rattachés à l'identification des patients sur le progiciel
RESURGENCES®
- Enfin par le croisement avec la file active de l'Unité SAS afin de rattraper les « oubliés »
correspondant aux patients consultant au SAS et ayant consulté au SAU du 01/01/2012
au 12/12/2016 pour lesquels les deux précédentes méthodes n'auraient pas été
concluantes.

Chaque identité a été anonymisée par un identifiant numérique unique permettant de détecter
les passages itératifs d'un même patient.

Pour tous les patients, différentes variables ont ensuite été prises en compte :

- l'âge et date de naissance,
- le sexe
- le département d'origine
- le numéro de dossier
- la date et heure d'entrée,
- la date et heure de clôture du dossier,
- la CIMU
- le repérage de la surdité par l'IAO ou par le médecin,
- le médecin adressant (15, médecin extérieur, médecin du SAS, patient lui-même),

- l'appel ou non de l'unité SAS
- le devenir (hospitalisation, consultation, ou sortie)
- le nombre de passages
- le moyen de communication (écrit, lecture labiale, tiers, interprète),

3-4-1-2 Les patients « autres » :

Pour les « autres » patients ont été collectés :

- l'âge et la date de naissance,
- le sexe,
- le département d'origine
- la date et l'heure d'entrée,
- la date et l'heure de clôture du dossier,
- la classification CIMU.

3-4-2 Données aberrantes

Nous avons considéré que les passages au SAU d'une durée supérieure à 24h, quel que soit le type de patient (sourde signante ou « autre »), étaient liés à un défaut de validation de la sortie par l'équipe médicale des urgences.

3-5 Outils d'évaluation et critères de jugement

3-5-1 Outils d'évaluation

L'ensemble des dossiers RESURGENCES® ont été analysés.

L'ensemble des données ont été traitées via un tableur Microsoft Excel 2013®.

3-5-2 Critères de Jugement

Nous avons utilisé comme **critère de jugement principal** la durée globale de passage au SAU des patients présentant une surdité prélinguale (sourds signants) versus celle des autres patients.

Nous avons utilisé comme **critères de jugements secondaires** :

- Le nombre de passages de sourds signants au SAU,
- Les facteurs associés à leur durée de passage :
 - Le médecin adressant : 15/114, médecin extérieur, médecin SAS, auto adressage du patient
 - Du repérage de la surdité prélinguale : IAO, médecin
 - De l'orientation finale : domicile, hospitalisation
 - L'appel du SAS
- L'appel du SAS

3-6 Analyses Statistiques

Les analyses descriptives ont été menées pour les variables quantitatives (moyenne, écart type et comparaison de moyennes observées, avec un seuil alpha à 0.05) et qualitative (fréquence et χ^2 d'ajustement ou test exact de Fisher, avec un seuil alpha à 0.05).

3-6-1 Le critère de jugement principal

Comme un même patient peut passer plusieurs fois aux urgences, un modèle de régression linéaire à effets mixtes a été choisi (proc mixed) à structure de covariance indéterminée et dont le terme de répétition est le patient passant aux urgences. Au terme de l'analyse univariée, après vérification de la log-linéarité des facteurs, les facteurs avec $p\text{value} < 0.25$ ont été sélectionnés. Seules les interactions pertinentes cliniquement ont été recherchées et sélectionnées en cas de $p\text{value} < 0.25$. Dans le modèle multivarié, seules les variables ayant une $p\text{value} < 0.05$ ont été retenues. Des analyses de sensibilités ont été menées en réalisant une simulation des valeurs manquantes des CIMU par 1 ou 5.

Données manquantes du critère de jugement principal :

Le profil attendu pour la CIMU (seule donnée non obligatoirement saisie) des données manquantes était un profil MNAR (Missing Not At Random) puisque la CIMU peut ne pas être saisie du fait de la surcharge de travail par l'IAO ou un profil MAR (Missing At Random) s'il s'agissait d'une CIMU 5 (patient sans aucune urgence vitale) ou au contraire d'une CIMU 1 (urgence vitale, prise en charge immédiate).

3-6-2 Les critères de jugements secondaires

Le taux d'incidence ainsi que son intervalle de confiance ont été calculés et exprimés pour 1000 passages-jour

Pour les facteurs associés à la durée de passages des patients sourds signants aux urgences : Comme un même patient sourd peut passer plusieurs fois aux urgences, un modèle de régression linéaire à effets mixtes a été choisi (proc mixed) à structure de covariance indéterminée et dont le terme de répétition est le patient passant aux urgences. Au terme de l'analyse univariée, après vérification de la log-linéarité des facteurs, les facteurs avec $p\text{value} < 0.25$ ont été sélectionnés. Seules les interactions pertinentes cliniquement ont été recherchées et sélectionnées en cas de $p\text{value} < 0.25$. Dans le modèle multivarié, seules les variables ayant une $p\text{value} < 0.05$ ont été retenues.

Les analyses ont été réalisées sous SAS v9.4 (NYC, USA)

3-7 Mentions légales et éthiques

L'ensemble des données, collectées de façon rétrospective et dans le cadre du soin courant, a été regroupé dans un fichier et un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patient. Cette codification était indépendante de l'identité des participants et de toute information susceptible de les identifier. Il n'y a donc pas eu besoin de déclaration à Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

4- Résultats

4-1 Diagramme de flux : cf Figure 1

La recherche des données par l'outil *Resurgences*® et son outil statistique a permis de ressortir 232 980 dossiers, **tous patients confondus** (sourds signants ET « autres »), sur la période analysée (2012 à 2016).

Afin d'identifier **les dossiers concernant les sourds signants**, la recherche par mots clefs dans le logiciel *Resurgences*® a été effectuée et a permis de ressortir 4 490 dossiers. Parmi ceux-ci :

- 2017 dossiers étaient non pertinents : par exemple le mots clef « sourd » était retrouvé dans un mot (« **assourdis** », etc..), ou avait une autre signification. (« douleur **sourde** », etc ...)
- 1973 dossiers étaient écartés car ceux-ci concernaient une surdité acquise
- 500 dossiers concernaient effectivement des patients sourds signants

Le rattrapage par les deux autres méthodes a permis de récupérer 83 dossiers de sourds signants supplémentaires.

Au final, 583 dossiers de sourds signants ont donc été identifiés dans notre étude.

Les données aberrantes concernaient 2125 passages aux urgences, soit moins de 1 % des données. Ces données comprenaient 6 passages de 3 patients sourds. Elles ont été supprimées pour la poursuite de notre étude (cf annexe 2).

Les sorties de l'étude concernaient 22 dossiers parmi les 4490 dossiers retrouvés par la première méthode. Ces dossiers n'ont pas été inclus dans notre analyse de données.

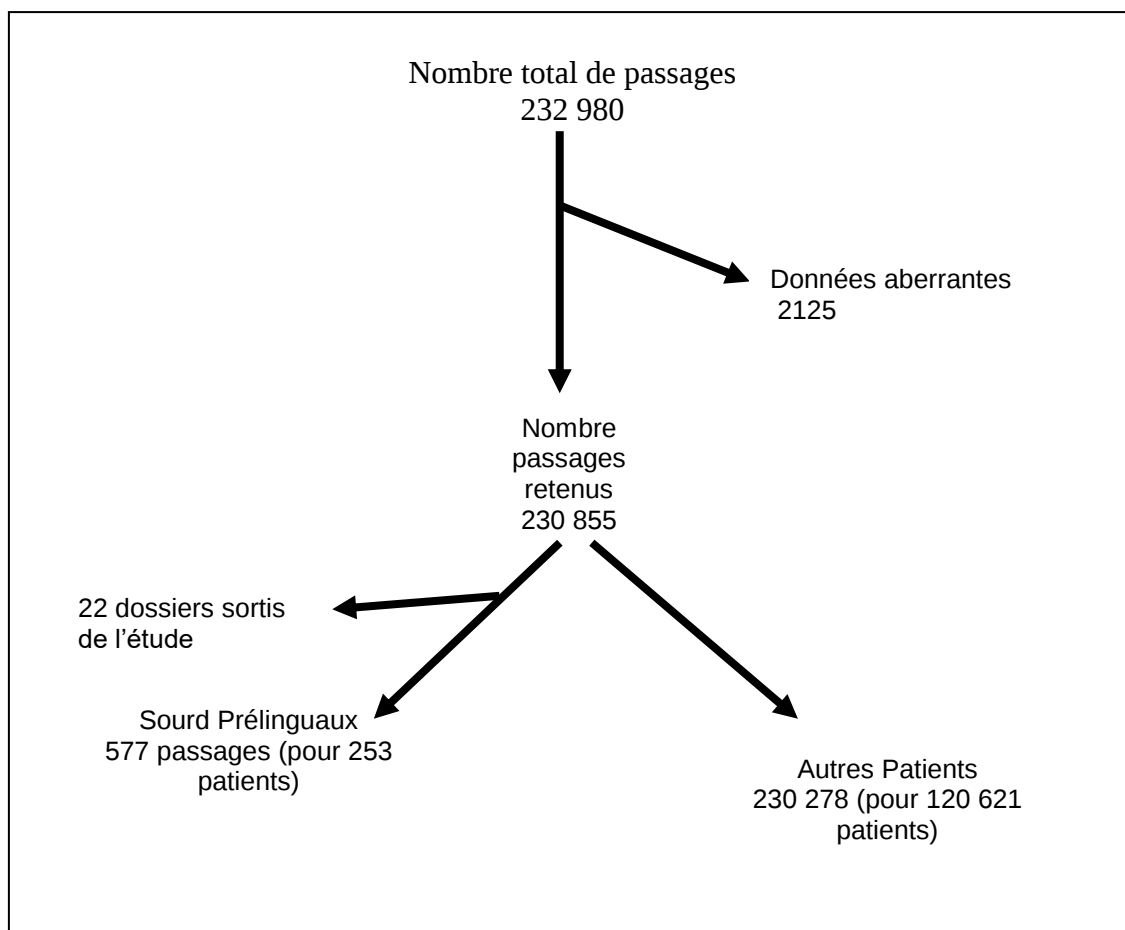


Figure n°1 Flow chart du passage aux urgences de 2012 à 2016

4-2 Données récoltées concernant les patients sourds signants

Les données sont regroupées dans le tableau 1 et nous ont permis de constater que :

- Les patients venaient en majorité d'eux mêmes aux urgences.
- La surdité était repérée par la majorité des médecins et des IOA.
- Le tiers accompagnant était utilisé en majorité comme aide à la communication. Toutefois le recueil de données concernant cet item était majoritairement non renseigné dans les dossiers.
- L'unité SAS était appelée dans 6% des cas.
- Les patients étaient en majorité orientés vers un retour à domicile (76% des cas versus 24% d'hospitalisation).

Tableau 1 Fréquence des données collectées des patients sourds signants (N= 577)

	Fréquence	Pvalue
Patient adressé par :		< 0.0001
15/114	23%	
UASS	2%	
Médecin extérieur	24%	
Auto-adressé	51%	
Surdité prélinguale repérée :		< 0.0001
IOA	66%	
Médecin	77%	
Non vue	10%	
Communication :		< 0.0001
Ecrit	8%	
Lecture labiale	8%	
Accompagnant/Tiers	35%	
UASS/interprète	13%	
Non noté	51%	
UASS appelée	6%	< 0.0001
Devenir :		< 0.0001
Retour à domicile	76 %	
Hospitalisation	24%	
Consultation spécialisée	4%	
Orientation vers l'UASS	0,5%	

4-3 Caractéristiques démographiques des passages et des patients lors de leur premier passage, tous patients confondus

Les tableaux 2 et 3 relatent respectivement les caractéristiques démographiques des passages aux urgences ainsi que celles des patients à leur premier passage sur la période étudiée.

Concernant les données de tous les passages aux urgences (tableau 2), les caractéristiques démographiques principales que nous avons pu déterminer étaient les suivantes :

- L'âge moyen était de 50.1 ans +/- 23.1ans.
- L'incidence du passage de patients de sexe féminin par rapport à ceux de sexe masculin ne montrait pas de différence significative.
- Il existait une prédominance de patients issus du département 86.

Nous avons également pu retrouver une différence significative en ce qui concerne le nombre de consultants par rapport à leur classification selon la CIMU, avec une prédominance de CIMU 3 représentant 30% de l'ensemble des passages aux urgences.

Enfin, on retrouvait une différence significative concernant le nombre de passage/an sur la période étudiée avec constatation d'une augmentation significative et progressive de 2012 à 2016.

Tableau 2 Caractéristiques démographiques de l'ensemble des passages aux urgences du CHU de Poitiers entre 2012 et 2016 (N= 230 855)

Variables		P value
Age	50.1+/-23.1 ans	
< 30 ans	26 %	
30-48	25 %	
48-75	29%	
>75	21%	
Durée de passage aux urgences	6.8+/-7.2 heures	
Sexe		0.63
F	47 %	
CIMU		<0.0001
1	2 %	
2	10 %	
3	30 %	
4	22 %	
5	24 %	
Manquant	12 %	
Département		<0.0001
86	87 %	
79	4 %	
17	1 %	
16	1 %	
Autre	6 %	
Année		<0.0001
2012	19 %	
2013	19 %	
2014	20 %	
2015	20 %	
2016	22 %	
Passage de patients sourds au SAU		<0.0001
	0.25 % (583)	
Nombre de patients uniques		
Sourd	253	
Entendant	120621	

En ce qui concerne les données relatives au premier passage aux urgences de tous les patients (tableau 3), on notait que :

- La moyenne d'âge était de 48.4 ans +/- 22.3ans.
- Il n'existait pas de prédominance significative en fonction du sexe du patient.

- Il existait une différence significative en ce qui concerne le département d'origine du patient avec une prédominance nette du département 86.

Tableau 3 Caractéristiques démographiques de l'ensemble des patients à leur premier passage aux urgences du CHU de Poitiers entre 2012 et 2016 (N= 120874)

Variables		P value
Age	48.4+/-22.3 ans	
< 30 ans	29 %	
30-48	26 %	
48-75	29 %	
>75	17 %	
Sexe		0.63
F	47 %	
Département		<0.0001
86	82 %	
79	5 %	
17	2 %	
16	2 %	
Autre	10 %	
Nombre de patients sourds passant au SAU		<0.0001
	0.21 % (253)	

Dans les deux cas, on retrouvait une différence significative concernant les patients sourds signants versus « les autres » patients avec un taux de passage et un nombre de patients « autres » significativement plus important par rapport aux patients sourd signants.

4-4 Caractéristique démographique des passages totaux et des premiers passages des patients sourds signants

L'ensemble des passages des patients sourds signants et leurs caractéristiques démographiques ont été regroupées dans le tableau 4 et comparées aux données du tableau 2 :

- L'âge moyen pour l'ensemble des passages des patients sourds était de 42.4 ans +/- 19.4ans, et était significativement plus jeune que celui de l'ensemble des patients.
- La durée moyenne de passage était de 6.2heures +/- 6.4 heures pour un patient sourd, et était statistiquement plus courte que celle de la population des urgences.

- La proportion de patients de sexe masculin était plus importante mais sans différence par rapport à la population générale.
- Il existait une proportion plus importante de CIMU 4 et 5 dans la population sourde signante que dans la population générale.
- La répartition départementale des patients sourds suivait celle de la population générale avec une prédominance nette du 86.
- Enfin, l'évolution du passage au SAU des patients sourds en fonction des années suivait celle de la population générale avec une augmentation progressive hormis 2014.

Tableau 4 Caractéristiques démographiques des passages des patients sourds signants aux urgences du CHU de Poitiers entre 2012 et 2016 (N= 577)

Variables		P value	Pvalue par rapport à la population des urgences
Age	42.4+/-19.4 ans		<0.001
< 30 ans	36 %		<0.001
30-48	36 %		
48-75	18 %		
>75	9 %		
Durée de passage aux urgences	6.2+/-6.4 h		0.01
Sexe		<0.001	0.56
F	42 %		
CIMU		<0.001	0.002
1	1 %		
2	7 %		
3	27 %		
4	30 %		
5	34 %		
Manquant	0 %		
Département		<0.001	0.43
86	92 %		
79	1 %		
17	0 %		
16	0 %		
Autre	7 %		
Année		0.001	0.90
2012	18 %		
2013	18 %		
2014	15 %		
2015	23 %		
2016	24 %		

Les caractéristiques démographiques du premier passage des patients sourds signants, ont été regroupées dans le tableau 5 et comparées au tableau 3 (premier passage de la population des urgences):

- L'âge moyen était de 42.4ans +/- 19.4 ans, âge significativement plus jeune que le premier passage de la population des urgences.
- Il n'y avait pas de différence en termes de répartition des sexes
- Il existait une différence significative pour le département d'origine avec une localisation plus importante pour le 86. En revanche, il n'existait pas de différence significative en comparaison avec la population des urgences.

Tableau 5 Caractéristiques démographiques des patients sourds signants à leur premier passage aux urgences du CHU de Poitiers entre 2012 et 2016 (N= 253)

Variables		P value	Pvalue par rapport à la population des patients des urgences
Age	42.4 +/- 19.4		<0.001
< 30 ans	35 %		<0.001
30-48	34 %		
48-75	21 %		
>75	10 %		
Sexe		0.99	0.88
F	49 %		
Département		<0.0001	0.23
86	90 %		
79	2 %		
Autre	8 %		

4-5 Résultat de l'analyse concernant l'objectif principal : comparaison de la durée de passage aux urgences des patients sourds signants versus celle des « autres » patients :

Le tableau 6 présente les résultats de l'analyse concernant les facteurs pouvant influencer le temps de passage aux urgences des patients, et notamment celui des patients sourds selon deux méthodes : une analyse univariée puis une analyse multivariée.

4-5-1 Analyse univariée

L'analyse univariée nous a permis de déterminer s'il y a ou non pour les patients « sourds signants » versus les « autres » patients, une différence entre des facteurs concernant la durée de passage.

Nous avons ainsi pu constater des différences significatives pour certains facteurs :

- l'âge
- le sexe
- le département
- la CIMU
- l'année de passage

En revanche, l'analyse univariée n'a retrouvé aucune différence significative entre les patients sourds et les autres patients concernant la durée de passage au SAU.

4-5-2 Analyse multivariée

L'analyse multivariée a permis d'affiner certains éléments ne ressortant pas avec l'analyse univariée. Ainsi :

- l'âge entraînait une différence significative, avec une durée devenant d'autant plus importante que l'âge était élevé.
- le sexe était un facteur amenant une différence faible, avec augmentation de la durée de passage si l'on est de sexe masculin
- le fait d'être sourd prélingual augmentait la durée de passage de manière significative par rapport à la population générale des urgences
- concernant l'origine départementale, en comparant à partir du département 86, on retrouvait une durée de passage augmentée si le patient était originaire du département 79
- le facteur année influait sur la durée de passage avec des durées de passages diminuant progressivement de 2012 à 2016, hormis 2015
- le facteur CIMU était une variable influençant la durée de passage aux urgences, et par rapport à une CIMU 1, les CIMU 2 et 3 augmentaient la durée de passage alors qu'une CIMU 5 la diminuait. Nous ne pouvions conclure pour la CIMU 4.

Tableau 6 Résultats de l'analyse univariée puis multivariée modélisant la durée de passage aux urgences par modèle mixte linéaire.

	Analyse univariée	Analyse multivariée	
Variables	p-value	OR IC95	p-value
Age	< 0.0001		< 0.0001
< 30 ans		Ref	
30-48		1.6 [1.5-1.7]	
48-75		4.3 [4.1-4.5]	
>75		18.6 [17.5-19.8]	
Sexe (M/F)	< 0.0001	1.2 [1.1-1.2]	< 0.0001
Sourd (O/N)	0.24	3.5 [2.4-5.03]	< 0.0001
Département	< 0.0001		< 0.0001
86		Ref	
79		6.2 [6.0-6.5]	
16		0.9 [0.16-5.2]	
17		1.6 [0.2-9.63]	
Autre		0.6 [0.5-0.7]	
Année	0.01		< 0.0001
2012		2.9 [2.7-3.1]	
2013		2.6 [2.5-2.8]	
2014		2.0 [1.9-2.1]	
2015		1.5 [0.9-2.7]	
2016		Ref	
CIMU	< 0.0001		< 0.0001
1		Ref	
2		4.3 [3.8-4.9]	
3		5.7 [5.0-6.4]	
4		1.43 [0.4-5.2]	
5		0.5 [0.4-0.6]	

4-5-3 Analyse de sensibilité

Les tableaux relatant les analyses de sensibilité par rapport aux données manquantes, 12 % des CIMU total (Tableau 1), sont relayés en annexe 3 et 4, avec simulation de CIMU extrêmes.

Dans l'hypothèse où les variables CIMU manquantes seraient toutes remplacées par une CIMU 5, alors la durée de passage des patients sourds n'était pas statistiquement significative par rapport aux autres patients

Dans l'hypothèse où les variables manquantes seraient remplacées par une CIMU 1, la durée de passage des patients sourds prélinguaux restait significativement plus importante que celle des autres patients.

4-6 Résultat concernant les objectifs secondaires

4-6-1 Taux d'incidence

Sur 2012-2013-2014-2015-2016, le taux d'incidence de passages de patients sourds signants au SAU est de 2,48/1 000 passages-jour (Intervalle de confiance à 95 % : [2,38-2,59])

Pour 2012, il est de 2,31/1 000 passages-jour [2,08-2,53]

Pour 2013 il est de 2,38/1 000 passages-jour [2,16-2,61]

Pour 2014 il est de 1,95/1 000 passages-jour [1,74-2,16]

Pour 2015 il est de 2,93/ 1000 passages-jour [2,68-3,18]

Pour 2016 il est de 2,88 / 1000 passages-jour [2,63-3,11]

La comparaison de ces incidences montre une différence significative avec une pvalue = 0,01 probablement secondaire à l'année 2014.

4-6-2 Facteurs associés à la durée de passage des patients sourds signants

Les données recueillies dans les dossiers médicaux nous ont permis de déterminer des facteurs associés à la durée de passage aux urgences des patients sourds, par analyse univariée puis multivariée dont le détail se trouve dans le tableau 7 :

- les patients venant d'eux même aux urgences et adressés par le 15 ou 114 avaient une durée de passage significativement plus importante. En revanche, la durée de passage n'était pas influencée pour les patients adressés par un médecin extérieur ou par celui de l'unité SAS.
- Lorsque le patient était repéré comme sourd signant par le médecin, sa durée de passage au SAU augmentait. Toutefois, le repérage de la surdité par l'IOA n'influçait pas cette dernière.
- L'appel du SAS n'influçait pas la durée de passage au SAU
- Les patients qui étaient hospitalisés à la fin de leur prise en charge au SAU présentaient une durée de passage plus importante avec un odd ratio à 10.9.
- La CIMU était un facteur ayant effet sur la durée de passage
- L'année était un facteur influçant la durée de passage uniquement pour l'année 2014, où elle était allongée
- L'âge, le sexe et le département d'origine n'influaient pas sur la durée de passage

Tableau 7 Facteurs associés à la durée de passages aux urgences des patients sourds signants:

	Analyse univariée	Analyse multivariée	
Variables	p-value	OR IC95	p-value
Age	0,22		0,30
Sexe (M/F)	0,98		
Département d'origine	0,95		
Année	0,03		0,04
2012		4,2 [0,8-21,8]	
2013		3,8 [0,8-18,5]	
2014		11,8 [2,2-61,9]	
2015		1,3 [0,3-5,8]	
2016		Ref	
CIMU	<0,001		
15/114	0,0002		
Adressé par l'UASS	0,10		
Adressé par Médecin Extérieur	0,19		
Patient auto-adressé	<0,001	4,6 [1,5-13,6]	0,007
Sourd repéré par IOA	0,09		
Sourd repéré par Médecin	0,02	4,5 [1,3-15,7]	0,03
Appel de l'UASS	0,06		
Patient hospitalisé	<0,001	10,9 [3,0-39,9]	0,005

4-6-3 Appel du SAS

Le SAS a été appelé 33 fois (sur 577 passages) soit 6 % des passages :

- 3 fois en 2012 (3%),
- 6 fois en 2013 (6 %),
- 4 fois en 2014 (4 %)
- 7 fois en 2015 (5%)
- et 13 fois en 2016 (9%).

La différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0.30$). La faiblesse des effectifs ne nous a pas permis pas de réaliser une analyse plus poussée.

5- Discussion

5-1 Validité de l'étude

5-1-1 Forces de l'étude

- Une étude inédite :

Cette étude est la toute première à analyser l'impact de la surdité profonde prélinguale sur la durée de passage au sein d'un service d'urgences. Cela en fait sa principale force. Le SAU reste en effet une porte d'accès aux soins largement utilisée par cette population. Il nous paraissait donc intéressant de déterminer les répercussions que pouvait avoir le handicap de communication qu'entraîne la surdité sur la prise en charge médicale de ces patients au profil si singulier. Il a été avancé que le niveau de compréhension linguistique n'a aucun impact sur la durée de passage aux urgences, excepté dans le cas où un interprète est appelé (38). Cependant, l'étude en question ne traite que du défaut de compréhension de la langue et ne distingue pas le statut sourd/entendant du patient. Dans le cadre de la surdité, le handicap de communication est partagé à la fois par les soignants et les patients (1). Il nous paraissait peu probable que celui-ci n'ait aucune répercussion sur la durée de prise en charge d'un patient sourd profond signant, qu'un interprète soit appelé ou non.

- Une estimation « au plus juste » de la population sourde signante consultant au SAU :

L'unique moyen de déterminer si un patient sourd profond signant est passé par le SAU est que cette information soit notée de façon claire et précise dans son dossier médical sur Résurgences®. Il existe indéniablement des patients pour lesquels ce n'est pas le cas. Afin de rattraper ces « oubliés » et de diminuer ce biais de sélection, **nous avons proposé 3 méthodes d'identification distinctes.**

- Une période d'étude longue et un recrutement large :

L'unité SAS a ouvert ses portes en mai 2011. Nous avons choisi de débiter notre étude sur l'année civile pleine suivant sa date de création, considérant que les premiers mois d'activité de l'unité correspondaient à une période « d'implantation » et de prise de marques, et d'élargir la période d'observation à 5 ans. Ainsi, **nous avons pu collecter un grand nombre de données**

pour répondre de la façon la plus juste possible à notre hypothèse de départ. De plus, nous avons ainsi pu observer l'impact de l'implantation de l'unité SAS sur l'incidence du passage et la gestion des usagers sourds signants au SAU.

En outre, la question de la surdité revêt un caractère particulier dans la région poitevine où le bassin de population sourde est plus important qu'au niveau national (12). Cette **prévalence élevée** nous a probablement permis un plus grand recrutement de patients sourds signants consultant au SAU de Poitiers, donnant de la puissance à notre étude.

5-1-2 Limites de l'étude

- Une bibliographie pauvre :

Le fait que notre étude soit inédite en fait sa force mais également sa faiblesse. En effet, nous n'avons que **peu d'éléments pour pouvoir comparer et renforcer nos résultats**.

- Biais de sélection :

Malgré les différentes méthodes utilisées pour identifier les dossiers concernant les passages des sourds signants au SAU, **il persiste probablement des « oubliés »** non repérés sourds profonds, ou repérés sourds sans que cette information ne soit au final notée dans le dossier médical, et non récupérés car ne faisant pas partie de la file active de l'unité SAS.

- Biais d'information :

Certains dossiers de notre recueil de données souffrent d'un défaut de remplissage. Ces données manquantes, dont le **renseignement du profil CIMU** du passage du patient, sont un important biais d'information et représentent 12% des dossiers. L'analyse de sensibilité que nous avons réalisée suite à cette constatation montre d'ailleurs que ce défaut d'information a une répercussion sur l'évaluation du critère de jugement principal lors de l'analyse multivariée, avec des résultats différents selon que l'on remplace la CIMU manquante par 1 ou par 5. Cependant nous avons tout de même choisi de garder ces dossiers car ils permettaient d'agrandir les effectifs lors de l'analyse des autres variables bien renseignées et de renforcer les résultats s'y rapportant.

De plus, il existe un biais d'information directement lié à la **saisie de l'heure de clôture du dossier** par le médecin. On sait en effet que celle-ci est parfois différée du fait de la charge de travail du médecin urgentiste. Pour 2125 dossiers, la durée de passage a été jugée aberrante et a entraîné leur exclusion de l'étude.

Toutefois, ces biais d'informations sont non différentiels selon que le patient est sourd signant ou un « autre » patient puisque les erreurs de remplissage susnommées ont la même probabilité dans les deux groupes.

- Biais d'admission :

Une autre limite à notre étude porte sur le fait que les résultats s'appliquent à l'environnement local de celle-ci. En effet, la démographie des sourds dans le Poitou-Charentes entraîne **possiblement une surreprésentation des sourds signants consultant au SAU**, ne permettant pas d'extrapoler certains de nos résultats (dont l'incidence des passages des usagers sourds au SAU) à l'ensemble des autres SAU de France.

- Biais lié au SAU lui-même :

Enfin, il existe un biais relatif à **l'affluence au SAU au moment de prise en charge** du patient. En effet, il a été démontré que la durée de passage dans un SAU peut être plus longue lors d'une affluence importante (39). Là encore, **ce biais est non différentiel**.

5-2 Analyse démographique

Le profil particulier du patient sourd signant consultant au SAU ne réside pas dans ses caractéristiques démographiques. En effet, nous avons pu constater que la population générale des urgences et la population sourde présentaient de nombreuses caractéristiques communes. On retiendra essentiellement que :

- **Leur origine géographique** reste majoritairement, tout comme la population générale des urgences, le département 86. Le caractère « régional » de l'unité SAS ne modifie donc pas le recrutement majoritairement local des patients sourds signants, mettant en exergue qu'un patient, même sourd, nécessitant de consulter un SAU s'adresse à celui le plus proche de son domicile.

- **Leur âge moyen de passage** est significativement plus jeune que celui de la population générale des urgences, même si la différence d'âge constatée n'a au final aucune incidence clinique. Toutefois, il est intéressant de noter que c'est la sous-population sourde 0-48 ans qui consulte le plus, alors que c'est la sous-population 48-72 ans de la population générale qui est la plus représentée. Ce détail est en totale corrélation avec les caractéristiques démographiques de l'ensemble de la communauté sourde poitevine (20), et avec le profil des patients consultants l'unité SAS dont la moyenne d'âge est de 40.97 +/- 18.62 ans (13).

5-3 Discussion autour de l'objectif principal de l'étude.

Les problèmes d'accès aux soins constituent un sujet prégnant parmi les questions de santé concernant les sourds signants. Il est communément admis que les difficultés se posent à chaque étape du parcours de soin, y compris dans le dialogue avec les soignants (8). Le service des urgences reste une porte d'entrée incontournable dans le système de santé et largement utilisée par ces patients. Ceux-ci s'y déplacent facilement, assurés d'y trouver un interlocuteur médical sans avoir à affronter l'obstacle que représente la simple prise de rendez-vous. Il nous semblait quasi certain que le handicap de communication résultant de la déficience sensorielle avait un impact direct sur la durée de passage aux urgences.

Pourtant, la comparaison des moyennes (moyenne de la durée de passage de la population générale au SAU – moyenne de la durée de passage des sourds signants au SAU) révèle que **la durée de passage des sourds prélinguaux au SAU est, statistiquement significativement plus courte** que celle des autres patients : 6.2 +/- 6.4 heures versus 6.8 +/- 7.2 heures (pvalue=0.01). Cependant, cette différence de durée n'est pas cliniquement pertinente, puisqu'une 1/2 heure n'est pas une différence très importante sur un passage d'une durée moyenne de 6 à 7 heures. On peut ainsi dire que **la durée de passage aux urgences d'un sourd signant, si elle n'est pas concrètement plus courte, n'est à première vue pas plus longue** que celle d'un patient lambda. Ceci semble donc aller à l'encontre de notre hypothèse de départ et confirmer les conclusions de l'étude de Wallbrecht *et al.* relative à la durée de passage aux urgences de 121 patients ayant des difficultés de compréhension (38). Les obstacles de communication seraient donc parfaitement levés au SAU, ou n'auraient, en tout cas, aucune répercussion sur le déroulement de la prise en charge.

Toutefois, nous avons constaté d'une part que les sourds signants consultent le plus souvent et de façon plus importante que la population générale au SAU pour des CIMU5 ; et d'autre part nous savons que le facteur CIMU influence la durée de passage avec une diminution du temps de passage s'agissant des CIMU 5, caractérisées par des diagnostics plus simples donc moins chronophages (40). La prise en compte de ces éléments pourrait expliquer l'incohérence de notre résultat initial. Au final, les résultats de notre analyse multivariée modélisant la durée de passage aux urgences par modèle mixte linéaire (Tableau 6) vient **confirmer que le fait d'être sourd signant augmente la durée de passage aux urgences (OR 3.5 [2.4-5.03])**.

Une durée de passage plus longue pour un patient sourd signant nous semble logique. D'une part, la barrière de la langue s'accompagne de difficultés de recueil d'informations (8), de compréhension des ordonnances et des consignes (25), aboutissant à des soins plus chronophages (26). D'autre part, l'augmentation des examens complémentaires, pour pallier aux lacunes de l'interrogatoire, amène à des prises en charge allongées, par le temps relatif au délai d'obtention des résultats de ceux-ci (2). Enfin, la coordination avec la présence d'un interprète professionnel peut potentiellement allonger le temps d'attente du patient sourd lors de son passage au SAU (38).

5-4 Discussion autour des objectifs secondaires.

5-4-1 l'incidence de passage des sourds signants au SAU de Poitiers

L'incidence globale des passages des patients sourds signants au SAU de Poitiers est de **2.48 patients sourds pour 1000 passages-jour**. Nous n'avons retrouvé aucune étude nous permettant de comparer notre résultat à d'autres SAU français ou étrangers et nous ne pouvons donc déterminer si la fréquentation du SAU de Poitiers par les sourds est comparable à celle d'autres institutions hospitalières hébergeant ou non une UASS.

La période étudiée (2012-2016) correspond à la période de montée en puissance de l'activité de l'unité SAS. Cette dernière a permis un recrutement accru de patients sourds venant délibérément consulter au CHU de Poitiers parce qu'ayant l'assurance d'y bénéficier de soins en LSF (12, 13, 20). Il nous semblait intéressant d'observer l'évolution de cette incidence dans le temps. En effet, nous avons émis l'hypothèse que l'implantation d'une UASS au sein du CHU de Poitiers pouvait influencer l'incidence de passage des sourds signants au SAU avec potentiellement :

- soit une augmentation de l'incidence liée à l'identification du CHU de Poitiers par la communauté sourde locale et régionale comme étant un lieu totalement accessible en LSF
- soit au contraire une diminution qui témoignerait de l'identification de l'unité SAS comme lieu d'accès aux soins primaires ne nécessitant plus de se rendre aux urgences pour des motifs de médecine générale courante (même si la période d'ouverture du SAS ne correspond au final qu'à 24% du temps ouvrable des urgences) ce qui « désengorgerait » le SAU,
- soit une incidence stable (aucune influence, ni en mieux, ni en moins bien)

L'évolution de l'incidence du passage au SAU des sourds signants progresse de façon significative (pvalue=0.01). Toutefois, celle de la population des urgences (tableau 2) a également tendance à l'augmentation et cette évolution n'est statistiquement pas différente chez les deux groupes. Elles semblent simplement suivre la tendance actuelle d'augmentation progressive de l'activité des SAU français. En effet, en 2013 le Ministère de la Santé relevait une augmentation de 80% du taux de passage au sein des urgences Françaises (41). Il ne nous est donc pas possible de conclure à l'influence exercé par l'unité SAS sur le nombre de passages au SAU des usagers sourds signants.

5-4-2 La prise en charge des patients sourds signants par le personnel des urgences et sa répercussion sur la durée de passage

L'ensemble des données spécifiquement collectées pour les patients sourds signants (tableau 1) dresse un bilan assez clair de la façon dont ils sont pris en charge au SAU et permet d'en expliquer les raisons.

En premier lieu, on peut noter que le personnel des urgences (IOA-MCO) a **une certaine méconnaissance des besoins des sourds en matière de communication** :

- Les moyens de communication utilisés sont inadaptés puisque le recours au tiers accompagnant le patient est le moyen de communication le plus utilisé (35%) alors que cet interprétariat « sauvage », comme nous l'avons expliqué plus haut, ne devrait être

qu'un pis-aller. Certes, cette ressource est rapidement mobilisable et donne l'impression au soignant de faire au mieux pour son patient. Néanmoins, la qualité de l'interprétation, l'implication émotionnelle de l'accompagnant et le non-respect des droits fondamentaux du patient suffisent à expliquer pourquoi cette habitude devrait être abandonnée (2, 20, 27, 28, 29). La LSF pratiquée par un interprète professionnel, seul vecteur fiable pour le dialogue que suppose l'information médicale avec un sourd signant (31), n'est utilisée que dans moins de 13% des cas. Le recours à l'écrit n'est noté que dans seulement 7,5% des cas. Ce résultat minore probablement l'utilisation réelle du « tableau blanc et du crayon », que l'on sait par expérience beaucoup plus fréquente que cela, s'agissant des modes de communication usuellement utilisés au SAU face à un patient sourd.

- La surdité n'est pas repérée comme un obstacle à la communication. Alors que la majorité des patients sourds signants sont repérés par l'IOA et/ou le médecin, le mode de communication utilisé face au patient n'est pas renseigné dans plus de la moitié des observations (51%) ce qui tend à démontrer que si g ne à la communication il y a eu, cette dernière semblait suffisamment insignifiante pour qu'on décide de ne pas en laisser trace dans une observation médicale.
- Fait interpellant, dans 10% des passages de patients sourds signants, donc profonds prélinguaux, cet antécédent pourtant essentiel n'est mentionné nulle part, prouvant que la surdité, et donc le handicap de communication qui en découle, ne sont parfois pas repérés.
- Enfin, les besoins réels des patients, en termes de communication, sont sous-estimés. Ainsi, le tableau 1 met en évidence que l'unité SAS intervient plus au SAU (12,7%) qu'elle n'y est sollicitée par les professionnels (5,7%). L'explication réside dans le fait que les patients sourds consultant le SAU contactent parfois d'eux-mêmes l'unité SAS afin de pallier au déficit de communication dont ils souffrent.

Deuxièmement, même si celui-ci n'est pas clairement noté dans les dossiers, les données que nous avons recueillies laissent indirectement transparaître **un réel obstacle de communication rencontré par les soignants du SAU** lorsqu'ils prennent en charge un patient sourd signant :

- Lorsqu'un patient est repéré comme sourd signant par le médecin, sa durée de passage au SAU est significativement plus longue que si ce n'est pas le cas (tableau 7). On peut penser que la gêne à la communication rencontrée par le médecin, l'a insidieusement motivé à noter cet antécédent dans l'observation.
- Les patients venant d'eux-mêmes ou étant adressés par le 15/114 ont une durée de passage significativement plus longue que ceux adressés par un médecin extérieur ou par le médecin de l'unité SAS. L'ensemble des informations médicales (antécédents, traitement habituel, histoire de la maladie...) renseignées dans le courrier rédigé par l'adressant simplifie probablement considérablement l'interrogatoire, lequel doit être plus chronophage et complexe sans courrier d'admission.
- Enfin, les conclusions apportées à notre objectif principal (une durée de passage plus longue pour des motifs moins graves donc potentiellement moins chronophages) sont un argument supplémentaire.

Enfin, le **manque de sensibilisation du personnel des urgences par l'unité SAS, concernant les spécificités culturelles et linguistiques de la prise en charge d'un patient repéré comme étant sourd** est indéniable. Pourtant, il a été démontré que les soignants n'ont pas conscience de ces particularités (4, 10). Et, il s'agit d'une des missions des UASS (33). En découle **une sous-utilisation de cette ressource par le SAU** :

- L'unité SAS est peu appelée lors du passage d'un sourd signant au SAU (6% des passages) alors qu'elle devrait l'être systématiquement afin d'évaluer les difficultés de communication et de compréhension pour y apporter une solution. Bon nombre de soignants ne sont pas encore au courant de l'existence d'une UASS au sein même du CHU de Poitiers ou s'ils le sont, ils n'en connaissent pas clairement ni les missions ni le mode de fonctionnement.
- Quand bien même le passage du patient sourd à lieu en dehors des horaires d'ouverture de l'unité SAS, une réorientation ultérieure vers l'unité afin de reformuler, s'assurer de la compréhension ou organiser la suite du parcours de soin (puisque c'est également une mission des UASS) n'est réalisée que dans 0.3% des cas.

5-4-3 Le recours à l'unité SAS

Alors que l'unité SAS est une ressource institutionnelle adaptée pour aider à prendre en charge de façon efficiente les patients sourds, **elle est finalement peu sollicitée**. Seuls 6% des passages de patients sourds signants bénéficient d'un recours à l'unité SAS.

Notre étude a débuté au 1^{er} janvier de l'année suivant l'ouverture de l'unité SAS et s'est prolongée sur 5 ans. Nous espérions ainsi observer les répercussions de la montée en puissance de cette unité sur l'utilisation qui en est faite par le SAU, en termes de nombre de sollicitations. Sur la globalité de la période étudiée, nous ne constatons **aucune évolution dans le temps** puisque la différence du nombre de recours au SAS est non significative entre les années. La faiblesse des effectifs ne nous permet pas d'approfondir l'analyse de ce paramètre. Toutefois, nous pouvons avancer plusieurs hypothèses à ce faible appel :

- La méconnaissance par le corps médical ou paramédical de l'installation de l'unité SAS, de ses fonctions et de la procédure institutionnelle actuellement mise en place pour recourir à un interprète en LSF dans l'enceinte du CHU de Poitiers. Il serait à ce sujet intéressant de réaliser une étude qualitative afin d'évaluer cette hypothèse.
- Le fait que le SAU est un service ouvert 7j/7 24h/24, alors que le SAS est ouvert de 9 à 17h, 5jour par semaine (ce qui ne représente que 24% du temps ouvrable des urgences). Nous n'avons pas relevé l'heure du début de prise en charge des patients dans notre étude et nous ne pouvons pas confirmer cette hypothèse.
- L'impossibilité par l'unité SAS, même en dehors de ses horaires d'ouverture, de pouvoir assurer la présence d'un interprète en LSF au SAU le soir et les week-ends.

5-5 Les facteurs influençant la durée de passage aux urgences d'un patient sourd signant

Les facteurs démographiques (âge, le sexe et le département d'origine) ne sont pas des facteurs modifiant la durée de prise en charge des sourds au SAU.

Cependant, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, **la durée de passage est influencée par le type de professionnel adressant le patient sourd au SAU**. On retiendra qu'un patient adressé par son médecin traitant ou par le médecin signeur de l'unité SAS a une durée de

passage non allongée par rapport à la population générale et que cela n'est pas le cas s'il vient seul ou est adressé par le 15/114. Il nous semble évident que dans ces situations singulières, la transmission d'informations par le biais de la continuité et coordination des soins (42), et notamment le dossier médical, permet de lever les obstacles à la communication rencontrés et permet un gain de temps lors des passages au SAU.

Par ailleurs, concernant la typologie de la pathologie en fonction de la CIMU, **la durée de passage est influencée par le type de CIMU** avec une échelle pyramidale. Les CIMU 1 ont tendance à être rapidement prises en charge. Puis les durées sont maximales pour une CIMU 2 pour diminuer progressivement (40), ce qui correspond à la multiplication d'actes ou d'avis secondaires en fonction de l'incertitude.

Enfin, **la durée de passage augmente logiquement pour un patient qui sera hospitalisé**, par le temps de la réalisation des examens complémentaires, l'orientation et la bonne prise en charge, et le temps de trouver un lit (43).

Il est intéressant de noter que **pour tous les patients, qu'ils soient sourds signants ou non, la durée de passage diminue significativement de 2012 à 2016**. Ceci résulte probablement de l'optimisation du parcours de soins des patients s'adressant au SAU, mise en place au CHU de Poitiers, avec l'organisation par filière de prise en charge et l'intervention de l'IOA et/ou du MCO.

5-6 Un recours au SAU par les usagers sourds signants pas forcément justifié

Même si l'objet de notre étude était tout autre, il y transparaît tout de même que les patients sourds signants ne consultent pas au SAU de façon forcément justifiée :

- **Plus de la moitié des patients sourds viennent d'eux-mêmes au SAU sans y avoir été adressés par un médecin.** Celui-ci reste une porte d'entrée facile dans le système de soins pour ces usagers rencontrant des difficultés à contacter un professionnel de santé libéral. Venir au SAU, c'est tout simplement avoir la certitude d'y rencontrer un médecin sans avoir à solliciter l'aide d'un parent, ami ou voisin pour programmer un rendez-vous médical (12, 15,29). Pourtant, l'unité SAS permet un accès aisé aux soins, linguistiquement et culturellement adapté à cette population (8, 33). La sollicitation de cette dernière devrait être privilégiée par les patients sourds.

- Dans le même ordre d'idée, **le motif de consultation le plus représenté chez les sourds signants est un motif classé CIMU 5 (34%)** ne justifiant donc d'aucune consommation de ressource hospitalière en urgence, alors que ce motif est le plus souvent classé CIMU 3 dans la population générale des urgences.
- Enfin, **seuls 2% des passages au SAU (11 passages) de patients sourds font suite à une consultation à l'unité SAS** (laquelle a réalisé 5316 consultations sur la période étudiée) ce qui signifie que seules 0.2 % des consultations au SAS ont, au final, nécessité d'avoir recours au SAU, montrant l'efficacité de cet accès aux soins primaires.

5-7 Perspectives d'amélioration

Afin de rendre le plus optimal possible le passage au SAU du patient sourd signant, et de proposer à ce dernier des soins de qualité équivalente à ceux de la population générale (dans des conditions de communication, d'information et de respect similaire à un patient entendant), quelques axes d'amélioration semblent fondamentaux et passent par une coopération entre l'unité SAS et le SAU.

D'une part, l'unité SAS devrait effectuer une sensibilisation de l'ensemble du personnel du SAU à ce que signifie « être sourd et comment communiquer avec un patient sourd ». Il s'agit en effet d'une de ses missions (33).

En parallèle, il faudrait mettre en place un important travail de sensibilisation du public sourd aux modalités de recours au SAU afin que celui-ci soit utilisé à meilleur escient.

Enfin, le SAU devrait systématiquement solliciter l'unité SAS dès qu'un patient est repéré comme étant sourd. L'intervention du SAS permettrait une évaluation rapide des moyens de communication à mettre en place pour faciliter les soins, organiserait la venue d'un interprète professionnel si le besoin est identifié et effectuerait un travail de reformulation et d'organisation du parcours de soin du patient en aval de son passage au SAU.

6-Conclusion

Cette étude est la première à évaluer la prise en charge des sourds signants par un service d'urgences. Les particularités linguistiques et culturelles partagées de cette population en font des usagers pour lesquels les problèmes de communication et de compréhension sont prégnants durant l'acte de soin.

Nous avons pu montrer que le SAU reste une porte d'entrée massivement utilisée par ces patients, dont l'incidence du passage au SAU progresse de façon significative durant la période étudiée. Néanmoins, la plupart des motifs de consultation ne justifiait d'aucune consommation de ressource hospitalière en urgence, avec des consultations CIMU 5 plus importantes et donc une utilisation des ressources institutionnelles à mauvais escient.

Comme notre hypothèse de départ l'avancait, la surdité et la situation de handicap liée à la communication qui en découle directement, augmentent significativement à eux seuls la durée de passage aux urgences, en comparaison à la population générale des urgences.

Plus encore, notre étude laisse entrevoir que ces difficultés de communication, le plus souvent non ressenties par les professionnels de santé mais pourtant bien réelles, résultent en partie d'une totale méconnaissance des besoins des sourds en termes de communication et d'un cruel manque de sensibilisation du personnel des urgences à ce qu'est « être Sourd ».

Le CHU de Poitiers dispose d'une UASS, l'unité SAS, dont la mission principale est d'œuvrer à lever de tels obstacles, y compris au SAU, en coordonnant, entre autres, la présence d'un interprète professionnel auprès du patient sourd si cela est nécessaire. Cette ressource institutionnelle est largement sous-utilisée au SAU alors que les patients sourds la plébiscitent et que cette intervention ne semble pas rallonger leur durée de passage.

La mise en place d'une procédure institutionnelle concernant la prise en charge d'un patient repéré comme sourd au SAU devrait, d'une part permettre à l'unité SAS de sensibiliser le personnel des urgences ainsi que les usagers, et d'autre part faciliter les soins en levant tout obstacle de communication. Il en résulterait une optimisation de la prise en charge de ces usagers si singuliers lors de leur passage au SAU.

Bibliographie :

- (1) Mottez B. Textes réunis et présentés par Andréa Benvenuto. Les Sourds existent-ils ? Paris : L'Harmattan ; 2006, p50-2
- (2) Migration Santé Alsace- Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel- Avril 2009
- (3) Donna B. Scheier, MS, RN. Barriers to health care for people with hearing loss: A review of the literature. Journal of the New York State Nurses Association, Spring/Summer 2009, p 4-10
- (4) Alexander A, Ladd P, Powell S; Deafness might damage your health ; The Lancet vol 379 : 979-980 , March 17 2012
- (5) J. Kritzinger et al., I Just Answer yes to everething they said; Patient Education and Counseling 94 (2014) 379–383
- (6) M.M. McKee et al.; Emergency Department utilization among Deaf American Sign Language users. Disability and Health Journal 8 (2015); 573:578
- (7) Articles 75 et 78 de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel 2005 ; 36 : 2353
- (8) Laubretton J, Morvan R, Roblot P. Développons les consultations hospitalières pour les sourds. Presse Med 2013 ; 42(11) :1427-9
- (9) Mongourdin B, Karacostas A. Les unités régionales hospitalières d'accueil et de soins pour les sourds. Bull Epidemiol Hebd. 2015 ;(42-43):798-800. [en ligne]
http://www.invs.sante.fr/beh/2015/42-43/2015_42-43_4.html consulté le 27/01/2017
- (10) Njeru et al. Emergency department and inpatient health care utilization among patients who require interpreter services. BMC Health Services Research (2015) 15:214 DOI 10.1186/s12913-015-0874-4
- (11) Gouvernement Français. Améliorer le quotidien des personnes sourdes et malentendantes. 29/09/2011. [en ligne]
http://archives.gouvernement.fr/fillon_version2/gouvernement/ameliorer-le-quotidien-des-personnes-sourdes-et-malentendantes.htm consulté le 29/08/2017
- (12) Degoulange A. Evaluation de l'accessibilité de la médecine générale aux sourds du Poitou-Charentes. Thèse de médecine. Poitiers. 2014. 53p
- (13) Pinsembert L. Les consultations des Patients Sourds prélinguaux au sein des UASS de France en 2016: Un essai de typologie. Thèse de médecine. Poitiers. 2017. 57p

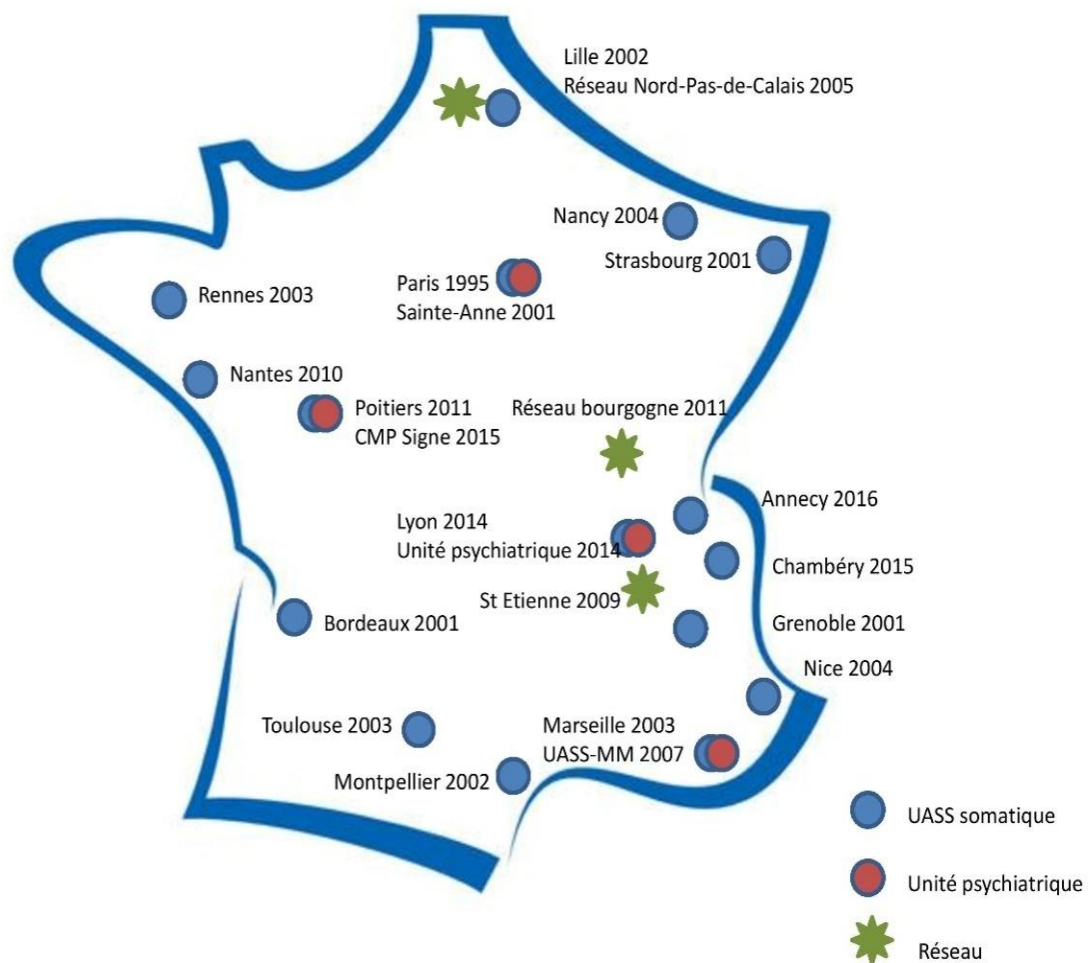
- (14) Sanders MS, Lelievre F, Tallec A. Le Handicap auditif en France : apport de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendances 1998-1999. Etude et Résultats. 2007 ;(589) :1-8. Disponible sur drees.social-santé.gouv.fr
- (15) Bancel C, Remiatte S, Hannard CL, Rondon J et al ; L'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes.EHESP-Module Interprofessionnel de santé publique-2011[en ligne]
https://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/mip/groupe_14.pdf consulté le 28/01/2017
- (16) Perset M. Etats des Lieux des Appels qualifiés 15 du CNR 114 en 2013 et perspectives d'avenir. Thèse de médecine. Toulouse.2015. 70p
- (17) Urgences 114.Numéro d'urgence national uniquement accessible par SMS ou Fax, pour les personnes avec des difficultés à entendre ou à parler. [en ligne]
<http://www.urgence114.fr/>. consulté le 29/08/2017
- (18) Martin F. La relation thérapeutique avec le patient sourd, Quels changements pour le clinicien ? Thèse de médecine. Grenoble. 2007. 108p
- (19) HAS. Haute autorité de santé. Rapport d'évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. Janvier 2007
- (20) ARS 86. Agence régionale de Santé de la Vienne. Assises Territoriales de la Vienne : L'accès aux soins des Sourds ; jeudi 10 décembre 2015
- (21) Société Française d'Audiologie. Audiométrie avancée (en ligne). 2006[en ligne]
http://sfaudiologie.fr/Dupral/sites/default/files/Doc/GBPAA1_3.pdf consulté le 10/06/2017
- (22) Gillot D. Le Droit des sourds : 115 propositions : rapport au premier ministre. Paris : La Documentation française ; 1998
- (23) HAS. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, mai 2012
- (24) Les unités d'accueil et de soins des sourds : des « pôles santé » d'origine aux pratiques de santé communautaire. In UNISS, Unité d'Information et de Soins pour Sourds. Sourds et santé – La médiation dans tous ses états, Paris, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 24-25 juin 2015
- (25) Coignard L, Martinez C, Bonnefond H, Rodolphe C ; Repenser la compréhension de l'ordonnance : l'exemple des soins aux Sourds. Thérapie 2015 Novembre-Décembre, 70(6) : 501-513
- (26) Scott J ; Communication with a deafblind person in an emergency ; Accident and Emergency Nursing (1998) 6. 164-166 ; Harcourt Brace & Co. Ltd 1998

- (27) Flores G, Abreu M, MD, et al. Errors of Medical Interpretation and their potential clinical consequences: a Comparison of professional versus Ad Hoc versus no Interpreters. Anal Of Emergency Medicine Volume 60, No 5 : 546-553, Novembre 2012
- (28) Mongourdin B, Blanchard J, Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Surdité, accessibilité linguistique et soins. Audition publique, 22-23 octobre 2008
- (29) INPES. Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition: résultat d'une étude qualitative. [en ligne] .
<http://www.firah.org/centre-ressources/upload/notices2/avril2013/rapport-a-la-sante-surdite-resultats-etude-qualitative.pdf> . consulté le 03/09/2017
- (30) Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. J Gen Intern Med. 2006;;260-6.
- (31) L'apport spécifique de l'interm diateur sourd pour l'accueil des sourdaveugles au sein des Unités d'Accueil et de Soins pour personnes Sourdes. In CRESAM, Centre national de ressources handicap rare surdicécité. Journées d'étude et de formation sur le handicap rare - Surdic cit  - Identité, Diversité, Créativité, Toulouse, 30-31 janvier 2014. Poitiers : CRESAM, 2014, p 17
- (32) Widad Boumaiz. Prise en charge médicale et hospitalière des personnes sourdes signantes en France : points de vue de professionnels sur la question. Linguistique. 2013. <dumas-00847033>
- (33) Circulaire N DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes. Paris : Ministère de la santé et des Solidarités. [en ligne]
<http://www.santé-sourds-lsf.org/documents/circulaire-DHOS-avril-2007.pdf> consulté le 10/03/2017
- (34) Code  thique des membres de l'AFILS. [en ligne] <http://www.afils.fr/code-ethique/> consulté le 25/05/2017
- (35) <http://www.chu-poitiers.fr/specialites/urgences/> consulté le 29/08/17
- (36) SFMU. Référentiel IOA 2004.[en ligne].
<http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/ioa2004.pdf>. Consulté le 31/08/2017
- (37) Service d'urgence-Resurgences. <https://www.berger-levrault.fr/solutions/sante-action-sociale/gestion-resident/service-durgences-resurgences.html>. Consulté le 30/08/2017

- (38) Wallbrecht J, Hodes-Villamar L, J Weiss S, A Ernst A. No difference in emergency department length of stay for patients with limited proficiency in English. *South Med J* 2014 Jan;107(1):1-5
- (39) Sorin B. Analyse des temps d'attente aux urgences adultes du CHRU de Tours. Thèse de Médecine. Tours. 2015. 60p
- (40) Bartiaux M., Mols P. Evaluation prospective des délais d'attente dans un service d'urgence d'un hôpital universitaire avec un accueil médicalisé de première ligne. *Rev Med Brux.* 2013 ; 34 : 405-9
- (41) Ministère des solidarités et de la Santé. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalière, juin 2013. [en ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013#Les-questionnaires-et-themes-abordes> . Consulté le 31/08/2017
- (42) Société Française de médecine générale. La continuité des soins. 2013 [en ligne] http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/807/fichier_fiche5_continuite_des_soins766c1.pdf. Consulté le 20/09/2017
- (43) DREES. Urgences : sept patients sur dix attendant moins d'une heure avant le début des soins. *Etudes et Résultats*. Numéro 0929. Août 2015

Annexe :

Annexe 1 : Cartographie des différents positifs de soins pour sourds en LSF



Annexe 2 :

Tableau de description des patients dont la durée d'attente au SAU est aberrante N = 2125

Variables		Pvalue par rapport à la population des passages aux urgences
Age	61.0+/-21.5 ans	<0.0001
< 30 ans	11 %	<0.0001
30-48	20 %	
48-75	37%	
>75	32%	
Durée de passage aux urgences	63.8+/-5.7 heures Range (25-1651)	<0.0001
Sexe		0.67
F	44 %	
CIMU		<0.0001
1	1 %	
2	1 %	
3	4 %	
4	1 %	
5	1 %	
Manquant	92 %	
Département		0.85
86	88 %	
79	4 %	
17	1 %	
16	1 %	
Autre	6 %	
Année		0.003
2012	28 %	
2013	26 %	
2014	17 %	
2015	14 %	
2016	14 %	
Passage de patients sourds au SAU		1
	4 (0.1%)	
Nombre de patients uniques		1
Sourd	3	
Entendant	1028	

Annexe 3 :

Analyse de sensibilité.

Modèle où les CIMU manquantes sont remplacées par la valeur 5

	Analyse multivariée	
Variables	OR IC95	p-value
Age		< 0.0001
< 30 ans	Ref	
30-48	2,9 [2,7-3,2]	
48-75	19,3 [17,8-20,9]	
>75	138,6 [126,4-152,1]	
Sexe (F/M)	1,1 [1,0-1,4]	0,029
Sourd prélinguaux / autres	1,4 [0,8-2,6]	0,28
Département		< 0.0001
86	Ref	
79	1,1 [0,9-1,3]	
16	0,9 [0,7-1,2]	
17	0,6 [0,4-0,9]	
Autre	0,7 [0,6-0,8]	
Année		< 0.0001
2012	2.3 [1,9-2,7]	
2013	2.5 [2.1-2.9]	
2014	1,8 [1.4-2.2]	
2015	1.3 [0.8-1.7]	
2016	Ref	
CIMU		< 0.0001
1	Ref	
2	4.3 [3.4-5,2]	
3	7,9 [6,4-9,7]	
4	2,8 [2,2-3,4]	
5	37,6 [-0.6]	

Annexe 4 :

Analyse de sensibilité

Modèle où les CIMU manquantes sont remplacées par la valeur 1

	Analyse multivariée	
Variables	OR IC95	p-value
Age		< 0.0001
< 30 ans	Ref	
30-48	1,9 [1,8-2,1]	
48-75	5,3 [4,9-5,7]	
>75	22,6 [20,7-24,6]	
Sexe (F/M)	1,3 [1,2-1,4]	< 0.0001
Sourd prélinguaux / autres	3,2 [1,8-5,6]	< 0.0001
Département		< 0.0001
86	Ref	
79	0,8 [0,7-0,9]	
16	0,5 [0,4-0,7]	
17	0,3 [0,2.-0,4]	
Autre	0,6 [0,5-0,7]	
Année		< 0.0001
2012	3,9 [3,4-4,3]	
2013	3,2 [2,9-3,5]	
2014	2,0 [1,9-2,2]	
2015	1,5 [1,4-1,6]	
2016	Ref	
CIMU		< 0.0001
1	Ref	
2	0,1 [0,0-0,2]	
3	0,1 [0,0-0,2]	
4	0,1 [0,0-0,2]	
5	0,1 [0,0-0,2]	

Résumé :

Introduction : La problématique d'accès aux soins pour les sourds profonds prélinguaux (dits sourds signants) résulte essentiellement d'un obstacle de communication. C'est en ce sens que des unités hospitalières d'accueil et de soins pour sourds (UASS) ont émergé, dont celle de Poitiers en 2011. Ces unités sont autant bénéfiques aux patients qu'aux institutions au sein desquelles elles sont implantées. Cependant, aucune étude n'a mesuré l'impact de la surdité et de l'existence d'une UASS sur la prise en charge de ces patients par un service d'accueil des urgences.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé sur une période de 5 ans une étude rétrospective monocentrique des passages aux urgences du CHU de Poitiers des patients sourds signants versus les autres patients. Les données récoltées ont été extraites du logiciel *Resurgences*® puis ont été analysées en méthode univariée et multivariée. L'objectif principal était de déterminer si la durée de passage d'un sourd signant était plus importante que celle d'un autre patient. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs pouvant influencer cette durée de passage, l'évolution de l'incidence du passage aux urgences de ce type de patients et le recours qui était fait à l'UASS par les soignants des urgences.

Résultats : Nous avons analysé un total de 230 855 passages, dont 577 passages de patients sourds signants (pour 253 patients sourds). L'analyse multivariée a mis en évidence une durée de passage significativement supérieure chez les patients sourds. La Classification Infirmières des Malades aux Urgences (CIMU), le repérage de la surdité par le médecin, l'hospitalisation et la venue spontanée du patient aux urgences sont des facteurs influençant cette durée de passage. L'évolution de l'appel de l'UASS pictaviennaise n'est pas significative. Enfin, sur la période étudiée, le taux d'incidence de passages de patients sourds signants aux urgences est de 2,48/1 000 passages-jour, ce dernier augmentant de façon significative dans le temps.

Conclusion : Notre analyse a permis de montrer que l'obstacle de communication rencontré par les sourds signants et l'absence de recours aux ressources institutionnelles (dont l'UASS) par les soignants induisent une augmentation de la durée de passage des sourds aux urgences. Des axes d'amélioration sont possibles.

Mots clefs : sourds, Langue des signes Française, service d'accueil des urgences, accessibilité aux soins

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Résumé :

Introduction : La problématique d'accès aux soins pour les sourds profonds prélinguaux (dits sourds signants) résulte essentiellement d'un obstacle de communication. C'est en ce sens que des unités hospitalières d'accueil et de soins pour sourds (UASS) ont émergé, dont celle de Poitiers en 2011. Ces unités sont autant bénéfiques aux patients qu'aux institutions au sein desquelles elles sont implantées. Cependant, aucune étude n'a mesuré l'impact de la surdité et de l'existence d'une UASS sur la prise en charge de ces patients par un service d'accueil des urgences.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé sur une période de 5 ans une étude rétrospective monocentrique des passages aux urgences du CHU de Poitiers des patients sourds signants versus les autres patients. Les données récoltées ont été extraites du logiciel *Resurgences*® puis ont été analysées en méthode univariée et multivariée. L'objectif principal était de déterminer si la durée de passage d'un sourd signant était plus importante que celle d'un autre patient. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs pouvant influencer cette durée de passage, l'évolution de l'incidence du passage aux urgences de ce type de patients et le recours qui était fait à l'UASS par les soignants des urgences.

Résultats : Nous avons analysé un total de 230 855 passages, dont 577 passages de patients sourds signants (pour 253 patients sourds). L'analyse multivariée a mis en évidence une durée de passage significativement supérieure chez les patients sourds. La Classification Infirmières des Malades aux Urgences (CIMU), le repérage de la surdité par le médecin, l'hospitalisation et la venue spontanée du patient aux urgences sont des facteurs influençant cette durée de passage. L'évolution de l'appel de l'UASS pictaviennaise n'est pas significative. Enfin, sur la période étudiée, le taux d'incidence de passages de patients sourds signants aux urgences est de 2,48/1 000 passages-jour, ce dernier augmentant de façon significative dans le temps.

Conclusion : Notre analyse a permis de montrer que l'obstacle de communication rencontré par les sourds signants et l'absence de recours aux ressources institutionnelles (dont l'UASS) par les soignants induisent une augmentation de la durée de passage des sourds aux urgences. Des axes d'amélioration sont possibles.

Mots clefs : sourds, Langue des signes Française, service d'accueil des urgences, accessibilité aux soins