

UNIVERSITE DE TOULOUSE III – Paul Sabatier

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2015

2015 TOU3 1049

THESE

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse

Le 2 Juillet 2015, par

Marie PERSET

Née le 12 Avril 1988 à Rodez (12)

ETAT DES LIEUX DES APPELS QUALIFIES 15 DU CNR 114 EN 2013 ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Directeur de thèse : Madame le Docteur Aline JOSSILLET

Jury

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER

Président du jury

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE

Assesseur

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur

Madame le Docteur Laetitia ESMAN

Assesseur

Madame le Docteur Aline JOSSILLET

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

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

P.U. - P.H.

2ème classe

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

P.U.

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

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. MESTHE P.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

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

P.U. - P.H.

2ème classe

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

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

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

M.C.U. - P.H

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

M.C.U.

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

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

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

Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY :

Au Président de jury :

Mme le Professeur Sandrine CHARPENTIER

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Faculté de médecine, Université Paul Sabatier, CHU Toulouse

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, de juger mon travail et de
représenter la Médecine d'Urgence.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma considération.

A tous les membres du jury :

Mr le Professeur Dominique LAUQUE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Chef du Service d'Accueil des Urgences

Faculté de médecine, Université Paul Sabatier, CHU Toulouse

Je vous remercie d'avoir honoré ce travail de votre attention en acceptant de participer
à ce jury de thèse.

Merci pour votre disponibilité et votre investissement auprès des urgentistes.

Veillez croire en ma profonde gratitude.

Mr le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des Universités

Médecin Généraliste

Expert près de la cour d'appel de Toulouse

Conseiller national de l'Ordre des médecins

Faculté de médecine, Université Paul Sabatier

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'y apporter votre regard de Médecin Généraliste. Je souhaite également vous remercier pour votre investissement auprès des internes.
Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Mme le Docteur Laetitia ESMAN

Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité d'Accueil et de soins pour Sourds

CHU Toulouse

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce Jury et de nous faire part de votre expertise sur le sujet.

Je tiens également à vous remercier pour vos précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail.

Veillez croire en mes sentiments respectueux.

A mon directeur de thèse :

Mme le Docteur Aline JOSSILLET

Praticien Hospitalier

SAU CH Rodez

Je souhaite te remercier pour m'avoir fait confiance et accepté de me diriger
dans ce travail de thèse.

Je souhaite également t'exprimer toute ma reconnaissance pour ton exigence et ton souci
du détail qui m'ont incitée à approfondir ma réflexion et m'ont permis de faire un travail
de qualité. Je tiens aussi à te remercier pour ta disponibilité, ta patience, ton soutien
inconditionnel et tes précieux conseils tout au long de ces mois de travail intensif.

Merci.

REMERCIEMENTS PERSONNELS :

Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin tout au long de mes études et dans l'élaboration de cette thèse. Sans vous, ce travail n'aurait pas abouti. Un grand merci à l'équipe du CNR 114 sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour, un merci tout particulier à Eric Vial pour sa disponibilité sans faille et ses précieux conseils et au Dr Mongourdin pour son regard d'expert.

A ma famille, merci pour avoir toujours cru en ma vocation et m'avoir toujours encouragée.

A mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel dans toutes les étapes de ma vie et parce que sans vous et vos sacrifices, je ne serais pas là où je suis aujourd'hui. A ma maman, merci pour ton dévouement et pour avoir été un modèle pour moi. A mon papa, merci pour m'avoir toujours encouragée et pour avoir toujours cru en moi.

A mon très cher frère Ludo, merci de toujours être là pour moi à n'importe quel moment et de toujours me soutenir.

A ma grand-mère, merci pour ton soutien, tes bons petits plats, ta présence discrète mais tellement précieuse.

A mes oncles et tantes, André, Agnès, Jean, Nicole, merci pour votre présence, votre soutien et vos encouragements en toutes circonstances.

A mes cousins, Florent et Fabien merci pour notre enfance heureuse et tous nos bons moments passés ensemble sans oublier Emilie et Océane ma bouille à bisous.

A Gilbert et Lucette, merci pour votre présence et votre soutien au cours de ces derniers mois de dur labeur.

A Andrée, merci pour ton soutien.

A tous mes proches qui sont partis trop tôt.

A tous les autres qui se reconnaitront, merci d'avoir été là.

A Damien, merci pour avoir toujours été là pour moi tout au long de ces années d'étude pas toujours faciles, pour m'avoir toujours soutenue dans les bons comme les mauvais moments, pour avoir toujours cru en moi et parce que je te dois une partie de ma réussite.

A toute ma « belle famille », merci pour tous nos bons moments passés ensemble en France comme au Portugal et pour vos attentions et votre soutien.

A tous mes amis, merci pour votre présence, vos attentions, votre soutien et pour tous nos bons moments partagés ensemble, les meilleurs restent à venir.

A Charlotte, pour m'avoir soutenue, pour avoir cru en moi, parce que notre amitié se résume en un mot SCRONTCH qui veut tellement dire.

A Angélique, pour notre amitié qui dure depuis l'enfance et qui va bien au-delà des frontières.

A mes amies Espalionnaises Clémence, Mathilde, Paula, Mathilde et Anaïs, pour tous nos bons moments dans notre bel Aveyron et ailleurs, et parce que vous m'êtes précieuses.

A mes cocottes, Elodie et Claire, pour notre amitié qui m'est chère, pour nos folles soirées, pour nos weekends festifs comme studieux et tous nos bons moments passés ensemble en attendant les prochains.

A ma team druelloise Alexandre, Camille, Alexia sans oublier Julien parce que les six mois passés avec vous en colocation ont été plus que géniaux, pour nos soirées retrouvailles toujours gourmandes et pour notre belle amitié.

A mes amis et compagnons d'externat, Lucile, Sophie, Pauline, Anaïs, Laurence, Juliette, Marie, Florence, Pauline, Hélène, Alain, Vincent, Lucie, Guillaume, Margaux, Quentin, Emmanuel, Bart, Clément, Chloé, Elsa, Lucie merci pour toutes ces soirées, tous ces voyages, tous ces bons moments qui ont rendu l'externat bien plus doux. Merci pour notre amitié qui dure malgré la distance.

A mes amis et co internes ruthénois, saint gaudinois, toulousains et aveyronnais, que j'ai pu rencontrer durant mon parcours, merci pour tous ces bons moments passés en votre compagnie. Un gros bisou en particulier à Noëlle, Laetitia, Saloua, Aurore, Amélie et tous les autres qui se reconnaîtront.

A mes amis d'enfance, mes amis du collège et du lycée qui se reconnaîtront, merci de toujours être là auprès de moi après toutes ces années. Merci tout particulier à Camille, Sarah, Popy, Laura, Fabien, Benjamin, Célia, Agathe sans oublier l'union festive Mandailles-Espalion.

A mes camarades de DESC, pour les années à venir.

A tous ceux que j'ai oublié, merci pour tout.

A mes collègues, pour la vocation et la passion, parce que même les jours où c'est difficile, nous faisons le plus beau métier du monde et parce que vous êtes formidables.

A l'équipe du SAMU 31 pour m'avoir confortée dans mes choix d'internat et m'avoir transmis votre virus de la Médecine d'Urgence.

A l'équipe de choc des Urgences de Rodez, merci pour ce premier semestre et les suivants qui m'ont confortée dans mon choix de la Médecine d'Urgence. Merci à mes co-internes Alex, Alexia, Claire, Elodie et Saloua, ce premier semestre n'aurait pas été ce qu'il a été sans vous. Merci à tous les médecins, infirmiers/infirmières, aides soignants/aides soignantes, PARM, pilotes, secrétaires pour votre accueil, votre soutien, votre présence et pour toutes ces gardes toujours dans la joie et la bonne humeur et dans les traditions aveyronnaises. Un merci particulier à Delphine et Julie pour votre aide, votre soutien, vos précieux conseils que ce soit pour le probatoire ou la thèse et votre amitié.

A l'équipe de Gériatrie et l'équipe des Urgences Saint Gaudinoise, merci pour votre formidable accueil, votre gentillesse et pour tous ces bons moments en votre compagnie.

A l'équipe du POSU pédiatrique, merci pour ce semestre très formateur et très enrichissant et pour m'avoir réconciliée avec la pédiatrie. Merci particulier à tous mes co-internes et à notre super chef de clinique pour ce semestre intense à vos côtés.

A mes praticiens, merci pour votre accueil, votre disponibilité, pour votre amour du métier et votre dévouement inconditionnel pour vos patients.

A l'équipe du SDIS ruthénois et un merci tout particulier à Natalie et Patrick pour m'avoir immergée dans le monde des sapeurs-pompiers, j'ai adoré être à vos côtés.

A toute la magnifique équipe médicale et paramédicale de Réanimation Ruthénoise, pour m'avoir inculqué les bases de l'exercice difficile de cette spécialité passionnante, pour votre dévouement et pour votre accueil.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	6
2	CONTEXTE	6
2.1	Rappels anatomiques	6
2.2	Rappels physiopathologiques	7
2.3	Rappels sur les modes de communication	7
2.3.1	La Langue des Signes Française (LSF)	8
2.3.2	Le Langage Parlé Complété (LPC)	8
2.4	Suppléances techniques	8
2.5	Accès aux soins.....	9
2.6	Contexte législatif	10
2.7	Fonctionnement du 114	11
3	MATERIELS ET METHODES	13
3.1	Objectif de l'étude	13
3.2	Méthodologie	13
3.3	Recueil de données	13
4	RESULTATS	14
4.1	Nombre d'appels.....	14
4.2	Horaires des appels	15
4.3	Localisation des appels	16
4.4	Caractéristiques démographiques	16
4.4.1	Age des patients.....	17
4.4.2	Sexe des patients.....	17
4.5	Moyens de communication utilisés.....	18
4.6	Nombre d'échanges par appel.....	18
4.7	Qualifications 114.....	19
4.7.1	Motifs d'appels	19

4.7.2	Sous motifs d'appels.....	19
4.8	Usage d'une application Smartphone	25
4.9	Modes d'intervention	26
5	DISCUSSION	27
5.1	Intérêts de l'étude.....	27
5.2	Limites de l'étude	28
5.3	Principaux résultats.....	28
5.3.1	Nombre d'appels et horaire des appels.....	28
5.3.2	Localisation des appels.....	28
5.3.3	Age	29
5.3.4	Moyens de communication.....	29
5.3.5	Usages des applications	31
5.3.6	Modes d'intervention.....	31
5.3.7	Qualifications 114	32
5.4	Perspectives	33
5.4.1	Intérêt d'un médecin régulateur.....	33
5.4.2	Régulation des appels relevant de la médecine générale.....	34
5.4.3	Extension du numéro à d'autres usagers	35
6	CONCLUSION.....	36
7	BIBLIOGRAPHIE.....	37
8	ANNEXES.....	39
9	ABSTRACT	55

ANNEXES

ANNEXE 1 : Audiométrie tonale en conduction aérienne et osseuse

ANNEXE 2 : Alphabet dactylogique

ANNEXE 3 : Langage Parlé Complété

ANNEXE 4 : Fax type du CNR 114

ANNEXE 5 : Formulaire de qualification CNR 114 2013

ANNEXE 6 : Fonctionnement du CNR 114

ANNEXE 7 : Qualifications et sous qualifications en 2013

ANNEXE 8 : Encart d'information

ANNEXE 9 : Fiche conseil ACR

ANNEXE 10 : Procédure urgence absolue

ANNEXE 11 : Départ réflexe des sapeurs-pompiers

ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Anatomie de l'oreille</i>	<i>7</i>
<i>Figure 2 : Répartition des appels avec critères d'inclusion et d'exclusion</i>	<i>14</i>
<i>Figure 3 : Nombre d'appels par mois.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 4 : Nombre d'appels annuels par plage horaire</i>	<i>15</i>
<i>Figure 5 : Nombre d'appels par département</i>	<i>16</i>
<i>Figure 6 : Répartition en fonction de l'âge des patients (nombre de personnes).....</i>	<i>17</i>
<i>Figure 7 : Répartition en fonction du sexe des patients</i>	<i>17</i>
<i>Figure 8 : Moyens de communication utilisés</i>	<i>18</i>
<i>Figure 9 : Nombre d'échanges par appel.....</i>	<i>18</i>
<i>Figure 10 : Répartition des motifs d'appels.....</i>	<i>19</i>
<i>Figure 11 : Répartition des sous motifs Génito-Urinaire</i>	<i>20</i>
<i>Figure 12 : Répartition des sous motifs Cardio-Vasculaires.....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 13 : Répartition des sous motifs Respiratoires</i>	<i>21</i>
<i>Figure 14 : Répartition des sous motifs Traumatismes/Accidents.....</i>	<i>21</i>
<i>Figure 15 : Répartition des sous motifs Gynécologie</i>	<i>22</i>
<i>Figure 16 : Répartition des sous motifs Neurologie.....</i>	<i>22</i>
<i>Figure 17 : Répartition des sous motifs ORL</i>	<i>23</i>
<i>Figure 18 : Répartition des sous motifs Psychiatrie.....</i>	<i>23</i>
<i>Figure 19 : Répartition des sous motifs Gastroentérologie.....</i>	<i>24</i>
<i>Figure 20 : Répartition des sous motifs Pédiatrie</i>	<i>24</i>
<i>Figure 21 : Répartition des sous motifs Autres causes</i>	<i>25</i>
<i>Figure 22 : Applications Smartphone utilisées</i>	<i>25</i>
<i>Figure 23 : Moyens de secours engagés.....</i>	<i>26</i>

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

HID : Handicaps, Incapacités, Dépendances

CH(U) : Centre Hospitalier (Universitaire)

LSF : Langue des Signes Française

LPC : Langage Parlé Complété

SMS : Short Message Service

CNR : Centre National Relais

SAU : Service d'Accueil des Urgences

DOM TOM : Département Outre Mer Territoire Outre Mer

PoSU : Pole Spécialisé des Urgences

ARM : Assistant de Régulation Médicale

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

HAS : Haute Autorité de Santé

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

ORL : Oto-rhino-laryngologie

SA : Semaine d'Aménorrhée

MT : Médecin Traitant

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

1 INTRODUCTION

La déficience auditive concerne 5 182 000 personnes en France soit une prévalence globale de 89 pour 1000 habitants selon les résultats de l'enquête HID de 1998-1999 (1). Ce chiffre est très hétérogène et recouvre des réalités très différentes puisque la déficience auditive sévère concerne 1 430 000 personnes alors que la déficience auditive profonde ou totale ne concerne que 303 000 personnes et seules 150 000 personnes pratiquent la Langue des Signes Française.

Cette déficience s'accompagne invariablement de difficultés dans les communications téléphoniques et donc dans l'accès aux numéros d'appels d'urgence. Le décret du 14 Avril 2008 prévu dans la loi du 11 Février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées établit les modalités d'accès des personnes déficientes auditives aux services téléphoniques d'urgence. De ce décret est né le Centre National Relais 114 le 14 Septembre 2011, au CHU de Grenoble. Cette plateforme 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.

Ce numéro attribué récemment répond à une demande légitime et réelle des usagers et c'est la raison pour laquelle nous avons voulu réaliser un état des lieux des appels concernant le 15 du CNR 114 durant l'année 2013 et évoquer les différentes perspectives que pouvait offrir ce nouveau service aux usagers.

2 CONTEXTE

2.1 Rappels anatomiques

L'oreille, organe de l'audition et de l'équilibre, se divise en trois segments distincts : l'oreille externe, l'oreille moyenne ou système tympano-ossiculaire et l'oreille interne faisant la liaison avec les aires cérébrales auditives (2).

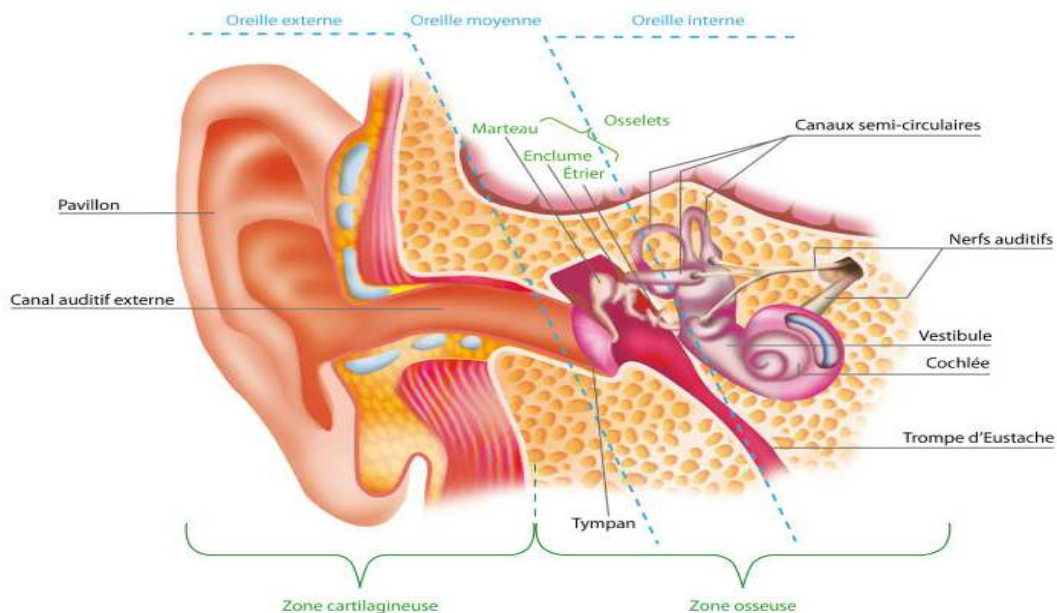


Figure 1 : Anatomie de l'oreille

2.2 Rappels physiopathologiques

La déficience auditive se définit comme une diminution ou une perte de l'audition et donc de la capacité à percevoir un son. Son diagnostic est principalement porté sur la réalisation d'une audiométrie tonale en conduction aérienne et osseuse (Annexe 1) et d'une audiométrie vocale. Elle peut être ainsi classée selon son degré de sévérité : légère, moyenne, sévère, profonde, totale ou cophose (3).

Elle peut également être classée selon la localisation de l'atteinte. Il en existe trois types : surdité de perception, surdité de transmission et surdité mixte (2). La déficience auditive peut être unilatérale ou bilatérale, congénitale (surdité génétique) ou acquise et a des étiologies diverses et variées.

2.3 Rappels sur les modes de communication

Les déficients auditifs, bien que classés dans la même catégorie de handicap, n'utilisent pas les mêmes modes de communication. En France, une grande majorité des personnes déficientes auditives utilisent l'oral. Beaucoup ont également besoin de la lecture labiale et de la suppléance mentale (interprétation de ce qui n'a été ni vu ni entendu) complétées d'une éducation auditive ardue. Cependant, dès lors que la déficience auditive est très sévère, le recours à d'autres moyens de communication peut s'avérer indispensable. On distingue ainsi :

2.3.1 La Langue des Signes Française (LSF)

La LSF date de l'Antiquité mais elle connaît son essor grâce à l'Abbé Charles Michel de l'Épée. En 1760, il est le premier à s'intéresser aux modes de communication des personnes sourdes après avoir vu deux jumelles communiquer via ce mode. Il apprend lui-même cette langue et l'enrichit notamment en y ajoutant des notions de syntaxe grammaticale (4). Cette langue se base sur la correspondance signes-mots et l'existence d'un alphabet dactylologique (Annexe 2). En 1880, au cours du congrès médical international de Milan, a été décidé que la méthode orale, au sens parlé, était préférable à celle des signes dans le cadre de l'éducation et de l'instruction des personnes déficientes auditives (5) (6). Ce congrès marque le début de l'interdiction d'enseigner cette langue dans notre pays, interdiction qui a duré près d'un siècle avant l'amendement Fabius de la loi du 18 janvier 1991 qui reconnaît aux familles le droit de choisir une communication bilingue Langue des Signes Française- Français. La LSF a été reconnue comme langue à part entière avec la loi du 11 Février 2005. Actuellement, cette langue est connue et pratiquée par environ 150 000 déficients auditifs.

2.3.2 Le Langage Parlé Complété (LPC)

A la différence de la Langue des Signes, le LPC n'est pas une langue mais un code ayant pour but de favoriser la compréhension de la parole orale et donc la lecture labiale. Il tire son origine du « Cued Speech » inventé en 1967 par le Docteur R. Orin Cornett et importé en France en 1977. Le LPC est un appui pour la compréhension de la totalité du message oral en levant les ambiguïtés de la lecture labiale (7) (8) (Annexe 3).

2.4 Suppléances techniques

Divers moyens de suppléance technique peuvent être proposés aux personnes déficientes auditives qui souhaitent en bénéficier. Ces aides relèvent soit d'une chirurgie ORL via la pose d'implants, soit d'un appareillage par prothèses à conduction aérienne ou osseuse avec réglages sophistiqués par un audioprothésiste (9) (10).

2.5 Accès aux soins

L'accès aux soins peut être difficile par défaut de communication entre la personne déficiente auditive et le professionnel de santé. Cette problématique débute par l'accès aux centres de soins et aux appareils médicaux qui n'est pas toujours adapté (prise de rendez-vous téléphonique, interphone, dispositifs d'examen reposant sur les annonces sonores). La barrière de la langue chez certains déficients auditifs constitue une autre problématique pouvant nécessiter la présence d'un interprète ou d'un codeur. Leur nombre insuffisant, leur coût, la perte de la confidentialité et de l'autonomie liée à la présence d'une tierce personne sont d'autres facteurs limitant cet accès aux soins (11) (12).

Certains dispositifs ont été mis en place afin de palier à cette problématique :

- **Les Unités d'accueil et de soins en LSF :**

La circulaire n°DHOS/2007 163 du 20 avril 2007 encadre les missions de ces unités, leur cadre et leur fonctionnement. Dans ces unités, les équipes médicales (constituées de personnes sourdes, malentendantes et normoentendantes) proposent ainsi des consultations médicales et paramédicales avec des professionnels de santé maîtrisant la LSF ou qui sont accompagnés d'interprètes en LSF. Il en existe 14 en France (13) :

- o 9 unités s'occupent exclusivement des soins somatiques : Lille, Strasbourg, Nancy, Nice, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Poitiers et Rennes.
- o 1 unité s'occupe exclusivement de la santé mentale : Paris (CH Sainte-Anne).
- o 4 unités ont une activité mixte (soins somatiques et santé mentale) : Paris (Pitié Salpêtrière), Grenoble, Marseille et plus récemment Lyon.

Elles ont pour missions :

- o L'accès à la santé à des patients pour lesquels la communication orale est difficile.
- o L'accompagnement du patient dans son parcours de soins notamment lors des consultations avec d'autres spécialistes.
- o La prévention et l'information autour de thématiques de santé publique.

- **Le développement de réseaux de soins** avec des médecins libéraux apprenant la LSF et/ou utilisant le mode SMS ou mails pour la prise de rendez vous.

La question de l'accès aux services de secours est longtemps restée une question épineuse qui nécessitait l'intervention d'une tierce personne normoentendante jusqu'à la création du CNR114.

2.6 Contexte législatif

L'article 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 relatif à la déficience auditive stipule l'intérêt d'une traduction écrite simultanée ou visuelle de toute information orale ou sonore concernant les déficients auditifs selon des modalités et délais fixés par voie réglementaire dans leurs relations avec les services publics, qu'ils soient gérés par l'Etat, les collectivités territoriales ou un organisme les représentant, ainsi que par des personnes privées chargées d'une mission de service public. Le dispositif de communication adapté peut notamment prévoir la transcription écrite ou l'intervention d'un interprète en Langue des Signes Française ou d'un codeur en Langage Parlé Complété. **Un décret prévoit également des modalités d'accès des personnes déficientes auditives aux services téléphoniques d'urgence (14).**

De cet article est né le décret n° 2008-346 du 14 avril 2008 relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgences des personnes déficientes auditives. Il préconise la mise en place d'un Centre National Relais qui devra, à terme, être capable de recevoir tout appel d'urgence (15, 17, 18) non téléphonique, quelle que soit sa forme (SMS, fax, mail, vidéoconférence, etc.), et quelle que soit la langue utilisée (Langue des Signes ou Français).

En 2009, l'étude pilote européenne REACH 112 a servi de pionnière en testant la « Conversation Totale » (communications utilisant la visioconférence, la voix et le texte en temps réel) sur le numéro européen d'appel d'urgence 112 pré existant. Elle a duré 3 ans et a impliqué 22 partenaires et 5 pays (Suède, Grande Bretagne, Pays Bas, France et Espagne). L'équipe projet du CNR 114 a participé à son expérimentation au sein du pilote français (15).

Trois arrêtés du 1^{er} Février 2010 concrétisent la création de ce centre et définissent notamment les modalités de financement du CNR (financement Mission Intérêt Général assuré par les ministères de l'Intérieur et de la Santé), la composition du comité de pilotage national (sous l'égide du Comité Interministériel du Handicap) et la désignation du CHU de Grenoble pour assurer les missions du CNR.

L'arrêté du 31 janvier 2011 attribue le numéro 114 au CNR comme numéro d'appel d'urgence non téléphonique et le 14 septembre 2011 marque l'ouverture officielle du CNR114.

2.7 Fonctionnement du 114

Qu'elle soit victime ou témoin d'une situation d'urgence, la personne déficiente auditive peut désormais alerter les services de secours (15, 17 et 18) via le 114 qui fonctionne actuellement en version SMS ou FAX (Annexe 4). Ce numéro est gratuit et est disponible sur le territoire métropolitain seulement. L'instauration de la « Conversation Totale » avec l'intégration du traitement de texte en temps réel, de la voix et de la visiophonie au dispositif déjà existant ainsi que l'extension au DOM TOM sont prévues pour la fin de l'année 2015 voire début de l'année 2016 (16).

La plateforme du 114 est située au CHU de Grenoble et fonctionne 24h/24 et 7J/7. Elle est constituée d'une équipe comprenant 19 Agents 114 (équivalent à des Agents de Régulation Médicale ou ARM) spécifiquement formés dont 16 agents normo entendants (8 bilingues et 8 en cours de formation LSF) et 3 agents sourds maîtrisant la LSF, 1 médecin responsable de la plateforme sur place, 1 cadre coordinateur, 1 adjoint des cadres, 1 référent opérationnel, 1 assistante et 2 chargés de communication sourds.

Ainsi, les SMS ou les fax sont réceptionnés au format mail sur le poste des Agents 114. Ils peuvent répondre via une solution de centre de contact adapté depuis un outil initialement destiné aux services après-vente, services clients et assistance web fournie par Multimédia Business Service (filiale du groupe Orange). Les SMS peuvent également être envoyés par l'intermédiaire d'applications Smartphone. Les agents disposent d'un formulaire de qualification (Annexe 5) permettant de saisir toutes les informations. Ils recherchent la provenance de l'appel, analysent la demande et les circonstances de l'évènement rapportées par le requérant. Ils déterminent alors de quel service d'urgence relève la demande (SAMU, Pompiers, Police/Gendarmerie).

Dès lors, l'Agent 114 contacte l'effecteur local habituellement chargé de recevoir les appels d'urgence par le téléphone et peut éventuellement compléter les données par transmission électronique ou par fax. L'effecteur décide des moyens à mettre en œuvre et les transmet à l'Agent 114 qui en informe le requérant. Chaque dossier ainsi créé donne lieu à un suivi par le CNR 114 de l'intervention engagée. Si le CNR 114 n'a pas

d'information dans les deux heures, il recontacte l'effecteur local pour clore le dossier (Annexe 6).

La régulation médicale doit garantir l'équité dans l'accès aux soins. Le code de santé publique (art. L. 1110-3) énonce qu'«aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès aux soins». Les inégalités territoriales, sociales, humaines, sont donc à repérer et, dans toute la mesure du possible, à compenser par des dispositions appropriées (17).

Ainsi, lors d'un appel concernant le centre 15, l'agent du CNR 114 a sensiblement les mêmes missions que celles de l'ARM déterminées par l'HAS à la différence que les agents du CNR 114 fonctionnent en binôme. L'agent 1 reçoit l'appel (agent pouvant être sourd) alors que l'agent 2 communique l'appel à l'effecteur local. Ils doivent donc (18) :

- Recueillir le maximum de coordonnées : téléphone de l'appelant, coordonnées précises du lieu d'intervention, coordonnées du médecin traitant, etc...
- Prendre connaissance du motif de l'appel, des attentes et des circonstances, écoute attentive de l'appelant, questions ouvertes en utilisant un vocabulaire adapté à l'appelant.
- Noter les caractéristiques du patient : âge, sexe, poids.
- Qualifier le niveau d'urgence dans certains cas particuliers.
- Dans les situations d'urgence engageant le pronostic vital, l'agent 2 a la possibilité de mettre en œuvre, sur protocole, une action réflexe avec engagement immédiat de moyens lourds, sans validation préalable par le médecin régulateur qui en sera immédiatement tenu informé.

Lors d'un appel concernant le centre 15, l'effecteur local et donc le médecin régulateur local reçoit ces informations et est en mesure de décider de l'orientation à donner à la situation exposée par le requérant (18) :

- Conseil médical sans mise en œuvre de moyens.
- Prescription médicale par téléphone.
- Orientation du patient vers une consultation médicale (médecin traitant, maison médicale,...)
- Intervention d'un effecteur médical sur place (SOS médecin, médecin de garde).
- Recours à un transport sanitaire en ambulance.
- Recours aux sapeurs pompiers ou secouristes.
- Envoi d'une équipe mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

3 MATERIELS ET METHODES

3.1 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des appels concernant le 15 du Centre National Relais 114 au cours de l'année 2013.

3.2 Méthodologie

Il s'agit d'une étude nationale, rétrospective, analytique, descriptive, mono centrique.

Les critères d'*inclusion* étaient :

- Tous les appels qualifiés 15 parvenus au CNR 114.
- Durant la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013.

Les critères d'*exclusion* étaient :

- Appels qualifiés 17, 18.
- Appels correspondant à des tests évaluant la plateforme 114.

3.3 Recueil de données

Les dossiers 15 ont été extraits manuellement du logiciel affecté au CNR 114 par nos soins. Les informations suivantes ont été recueillies :

- Nombre d'appels.
- Horaires d'appels.
- Localisation des appels.
- Caractéristiques démographiques : âge et sexe.
- Modes de communication utilisés : SMS ou Fax.
- Nombre d'échanges.
- Qualification 114 : Motifs et Sous motifs.
- Usage ou non d'une application Smartphone.
- Moyens de secours mis en œuvre.

Ces informations ont été recueillies et enregistrées à l'aide d'un tableur Microsoft Excel® puis secondairement transformées en données chiffrées afin d'en extraire les données statistiques.

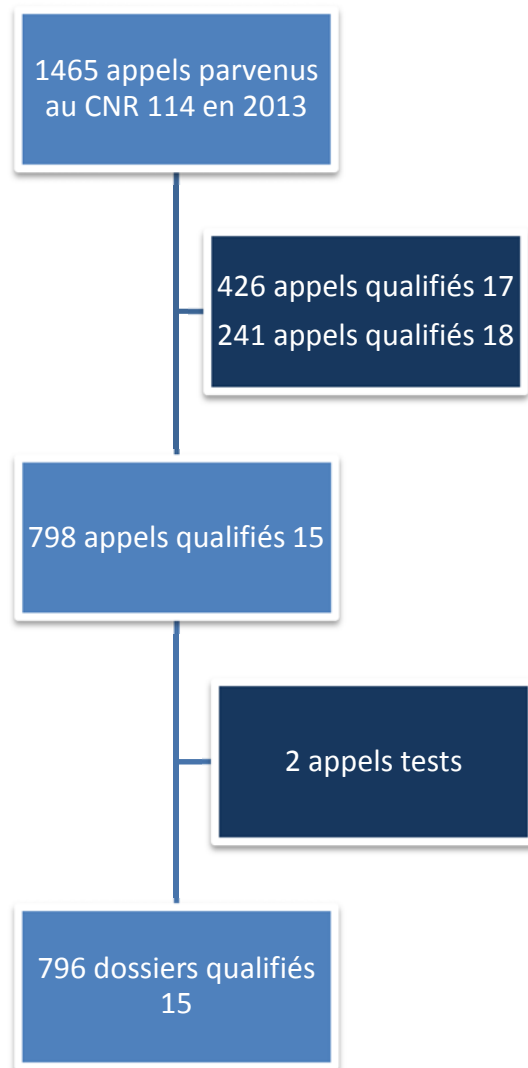
4 RESULTATS

Au total, 1465 appels urgents intéressant le 15, 17, 18 sont parvenus au CNR 114 sur l'année 2013.

Sur les 798 dossiers intéressant le 15, 796 ont été inclus dans l'étude.

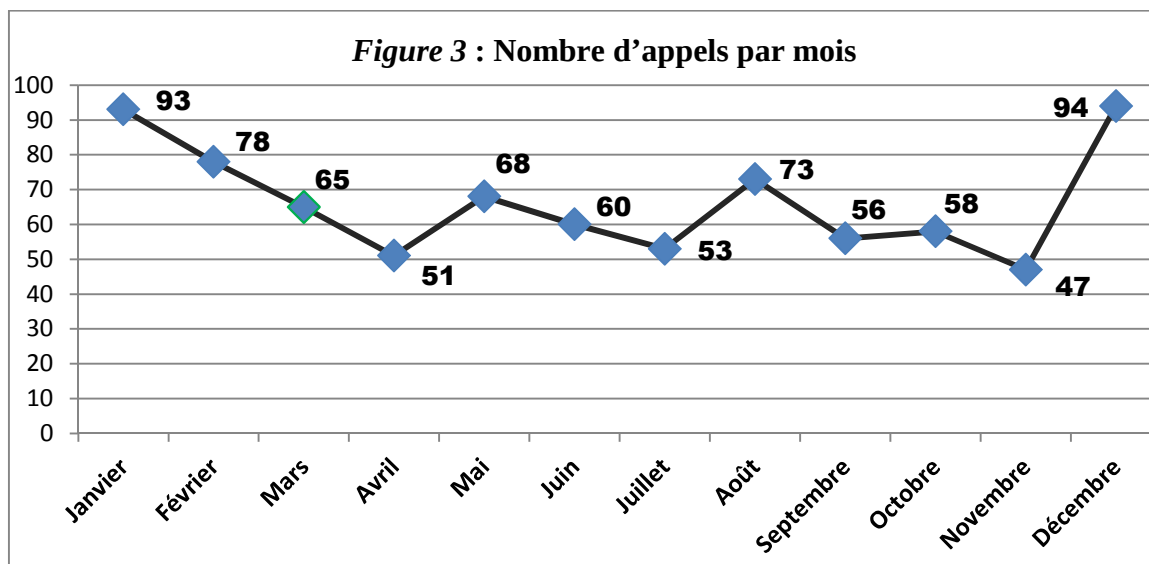
Deux dossiers ont été exclus : tests effectués au sein du CNR 114.

Figure 2 : Répartition des appels avec critères d'inclusion et d'exclusion



4.1 Nombre d'appels

Le CNR 114 a enregistré 796 appels destinés au 15 au cours de l'année 2013. La figure 3 montre la répartition de ces appels au cours des différents mois de l'année.

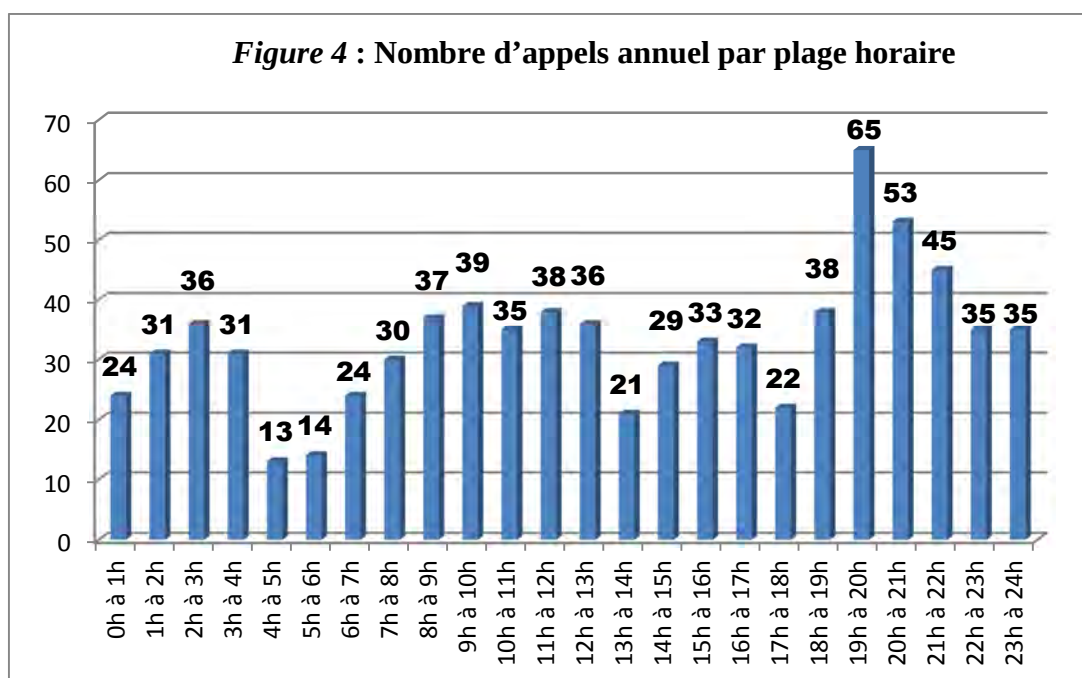


Ainsi, les mois recensant le plus grand nombre d'appels sont les mois de Janvier avec 93 appels (11,7%) et Décembre avec 94 appels (11,8%). Alors que les mois recensant le plus petit nombre d'appels sont les mois d'Avril avec 51 appels (6,4%) et Novembre avec 47 appels (5,9%).

La moyenne est de 2.2 appels par jour sur l'année 2013.

Le 26 Juin 2013 a enregistré le plus fort taux d'appel qui est de 8.

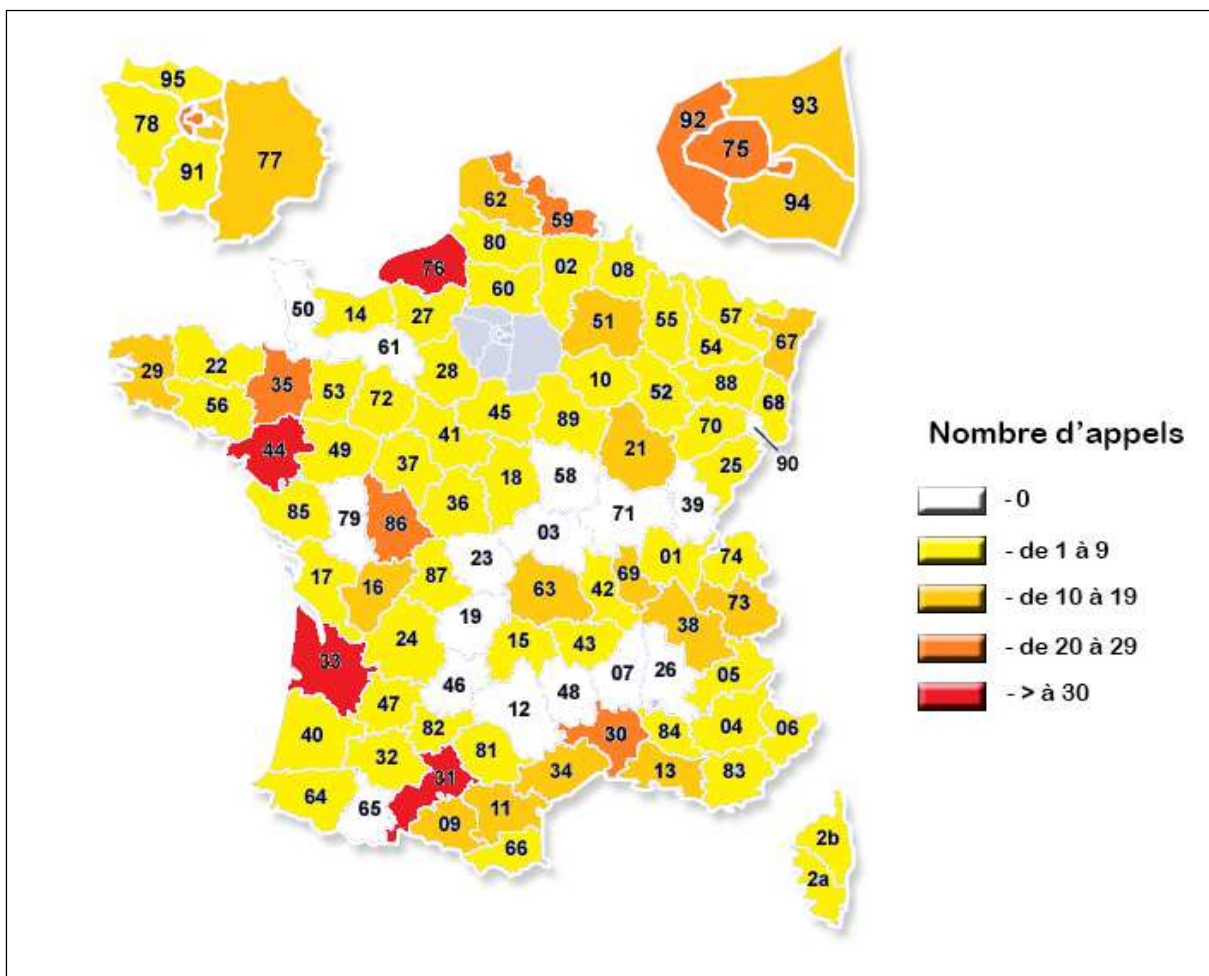
4.2 Horaires des appels



Il existe un pic d'appels entre 19h et 22h. Le nombre d'appels annuel est supérieur ou égal à 45 sur ces plages horaires.

4.3 Localisation des appels

Figure 5 : Nombre d'appels par département



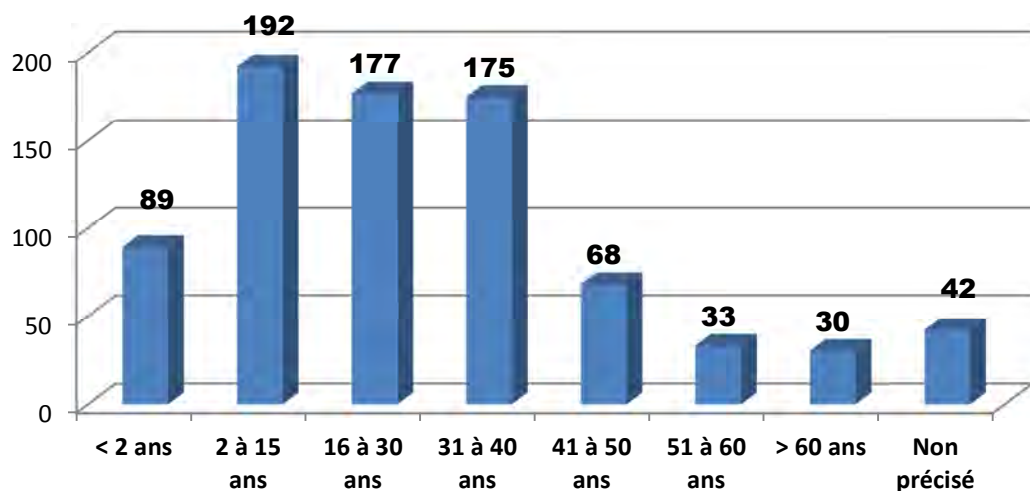
Les appels sont passés exclusivement sur le territoire métropolitain avec de fortes disparités entre les départements. Aucun appel n'a été passé en Allier, Ardèche, Aveyron, Corrèze, Creuse, Drôme, Jura, Lot, Lozère, Manche, Nièvre, Orne, Hautes-Pyrénées, Saône et Loire, Deux Sèvres, Territoire de Belfort. Un appel provient d'Irlande et la personne a été réorientée vers les services de secours du pays. Un appel n'a pas pu être géolocalisé.

4.4 Caractéristiques démographiques

796 appels ont été passés pour un total de 806 personnes concernées par une demande de régulation médicale.

4.4.1 Age des patients

Figure 6 : Répartition en fonction de l'âge des patients (nombre de personnes)

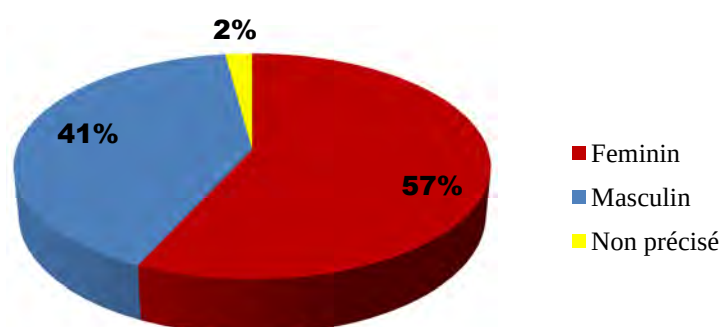


Parmi les 806 personnes concernées par un appel de régulation médicale du CNR, 11% ont moins de 2 ans, 23,8% ont entre 2 et 15 ans soit 34,8% patients pédiatriques, 22% ont de 16 à 30 ans et 21,7% ont de 31 à 40 ans. 3,7% ont plus de 60 ans et l'âge n'a pas été précisé sur 5,2% appels.

Ainsi, de nombreux appels concernent une population pédiatrique et la majorité des appels sont passés pour une population dont l'âge est inférieur à 40 ans (78,5%). Seuls 30 appels concernent une population dont l'âge est supérieur à 60 ans.

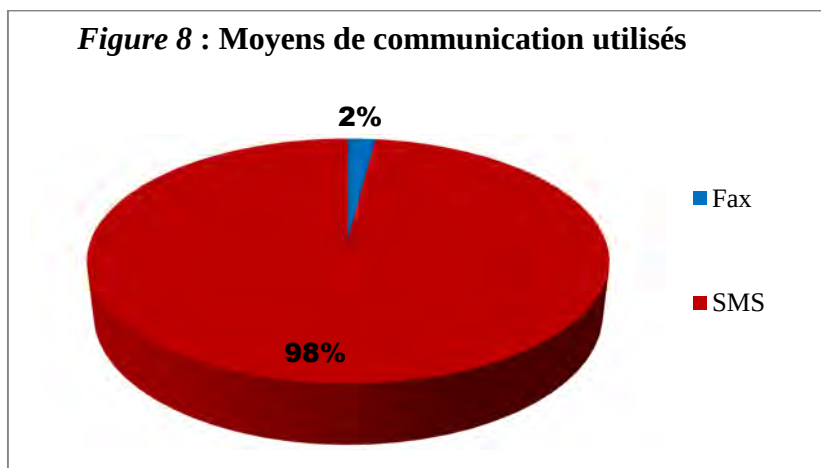
4.4.2 Sexe des patients

Figure 7 : Répartition en fonction du sexe des patients



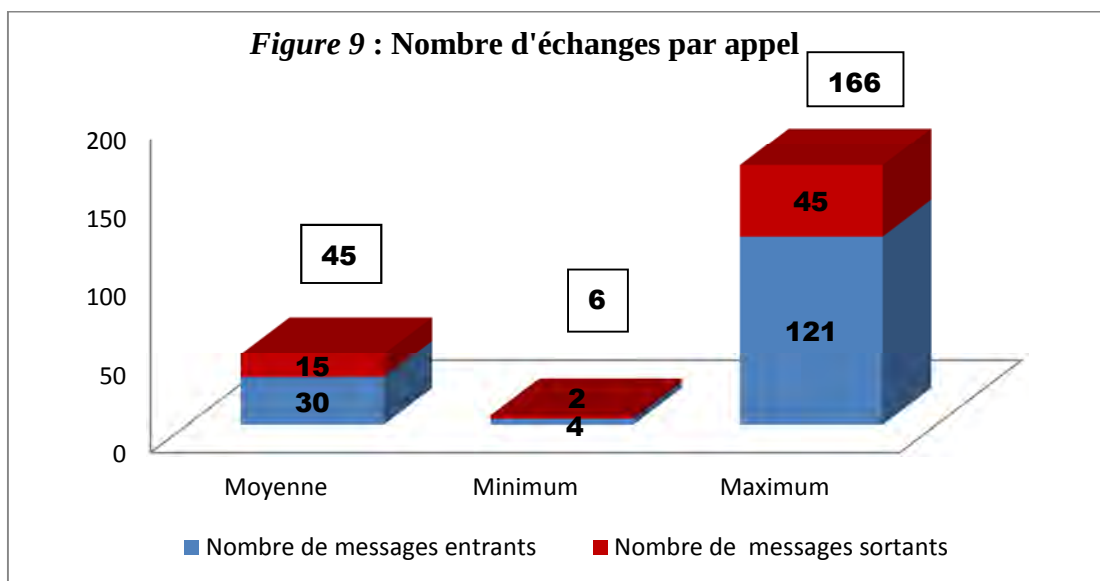
- 458 des appelants soit 57% sont de sexe féminin.
- 331 des appelants soit 41% sont de sexe masculin.
- 17 des appelants soit 2% n'ont pas été renseignés.

4.5 Moyens de communication utilisés



Le moyen de communication le plus largement utilisé est le SMS puisque sur 796 appels qui ont été transmis au CNR 114, 780 (98%) ont été effectués par SMS contre 16 (2%) par fax.

4.6 Nombre d'échanges par appel



En moyenne, sur l'année 2013, un appel non vocal correspondait à 30 messages entrants (envoyés par le requérant (SMS ou Fax)) et à 15 messages sortants (envoyés par le CNR 114) soit une moyenne totale de 45 messages échangés lors d'un appel.

L'appel le plus bref se composait de 4 messages entrants et de 2 messages sortants soit un total de 6 messages échangés et correspondait à un appel non vocal par fax.

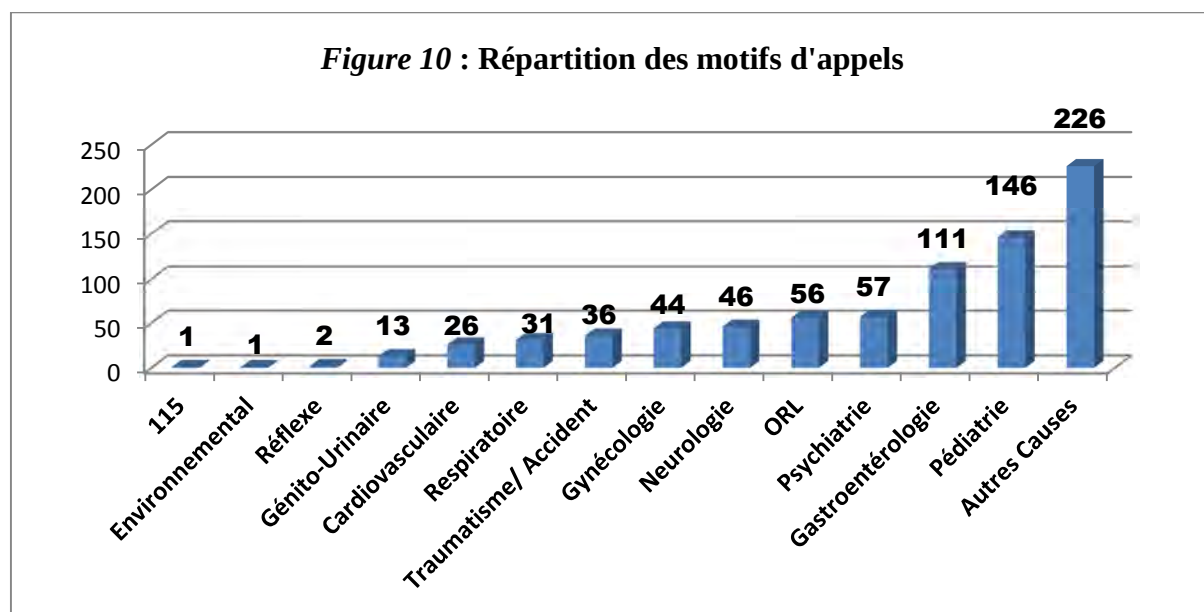
L'appel le plus long se composait de 121 messages entrants et de 45 messages sortants soit un total de 166 messages échangés et correspondait à un appel non vocal par SMS.

4.7 Qualifications 114

Chacun des 796 appels concernant le 15 a été qualifié par les ARM en motifs et sous motifs (Annexe 7).

4.7.1 Motifs d'appels

Les différents motifs d'appels sont résumés dans la figure 10.

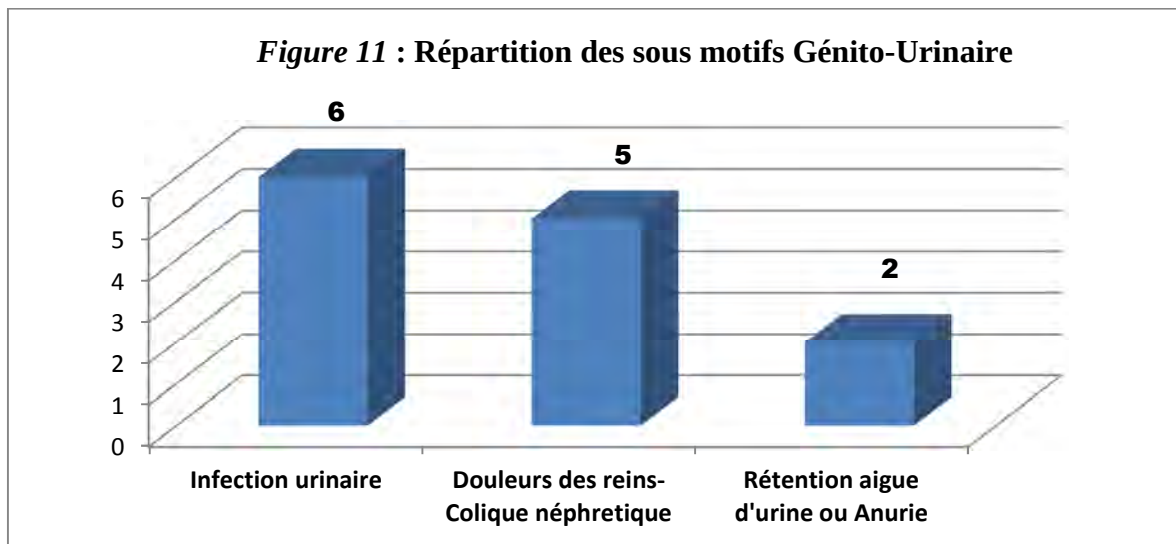


Ainsi, les 3 motifs d'appels les plus fréquents sont les autres causes, la pédiatrie et la gastro-entérologie. Les 3 motifs les moins fréquents sont le réflexe, l'environnemental et le 115.

4.7.2 Sous motifs d'appels

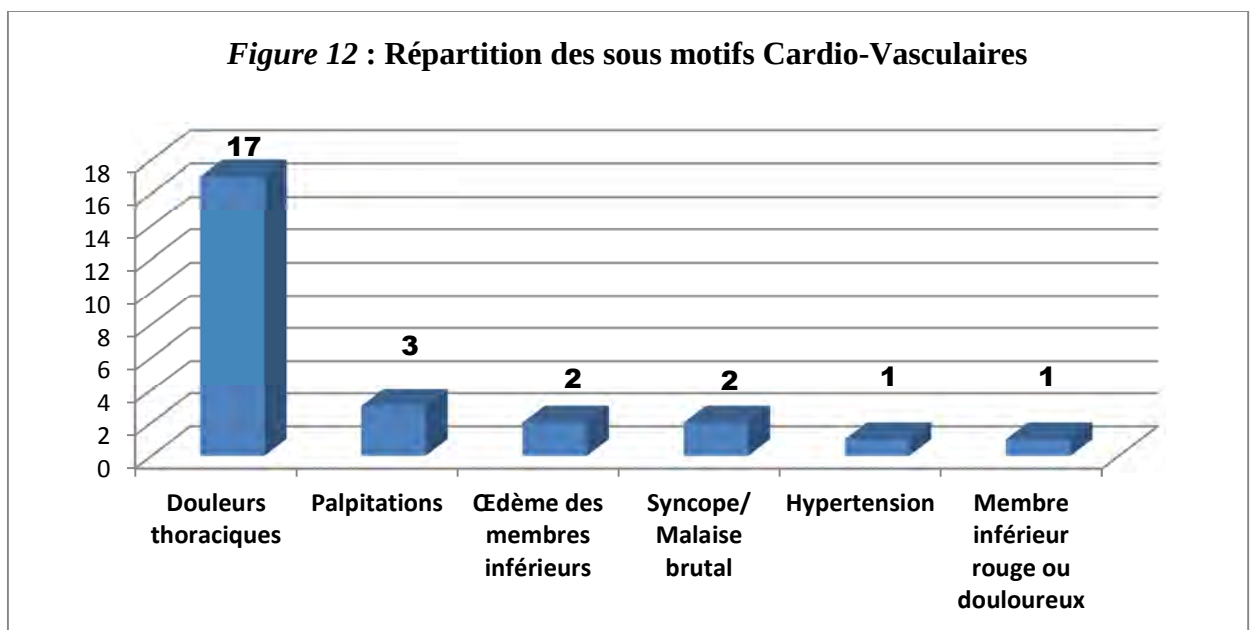
Chaque qualification en motif était ensuite requalifiée en sous motif.

- L'appel 115 concernait une demande de SAMU social.
- L'appel Environnemental concernait une Inhalation toxique.
- Les deux appels Réflexe ont concerné une Hémorragie tête/corps/membre qui ne cède pas.
- Les sous motifs Génito-urinaires sont détaillés dans la figure 11.



Ainsi, le sous motif le plus fréquent des appels qualifiés Génito-urinaire est l'infection urinaire.

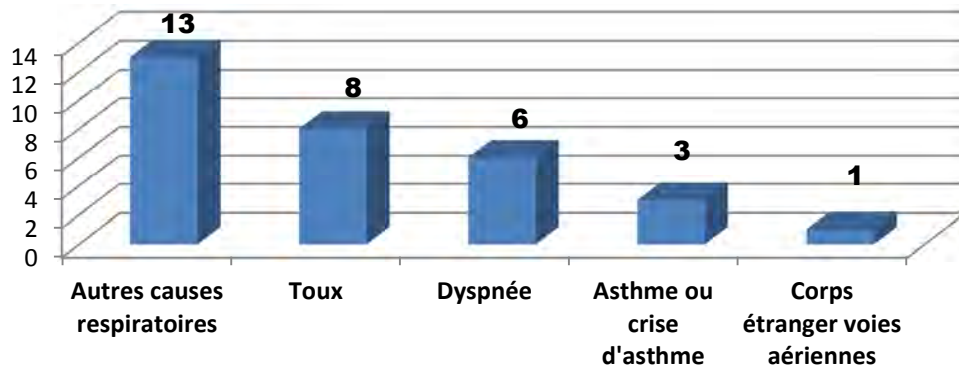
- Les sous motifs Cardio-vasculaires sont détaillés dans la figure 12.



Ainsi, le sous motif le plus fréquent sur les appels qualifiés Cardio-vasculaire est la douleur thoracique.

- Les sous motifs Respiratoires sont détaillés dans la figure 13.

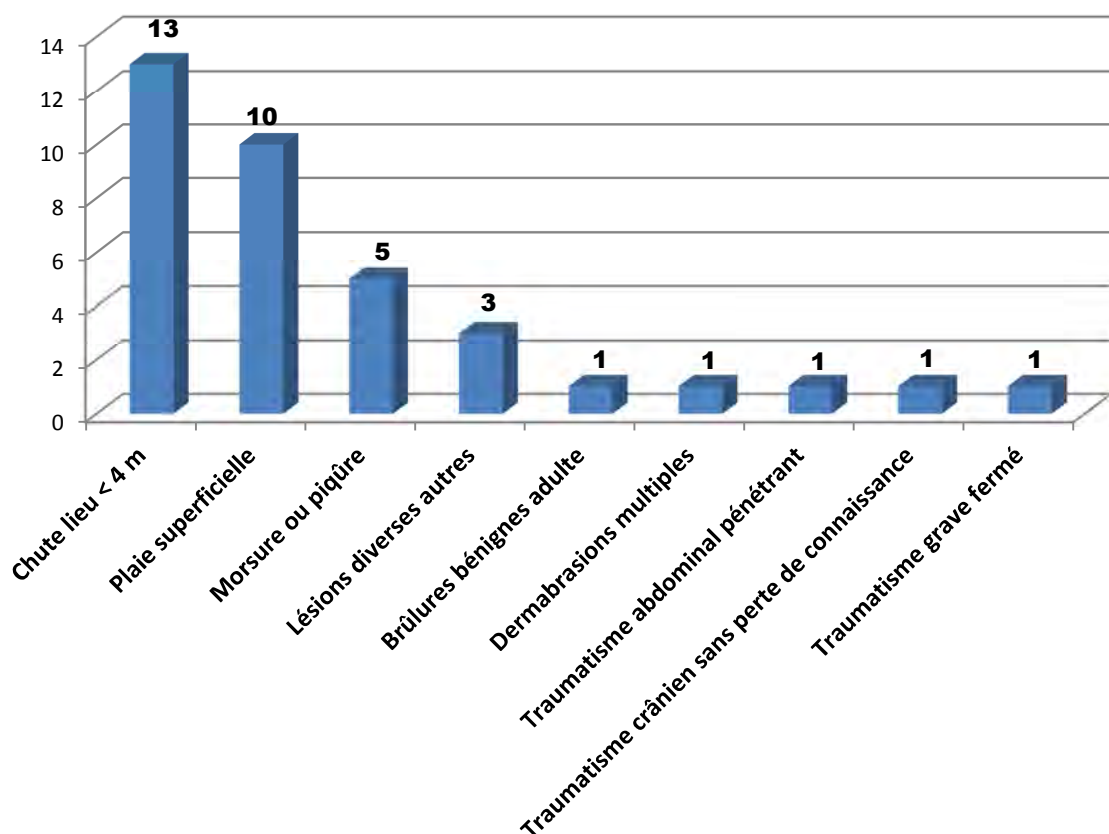
Figure 13 : Répartition des sous motifs Respiratoires



Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Respiratoire sont les autres causes respiratoires, la toux et la dyspnée.

- Les sous motifs Traumatismes/Accidents sont détaillés dans la figure 14.

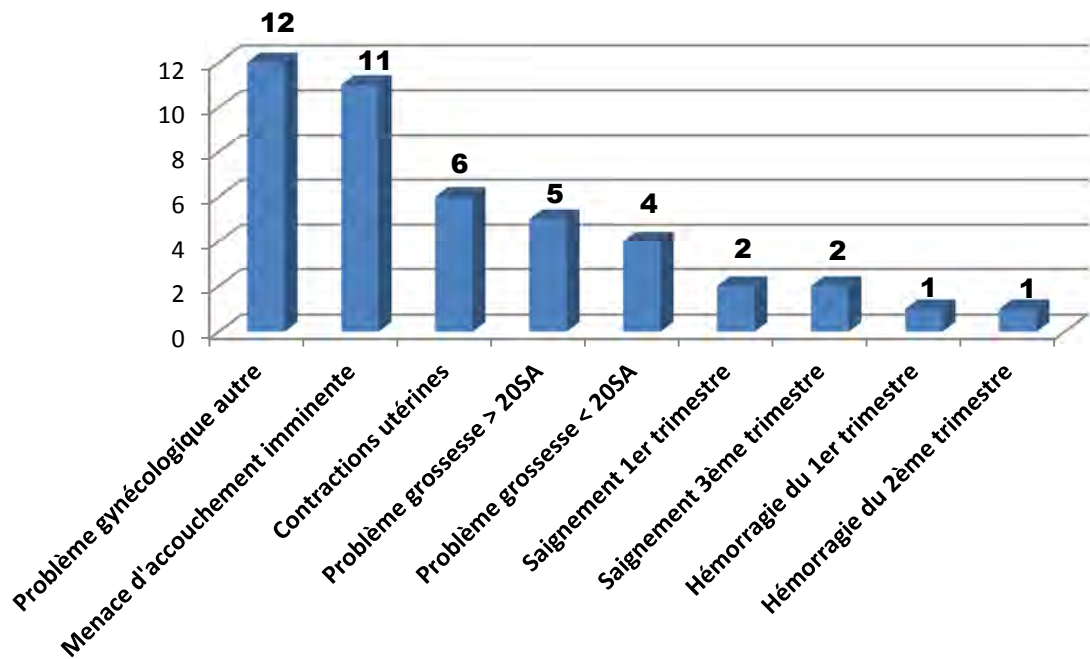
Figure 14 : Répartition des sous motifs Traumatismes/Accidents



Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Traumatismes/Accident sont les chutes de lieu < 4 mètres et les plaies superficielles.

- Les sous motifs Gynécologie sont détaillés dans la figure 15.

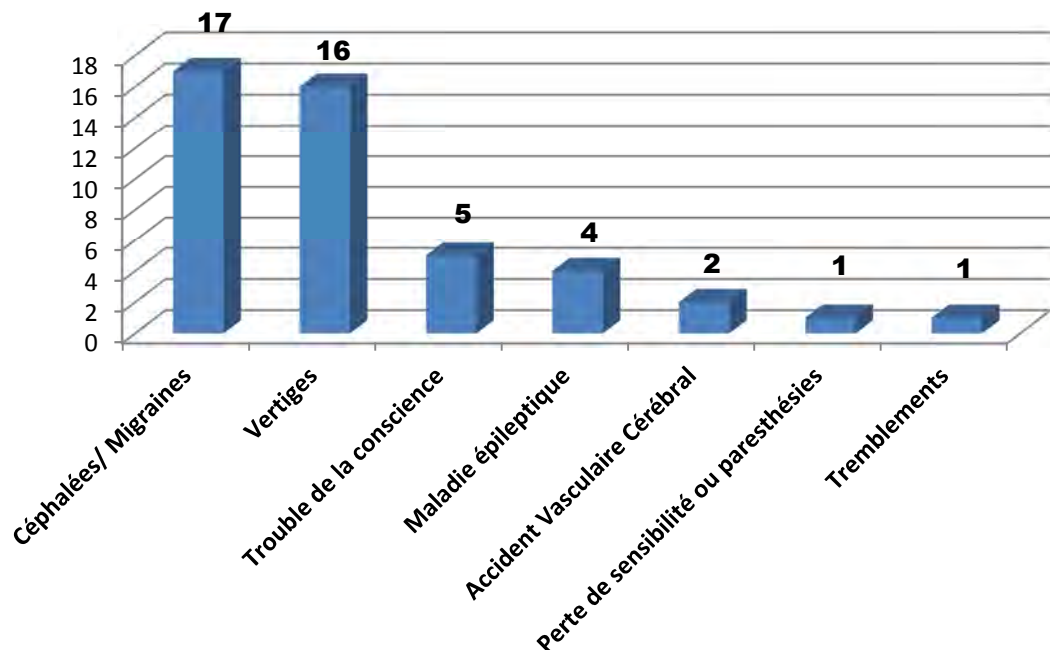
Figure 15 : Répartition des sous motifs Gynécologie



Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Gynécologie sont les problèmes gynécologiques autres et les menaces d'accouchement prématuré.

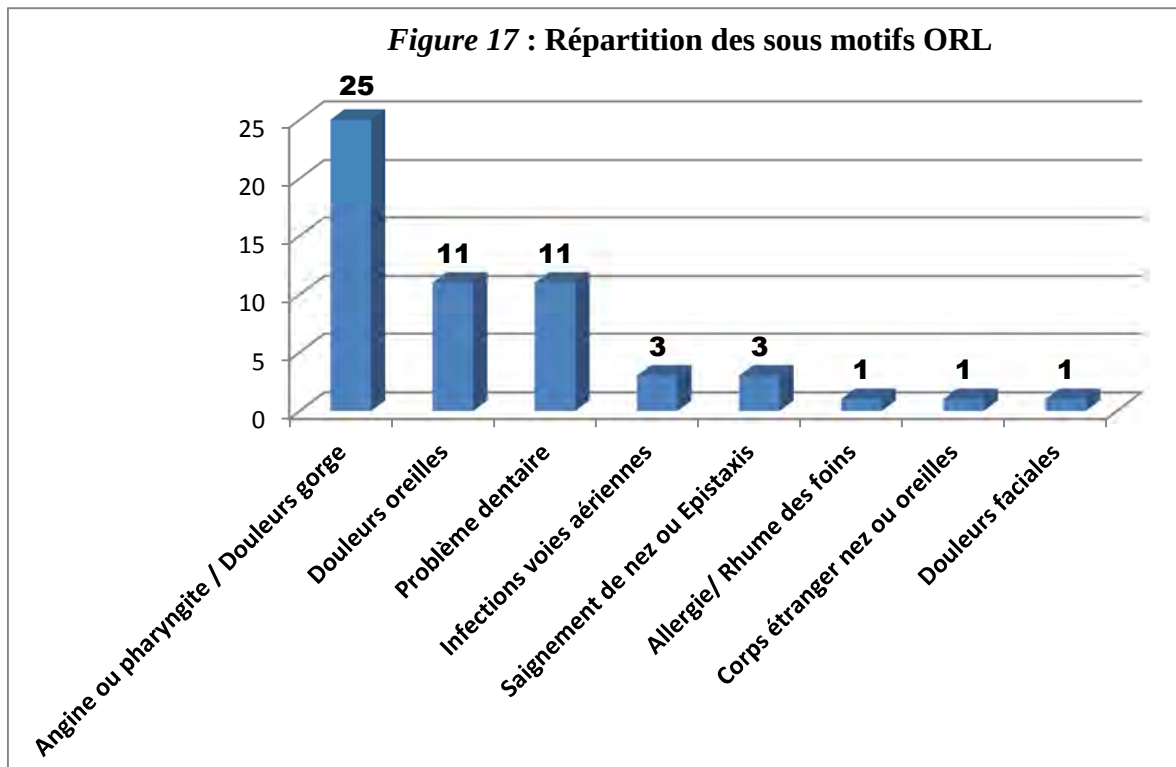
- Les sous motifs Neurologie sont détaillés dans la figure 16.

Figure 16 : Répartition des sous motifs Neurologie



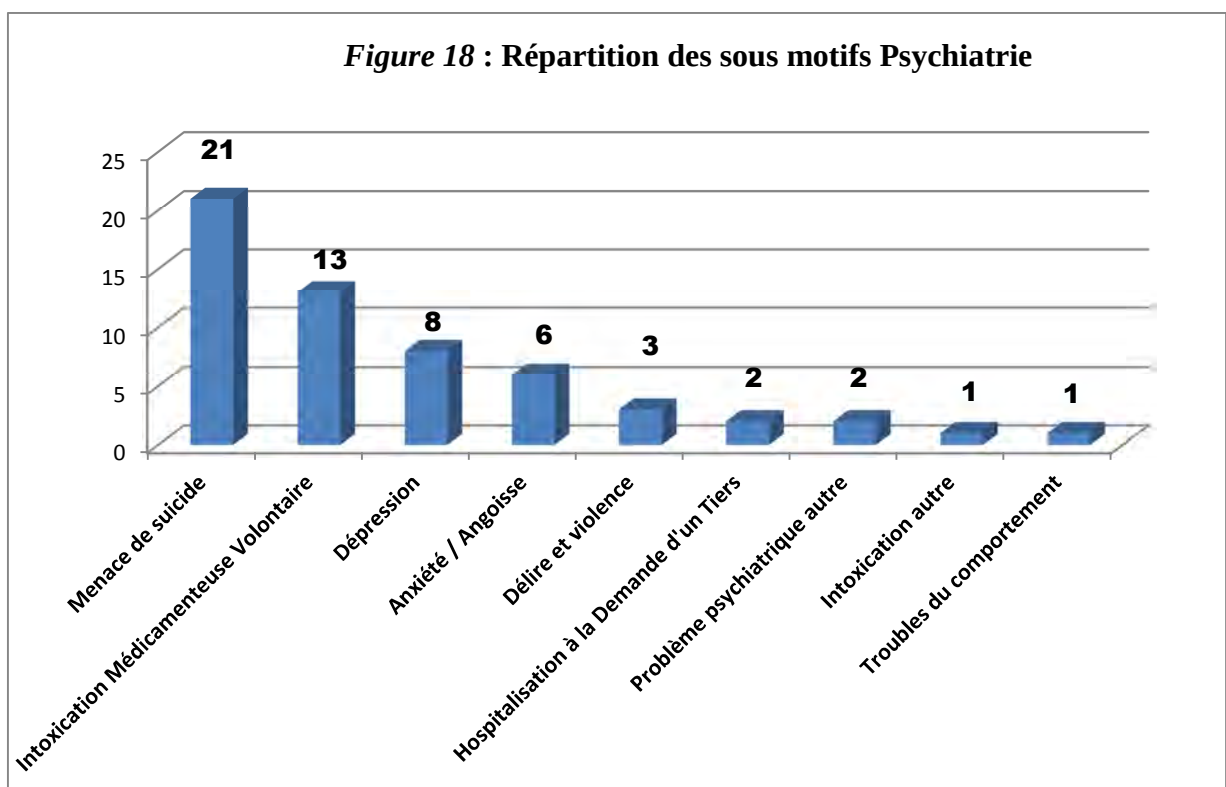
Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Neurologie sont les céphalées/migraines et les vertiges.

- Les sous motifs qualifiés ORL sont détaillés dans la figure 17.



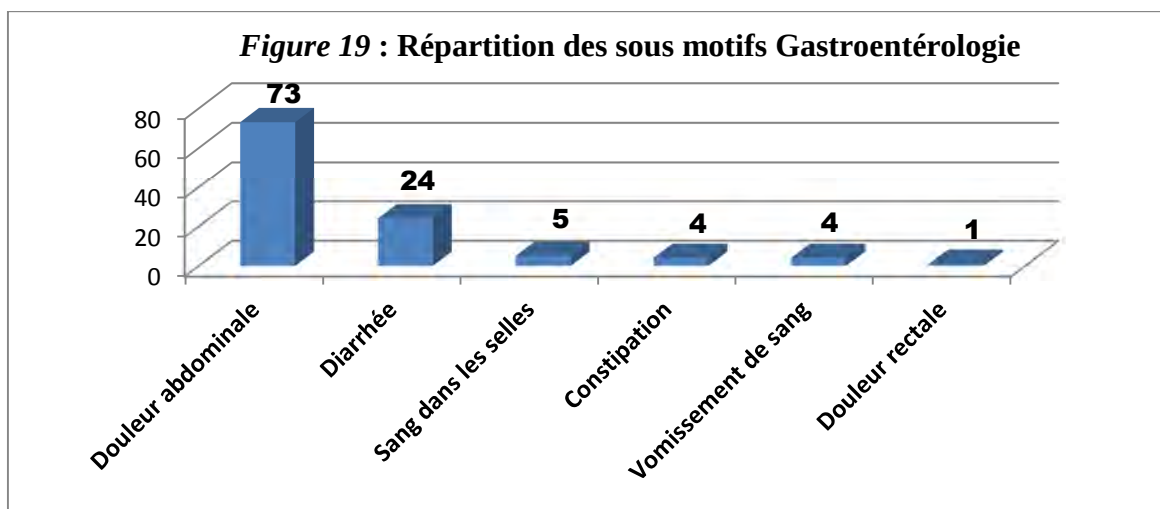
Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés ORL sont l'angine ou pharyngite/douleurs gorge, douleurs oreilles et problème dentaire.

- Les sous motifs qualifiés Psychiatrie sont détaillés dans la figure 18.



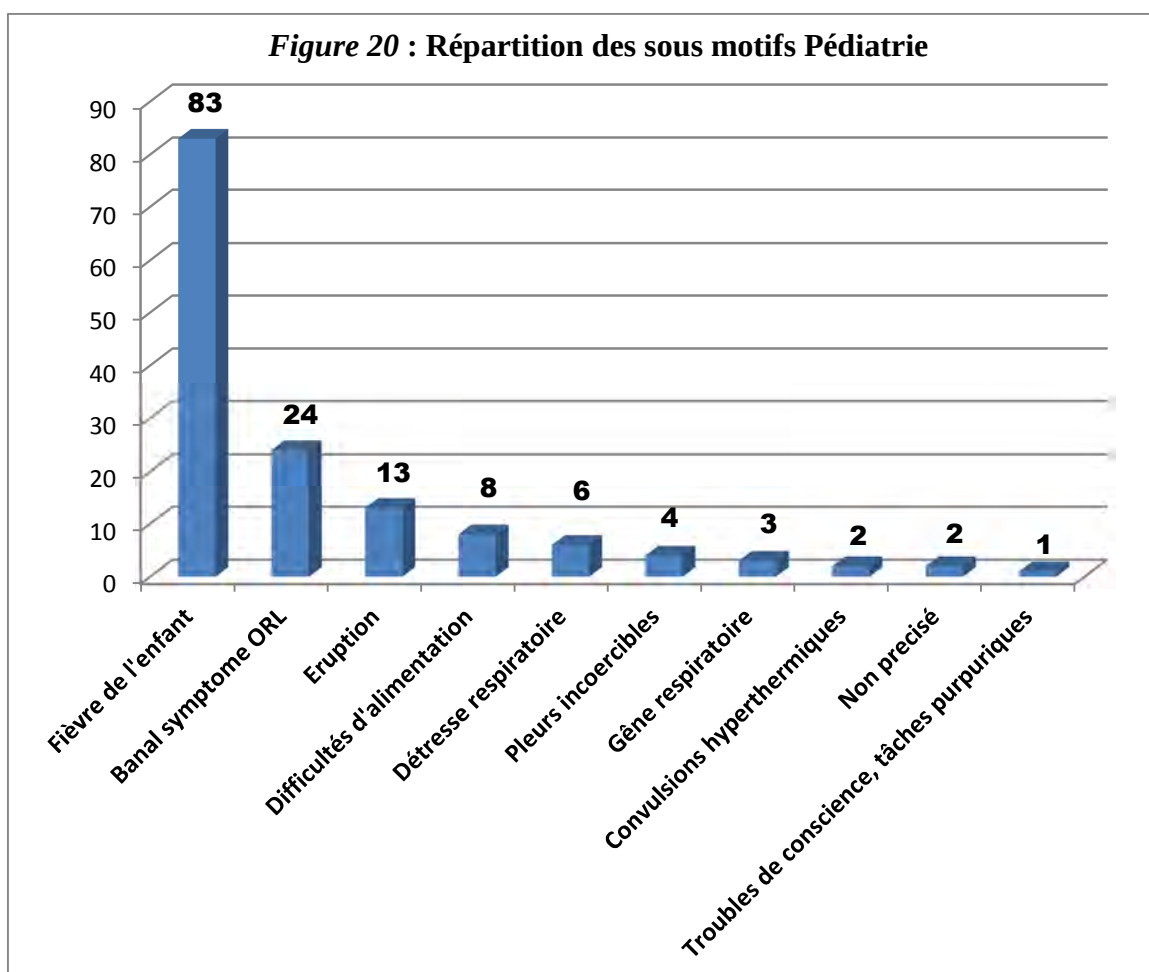
Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Psychiatrie sont les menaces de suicides et les intoxications médicamenteuses volontaires.

- Les sous motifs qualifiés Gastroentérologie sont détaillés dans la figure 19.



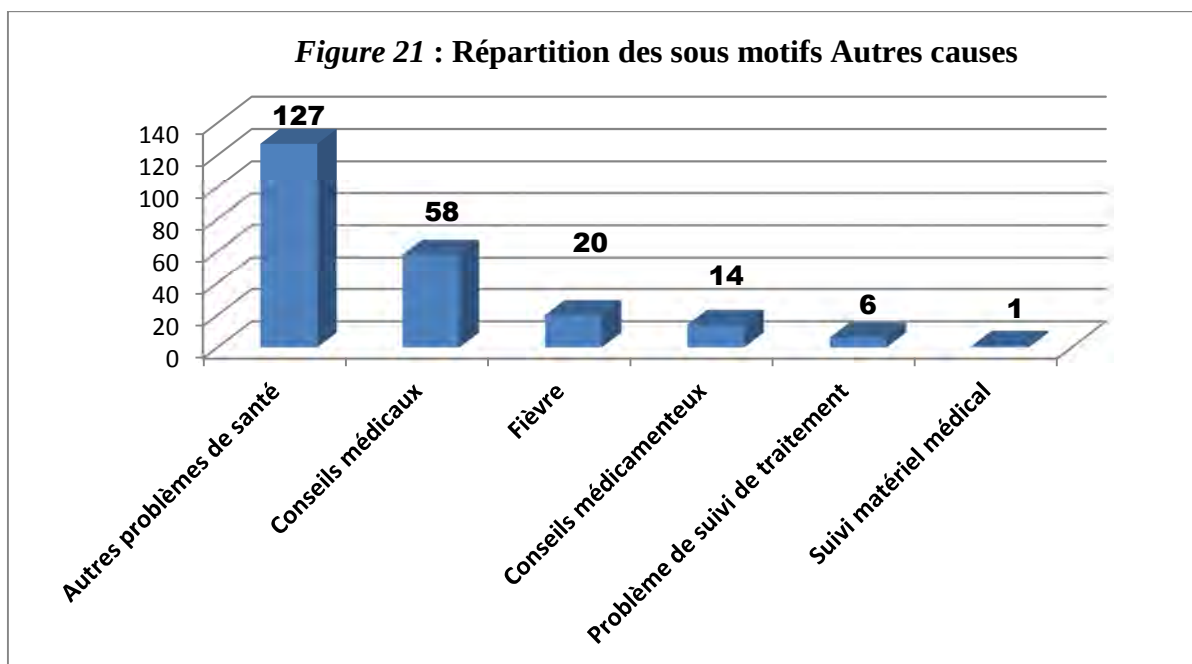
Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Gastroentérologie sont respectivement les douleurs abdominales et la diarrhée.

- Les sous motifs qualifiés Pédiatrie sont détaillés dans la figure 20.



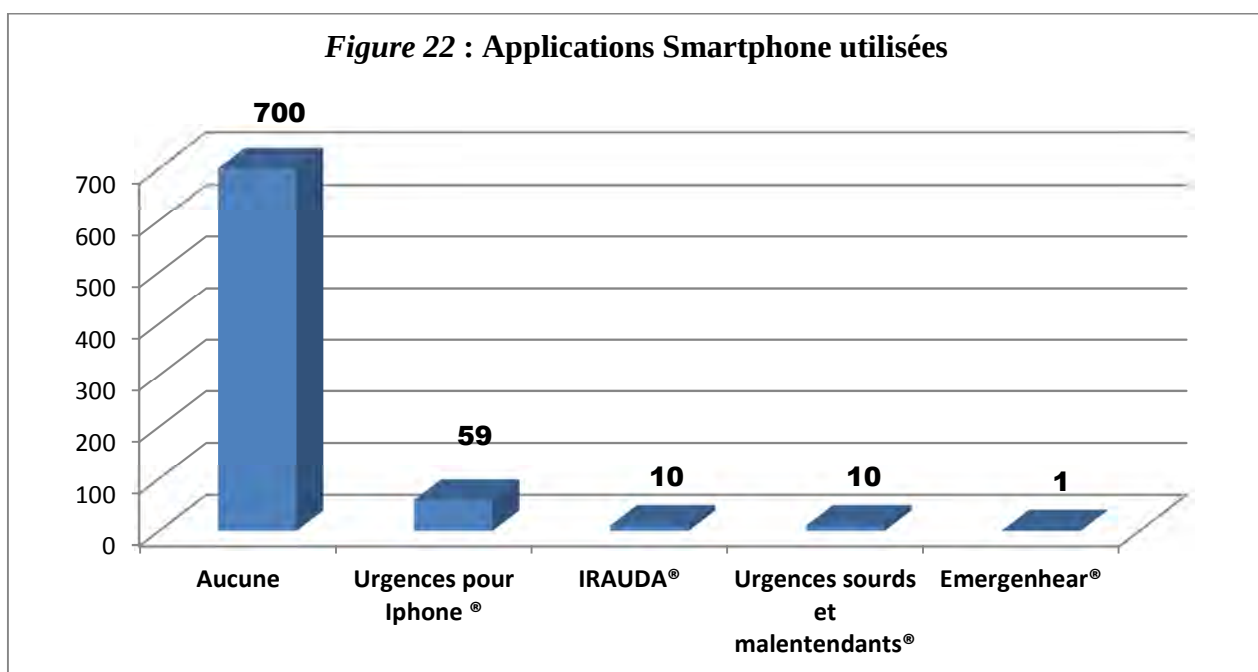
Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Pédiatrie sont la fièvre de l'enfant et le banal symptôme ORL.

- Les sous motifs Autres causes sont détaillés dans la figure 21.



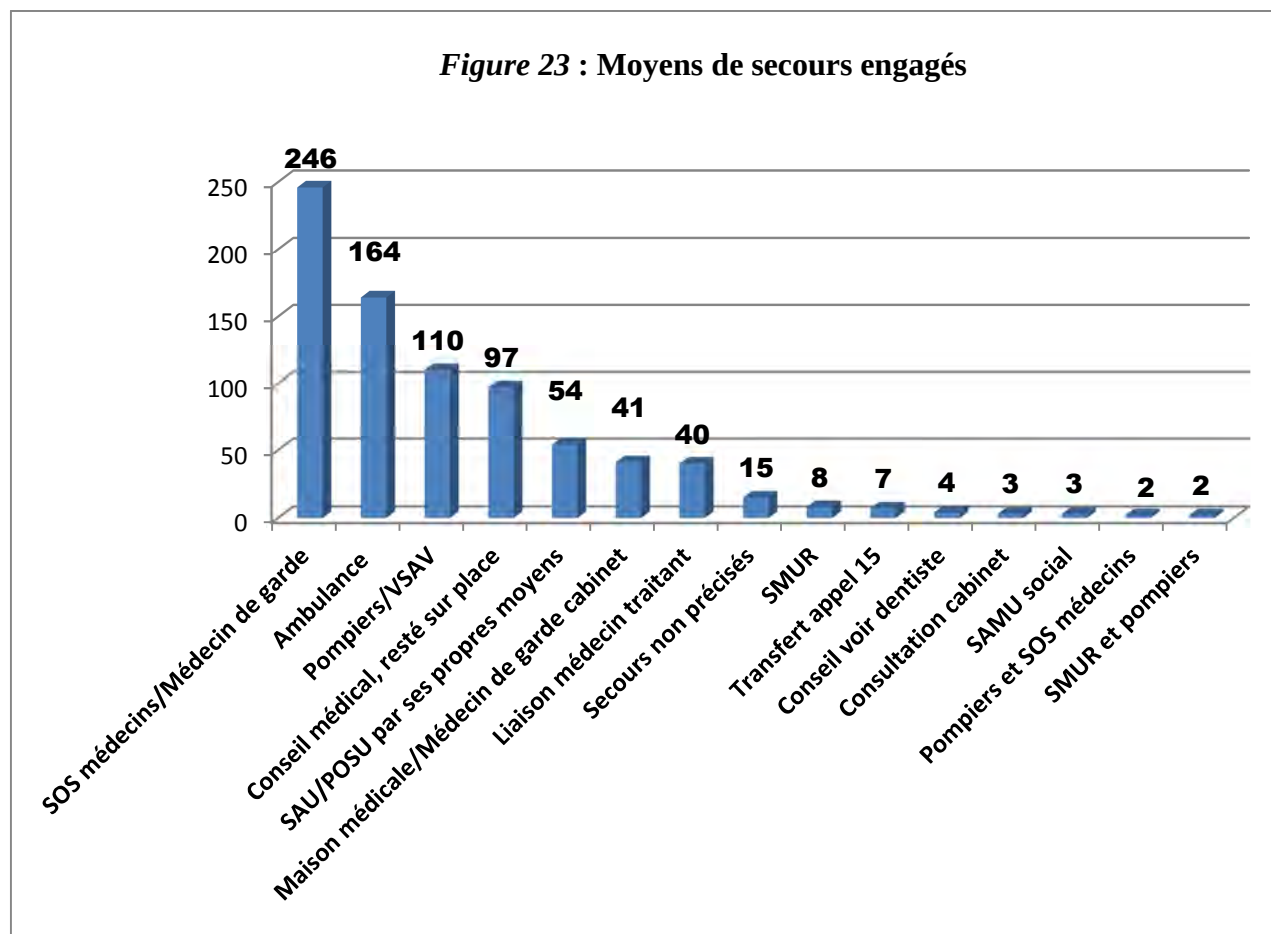
Ainsi, les sous motifs les plus fréquents des appels qualifiés Autres causes sont autres problèmes de santé et conseils médicaux.

4.8 Usage d'une application Smartphone



Parmi les 780 appels passés par téléphone mobile, seuls 10,3% des appels ont eu recours à une application Smartphone. L'application la plus fréquemment utilisée est Urgence pour Iphone® représentant 7,6% des appels.

4.9 Modes d'intervention



Ces appels ont été transmis aux effecteurs de chaque centre 15 concerné qui ont déclenché les moyens de secours :

- 246 appels ont abouti à l'intervention de SOS médecin ou d'un médecin de garde.
- 164 appels ont abouti à l'intervention d'une ambulance pour un transfert au SAU de proximité.
- 110 appels ont abouti à l'intervention d'un VSAV/pompiers.
- 97 appels ont bénéficié d'un conseil médical par le centre 15 et n'ont pas nécessité d'intervention urgente.

- 54 appels ont reçu le conseil de se rendre au SAU/POSU par leurs propres moyens afin de bénéficier d'une consultation médicale urgente. Les SAU/POSU étant informés par le CNR 114 de l'arrivée de ces patients.
- 41 appels ont été redirigés vers une maison médicale ou un médecin de garde à son cabinet.
- 40 appels ont bénéficié du conseil de consulter leur médecin traitant et certains ont bénéficié d'un rendez-vous direct pris par le CNR 114.
- 15 appels ont bénéficié de l'engagement de secours sur place sans que le mode d'intervention ne soit précisé sur le dossier.
- 8 appels ont nécessité le déclenchement d'un SMUR.
- 7 appels ont été renvoyés vers le 15 via des personnes normoentendantes de l'entourage de la personne malentendante (voisins, famille, amis).
- 4 appels ont bénéficié d'un conseil de consultation en urgence dans un cabinet dentaire.
- 3 appels ont bénéficié d'un rendez-vous de consultation dans un cabinet médical de ville.
- 3 appels ont abouti à l'intervention du SAMU social.
- 2 appels ont abouti à l'intervention d'un VSAV et d'un médecin de SOS médecin ou de garde.
- 2 appels ont nécessité l'intervention combinée du SMUR et d'un VSAV.

Les moyens d'intervention les plus fréquemment retrouvés sont l'envoi de SOS médecins ou d'un médecin de garde, l'envoi d'une ambulance ou d'un VSAV au domicile du patient. Seuls 10 appels ont nécessité l'intervention d'un SMUR.

5 DISCUSSION

5.1 Intérêts de l'étude

Peu d'études se sont intéressées à l'accès aux numéros d'appels d'urgence pour les patients déficients auditifs. C'est pourtant une problématique bien réelle de santé publique et d'accessibilité aux soins.

Une des seules études réalisées dans la région Midi-Pyrénées est un travail de mémoire de diplôme universitaire de régulation médicale datant de 2005 qui s'est intéressé à l'accès à l'aide médicale urgente pour les patients déficients auditifs et/ou présentant des

troubles phonatoires. Elle a fait un état des lieux des moyens disponibles dans les SAMU de France alors que le CNR 114 n'était pas en place (19).

Une autre étude espagnole s'est intéressée à cette même problématique et a travaillé à la réalisation et à l'évaluation d'un protocole utilisant le fax comme principal moyen d'accès d'urgence pour les déficients auditifs (20).

A notre connaissance, aucune étude évaluant le dispositif mis en place en France depuis 2011 n'a été réalisée.

5.2 Limites de l'étude

Cette étude présente de nombreuses limites.

D'une part, il s'agit d'une étude rétrospective donc de faible niveau de preuve.

D'autre part, cette étude s'intéresse à un dispositif mis en place seulement depuis septembre 2011, avec un recul insuffisant. Seule l'année 2013 a été incluse dans cette étude.

De plus, nous n'avons pas analysé les dossiers qualifiés 18 alors qu'une proportion de ces dossiers concernait également le secours à personnes et notamment les départs réflexes.

5.3 Principaux résultats

5.3.1 Nombre d'appels et horaire des appels

On constate qu'il existe des périodes d'affluence où le nombre d'appels est plus élevé, c'est le cas notamment en Décembre, Janvier et Février pour la période hivernale et Août pour la période estivale. Ces résultats sont cohérents avec une régulation classique.

De plus, on constate un fort taux d'appels entre 19 et 22h, ce qui est également compatible avec les données de régulation classique et avec le risque de surcharge des centres 15

5.3.2 Localisation des appels

La répartition des appels est très hétérogène sur le territoire métropolitain. Cependant, les régions concentrant le plus fort taux d'appels correspondent aux régions où

il existe des unités d'accueil pour les personnes sourdes et malentendantes où une communication sur l'existence de ce numéro est effectuée.

Compte tenu de l'importance du nombre de personnes pouvant bénéficier de ce dispositif, il semble nécessaire de promouvoir son existence. C'est la politique qui est actuellement menée par le CNR114 par l'intermédiaire de son site internet www.urgences114.fr, de ses pages Facebook® et Twitter®, de kits de communications (affiches, CD, magnets, dépliants...) envoyés à la demande d'associations de déficients auditifs ou de conférences réalisées avec l'aide de chargés de communication spécifiquement dédiés, de mailing postal national auprès des médecins ORL, audioprothésistes, orthophonistes, pharmacies et via des campagnes dans la presse spécialisée ou lors de salons spécifiques. Deux études d'impact ont été réalisées visant à savoir comment les usagers avaient eu connaissance de l'existence du CNR 114 (21). Le premier sondage réalisé sur le site du CNR 114 montre que les usagers ont été informés principalement à travers les réseaux sociaux et par le biais d'amis ou de la famille. Le second sondage a été réalisé via le site de BUCODES (association de déficients auditifs) par l'envoi de mails à ses adhérents. Les résultats montrent que les usagers ont été informés principalement par les amis, la famille et la presse. Ainsi, il semble nécessaire de réaliser cette promotion à une plus large échelle par le biais d'affichage d'encarts (Annexe 8) dans les services d'accueil des urgences, dans les salles d'attente des médecins généralistes, dans les maisons médicales et autres structures de santé. De même, des campagnes d'information dans la presse générale permettraient d'informer l'ensemble des déficients auditifs qui ne sont pas toujours adhérents à des associations de malentendants ou sur les réseaux sociaux, mais également l'ensemble de la population.

5.3.3 Age

La majorité des appels passés concernent une population jeune, âgée de moins de 40 ans ce qui est compatible avec la généralisation des téléphones portables et l'usage répandu des SMS dans une population habituée à ce type de communication.

5.3.4 Moyens de communication

Le SMS est très largement utilisé (98%) à l'inverse du fax (2%). Ceci peut s'expliquer par la généralisation du téléphone portable et sa commodité d'accès. De plus,

la géolocalisation du requérant est possible, ce qui facilite l'accès aux secours. Cependant, ce mode de communication a également des limites :

- Afin d'assurer une réception optimale des SMS par le logiciel, il est nécessaire que leur taille soit inférieure à 160 caractères sous peine d'avoir des messages tronqués et donc des informations non valides. Cette limite de taille contribue aussi au fait que les informations peuvent être trop restreintes et incomplètes. De plus, afin d'obtenir des réponses précises aux interrogations, l'envoi simultané de plusieurs questions n'est pas possible.
- Le message est exclusivement de type texte, avec impossibilité pour le moment d'y insérer des iconographies.
- Ce mode se heurte aux problèmes propres à la téléphonie mobile :
 - o La non réception possible du SMS par le CNR d'où l'instauration d'un accusé de réception envoyé systématiquement : « le 114 a bien reçu votre message et vous répond bientôt ».
 - o La réception du SMS n'est pas toujours instantanée. Le délai de réception peut être allongé à plusieurs heures lors de certaines dates (par exemple le 31 Décembre), ce qui est incompatible avec la définition d'un appel d'urgence.
 - o Les problèmes liés aux réseaux et leurs limites de couverture du territoire métropolitain.

Le fax est beaucoup moins utilisé. Pourtant, il présente de nombreux avantages : possibilité de délivrer plus d'informations, possibilité de cocher des items sur des feuilles pré-remplies, ce qui permet un déclenchement plus rapide des secours, facilité et rapidité d'utilisation. De plus, des fiches iconographiques destinées au public détaillant les gestes à effectuer devant une situation d'urgence ont été créées et peuvent être faxées, à la différence des SMS ; exemple de l'arrêt cardiaque (Annexe 9). Cependant, certains inconvénients non négligeables sont à prendre en compte, notamment sa disponibilité et la nécessité d'être à son domicile.

L'instauration de la « Conversation Totale » avec l'intégration du traitement de texte en temps réel, de la voix et de la visiophonie au dispositif prévue pour fin 2015 / début 2016 devrait faciliter davantage les échanges. En effet, le traitement de texte en temps réel permettra de réceptionner de façon instantanée le message et donc de répondre de façon optimale aux besoins. L'utilisation de la voix permettra également une réception plus rapide du message par l'ARM normoentendant et sera aussi utile aux personnes

déficientes auditives utilisant de façon simultanée la voix et la lecture labiale. La visiophonie permettra aux usagers de la lecture labiale, de la LSF et du LPC de communiquer en temps réel et sans perte d'informations. Cependant, ce nouveau dispositif se heurte actuellement à des obstacles technologiques qui sont en cours d'étude (22).

5.3.5 Usages des applications

Certaines applications ont été instaurées comme IRAUDA®, Urgences pour Iphone®, Urgences pour sourds et malentendants®, Emergenhear® recensées sur notre étude. Il en existe d'autres telles qu'A l'aide®, Malentendants®, Maif®, Sosurgence®. Cependant, aucune n'est homologuée ni certifiée par le CNR 114. Un projet de développement d'une application homologuée est actuellement en cours.

Pour un gain de temps, il semble essentiel qu'une fiche médicale puisse être préenregistrée avec notamment l'identité du patient, son adresse, son âge, son sexe, ses allergies connues, ses antécédents médicaux et chirurgicaux. Dans la condition où le requérant est le patient, cela faciliterait les échanges avec l'ARM qui n'aurait pas à interroger le patient, diminuerait le délai de prise en charge et le nombre d'échanges mais également l'impatience et l'agacement des usagers qui ne comprennent pas toujours la nécessité de répondre à ces questions notamment dans un contexte de stress et d'angoisse.

Cette fiche médicale est actuellement disponible de façon courante sur les Smartphones type Iphone®, il pourrait être judicieux de l'adapter afin qu'elle puisse être réceptionnée par la plateforme du CNR 114 et par l'ensemble des centres de régulation. Elle présente un intérêt majeur non seulement pour les personnes présentant des troubles de communication mais aussi pour les personnes se retrouvant dans l'incapacité de communiquer du fait de troubles de conscience, d'AVC ou autres...

5.3.6 Modes d'intervention

La répartition des modes d'intervention tend à montrer que les usagers du 114 recherchent avant tout une continuité des soins à type de permanence de soins ambulatoire (PDSA). Plus d'un appel sur dix concernait un conseil médical et n'aboutissait pas au déclenchement d'un effecteur. Trois appels sur dix aboutissaient au déclenchement d'un effecteur type SOS médecin ou médecin de garde. Ceci est compatible avec une définition de l'urgence devenue toute relative et l'apparition de nouveaux comportements des usagers

du système de santé qui recherchent un service et la sécurité d'une réponse médicale téléphonique et/ou d'une consultation non programmée pour des situations qui ne revêtent pas toujours un caractère de gravité immédiate (23). Le nombre de recours au 114 tend à augmenter avec les années. Cela va soulever la question du risque de surcharge des centres 15 pour des appels appartenant à la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA) et pose la question de basculer les appels sur des plateformes indépendantes de PDSA comme cela existe actuellement dans certaines régions (3966 pour la région Midi-Pyrénées).

Seuls 10 appels (1,3 %) durant l'année 2013 ont été considérés comme une urgence vitale et ont abouti au déclenchement d'un SMUR. Cependant, les appels pour les départs réflexes et les détresses vitales parvenus au CNR 114 sont basculés sur le 18 sur protocole et non sur le 15 (Annexe 10 et 11). Ce protocole a été mis en place sur la base du référentiel commun de l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. En effet, dans ces situations, l'engagement des moyens de secours précède la régulation médicale et les appels basculés sur le SDIS sont ensuite transférés au CRRA ce qui explique le faible nombre de SMUR engagés sur les appels qualifiés 15 (24).

Il est à noter que 7 appels ont finalement été régulés par le 15 par l'intermédiaire d'une tierce personne apte à utiliser ce moyen de communication ce qui ne représente qu'une très faible proportion (moins d'1% des appels).

5.3.7 Qualifications 114

Les 3 qualifications d'appels les plus fréquentes sont la gastro-entérologie, la pédiatrie et les autres causes. Les 3 qualifications d'appels les moins fréquentes sont le réflexe, l'environnemental et le 115.

La qualification **Autres causes** représente 246 appels (30.9%) sur l'année 2013. La plupart de ces appels (40.2%) concernent les conseils médicaux/médicamenteux, le suivi de matériel médical, les problèmes de suivi de traitement et la fièvre. Ces appels ne relèvent pas de l'urgence mais davantage de la PDSA. 127 appels ont été sous qualifiés en Autres problèmes de santé devant l'absence d'items correspondants et ont permis la mise en place d'une nouvelle grille de qualification au cours de l'année 2014 afin de remplacer une qualification parfois obsolète.

La qualification **Gastro-entérologie** représente 13.9% des appels de 2013. Parmi ces appels, la majorité (soit 65.8%) concernent une douleur abdominale, et en second lieu

une diarrhée (21.62%). Il existe des erreurs de sous qualifications puisque les 4 dossiers qualifiés en vomissements de sang ne représentaient après relecture que des vomissements isolés sans trace de sang alors que la sous qualification nausées et/ou vomissements existe. Cela traduit des erreurs de codage informatique. Le CNR 114 utilise son propre thésaurus de codage, différent de la Classification Internationale des Maladies version 10 (CIM 10) classique, incluant le codage 17 et 18. Il est admis qu'un thésaurus trop vaste est souvent d'utilisation difficile, c'est la raison pour laquelle les grilles de qualifications sont régulièrement retravaillées pour être les plus pertinentes possibles (25).

La qualification **Pédiatrie** représente 18.3% des appels sur l'année 2013. Plus de la moitié de ces appels (56,9%) concerne une fièvre chez l'enfant. Les deux autres motifs d'appels les plus fréquents sont le banal symptôme ORL et l'éruption. Ainsi, les motifs d'appels les plus fréquents en Pédiatrie concernent le champ de la médecine générale et ne relèvent pas forcément d'une régulation médicale par les centres 15. C'est d'ailleurs le cas pour la qualification **ORL** où les appels les plus fréquents concernent des odynophagies, des otalgies et des problèmes dentaires ou dans la qualification **Génito-Urinaire** où le motif de recours le plus fréquent est l'infection urinaire. Ces résultats illustrent la nécessité d'une régulation par la PDSA de ce type d'appels qui ne relèvent pas d'une urgence vitale.

5.4 Perspectives

5.4.1 Intérêt d'un médecin régulateur

Cette étude soulève la question de l'intérêt d'un médecin régulateur ayant une connaissance et surtout une maîtrise de ces divers moyens de communication (LSF, LPC, lecture labiale).

Cela permettrait au patient d'être mis en relation directe avec un médecin comme dans le système de régulation classique et ainsi d'avoir des informations plus pertinentes permettant le déclenchement des moyens de secours les plus adaptés et limitant la perte d'informations inhérente à l'intervention d'un tiers. En effet, la régulation médicale doit permettre à la personne la moins favorisée et la moins informée comme à la plus aisée d'accéder en urgence aux ressources les plus performantes dans les meilleurs délais, chaque fois que cela est nécessaire. Elle est ainsi un facteur d'égalité et de cohésion sociale (26).

Le CNR 114 étant une plateforme nationale, il semble peu réalisable en pratique d'affecter des médecins régulateurs sur place. En effet, un des piliers de la régulation est la connaissance des moyens de secours pouvant être déclenchés dans le département ou la

région d'où provient l'appel. De ce fait, l'acte de régulation médicale aboutit à la prescription du juste soin représentant la réponse la mieux adaptée aux besoins de santé du patient, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles, du contexte et des attentes du patient. Il se poursuit par la mise en œuvre de cette prescription, l'assistance aux éventuels intervenants, l'anticipation de chacune des étapes de la prise en charge du patient et le suivi de cette prise en charge le temps nécessaire, soit à son achèvement, soit à la prise du relais par une autre structure de santé (26). Il faudrait donc que le médecin ait une connaissance à l'échelle nationale des différents modes de secours ou qu'il fasse la liaison avec le médecin régulateur de la région concernée ce qui concourt à une nouvelle perte d'information imputable à la communication par tierce personne.

On pourrait également se poser la question de former un ou plusieurs médecins régulateurs dans les centres majeurs de régulation de chaque région. Cela permettrait une maîtrise plus fine de la situation régionale et des dispositifs de déclenchement de secours régionaux et pourrait faire la liaison avec les régulateurs locaux départementaux. Cependant, cette option se heurte à plusieurs limites. En effet, cela impliquerait que les appels reçus à Grenoble soient basculés dans chaque centre, engendrant d'importants dispositifs matériels à mettre en place au sein de chaque centre (réception des appels en visiophonie, réception de messages écrits). De plus, cette formation doit être réalisable pour chaque centre. Cela aurait un coût financier non négligeable à contrebalancer avec le bénéfice apporté aux usagers d'autant plus que la moyenne d'appels concernant le 15 par jour en 2013 est de 2.2 (nombre d'appels trop insuffisants à l'heure actuelle pour mettre en œuvre des dispositifs aussi importants).

5.4.2 Régulation des appels relevant de la médecine générale

Les résultats de notre étude tendent à montrer que les motifs de recours au CNR114 relèvent du champ de la médecine générale ce qui traduit un nouveau comportement des usagers qui recherchent un accès à des consultations non programmées en toute sécurité et soulèvent la question d'une articulation entre le CNR 114, les centres 15 et la PDSA.

Les services des urgences et les centres 15 ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats et urgents, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. Cela exige, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences ayant les compétences et les moyens d'intervenir. Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle

dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux (27). Ces deux pratiques sont complémentaires mais, dans notre étude, une régulation par des médecins libéraux serait pertinente avec possibilité de délivrer des conseils médicaux adaptés, de faxer les ordonnances jugées nécessaires directement en pharmacie et d'envoyer des effecteurs libéraux sur place. (médecins de garde, SOS médecins).

La question soulevée est celle du tri des appels relevant de l'urgence et ceux ne relevant pas de l'urgence. Ce tri pourrait être effectué en amont par les agents du CNR et permettre de rebasculer l'appel directement vers les PDSA, la solution actuelle exposant au risque de surcharge des centres 15 avec des délais toujours plus longs pour des appels n'en relevant pas.

5.4.3 Extension du numéro à d'autres usagers

Initialement, ce numéro a été créé non seulement pour les personnes déficientes auditives mais aussi pour les personnes aphasiques, dysphasiques et trachéotomisées. Cependant, dans cette étude, les résultats montrent que ce service est utilisé quasi exclusivement par les personnes déficientes auditives, et que les agents sont principalement formés à la réception des appels des personnes déficientes auditives.

Pourtant, ce service serait également très profitable aux personnes aphasiques, dysphasiques, trachéotomisées et de façon plus large à toute personne souffrant de troubles de la communication, il est donc nécessaire de réaliser sa promotion auprès de ces patients. Ce service pourrait également avoir son intérêt pour les personnes se retrouvant dans des situations où seuls des appels non vocaux peuvent être émis comme cela peut être le cas dans des situations d'agressions ou de violences conjugales. Dans ce dernier cas, cela peut correspondre à une demande d'intervention en urgence comme à une demande de suivi social (liaison nécessaire avec un personnel habilité à la résolution de ce type de problèmes). Il serait donc essentiel que ce numéro soit plus largement diffusé et connu de tous, notamment par l'intermédiaire des campagnes d'information mais cela demande également une extension des champs de compétence des Agents 114.

6 CONCLUSION

L'accès aux services téléphoniques de secours est une problématique réelle de Santé Publique pour les personnes déficientes auditives au nombre de 5 280 000 en France. Cette problématique a abouti à la création du CNR 114 en 2011, plateforme nationale de régulation des appels non vocaux (Fax ou SMS) permettant de répondre à un besoin légitime des usagers. Cependant, cette plateforme présente également des limites de par ses modes d'accès (SMS et fax et leurs limites propres) et de par sa méconnaissance.

Différents axes stratégiques sont actuellement en cours de développement :

- Information des usagers et des différentes structures de santé sur l'existence d'un tel numéro et promotion de ce numéro par le biais de campagnes d'information.
- Développement de fiches de santé à intégrer sur les téléphones mobiles facilitant le recueil de données.
- Intégration d'un mode de « Conversation totale » avec traitement de texte en temps réel, visiophonie, usage de la voix qui est prévu pour l'année 2016.

D'autres axes doivent être discutés et leurs intérêts doivent être évalués :

- Extension du numéro à toute personne ayant des difficultés de communication qu'elle soit verbale ou non verbale (incluant ainsi les déficients auditifs, les aphasiques, dysphasiques, trachéotomisés...) mais également aux personnes se retrouvant dans des situations où une communication orale n'est pas possible (violences conjugales, agressions...).
- Discussion de la pertinence d'un médecin régulateur au sein du CNR 114 et/ou dans chaque centre régional et idéalement, sensibilisation de tous les SAMU de France.
- Discussion de la pertinence de la régulation et du tri des appels médicaux non urgents en liaison avec la PDSA et des appels médicaux urgents en liaison avec le 15.

Ainsi, le CNR 114 répond à une nécessité d'égalité d'accès aux soins et aux services d'urgences mais présente des axes restant à améliorer dans un futur proche.

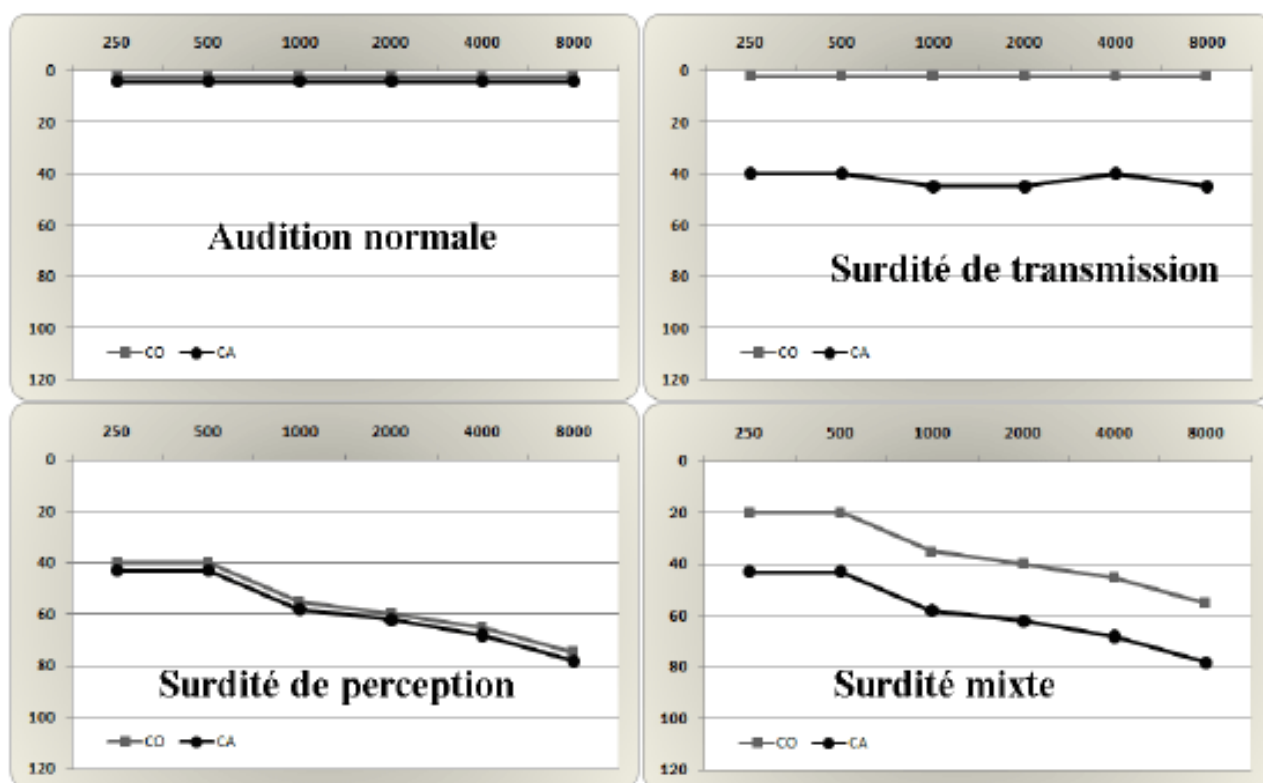
7 BIBLIOGRAPHIE

- (1) Sander MS, Lelievre F, Tallec A *et al.* Le handicap auditif en France, apports de l'enquête Handicap, Incapacités, Dépendance 1998-1999. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). N°589, Août 2007.
- (2) Ayache D, Scart-Bercy M, Elbaz P. Surdité de l'adulte. EMC- Neurologie 2001 :1-11 (article 17-018-C-10)
- (3) BIAP, Recommandations CT 2, Classification des surdités, Mai 1997.
- (4) Farges N, Pellion F, Seban-Lefebvre D. Enfants et adolescents sourds et malentendants: situations à risque psychique. EMC - Psychiatrie 2011:1-11 [Article 37-208-A-20].
- (5) Encrev  F, Réflexions sur le congrès de Milan et ses conséquences sur la langue des signes française à la fin du XIXème siècle, Le mouvement social, 2008/2 numéro 223, 83-98.
- (6) J. André Vert, M. Laurence. Ethique et recommandations de bonne pratique :   propos du dépistage précoce de la surdité et de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille. Archives de pédiatrie Aout 2014 ; 21(8), 860-868.
- (7) Alegria J, Charlier L, Mattys S, The role of lip-reading and Cued Speech in the processing of phonological information in French-educated deaf children, European journal of cognitive psychology, 1999, 11(4), 451-472
- (8) Leybaert J, LaSasso C.J, Cued Speech for Enhancing Speech Perception and First Language Development of Children With Cochlear Implants, SAGE journals, 2010, 14 (2), 96-112.
- (9) Eshraghi AA, Frachet B, Van De Water TR, Eter E, Surdité de l'adulte, réparer ou compenser, la Revue du Praticien, 20 Mai 2009, volume 59, 645-652.
- (10) Morgon A, L'aide auditive. EMC Oto-Rhino-Laryngologie 1999 : 1-11 (article 20-185-E-10)
- (11) Amoros T, Bonnefond H, Martinez C, Charles R, Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires, Santé publique, Mars-Avril 2014, volume 26, 205-215.
- (12) Equy V, Derore A, Vassort N, Mongourdin B, Sergent F, Evaluation des actions favorisant l'accessibilité aux soins des patientes enceintes sourdes, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Octobre 2012, Volume 41 numéro 6, 561-565.
- (13) Mongourdin B, Blanchard J, Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Surdité, accessibilité linguistique et soins. Audition publique, 22-23 octobre 2008.

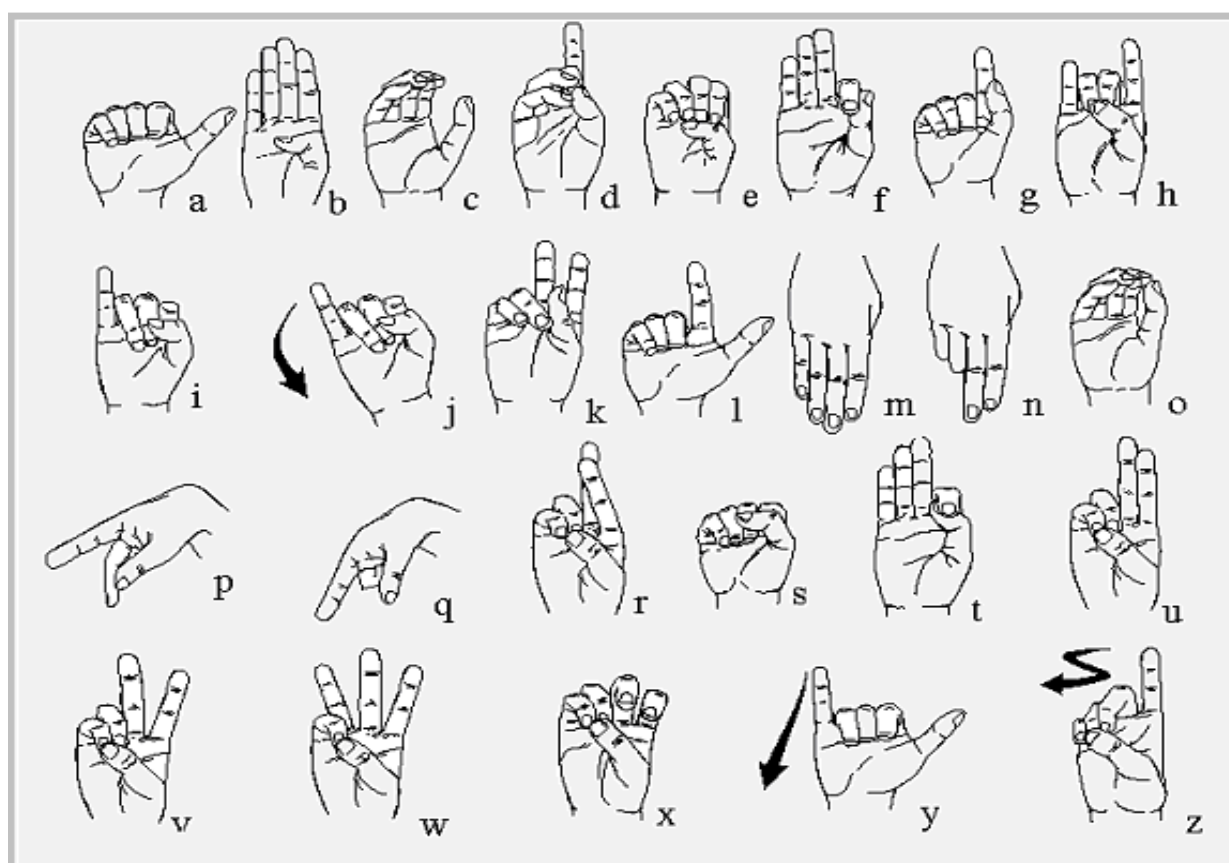
- (14) Article 78, loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF 12 Février 2005, 36 (1).
- (15) Brugnoli MC, Delprato U, Marcon P, REACH 112 REsponding to All Citizens Needing Help Final Project Report, 18/12/2012.
- (16) Mongourdin B, Dagron J, Esman L, Centre national relais des appels urgents pour les personnes déficientes auditives CNR 114, SFMU 2012, chapitre 94.
- (17) Code de Santé Publique, Article L 1110-3 modifié par la loi numéro 2012-954 du 6 août 2012 article 3.
- (18) Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. HAS Mars 2011.
- (19) Diermer C, Accès à l'aide médicale urgente pour les patients déficients auditifs et/ou présentant des troubles phonatoires, 2005
- (20) Raya Moles JA, Martin Castro C, Gomez Jimenez FR, Castillo Garzon M, Acceso telefonico para sordos al Sistema de Emergencias Sanitarias 061, Medecina Clinica, 10 Mayo 2003, vol 120 (17).
- (21) Groupe Curious Communication, Synthèse des résultats des sondages de notoriété 114, 20 juin 2014.
- (22) L'œil et la main ; 114, de toute urgence, émission du 19/01/2015.
- (23) Note de cadrage, Prise en charge d'un appel de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, HAS, Juin 2011, page 4.
- (24) Ministère de l'Intérieur, de l'Outremer et des Collectivités Territoriales et Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Référentiel commun, Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, 25 Juin 2008.
- (25) Sagnes-Raffy C, Debaty G, Brun-Rey D et al, Méthodologie pour l'élaboration d'un thésaurus national de médecine d'urgence, Journal Européen des Urgences, 2007, page 65.
- (26) Giroud M, Régulation médicale en médecine d'urgence. EMC - Médecine d'urgence 2014;9(4):1-5 [Article 25-210-D-10].
- (27) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

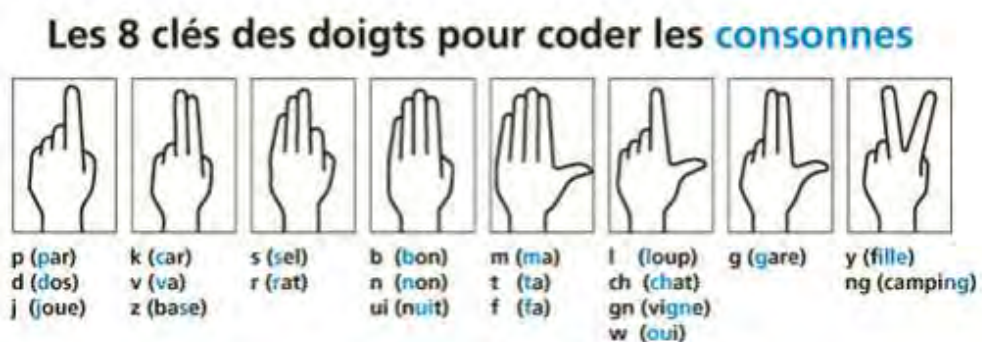
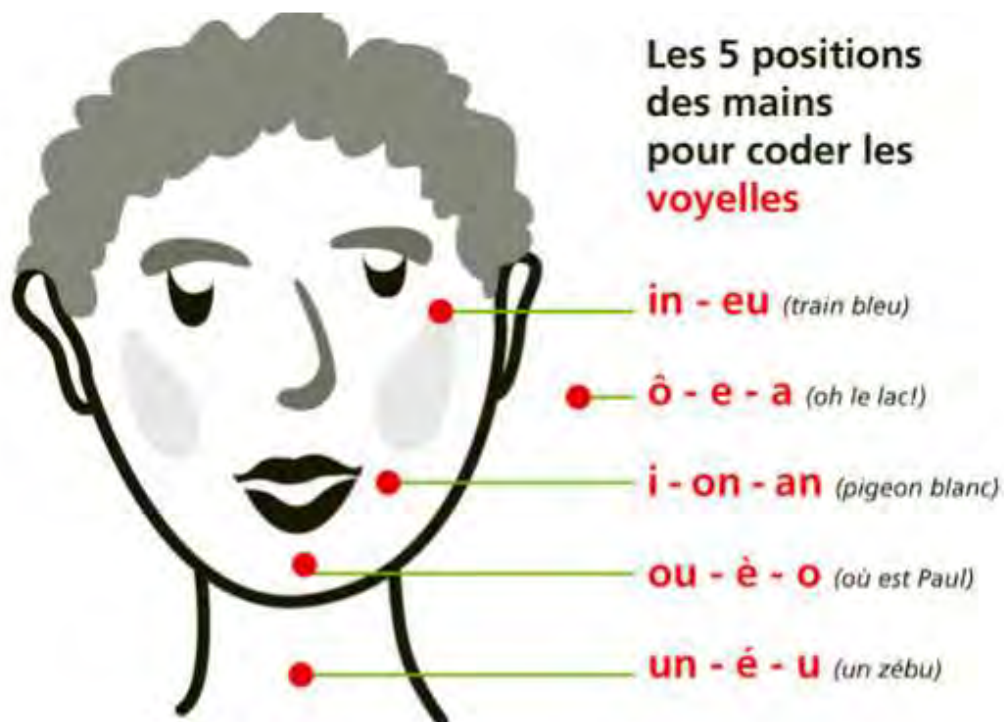
8 ANNEXES

ANNEXE 1 : Audiométrie tonale en conduction aérienne et osseuse



ANNEXE 2 : Alphabet dactylogique





114

urgence, sourds

Cocher, et renvoyer fax au 114

Victime qui ?

☐ Femme ?
 ☐ Homme ?
 ☐ Enfant ?

Age :

Nom :

Prénom :

Que se passe-t-il ?

☐ Mal poitrine ?

☐ Respire mal ?

☐ Etouffe ?

☐ Evanoui ?

☐ Os cassé ?

☐ Sang ?

☐ Bébé arrive ?

☐ Tombé ?

☐ Noyade ?

☐ Electrocution

☐ Feu ?

☐ Gaz ?

☐ Vol ?

☐ Violence ?

☐ Perdu ?

☐ Inondation ?

☐ Accident ?

Autres informations ?

114

urgence, sourds

Fax bien reçu à h.....

Vous :

Numéro dossier :

ATTENTION !!!

Nous n'avons pas tout compris.

→

Cocher, et renvoyer fax au 114

Témoin : numéro et adresse ?

Fax : Tel, sms :

Nom témoin :

Numéro : Rue :

Commune, ville, village :

Département : Code postal : [][][][]

☐ Maison ? ☐ Appartement ? Etage ?

Escalier ? Bâtiment ? Code porte ?

Victime qui ?

☐ Femme ?
 ☐ Homme ?
 ☐ Enfant ?

Age :

Nom :

Prénom :

Que se passe-t-il ?

Dessinez :

☐ Malade ?

☐ Blessé ?

☐ Accident ?

☐ Police ?

Expliquez



ATTENTION !!!
 Nous n'avons pas tout compris.



Cocher, et
 renvoyer fax au **114**

Victime qui ?



☐ Femme ?



☐ Homme ?



☐ Enfant ?

Age :

Nom :

Prénom :

Témoin : numéro et adresse ?



Fax : Tel, sms :

Nom témoin :

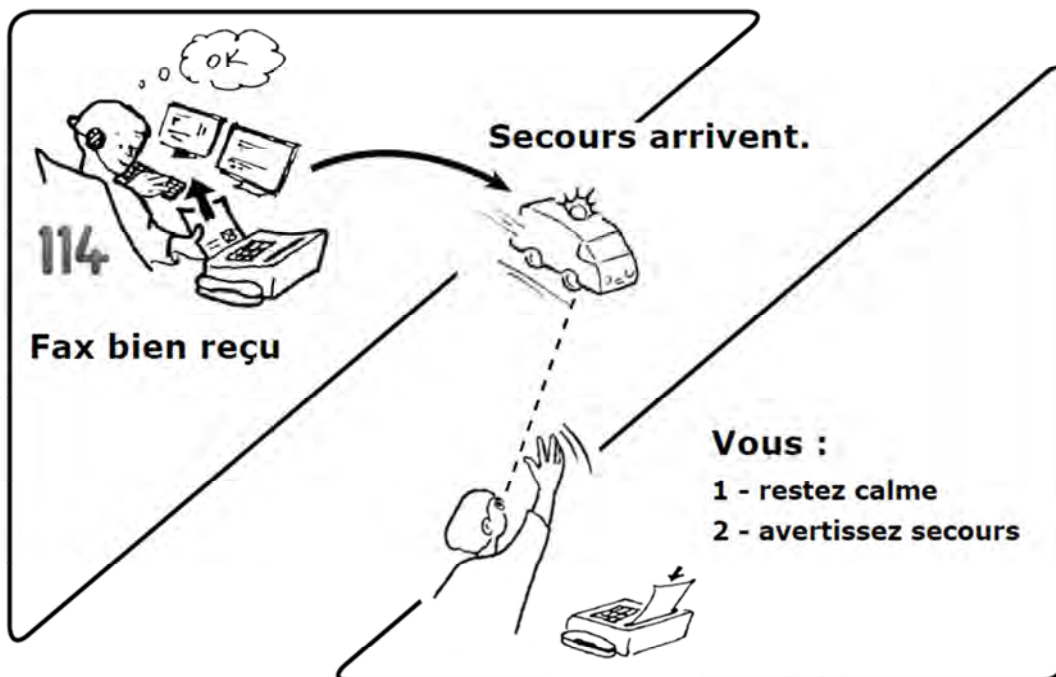
Numéro : Rue :

Commune, ville, village :

Département : Code postal :

☐ Maison ? ☐ Appartement ? Etage ?

Escalier ? Bâtiment ? Code porte ?





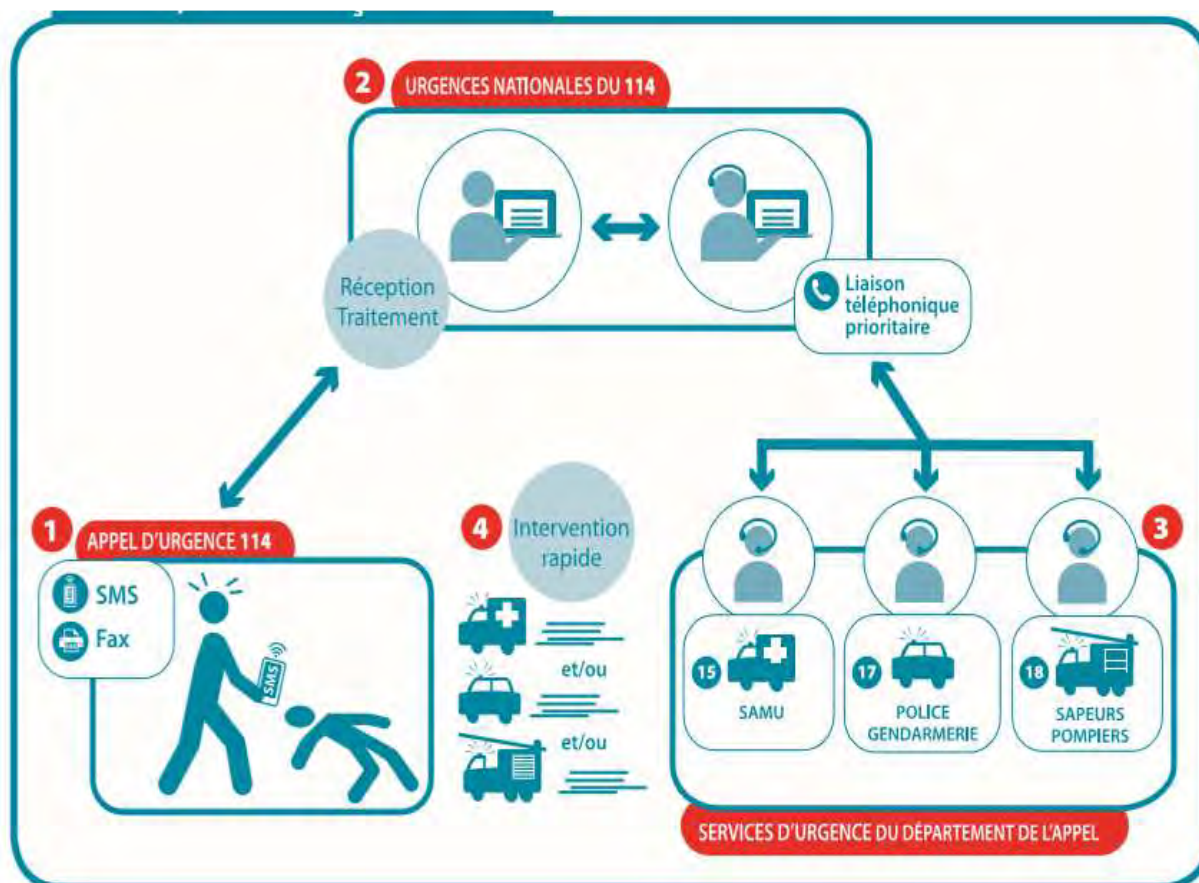
Fax bien reçu.

Le 114 vous répond bientôt.

ANNEXE 5 : Formulaire de qualification CNR 114 2013

Qualification	Complément d'information
Patient	
Référence dossier: 2015-04-14/793215 Date/Heure de création: 14-04-2015 10:43 Média d'entrée: FAX	
Civilité : ☒ Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur	
Nom : Prénom : Téléphone :	
Adresse Intervention :	
Adresse Complémentaire :	
Ville : Code postal: Code INSEE : Recharger	
Qualification	
Rubrique : 15 17 18 AUTRE DEMANDE NON URGENTE	
Motif : 115 - SAMU SOCIAL GENERAL LESIONS-TRAUMA PARTURIENTE-GROSSESSE PEDIATRIE	
Sous motif : N/A	
Commentaires :	
Service d'urgence Recharger 	
☒ SAMU ☐ POMPIER ☐ POLICE ☐ GENDARMERIE	
Telephone : Telephone : Telephone : Telephone :	
FAX : FAX : FAX : FAX :	
URL : https://ramsevolution2.interieur.gouv.fr	
Enregistrer Fin qualification	

ANNEXE 6: Fonctionnement du CNR 114



ANNEXE 7 : Qualifications et sous qualifications en 2013

Rubrique	Motif	Sous Motif
15	AUTRES CAUSES	autre pb de santé
15	AUTRES CAUSES	conseil médical
15	AUTRES CAUSES	conseil médicamenteux
15	AUTRES CAUSES	exposition à maladie transmissible
15	AUTRES CAUSES	fièvre
15	AUTRES CAUSES	hyperglycémie
15	AUTRES CAUSES	hypoglycémie
15	AUTRES CAUSES	pb de suivi de traitement
15	AUTRES CAUSES	suivi matériel médical
15	CARDIOVASCULAIRE	accident vasculaire cérébral
15	CARDIOVASCULAIRE	arrêt cardiaque ou ACR récent
15	CARDIOVASCULAIRE	douleurs thoraciques
15	CARDIOVASCULAIRE	hypertension
15	CARDIOVASCULAIRE	membre inf. froid sans pouls
15	CARDIOVASCULAIRE	membre inf. rouge ou douloureux
15	CARDIOVASCULAIRE	œdème des membres inférieurs
15	CARDIOVASCULAIRE	palpitations
15	CARDIOVASCULAIRE	syncope/ malaise brutal
15	ENVIRONNEMENTAL	exposition chimique
15	ENVIRONNEMENTAL	gélules liées au froid
15	ENVIRONNEMENTAL	hyperthermie maligne
15	ENVIRONNEMENTAL	hypothermie
15	ENVIRONNEMENTAL	inhalation toxique
15	ENVIRONNEMENTAL	lésion d'électrisation
15	GASTROENTEROLOGIE	anorexie
15	GASTROENTEROLOGIE	constipation
15	GASTROENTEROLOGIE	corps étranger dans rectum
15	GASTROENTEROLOGIE	diarrhée
15	GASTROENTEROLOGIE	douleur abdominale
15	GASTROENTEROLOGIE	douleur ou masse inguinale
15	GASTROENTEROLOGIE	douleur rectale
15	GASTROENTEROLOGIE	ictère
15	GASTROENTEROLOGIE	sang dans les selles
15	GASTROENTEROLOGIE	vomissement de sang
15	GENITO-URINAIRE	douleurs des reins- colique néphrétique
15	GENITO-URINAIRE	douleurs génitales de la femme
15	GENITO-URINAIRE	écoulement ou lésion génitale
15	GENITO-URINAIRE	hématurie
15	GENITO-URINAIRE	infection génitale
15	GENITO-URINAIRE	infection urinaire
15	GENITO-URINAIRE	œdème de la verge
15	GENITO-URINAIRE	œdème scrotal ou testiculaire
15	GENITO-URINAIRE	pb génito-urinaire autres
15	GENITO-URINAIRE	perte de sensibilité du périnée
15	GENITO-URINAIRE	pertes vaginales
15	GENITO-URINAIRE	problèmes menstruels
15	GENITO-URINAIRE	rétenion aigue d'urine ou anurie
15	GENITO-URINAIRE	saignement vaginal
15	GENITO-URINAIRE	victime d'agression sexuelle

15	GYNECOLOGIE	contractions utérines
15	GYNECOLOGIE	hémorragie du 1er trimestre
15	GYNECOLOGIE	hémorragie du 2ème trimestre
15	GYNECOLOGIE	hémorragie du 3ème trimestre
15	GYNECOLOGIE	hémorragie post-accouchement
15	GYNECOLOGIE	infection pendant grossesse
15	GYNECOLOGIE	menace d'accouchement imminente
15	GYNECOLOGIE	pb gynéco autre
15	GYNECOLOGIE	pb médical du 3ème trimestre
15	GYNECOLOGIE	problème grossesse < 20SA
15	GYNECOLOGIE	problèmes grossesse > 20SA
15	GYNECOLOGIE	saignement 1er trimestre
15	GYNECOLOGIE	saignement 2ème trimestre
15	GYNECOLOGIE	saignement 3ème trimestre
15	NEUROLOGIE	acc. vasculaire cérébral
15	NEUROLOGIE	anomalie de la marche
15	NEUROLOGIE	céphalées/ migraines
15	NEUROLOGIE	coma
15	NEUROLOGIE	confusion
15	NEUROLOGIE	fatigue, tb du langage, paralysie
15	NEUROLOGIE	maladie épileptique
15	NEUROLOGIE	perte de sensibilité ou paresthésie
15	NEUROLOGIE	tremblements
15	NEUROLOGIE	trouble de la conscience
15	NEUROLOGIE	vertiges
15	ORL	allergie/ rhume des foins
15	ORL	angine ou pharyngite/ douleurs gorge
15	ORL	corps étranger nez ou oreilles
15	ORL	difficultés pour avaler
15	ORL	douleurs faciales
15	ORL	douleurs oreilles
15	ORL	infections voies aériennes
15	ORL	pb dentaire
15	ORL	saignement de nez ou épistaxis
15	ORL	traumatisme de l'oreille
15	ORL	traumatisme facial
15	ORL	traumatisme nasal
15	PEDIATRIE	banal symptôme ORL
15	PEDIATRIE	convulsions hyperthermiques
15	PEDIATRIE	détresse respiratoire
15	PEDIATRIE	difficultés d'alimentation
15	PEDIATRIE	épilepsie
15	PEDIATRIE	éruption
15	PEDIATRIE	fièvre de l'enfant
15	PEDIATRIE	gène respiratoire
15	PEDIATRIE	ictère du nouveau-né
15	PEDIATRIE	mort subite du nourrisson
15	PEDIATRIE	pleurs incoercibles
15	PEDIATRIE	tb de conscience et taches purpuriques

15	PSYCHIATRIE	anxiété/ angoisse
15	PSYCHIATRIE	délire et violence
15	PSYCHIATRIE	dépression
15	PSYCHIATRIE	HDT
15	PSYCHIATRIE	HO
15	PSYCHIATRIE	insomnie
15	PSYCHIATRIE	intoxication autre
15	PSYCHIATRIE	intoxication médicamenteuse volontaire
15	PSYCHIATRIE	menace de suicide
15	PSYCHIATRIE	pb psychiatrique autre
15	PSYCHIATRIE	problème social
15	PSYCHIATRIE	tb du comportement
15	REFLEXE	ACCIDENT CINETIQUE ELEVE
15	REFLEXE	ACCIDENT ELECTRIQUE HAUTE TENSION
15	REFLEXE	ACCIDENT GRAVE MACHINE AGRICOLE OU AUTRES
15	REFLEXE	ACR DECOUVERTE RECENTE
15	REFLEXE	DEFENESTRATION
15	REFLEXE	ECRASMENT OU SECTION PERMANENTE D'UN MEMBRE
15	REFLEXE	ENSEVELISSEMENT
15	REFLEXE	HEMORRAGIE TETE/CORPS/MEMBRE QUI NE CEDE PAS
15	REFLEXE	INCONSCIENT QUI NE REpond PAS AUX STIMULATIONS
15	REFLEXE	NOYADE RECENTE, SORTIE DE L'EAU - DETRESSE VIT
15	REFLEXE	PENDAISON RECENTE DEPENDUE
15	REFLEXE	PIETON OU CONDUCTEUR 2 ROUES INERTE
15	REFLEXE	PLAIE PAR ARME ET DETRESSE VITALE
15	REFLEXE	SITUATION DANGEREUSE AVEC NOMREUSES VICTIMES

15	RESPIRATOIRE	arrêt respiratoire
15	RESPIRATOIRE	asthme ou crise d'asthme
15	RESPIRATOIRE	autres causes respiratoires
15	RESPIRATOIRE	corps étranger voies aériennes
15	RESPIRATOIRE	dyspnée
15	RESPIRATOIRE	hémoptysie
15	RESPIRATOIRE	hyperventilation
15	RESPIRATOIRE	infection pulmonaire et fièvre
15	RESPIRATOIRE	insuffisance respiratoire chronique
15	RESPIRATOIRE	pb avec la trachéotomie
15	RESPIRATOIRE	toux
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	acc. de montagne
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	acc. de montagne sur piste
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	acc. de plongée
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	brûlures bénignes adulte
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	brûlures bénignes enfant
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	brûlures graves adulte
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	brûlures graves enfant
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	chute lieu < 4 m
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	chute lieu > 4m
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	dermabrasions multiples
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	lésions diverses autres
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	morsure ou piqure
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	plaie superficielle
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	polytraumatisme
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	scalp hémorragique
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	section d'un membre
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme abdominal fermé
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme abdominal pénétrant
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme crânien avec perte de connaissance
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme crânien sans perte de connaissance
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme grave fermé
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme grave pénétrant
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme thoracique fermé
15	TRAUMATISME/ ACCIDENT	traumatisme thoracique pénétrant



SAMU



POLICE
GENDARMERIE



SAPEURS
POMPIERS

Une urgence ?

Envoyez un **SMS** au **114**



ou



**114, numéro d'urgence
pour les personnes
avec des difficultés
à entendre ou à parler.**

**URGENCE
114**

114, le numéro unique et gratuit
pour les sourds, malentendants, aphasiques, dysphasiques
pour contacter **par SMS ou fax** les **services d'urgence** :
SAMU (15), Police-Gendarmerie (17) et Sapeurs-Pompiers (18).

**[SI VOS PROCHES SONT CONCERNÉS
INFORMEZ-LES]**



+ D'INFOS
www.urgence114.fr





MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

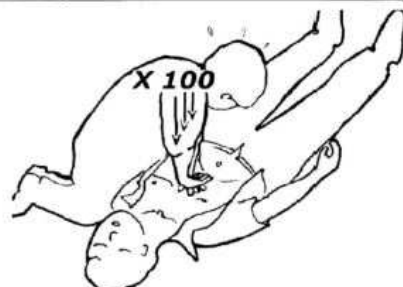
MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR

Conception et réalisation : Urgence-114.com / 114 - 114 114

Massage cardiaque 1/2 (v2)

114 urgence, sourds

7 - Appuyer avec les mains



7-2 : appuyez sans arrêt 100 fois par minute

7 bis- Si boîte de secours :



Lire et suivre conseils

Défibrillateur



Si coeur bat : arrêter



Si non : continuer
100 fois par minute
jusqu'à l'arrivée des secours.

Massage cardiaque 2/2 (v2)

114 urgence, sourds

8- Envoyer fax au 114

Coeur bat ?



☐ oui



☐ non

Envoyer fax



9- Avertir secours



Secours arrivent



CNR 114	GUIDE ATOME	PROCEDURE METIER	M101
	PROCEDURE URGENCE ABSOLUE		
	Création : 04/03/2014	Maj : 03/12/2014	
Rédaction : DG-EV	Validation : SDB-BM		1 page(s)

1. DEFINITION

Cette procédure concerne le 15, 17 et 18. Elle doit être mise en place dès lors que les minutes sont comptées pour la vie de la personne et/ou qu'un risque d'aggravation est détecté.

2. SITUATIONS D'URGENCE ABSOLUE

La victime présente une détresse vitale :

- Motif de départ réflexe ?
 - OUI → Appel 18
 - NON → Appel 15

La victime est en situation de danger réel et imminent :

- Par rapport à une autre personne :
 - Appel 17
- Par rapport à l'environnement, aux circonstances (départ réflexe) :
 - Appel 18

3. ACTIONS DES AGENTS NIVEAU 1/NIVEAU 2

Actions de l'agent Niveau 1	Actions de l'agent Niveau 2
Détecte qu'il s'agit d'une urgence absolue	
Avertit le N2 de la procédure urgence absolue	
Recherche une localisation minimale (département, commune) (annuaire Orange, cartographies, etc.)	
Recherche les informations complémentaires et donne les consignes de premiers secours	Commence à appeler l'effecteur en précisant qu'il s'agit d'une urgence absolue (Ne pas attendre que le niveau 1 remplisse complètement la fiche incident)
	Transmet les informations complémentaires au fur et à mesure
Reste en contact jusqu'à l'arrivée des secours	Rappelle l'effecteur en cas de nouvelle information



En cas de nécessité, le niveau 1 et le niveau 2 peuvent être effectués par le même agent.

CNR 114	GUIDE ATOME	PROCEDURE METIER	M201
	DEPART REFLEXE DES SAPEURS-POMPIERS		
Rédaction : EV	Création : 10/10/2014	Maj : 03/12/2014	2 page(s)
		Validation : SDB-BM	

1. DEFINITION

Les départs réflexes des moyens du service d'incendie et de secours sont définis dans le référentiel commun "Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente".

Tout appel concernant du secours à personne doit être régulé par un médecin régulateur du centre 15. Pour les départs réflexes, l'engagement des moyens de secours sapeur-pompier précède la régulation médicale.

Les situations de départ réflexe sont de trois natures : l'urgence vitale, la voie publique ou le lieu public et les circonstances particulières de l'urgence.

2. MOTIFS DE DEPART REFLEXE

2.1. Urgence vitale (identifiée à l'appel)

"La liste et leur description peuvent évoluer avec les connaissances acquises de la science et de l'éthique."

"Lorsque l'urgence vitale n'est pas identifiée ou identifiable, mais suspectée par l'opérateur qui reçoit l'appel, un départ réflexe du Service d'Incendie et de Secours (SIS) est justifié."

- Arrêt cardio-respiratoire.
- Détresse respiratoire.
- Altération de la conscience.
- Hémorragie grave extériorisée ou externe.
- Section complète de membres, de doigts.
- Brûlure grave.
- Accouchement imminent ou en cours.
- Ecrasement de membres ou du tronc, ensevelissement.

2.2. Voie publique ou lieu public

"Lorsque l'appel ou l'alerte concerne un lieu situé sur la voie publique ou un lieu public un départ réflexe du SIS est justifié."

- Tout secours à personne sur la voie publique (VP), dans un lieu public (LP), dans un établissement recevant du public (ERP)

9 ABSTRACT

ASSESSMENT OF CALLS QUALIFIED AS 15 OF THE 114 CNR IN 2013 AND OUTLOOK

Introduction : Hearing impairment implies difficulty accessing emergency calls. 114 CNR was created in 2011 in order to alleviate this problem. **Objective :** To inventory non-vocal calls (SMS or fax) regarding emergency number 15 from 114 CNR in 2013. **Materials and Methods :** A national, retrospective, analytical and descriptive study. Here are the data collected : number, time and location of calls; demographic characteristics, means of communication, number of exchanges, characterization, use of smartphone apps, rescue services engaged. Results : 796 calls were identified as emergency call 15, in other words 2.2 calls per day with a peak of calls between 7 and 10 p.m and with disparities between departments. The population involved is young (78.5% under 40). SMS are the most used (98%). The average number of exchanges is 45 messages. 246 calls required the response of a private practitioner and 10 calls of the SMUR. **Discussion :** Numerous calls concerned General Practice so it raises the issue of a different dispatching (PDSA, a regulating doctor). This system is limited because of its complicated mode of access and its lack of familiarity to the public. Promoting it and expanding other means of communication are required. **Conclusion :** 114 CNR fills a legitimate need for users but improvements should still be made.

Keywords : 114 CNR, Hearing impairment, emergency medical regulation, accessibility.

**TITRE DE LA THESE : ETAT DES LIEUX DES APPELS QUALIFIES 15 DU CNR
114 EN 2013 ET PERSPECTIVES D'AVENIR**

Toulouse, le 2 juillet 2015
1049

Thèse n° 2015 TOU3

Résumé

Introduction : La déficience auditive s'accompagne de difficultés dans l'accès aux numéros d'appels d'urgence. Le CNR 114 a été créé en 2011 afin de palier à cette problématique. **Objectif :** Réaliser un état des lieux des appels non vocaux (SMS ou Fax) concernant le 15 du CNR 114 en 2013. **Matériel et Méthodes :** Etude nationale, rétrospective, analytique, descriptive. Les données recueillies sont : nombre, horaire et localisation des appels ; caractéristiques démographiques, modes de communication, nombre d'échanges, qualifications, usage d'applications Smartphone, moyens de secours engagés. **Résultats :** 796 appels ont été qualifiés 15 soit une moyenne de 2,2 appels par jour avec un pic d'appels entre 19h-22h et des disparités entre les départements. La population concernée est jeune (78,5% a moins de 40 ans). Les SMS sont les plus utilisés (98%). Le nombre moyen d'échanges est de 45 messages. 246 appels ont nécessité l'intervention d'un effecteur libéral et 10 celle d'un SMUR. **Discussion :** De nombreux appels concernent le champ de la médecine générale posant la question d'une régulation différente (PDSA, médecin régulateur). Ce système a ses limites de par ses modes d'accès et de par sa méconnaissance. Sa promotion et le développement d'autres moyens de communication sont nécessaires. **Conclusion :** Le CNR 114 répond à un besoin légitime des usagers mais présente des axes restant à améliorer.

Mots clés : CNR 114, déficience auditive, régulation médicale d'urgence, accessibilité.

Discipline administrative : Médecine Générale

Directeur de thèse : Docteur JOSSILLET Aline

Intitulé et adresse de l'UFR : Faculté de médecine de Rangueil, 133 route de Narbonne,
31062 TOULOUSE CEDEX 04, France